Psychologie für Pflegeberufe

Bärbel Ekert
Christiane Ekert

4. Auflage



Thieme



Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Psychologie für Pflegeberufe

Bärbel Ekert
Christiane Ekert †

4., aktualisierte Auflage

238 Abbildungen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart • New York

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Impressum

Dr. phil. Bärbel **Ekert**
Mörikestr. 13
72532 Gomadingen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter:
www.thieme.de/service/feedback.html

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.
Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

© 2019 Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
www.thieme.de

Printed in Germany

Satz: L42 AG, Berlin
Druck: Grafisches Centrum Cuno, Calbe (Saale)
Redaktion: Wolpensinger, Annabel, Stuttgart
Umschlaggestaltung: Thieme Gruppe
Umschlagabbildung: ©elephant07 – stock.adobe.com
Zeichnungen:
Roland Geyer, Weilerswist;
Christine Lackner, Ittlingen;
Christiane und Dr. Michael von Solodkoff, Neckargemünd;
Arne Holzwarth, Stuttgart
Comics: Regina Bracht, Witten

DOI 10.1055/b-006-163225

ISBN 978-3-13-242030-4 1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-242031-1
eISBN (epub) 978-3-13-242032-8

Datenschutz: Wo datenschutzrechtlich erforderlich, wurden die Namen und weitere Daten von Personen redaktionell verändert (Tarnnamen). Dies ist grundsätzlich der Fall bei Patienten, ihren Angehörigen und Freunden, z. T. auch bei weiteren Personen, die z. B. in die Behandlung von Patienten eingebunden sind.
Geschützte Warennamen (Warenzeichen ®) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.
Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen oder die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die abgebildeten Personen haben in keiner Weise etwas mit der Krankheit zu tun.
Die **Personen und Fälle** in diesem Buch sind frei erfunden. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Vorwort



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Aufgabe eines Lehr-, Lern- und Arbeitsbuchs ist es, den Lesern und Lernenden Fachkenntnisse zu vermitteln. In dieser überarbeiteten Neuauflage von „Psychologie für Pflegeberufe“ werden Möglichkeiten gezeigt, sich mit den im beruflichen Alltag neu auftretenden Schwierigkeiten erfolgreich auseinanderzusetzen. Deshalb sind Texte zu „Stressverarbeitung“ und „Double Care“ hinzugekommen.

„Achtsamkeit“ – neuerdings in Mode gekommen – nehme ich gerne auf. Sie ist ein großer Gewinn im zwischenmenschlichen Umgang im beruflichen Bereich und darüber hinaus im persönlichen Leben des Einzelnen. Sie tut Pflegenden und Patienten gut.

Die wunderbare Eigenschaft „Resilienz“ empfiehlt sich dem Leser mit ihrer positiven, stärkenden Art selbst. Diese psychische Widerstandskraft macht es möglich, belastende Erlebnisse zu meistern, ohne dabei Schaden zu nehmen. Sie verdient außerordentliche Beachtung im Pflegealltag.

Im Rahmen der Entwicklungspsychologie wird ein Blick auf die heutige Generation der jungen Erwachsenen, also auch die der jungen Pflegekräfte, geworfen. Im Team bringen sie ihre Sichtweisen und ihre speziellen Kenntnisse mit ein.

Nach wie vor helfen zahlreiche Beispiele aus dem Pflegealltag, psychologisches Wissen in der Praxis anzuwenden.

Das Ziel des Buches bleibt es, die großen Herausforderungen in der Pflege anzunehmen und dabei die Freude an diesem Beruf zu erhalten und zu vertiefen.

Dr. Bärbel Ekert
Gomadingen, 2018

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ein Fach stellt sich vor

Liebe Leserin, lieber Leser,

ich stelle mich als Ihr neues Unterrichtsfach „Psychologie“ vor: Ich bin jung, lebendig, menschlich.

▶ **Jung.** Jung bin ich als Wissenschaft. Medizin, Chemie, Biologie, Physik, Astronomie haben eine viel längere Geschichte. Ich habe vor einigen Jahren erst meinen 100. Geburtstag gefeiert. Wenn ich aus meinem Leben erzähle, wird es kurz, aber interessant!

Vor etwa 120 Jahren wurde am 20. Dezember 1900 in Berlin an der Friedrich-Wilhelm-Universität das Psychologische Institut gegründet. Vorher bestand schon ein Institut in Leipzig seit 1879 und eines in Breslau seit 1894. Selbstverständlich hatten viele Menschen schon viel früher über psychologische Zusammenhänge nachgedacht. Also, die letzten Jahre des 19. Jahrhunderts sind meine Geburtsjahre. Fast gleichzeitig wurde ich dann an verschiedenen Orten geboren. Meine weitere Entwicklung verlief rasant. Darauf einzugehen würde diesen Rahmen sprengen.

▶ **Lebendig.** Lebendig bin ich im wahren Sinn des Wortes: Ich habe mit dem Leben zu tun. Leben ist immer spannend, ist in Bewegung und kennt trotzdem Ruhezeiten. Da ist Spannung zwischen Fortschreiten und Stillstand, zwischen Veränderung und Beständigkeit. Zu entdecken, was lebendige Entwicklung fördert oder behindert, bleibt eine interessante Aufgabe.

Ich bin selbst als Fach noch nicht fertig. Ich bin noch in der Entwicklung. Einerseits spielen Forschung und Praxis, andererseits Lehre und Weitergabe des schon gesammelten Wissens eine Rolle.

▶ **Menschlich.** Menschlich darf ich mich wahrhaftig nennen. Mein Thema ist der Mensch. Es ist immer wieder spannend zu fragen, warum verhält sich ein Mensch so und nicht anders? Warum tut er, was er tut? Menschliches Verhalten wird von derart vielen Faktoren gelenkt, dass man leicht den Überblick verlieren kann: Von Gefühlen, von Wünschen und Bedürfnissen, von Überlegungen und von Beweggründen, die einem oft nicht einmal bewusst sind.

Wenn ich bedenke, was alles entsteht, weil Menschen miteinander zu tun haben, ergibt sich eine solche Fülle an Stoff! Es haben sich dafür schon eigene Unterfächer gebildet. Die Sozialpsychologie z. B. handelt davon, wie spannend – in jeder Hinsicht – menschliche Beziehungen sein können; ich kann ankündigen: Langeweile kommt nicht auf!

Wie sich das Verhalten des Menschen im Laufe des Lebens von der Geburt bis zum hohen Alter weiterentwickelt, wie z. B. aus dem ersten Verstehen von Worten die Fähigkeit zum Umgang mit Sprache im Reden, Schreiben und Verstehen wird, das wurde in der Entwicklungspsychologie erforscht. Sie ist vollauf damit beschäftigt, herauszufinden wie sich das Verhalten und auch die Art, die Welt zu erleben, im Laufe eines Lebens verändern.

Auch für schwierige Lebenssituationen, in Krisen und Krankheit, bieten meine Erkenntnisse Hilfen an.

Mein Wissen will dazu beitragen, dass Pflege menschlich bleibt. Ich kann dazu beitragen, dass Pflegende in ihrem Beruf bleiben, ihn nach Kräften ausüben können und sich an ihrem Arbeitsplatz wohl fühlen.

Ich fasse also zusammen: Ich bin jung, lebendig, menschlich und interessant! Und wenn Sie von mir reden wollen, dann bitte so:



Definition

Psychologie ist die Wissenschaft vom Verhalten und Erleben des Menschen.

Obwohl ich unter allen Wissenschaften eine vergleichsweise kurze Geschichte aufweisen kann, durchdringe ich doch das Allgemeinwissen und die Sprache der Menschen von heute beträchtlich.

In alltäglichen Gesprächen nehmen Themen wie „Angst“ und die Erfahrungen mit ihr umzugehen, „Träume“ und ihre möglichen Bedeutungen, „Belohnen und Strafen“ und das ganze Feld der Erziehung und vieles mehr einen breiten Raum ein. Geläufig sind heute im Sprachgebrauch auch Begriffe wie „Freud’scher Versprecher“ oder „Burnout“. Ich bin also, wenn ich jetzt als Unterrichtsfach auftrete, keine „Neue“ mehr, sondern vielfach vertraut, ich kann an selbst Erlebtem und Erfahrenem anknüpfen und wahrscheinlich interessante Perspektiven und neue Gedanken hinzufügen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 0.1 Buchhandlungen bieten psychologische Literatur an. (Foto: Shutterstock)

Aufgabe

1 Gehen Sie bei Ihrem nächsten Besuch in einer Buchhandlung in die Abteilung „Psychologie". Notieren Sie sich Titel, die dort angeboten werden (▶ Abb. 0.1).

Wer nun doch noch einen Blick in meine Vergangenheit werfen will, dem empfehle ich die Lektüre des folgenden Kapitels. Weiterblättern mag derjenige, der im Augenblick kein Interesse daran hat, bis zu dem Teil, der meine Wünsche und Träume für die Zukunft beschreibt.

Aus meiner Vergangenheit

Ich werde nicht systematisch zeitlich geordnet von Anfang an erzählen, auch nicht vollständig, eher willkürlich berichten, woran ich mich gerne erinnere und was mir interessant erscheint, einige „Highlights" und auch weniger Ruhmreiches.

Am Anfang sind es Menschen, die im alltäglichen Leben etwas erleben, was sie stutzig macht, was sie dann zum Nachdenken anregt, die neugierig geworden psychologisch zu forschen beginnen.

So erging es Carl Stumpf, Professor der Philosophie, als er 1904 den „Klugen Hans" kennen lernte. Den Klugen Hans, ein Pferd, das nach Aussagen seines Besitzers denken, lesen und rechnen konnte, ließ Professor Stumpf durch einen Mitarbeiter prüfen. Obwohl das Ergebnis sozusagen negativ ausfiel, weil das Pferd angeblich auf minimale, sichtbare Zeichen seines Herrn (z. B. fast unmerkliches Nicken des Kopfes) reagierte, ihm aber weiterreichende geistige Fähigkeiten abgesprochen wurden,



Abb. 0.2 Sinnloses Silbenmaterial für Gedächtnisexperimente.

brachte der Kluge Hans doch die Forschung tüchtig in Gang. Die meisten psychologisch interessierten Wissenschaftler waren mit dem Ergebnis zufrieden. Die Fähigkeit, auf Signale zu reagieren, konnte man von einem Tier erwarten; inakzeptabel war es jedoch, ihm die Fähigkeit zu denken, zu lesen und zu rechnen zu bescheinigen. Nun, das Interesse war geweckt und andere Forscher gingen daran, mit Tieren experimentell zu arbeiten.

Wissbegier und große Lust am Forschen und Experimentieren standen immer wieder am Anfang wissenschaftlicher Arbeiten. Viele Forscher bezogen sich selbst, Familienmitglieder und Freunde in die Untersuchungen ein. So auch Hermann Ebbinghaus (1850–1909). Er beschäftigte sich mit der Frage: „Wie lernt der Mensch?" Genauer gesagt, ihn interessierte, wie das Gedächtnis arbeitet. Ein Jahr lang (1879/80) führte er Selbstversuche durch, indem er unter wechselnden Bedingungen sinnlose Silben auswendig lernte und die Gedächtnisleistungen protokollierte. Am Ende stand seine wissenschaftliche Arbeit „Über das Gedächtnis" (1885; ▶ Abb. 0.2).

Es gäbe mich, das Fach Psychologie, nicht, wenn es nicht immer wieder neugierige und auch fleißige Menschen gegeben hätte, die ihre Arbeit mit Ausdauer, Sorgfalt und großem Einsatz einer psychologisch interessanten Fragestellung widmeten. Was mich immer wieder beeindruckte, war das große Engagement von Forschern wie es das Ehepaar William und Clara Stern war. Sie schlugen in der psychologischen Forschung eine neue Richtung ein. Standen bisher die Erforschung der allgemein psychologischen Phänomene wie Denken, Wahrnehmung, Intelligenz im Vordergrund, befassten sie sich nun mit den individuellen Unterschieden, also mit der Einzelperson.

William und Clara Stern dokumentierten über viele Jahre die Entwicklung ihrer 3 Kinder in Form von Tagebüchern. Sie veröffentlichten 1914 das Er-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

gebnis: „Psychologie der frühen Kindheit bis zum 6. Lebensjahr“. Damit war ein grundlegendes Werk der Entwicklungspsychologie geschaffen. Es erschien noch 1967 in 9. Auflage. Professor William Stern (1871–1938) legte Wert auf die Anwendung psychologischer Erkenntnisse, speziell im schulischen Bereich. Er führte erste Berechnungen der Intelligenz durch und prägte den Begriff „Intelligenzquotient“ (IQ).

Viele Psychologen hinterließen Spuren ihrer Arbeit nicht nur in Form von Veröffentlichungen, sondern auch durch neue Begriffe, die die Fachsprache bereicherten.

Die Wörter „Gruppendynamik“, „Anspruchsniveau“ oder „Feldtheorie“ gehen z. B. alle auf den unbedingt erwähnenswerten Kurt Lewin (1890–1947) zurück. Dieser bedeutende Psychologe entschied sich als Jude, Deutschland 1933 wegen des Nationalsozialismus zu verlassen. Er setzte, 43-jährig, seine Tätigkeit in den USA fort. Mit Methoden der experimentellen Psychologie forschte er auf dem Gebiet der zwischenmenschlichen Beziehungen. Ihn interessierten alle Faktoren, die das Verhalten und Erleben von Menschen in Gruppen beeinflussen. Seine Erkenntnisse über die Bedeutung des Führungsstils für das Verhalten der Gruppenmitglieder haben bis heute Geltung.

Sigmund Freud war es, der sich sozusagen in die Tiefe der menschlichen Seele hineindachte. In seiner Praxis gab ihm das Krankheitsbild der Hysterie so manches Rätsel auf. Seine Überlegungen führten ihn schließlich zur Entdeckung des Unbewussten. Sie hat mich, die Psychologie, entscheidend beeinflusst. Darüber hinaus unterstrich Freud die Bedeutung der Sexualität für das Seelenleben des Menschen vom Säuglingsalter an. Je mehr Freud sich in seine Studien vertiefte und mit ebenfalls psychoanalytisch (so nannte sich die neue Fachrichtung) orientierten Kollegen austauschte, umso mehr Gedanken über das Seelenleben füllten seine Arbeit, neue Begriffe kamen auf: Lusttrieb, Todestrieb, das Es, das Ich, das Überich, Ödipuskomplex und viele andere.

Nicht alle Kollegen seiner Zeit – und auch nachfolgender Psychologengenerationen – teilten seine Ansichten.

1946 gibt es so viele Menschen, die sich beruflich mit mir befassen, dass ein Berufsverband gegründet wird. Rund 20 000 Mitglieder zählt er an der Jahrtausendwende. Selbstverständlich treten nicht alle dem Verband bei; immerhin wird die Gesamtzahl der praktisch tätigen Diplom-Psychologen zu der Zeit grob auf 30 000 Personen geschätzt. 2016 waren im Bereich Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie 43 000 Psychologen tätig. Wie vielgestaltig ich mich heutzutage präsentieren kann, sieht man an den Teilfächern, die zu einem Studium der Psychologie gehören: Allgemeine Psychologie (Gegenstand sind hier die psychischen Funktionen, z. B. Denken, Wahrnehmen, Fühlen, Lernen, Gedächtnis, Intelligenz), Persönlichkeitspsychologie, Sozialpsychologie, Entwicklungspsychologie, Psychologische Diagnostik und Intervention, Pädagogische Psychologie, Arbeits- und Organisationspsychologie und die Klinische Psychologie.

Diejenigen Fächer, die für die Arbeit in der Krankenpflege Bedeutung haben, werden in diesem Buch ausführlich behandelt. Die Themen, die einen Beitrag zum Umgang mit kranken Kindern, Erwachsenen, alten Menschen und zum Umgang mit einem selbst als pflegender Person leisten, werden aufgegriffen.

Das Universitäts- bzw. Hochschulstudium mit Staatsexamen oder Diplom wurde in den vergangenen Jahren durch ein zweistufiges Bildungssystem mit den Abschlüssen Bachelor (6 Semester) und Master (weitere 4 Semester) weitgehend ersetzt. Diese Studienreform (Bologna-Prozess 1999) führte einheitliche Maßstäbe für Inhalte und Bewertung der Leistungen ein. So sollen das Studieren und die Anerkennung der Abschlüsse europaweit erleichtert werden.

Die meisten (Diplom-)Psychologen arbeiten heute im Bereich der klinischen Psychologie, d. h. in einer Praxis, Psychologischen Beratungsstellen, in Krankenhäusern, Psychiatrien, Sucht- und Rehabilitationskliniken, gefolgt von der Arbeits- und Organisationspsychologie in Industrie und Wirtschaft und der Pädagogischen Psychologie (Schulpsychologische Dienste).

Es gäbe noch so vieles aus meiner so interessanten Vergangenheit zu berichten. Ich lasse es bei diesem willkürlichen Streifzug bewenden und beende den Blick zurück mit einer Aufgabe.

Aufgabe

2 Stellen Sie fest, ob es eine Psychologin, einen Psychologen an Ihrer Einrichtung gibt. Laden Sie sie/ihn ein und erfragen Sie alles Wissenswerte über den Alltag der psychologischen Arbeit im Bereich der Pflege.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Meine Träume für die Zukunft

Wenn ich an meine Zukunft denke, habe ich Wünsche: Ich wünsche mir, dass wirklich nützliches psychologisches Wissen immer mehr zur Allgemeinbildung gehört, sodass Menschen menschlich miteinander umgehen.

Im Einzelnen: Ich wünsche mir, dass Erkenntnisse über den Prozess der Kommunikation, deren Wert als unser Lebenselement gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann, möglichst im alltäglichen, nicht nur im professionellen Zusammenleben angewendet werden. Es wird dann weniger Missverständnisse und weniger Konflikte geben. Wenn mehr Menschen von der Kinderzeit an bis ins hohe Alter über die Entstehung und Bewältigung von Konflikten Bescheid wissen, wird es viel mehr Frieden in Familien, Schulen, am Arbeitsplatz, auf der ganzen Welt geben.

Die Systemtheorie weist in der Psychologie darauf hin, dass vieles mit vielem zusammenhängt, dass kleine Veränderungen, an der richtigen Stelle gesetzt, gute, große Wirkungen zeigen. Darüber noch mehr zu erfahren und anzuwenden, wünsche ich mir.

Zu meinen schönsten Träumen gehört:

- dass Kinder in jedem Alter das bekommen, was sie zum Leben und zu ihrer Entfaltung brauchen (die Anwendung entwicklungspsychologischer Kenntnisse) und dass Erwachsene da sind, die sensibel für die wirklichen Bedürfnisse von Kindern sind und die sicher genug sind, mit Kindern Konflikte und Krisen durchzustehen, sodass beide am Lebensende auf glückliche Beziehungen zurückschauen können;
- dass Menschen in Krisen Begleitung finden und nicht an ihnen zerbrechen;
- dass auch kranke und alte Menschen ihren Platz in der Gesellschaft haben, weil andere Menschen sie verstehen und ihnen kompetent helfen;
- dass die helfenden Menschen, die andere betreuen und pflegen, die notwendige Unterstützung und Anerkennung dafür bekommen und dass Arbeitsbedingungen zur Verfügung stehen, unter denen sie eine gute Arbeit erbringen können, ohne ihre Ideale aufgeben zu müssen.

Wenn ich Ihr Interesse an mir wecken konnte, ist es Zeit, dass ich mich verabschiede.

So verbleibe ich mit guten Wünschen für Gewinn und Freude bei der Lektüre des Buches,

Ihr Unterrichtsfach Psychologie

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Inhaltsverzeichnis

Teil I: Psychologische Grundfunktionen – Grundwissen für Pflegeberufe

1 Wahrnehmung und Beobachtung 25

1.1 Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie 25

1.1.1 Die Bedeutung der Wahrnehmung für die Pflege 25
1.1.2 Reizaufnahme und Reizleitung 25
1.1.3 Gestaltgesetze und Prozesse der Wahrnehmung 26
1.1.4 Subjektivität der Wahrnehmung .. 27

1.2 Pflegerische Beobachtung 28

1.3 Wahrnehmung von Personen ... 29

1.3.1 Der erste Eindruck 29
1.3.2 Beurteilungsfehler bei der Wahrnehmung anderer Personen 30
1.3.3 Sich selbst erfüllende Prophezeiung 31
1.3.4 Einstellungen und Wahrnehmung . 33

1.4 Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion 34

1.5 Beeinträchtigungen der Wahrnehmung 35

1.5.1 Erkennen von Einschränkungen des Hörens und des Sehens bei Kindern 35
1.5.2 Pflegeschwerpunkt Umgang mit Patienten mit starken Einschränkungen des Sehvermögens 36
1.5.3 Pflegeschwerpunkt Umgang mit schwerhörigen Patienten. 38
1.5.4 Pflegeschwerpunkt Umgang mit Patienten mit starken Einschränkungen weiterer Sinne 39
1.5.5 Pflegeschwerpunkt Hospitalismus. 39
1.5.6 Physischer Hospitalismus 40
1.5.7 Psychischer Hospitalismus 40

1.6 Achtsamkeit in der Pflege 40

1.6.1 Auf dem Weg zum Thema 40
1.6.2 Die Sinne schärfen und fokussieren 41

2 Bedürfnisse und Motivation 44

2.1 Einführung und Grundlagen 44

2.1.1 Bedürfnispyramide nach A. Maslow 45
2.1.2 Verhaltensanalyse in der Praxis ... 46

2.2 Leistungsmotivation 47

2.2.1 Leistungsmotivation bestimmende Faktoren 47
2.2.2 Leistungsmotivation von Patienten und Heimbewohnern. 49
2.2.3 Leistungsmotivation von Pflegenden. 50

2.3 Unbewusste Motive und Abwehrmechanismen 52

2.3.1 Topografisches Modell von S. Freud 52
2.3.2 Instanzenmodell von S. Freud 53
2.3.3 Abwehrmechanismen 54

3 Lernen und Verhalten – Verhalten steuernde Lernprinzipien 56

3.1 Einführung 56

3.2 Instrumentelles Lernen 58

3.2.1 Verhaltensverstärkung. 58
3.2.2 Zur Problematik von Bestrafung. .. 60
3.2.3 Wirksamkeit von Konsequenzen .. 61
3.2.4 Verhaltensanalyse. 62

3.3 Modelllernen 62

3.3.1 Wann ist Modelllernen beteiligt? .. 63

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

3.3.2 Merkmale sog. Modelle 63
3.3.3 Beim Modelllernen wirksame Faktoren 64

3.4 Signallernen 64

3.4.1 Klassische Konditionierung und Assoziationslernen 65
3.4.2 Merkmale des Signallernens 66
3.4.3 Beseitigung von ungünstigen erlernten Reaktionen 66

3.5 Kognitives Lernen 67

4 Gedächtnis und Erinnerung 70

4.1 Vorstellungen vom Gedächtnis 70

4.1.1 Mehr-Speicher-Modell 70
4.1.2 Gedächtnissysteme 72
4.1.3 Physiologie des Gedächtnisses 74

4.2 Gedächtnisentwicklung 76

4.2.1 Gedächtnisentwicklung bei Kindern und Jugendlichen 76
4.2.2 Gedächtnisentwicklung im höheren Lebensalter 77

4.3 Steigerung der Gedächtnisleistung 78

4.3.1 Verbesserung der Informationsaufnahme 78
4.3.2 Verbesserung der Informationsspeicherung 78
4.3.3 Verbesserung der Informationsabrufung 79
4.3.4 Gedächtnistraining 79
4.3.5 Verbesserung der Gedächtnisleistungen bei Kindern 80

4.4 Gedächtnisstörungen 80

4.4.1 Klassifikation von Gedächtnisstörungen 80
4.4.2 Diagnostik von Gedächtnisstörungen 81
4.4.3 Pflegerische Aufgaben und Umgang mit Betroffenen 82

4.5 Pflegeschwerpunkt Biografiearbeit 83

4.5.1 Einführung 83
4.5.2 Methoden der Biografiearbeit 84
4.5.3 Funktionen der Biografiearbeit 86

5 Intelligenz 90

5.1 Was ist Intelligenz? 90

5.1.1 Definitionen 90
5.1.2 Intelligenz im Alltag 91
5.1.3 Intelligenz und Schulleistung 91

5.2 Intelligenzmodelle 91

5.2.1 Intelligenzmodell der kristallinen und fluiden Intelligenz nach R. Cattell 91
5.2.2 Intelligenzmodell der 7 Primärfaktoren (nach Thurstone) 92

5.3 Intelligenzmessung 92

5.3.1 Gütekriterien eines Intelligenztests 92
5.3.2 Werte der Intelligenzmessung 93

5.4 Intelligenzentwicklung im höheren Lebensalter 95

5.4.1 Ursachen für die Abnahme der fluiden Intelligenz im Alter 95
5.4.2 Unterschiede in der Intelligenzleistung bei älteren Menschen 96
5.4.3 Intelligenztraining 96

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

6 Emotionen ... 98

6.1 Grundlagen ... 98

6.1.1 Entstehung und Äußerung von Gefühlen ... 98
6.1.2 Sinn und Gefahren von Gefühlen ... 99
6.1.3 Zusammenhang von Gefühlen mit Denkprozessen, körperlichen Reaktionen und Verhalten ... 99

6.2 Angst ... 101

6.2.1 Grundlagen ... 101
6.2.2 Umgang mit Angst ... 102

6.3 Ekel ... 103

6.3.1 Grundlagen ... 103
6.3.2 Ekel auslösende Faktoren ... 103
6.3.3 Umgang mit Ekel ... 104

6.4 Scham ... 104

6.4.1 Grundlagen ... 104
6.4.2 Entwicklung des Schamgefühls ... 105
6.4.3 Merkmale des Schamgefühls ... 105
6.4.4 Scham auslösende Situationen ... 105
6.4.5 Umgang mit Scham ... 106
6.4.6 Pflege in schambelasteten Situationen ... 107

6.5 Schmerz ... 107

6.5.1 Grundlagen ... 107
6.5.2 Physiologie des Schmerzes ... 107
6.5.3 Subjektivität der Schmerzwahrnehmung ... 110
6.5.4 Psychologische Aspekte bei der Pflege von Schmerzpatienten ... 110

7 Identität, Persönlichkeit und Selbstkonzept ... 114

7.1 Identität ... 114

7.1.1 Die 5 Säulen der Identität (nach Hilarion Petzold) ... 114

7.2 Persönlichkeit ... 115

7.2.1 Die „Big Five“: 5 Dimensionen der Persönlichkeit ... 115
7.2.2 „Einmal so – immer so?“ ... 116
7.2.3 Individuelle Pflege und Betreuung ... 117

7.3 Selbstkonzept ... 118

7.3.1 Identität, Selbstkonzept und Selbstwertgefühl ... 118
7.3.2 Veränderungen des Selbstkonzepts durch Krankheit oder Pflegebedürftigkeit ... 119

Teil II: Entwicklungspsychologie – von lebenslangen Veränderungen

8 Grundlagen der Entwicklungspsychologie ... 123

8.1 Gegenstand und Aufgaben der Entwicklungspsychologie ... 123

8.2 Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne nach P. Baltes 124

8.3 Entwicklungsaufgaben ... 126

8.4 Entwicklungsverläufe ... 127

8.4.1 Sprache ... 127
8.4.2 Wahrnehmung ... 127
8.4.3 Motorik ... 127
8.4.4 Gefühle ... 128

8.5 Entwicklungsfaktoren ... 129

8.5.1 Genetische Anlagen ... 129
8.5.2 Umweltfaktoren ... 130
8.5.3 Eigenaktivität ... 130
8.5.4 Zusammenwirken von genetischer Anlage, Umweltfaktoren und Eigenaktivität ... 131

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

8.6 Kognitive Entwicklung nach Jean Piaget ... 132
8.6.1 Phasen der kognitiven Entwicklung 132
8.7 Psychosoziale Entwicklung nach E.H. Erikson ... 135
8.7.1 Vertrauen – Misstrauen (1. Lebensjahr) ... 136
8.7.2 Werksinn – Minderwertigkeit (6. Lebensjahr bis Pubertät) ... 136
8.7.3 Generativität – Stagnierung (mittleres Erwachsenenalter) ... 136
8.7.4 Integrität – Verzweiflung (höheres Erwachsenenalter) ... 137

9 Entwicklung in der Kindheit ... 140

9.1 Entwicklungsvorgänge in der pränatalen Zeit ... 140
9.1.1 Erstes Verhalten und Erleben ... 140
9.1.2 Mutter-Kind-Beziehung ... 140
9.1.3 Schädigende Einflüsse auf das Ungeborene ... 141
9.1.4 Kind und Umwelt ... 141
9.2 Entwicklungsvorgänge in der frühen Kindheit (0 bis 4 Jahre) ... 141
9.2.1 Das erste Lebensjahr ... 142
9.2.2 Entwicklungsverläufe mit Beginn in der frühen Kindheit ... 147
9.3 Das Kind im Alter von 4 bis 12 Jahren ... 153
9.3.1 Persönlichkeitsentwicklung – Selbstkonzept ... 153
9.3.2 Einschulung und Schulzeit ... 155

10 Entwicklung in der Jugend ... 162

10.1 Einführung ... 162
10.2 Kognitive und körperliche Veränderungen ... 162
10.2.1 Kognitive Entwicklung ... 162
10.2.2 Körperliche Entwicklung ... 163
10.2.3 Psychosexuelle Entwicklung ... 164
10.3 Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz ... 165
10.3.1 Identitätsfindung als eine Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz ... 165
10.3.2 Peer-Gruppen ... 166
10.3.3 Junge Erwachsene/Generationen ... 166

11 Entwicklung im frühen und mittleren Erwachsenenalter ... 170

11.1 Einführung ... 170
11.2 Frühes Erwachsenenalter (ca. 18–29 Jahre) ... 170
11.2.1 Lösung vom Elternhaus ... 170
11.2.2 Berufswahl ... 171
11.2.3 Freizeitverhalten ... 171
11.2.4 Rollenprofil ... 171
11.2.5 Partnerwahl ... 171
11.2.6 Partnerschaft ... 172
11.2.7 Familienentwicklung ... 175
11.3 Das mittlere Erwachsenenalter (ca. 30–59 Jahre) ... 178
11.3.1 Entwicklungsaufgaben ... 179
11.3.2 Ablösung von den Kindern und „Empty Nest“ ... 179
11.3.3 Die „Midlife-Crisis“ ... 180
11.3.4 Großeltern werden ... 180

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

12 Entwicklung im höheren Lebensalter ... 182

12.1 Soziologische Alterstheorien ... 182
12.1.1 Was versteht man unter Theorien? 182
12.1.2 Defizitmodell ... 183
12.1.3 Disengagement-Theorie: Rückzugstheorie nach Cumming und Henry 1962 ... 184
12.1.4 Aktivitätstheorie ... 186
12.1.5 Kontinuitätstheorie ... 187
12.1.6 Kognitive Persönlichkeitstheorie ... 188
12.1.7 Kompetenzmodell ... 190

12.2 Biologische Alterstheorien ... 191
12.2.1 Allgemeine Erblichkeitstheorien ... 191
12.2.2 Mutationstheorie ... 191
12.2.3 Abnutzungstheorien (z. B. nach Pearl, 1927) ... 192

12.3 Frühes Alter (60–69 Jahre) ... 192
12.3.1 Psychohygiene des Alterns ... 192
12.3.2 Entwicklungsaufgaben ... 193
12.3.3 Ende der Berufstätigkeit ... 193
12.3.4 Produktivität im Alter ... 194

12.4 Mittleres und hohes Alter (ab 70. bzw. 80. Lebensjahr) ... 196
12.4.1 Entwicklungsaufgaben ... 196
12.4.2 Biopsychosoziale Veränderungen ... 196
12.4.3 Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden ... 198

Teil III: Sozialpsychologie – Miteinander leben und arbeiten

13 Grundlagen der Sozialpsychologie ... 203

13.1 Einführung ... 203

13.2 Normen und Werte ... 203
13.2.1 Normen ... 203
13.2.2 Werte ... 205

13.3 Soziologische Rollen und Rollenkonflikte ... 205
13.3.1 Soziologische Rollen ... 205
13.3.2 Rollenkonflikte ... 207
13.3.3 Ursachen für Rollenkonflikte ... 210
13.3.4 Umgang mit Rollenkonflikten ... 211

13.4 Soziale Gruppe ... 214
13.4.1 Gruppenphänomene ... 215
13.4.2 Führungsstile ... 216
13.4.3 Team und Teamentwicklung (nach M. Vergnaud) ... 217

14 Kommunikation ... 222

14.1 Einführung und Grundregeln ... 222
14.1.1 Die Grundregeln der Kommunikation (nach Watzlawick) ... 222
14.1.2 Prinzipien der Gesprächsführung ... 224
14.1.3 Feedback ... 226

14.2 Gesprächsformen ... 228
14.2.1 Persönliche Gespräche ... 228
14.2.2 Informationsgespräche ... 230
14.2.3 Alltagsgespräche („Small Talk“) ... 231
14.2.4 Gespräche am Telefon ... 232

15 Sexualität ... 234

15.1 Die Bedeutung von Sexualität ... 234

15.2 Soziologische Aspekte ... 234
15.2.1 Der Begriff „Sexualität“ ... 234
15.2.2 Rollenverständnis im Wandel der Zeit: Werte, Normen, Rollen in Familie, Gesellschaft, Partnerschaft 235
15.2.3 Sexualität und Alterssexualität in der Gesellschaft ... 237

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

15.2.4 Demografie 237
15.2.5 Familienstrukturen, Wohn- und Lebensformen 237

15.3 Psychologische Aspekte 238

15.3.1 Lerngeschichte/Biografie: Modelle, Erfahrungen 238
15.3.2 Sexualität und Selbstkonzept 239
15.3.3 Weitere psychologische Faktoren . . 240
15.3.4 Psychische Erkrankungen 240

15.4 Physische Aspekte 240

15.4.1 Alters- und krankheitsbedingte Veränderungen 240
15.4.2 Medikamentöse Wirkungen 242

15.5 Bedeutung der Sexualität im Alter 242

15.6 Sexualität im Pflegeheim 242

15.7 Konfrontation der Pflegenden mit sexuellen Bedürfnissen 242

15.7.1 Situationen 242
15.7.2 Sexualität in Pflegesituationen: Umgang mit herausforderndem Verhalten 243

16 Aggression und Gewalt in der Pflege 246

16.1 Einführung 246

16.1.1 Begriffserklärungen 246
16.1.2 Sprachgebrauch 248

16.2 Formen von Gewalt 248

16.3 Gewalt in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens . 250

16.4 Aggressionstheorien 250

16.4.1 Psychoanalytische Theorie 251
16.4.2 Psychohydraulische Triebtheorie . . 251
16.4.3 Frustrations-Aggressionstheorie . . . 251
16.4.4 Lerntheoretische Ansätze zur Erklärung von aggressivem Verhalten 251
16.4.5 Theorie des Werkzeugverlustes . . . 251
16.4.6 Fazit aus diesen Modellen für Ansätze der Prävention 252

16.5 Thesen und Modelle zur Entstehung von Gewalt durch Pflegende 252

16.5.1 Belastungsthese 252
16.5.2 Persönlichkeitsthese 253
16.5.3 Gewalt als Gruppenphänomen 254
16.5.4 Gewalt durch eigene Ohnmacht und Machtmissbrauch 254
16.5.5 Gewalt durch fehlende Kontrolle . . 254

16.6 Gewalt durch pflegende Angehörige 255

16.7 Intervention bei akut stattfindenden Gewalthandlungen . . . 256

16.7.1 Zusammenfassung: mögliche Intervention bei vorhandener Gewalt . . 257

Teil IV: Menschen im Krankenhaus

17 Frühgeborene auf der neonatologischen Intensivstation 261

17.1 Anforderungen an die Pflegenden 261

17.2 Konzepte zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der Neonatologie 261

17.2.1 Wie lassen sich Stress- und auch Schmerzzustände erkennen? 262
17.2.2 Wie lässt sich das Umfeld verändern, um Stress abzubauen und zu vermeiden? 263

17.3 Stressreduzierung 263

17.3.1 Hören und Geräusche 263
17.3.2 Sehen und Lichteinflüsse 263
17.3.3 Taktile und kinästhetische Reize . . . 264

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

17.4 Einbeziehung und Schulung der Eltern ... 266

17.4.1 Vorbedingungen ... 266
17.4.2 Art der Erkrankung ... 267
17.4.3 Gespräche ... 267

18 Kinder im Krankenhaus ... 272

18.1 Einführung ... 272

18.2 Einflussfaktoren auf das Erleben eines Krankenhausaufenthaltes und die psychischen Folgen ... 272

18.2.1 Alter und Entwicklungsstand ... 272
18.2.2 Vorerfahrungen des Kindes ... 274
18.2.3 Familiäres Umfeld ... 275
18.2.4 Persönlichkeit des Kindes ... 275
18.2.5 Bedingungen des einzelnen Krankenhauses ... 276

18.3 Mit Kindern reden ... 277

18.3.1 Entwicklungsstand beachten ... 277
18.3.2 Aufmerksamkeit wecken und Blickkontakt herstellen ... 278
18.3.3 Sich vorstellen ... 278
18.3.4 Aktiv Zuhören ... 278
18.3.5 Geeignete Sprache wählen ... 279
18.3.6 Kind einbeziehen ... 279
18.3.7 Ja-Haltung erzeugen, Compliance herstellen ... 279

19 Ältere Menschen im Krankenhaus ... 282

19.1 Alter und Krankheit ... 282

19.2 Besonderheiten bei der Pflege alter Menschen ... 283

19.2.1 Ältere Menschen benötigen mehr Zeit ... 283

20 Angehörige in der Pflege ... 286

20.1 Nebenrolle mit Wirkung: die Angehörigen ... 286

20.2 Angehörige im Krankenhaus ... 288

20.2.1 Angehörige auf der Intensivstation – Menschen zwischen Angst und Hoffnung ... 288
20.2.2 Angehörige von Patienten mit geistiger Behinderung – fürsorgliche Experten ... 290
20.2.3 Geschwisterkinder in der Kinderklinik ... 293
20.2.4 Angehörige in der häuslichen Pflege ... 294

20.3 Angehörige – Rolle mit Nebenwirkungen ... 295

20.3.1 Belastungen ... 295
20.3.2 Unterstützung und Hilfen ... 295

Teil V: Krisen und Krisenbewältigung – wenn das Leben eng wird

21 Krisen und Krisenbewältigung ... 299

21.1 Einführung ... 299

21.2 Der Begriff Krise ... 299

21.3 Klassifikation von Krisen ... 299

21.4 Krisenerleben ... 300

21.5 Krisenmerkmale ... 301

21.5.1 Eingeschränkte Wahrnehmung, verzerrte Wahrnehmung ... 302

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

21.5.2 Fokussierendes Denken, eingeschränkte Problemlösefähigkeit ... 302
21.5.3 Verlust der Zukunftsperspektive ... 302
21.5.4 Orientierungslosigkeit ... 302
21.5.5 Heftige, gefühlsbetonte Reaktionen 302
21.5.6 Veränderungen der Psychomotorik 303
21.5.7 Körperliche Symptome ... 303

21.6 Krisenbewältigung und Coping-Strategien ... 303

21.6.1 Selbstschutz durch Abwehrmechanismen ... 303
21.6.2 Häufig eingesetzte, im Alltag vertraute Bewältigungsstrategien ... 306
21.6.3 Krisenbewältigung durch Assimilation und Akkommodation ... 307
21.6.4 SOK-Modell nach Baltes und Baltes: Krisenbewältigung durch Selektion, Optimierung und Kompensation ... 308

21.7 Menschen in Krisen begleiten ... 308

21.7.1 Krisenbewältigung durch professionelle Hilfe ... 309

21.8 Resilienz ... 309

21.8.1 Merkmale resilienter Menschen ... 310
21.8.2 Faktoren der Resilienz ... 310

22 Wenn ein Mensch krank wird – Krankheitserleben, Patientenverhalten und Salutogenese ... 314

22.1 Krankheit erleben – eine besondere Situation ... 314

22.1.1 Krankheit und Gesundheit ... 314
22.1.2 Krankheitserleben ... 315
22.1.3 Psychologische Phasen im Krankheitsverlauf ... 317

22.2 Verhaltensweisen der Patienten 319

22.2.1 Verleugnendes Verhalten ... 320
22.2.2 Ichbezogenes Verhalten ... 320
22.2.3 Regressives Verhalten ... 321
22.2.4 Aggressives Verhalten ... 321
22.2.5 Ängstliches Verhalten ... 322

22.3 Salutogenese ... 323

22.3.1 Gefühl für Zusammenhang (Kohärenzsinn) ... 324

23 Der Einzug in ein Pflegeheim ... 328

23.1 Zahlen und Fakten ... 328

23.2 Gründe für den Einzug in ein Pflegeheim ... 330

23.3 Die ersten Wochen und Monate im Pflegeheim ... 330

23.3.1 Krisenmerkmale ... 330
23.3.2 Verhaltensweisen und Reaktionen ... 330

23.4 Bewohner – eine neue Rolle ... 331

23.5 Das Heim als neues Zuhause ... 331

23.6 Krisenbewältigung ... 332

23.6.1 Alltägliche Strategien der Krisenbewältigung ... 332
23.6.2 Abwehrmechanismen ... 332
23.6.3 SOK-Modell ... 332
23.6.4 Assimilation und Akkommodation ... 333

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

24 Sterbebegleitung, Trauer und palliative Pflege 336

24.1 Auf dem Weg zum Thema 336

24.2 Prozess des Sterbens 336

24.2.1 Begleitung der Angehörigen 337

24.3 Grundbedürfnisse des sterbenden Menschen 338

24.3.1 Körperliche Bedürfnisse 338
24.3.2 Soziale Bedürfnisse 338
24.3.3 Intellektuelle Bedürfnisse 339
24.3.4 Religiöse Bedürfnisse 339

24.4 Gespräche mit Sterbenden 340

24.4.1 Sprache Sterbender 340
24.4.2 Umgang mit der Wahrheit 340

24.5 Trauer 341

24.5.1 Was ist Trauer? 341
24.5.2 Trauerverhalten 342
24.5.3 Wann wird getrauert? 343
24.5.4 Trauerphasen 343

24.6 Trösten 345

24.6.1 Wer tröstet und was tröstet? 346
24.6.2 Falsche Trostversuche 346
24.6.3 Gelingender Trost 347

24.7 Hospiz 347

24.7.1 Geschichte und Grundidee 347
24.7.2 Hospiz heute 348

24.8 Palliativpflege und Palliativstation 350

24.8.1 Definition 350
24.8.2 Was tun im Einzelnen? 351

24.9 Pflegeschwerpunkt Kind und Tod 353

24.9.1 Wie Kinder den Tod verstehen 353
24.9.2 Begleitung von sterbenden Kindern im Krankenhaus 353
24.9.3 Palliative Care für Kinder 356
24.9.4 Geschwister 357

25 Seelsorge 360

25.1 Seelsorge ist auch Leibsorge 360

25.2 Wer ist Seelsorger und wie geschieht Seelsorge? 360

26 Suizid 366

26.1 Auf dem Weg zum Thema 366

26.2 Zahlen und Fakten 366

26.3 Suizidformen und suizidale Entwicklung 368

26.3.1 Suizidformen 368
26.3.2 Suizidale Entwicklung (nach Pöldinger) 369

26.4 Suizidalität und Prävention 370

26.5 Suizidversuche in der Einrichtung – Krisenintervention und Nachsorge 371

26.5.1 Gespräche führen 372
26.5.2 Einer Wiederholung vorbeugen 372
26.5.3 Gespräche mit Angehörigen nach Suizid 374

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

27 Mobbing ... 376

27.1 Was ist Mobbing? ... 376
27.1.1 Kennzeichen von Mobbing ... 376
27.2 Wie wird gemobbt? Mobbingverhalten ... 377
27.2.1 Häufig vorkommende Mobbing-konstellation ... 379
27.3 Verlauf von Mobbing ... 380
27.3.1 Mobbingphasen ... 380
27.4 Ursachen für Mobbing ... 380
27.4.1 Strukturelle Ursachen in der Organisation ... 380
27.4.2 Unzureichende Konfliktfähigkeit ... 380
27.4.3 Führungsstil ... 381
27.4.4 Individuelle Persönlichkeit ... 381
27.5 Prävention von Mobbing ... 382
27.6 Was tun bei Mobbing? ... 382

28 Burnout – wenn Pflege zur Belastung wird ... 386

28.1 Der Begriff Burnout ... 386
28.2 Ursachen des Burnout-Syndroms 387
28.2.1 Berufsrollenverständnis ... 387
28.2.2 Fachliche Anforderungen ... 390
28.2.3 Emotionale Belastungen ... 391
28.2.4 Zwischenmenschliche Konflikte ... 391
28.2.5 Organisatorische Bedingungen ... 392
28.2.6 Persönlichkeitsstruktur: das Helfersyndrom ... 393
28.3 Symptome und Verlauf des Burnouts ... 394
28.3.1 Symptome ... 394
28.3.2 Verlauf des Burnout-Syndroms ... 395
28.4 Bewältigungsstrategien und Prophylaxe ... 396
28.4.1 Stressverarbeitungsmodell nach Lazarus ... 396
28.4.2 Problemorientierte und lösungs-orientierte Sichtweise ... 399
28.4.3 Selbstpflegekonzept ... 399
28.4.4 Double Care ... 400

Teil VI: Psychische Störungen – Wenn Menschen mit psychischen Störungen Pflege und Begleitung brauchen

29 Menschen mit psychischen Störungen ... 405

29.1 Epidemiologie ... 405
29.2 Verhaltensauffälligkeiten ... 405
29.3 Allgemeine Richtlinien für den Umgang mit psychisch kranken Menschen ... 407

30 Demenzielle Erkrankungen ... 410

30.1 Einführung ... 410
30.2 Grundlagen demenzieller Erkrankungen ... 410
30.2.1 Der Begriff Demenz ... 410
30.2.2 Diagnosekriterien Demenz nach ICD-10 ... 410
30.2.3 Häufigkeiten ... 411
30.2.4 Symptome demenzieller Erkrankungen ... 411
30.2.5 Stadien ... 412

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

30.2.6 Klassifikation demenzieller Erkrankungen ... 412
30.2.7 Alzheimer-Demenz ... 413
30.2.8 Vaskuläre Demenz ... 414

30.3 Psychologisches Grundwissen und Handlungskompetenz im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen ... 415

30.3.1 Symptome der Demenz verstehen ... 415
30.3.2 Demenziell erkrankte Menschen verstehen und begleiten ... 418
30.3.3 Besonderheiten bei der Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen ... 419
30.3.4 Der demenziell erkrankte Mensch im Krankenhaus ... 421
30.3.5 Zusammenfassung ... 422

31 Depressive Störungen ... 424

31.1 Einführung ... 424
31.2 Das Problem dieser Erkrankung 424
31.3 Der Begriff depressive Störung ... 424
31.4 Symptome ... 425
31.5 Diagnostik einer depressiven Störung ... 426
31.5.1 Diagnosekriterien der ICD-10 ... 426
31.6 Schweregrade depressiver Episoden ... 426
31.7 Differenzialdiagnostik ... 427
31.8 Arten depressiver Störungen ... 428
31.9 Verlauf und Prognose ... 428
31.10 Entstehung und Häufigkeit ... 428
31.11 Therapie ... 429
31.12 Richtlinien für den Umgang mit depressiven Menschen ... 430
31.12.1 Suizidgefahr ... 431
31.12.2 Schuldgefühle ... 432
31.12.3 Einsamkeit ... 432
31.12.4 Gefühl der Wertlosigkeit ... 433
31.12.5 Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, reduzierter Antrieb ... 433

32 Wahn ... 436

32.1 Definition und Vorkommen ... 436
32.2 Wahnthemen ... 436
32.3 Wahnspannung, Wahnwahrnehmung und Wahnerinnerung ... 436
32.4 Umgang mit Patienten mit wahnhaften Störungen ... 438
32.4.1 Feste fehlerhafte Überzeugung ... 438
32.4.2 Selbstgefährdung ... 439
32.4.3 Fremdgefährdung ... 440
32.4.4 Halluzinationen und Illusionen ... 440
32.4.5 Beeinträchtigte soziale Kontakte ... 441
32.5 Verlauf und Therapie ... 441

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

33 Suchtkranke Patienten – Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit . . . 444

33.1 Psychische und physische Abhängigkeit . . . 444

33.2 Diagnosekriterien eines Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10 . . . 444

33.3 Alkoholabhängigkeit . . . 445

33.3.1 Alkoholabhängigkeitstypen . . . 445
33.3.2 Klinische Erscheinungsbilder als Folge von Alkoholkonsum . . . 445

33.4 Medikamentenabhängigkeit . . . 446

33.5 Hinweise auf das Vorliegen von Abhängigkeitserkrankungen . . . 446

33.6 Therapieziele . . . 447

33.7 Umgang mit suchtkranken Patienten . . . 447

33.7.1 Grundgedanken und allgemeine Richtlinien . . . 447
33.7.2 Umgang mit Patienten in der Entgiftungsphase . . . 450
33.7.3 Besonderheiten beim Umgang und in der Therapie mit älteren suchtkranken Patienten . . . 450

34 Traumatisierung und Notfallpsychologie . . . 452

34.1 Traumatische Ereignisse . . . 452

34.1.1 Betroffene Personen . . . 453
34.1.2 Neurophysiologie der Traumatisierung . . . 453

34.2 Akute Belastungsreaktion und posttraumatische Belastungsstörung . . . 454

34.2.1 Akute Belastungsreaktion . . . 454
34.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) . . . 454

34.3 Traumatische Erfahrungen in der Biografie von Patienten und Bewohnern . . . 455

34.3.1 Sexualisierte Gewalterfahrungen . . . 455
34.3.2 Nicht sexualisierte Gewalterfahrungen . . . 457

34.4 Pflege und Begleitung von Menschen mit traumatischen Erfahrungen . . . 457

34.4.1 Richtlinien für Pflege und Begleitung von traumatisierten Menschen . . . 457
34.4.2 Traumareaktivierung . . . 458

34.5 Notfallpsychologie . . . 458

34.5.1 Auf dem Weg zum Thema . . . 458
34.5.2 Psychologische Soforthilfe nach belastenden Ereignissen . . . 459
34.5.3 Krisenintervention . . . 459

35 Psychotherapie . . . 464

35.1 Einführung . . . 464

35.1.1 Psychotherapeutische Verfahren . . . 464

35.2 Verhaltenstherapie . . . 465

35.2.1 Verhaltenstherapeutische Verfahren 465

35.3 Kognitive Verhaltenstherapie . . . 466

35.3.1 Denken, Fühlen und Verhalten 466
35.3.2 Dysfunktionales Denken als Ursache für emotionale Probleme . 467
35.3.3 Phasen der Kognitiven Umstrukturierung (nach Stavemann) . . . 468
35.3.4 Klientenzentrierte Gesprächstherapie . . . 469
35.3.5 Psychoanalytische Therapie . . . 471
35.3.6 Systemische Therapien . . . 472
35.3.7 Spieltherapie . . . 475

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Teil VII: Methoden der Psychologie

36 Methoden der Psychologie – wie die Psychologie Erkenntnisse gewinnt 479

36.1 Voraussetzungen wissenschaftlicher Forschungsmethoden 479
36.1.1 Gütekriterien 479
36.1.2 Untersuchungsdesigns 481

36.2 Methoden wissenschaftlicher Forschung 482
36.2.1 Beobachtung 482
36.2.2 Experiment 485
36.2.3 Befragung 486
36.2.4 Psychologische Testverfahren 487

Anhang

37 Anhang 491

37.1 Filme 491
37.1.1 Aranka 491
37.1.2 Harold und Maude 491

37.2 Grundgesetz (Auszüge) 492
37.2.1 Artikel 1 492
37.2.2 Artikel 2 492
37.2.3 Artikel 3 492

37.3 Literaturverzeichnis 492

Sachverzeichnis 495

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Teil I: Psychologische Grundfunktionen – Grundwissen für Pflegeberufe

1 Wahrnehmung und Beobachtung *25*

2 Bedürfnisse und Motivation *44*

3 Lernen und Verhalten – Verhalten steuernde Lernprinzipien *56*

4 Gedächtnis und Erinnerung *70*

5 Intelligenz *90*

6 Emotionen *98*

7 Identität, Persönlichkeit und Selbstkonzept *114*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Kapitel 1

Wahrnehmung und Beobachtung

1.1 Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie *25*

1.2 Pflegerische Beobachtung *28*

1.3 Wahrnehmung von Personen *29*

1.4 Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion *34*

1.5 Beeinträchtigungen der Wahrnehmung *35*

1.6 Achtsamkeit in der Pflege *40*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

1 Wahrnehmung und Beobachtung

„Jeder meint, dass seine Wirklichkeit die wirkliche Wirklichkeit ist." Paul Watzlawick (1921–2007), Kommunikationswissenschaftler

Examensschwerpunkte

Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie (S. 25), Pflegerische Beobachtung (S. 28), Wahrnehmung von Personen, Beurteilungsfehler (S. 30), Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion (S. 34), Beeinträchtigungen der Wahrnehmung (S. 35), Hospitalismus (S. 39), Achtsamkeit in der Pflege (S. 40)

1.1 Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie

Definition

Unter dem Begriff **Wahrnehmung** versteht man den Prozess, bei dem Reize aus der Umgebung oder aus dem eigenen Organismus durch die Sinnesorgane aufgenommen, anschließend weitergeleitet und weiterverarbeitet werden.

Die Sinnesorgane des Menschen sind das „Tor zur Welt". Durch sie nehmen wir Situationen, unsere Umgebung und schließlich auch uns selbst wahr; durch sie können wir mit unserer Umwelt in Kontakt treten. Wahrnehmung steht am Beginn jeder Begegnung. Sie ermöglicht, Situationen auszuwählen und angemessen auf unsere Umwelt zu reagieren. Die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung eröffnet die Chance, eigenes Verhalten zu reflektieren und möglicherweise zu verändern.

1.1.1 Die Bedeutung der Wahrnehmung für die Pflege

Wahrnehmung ist also ein Prozess, bei dem Informationen aufgenommen werden. Diese Informationen sind der Ausgangspunkt für alles Weitere, was im zwischenmenschlichen Umgang und speziell in der Pflege passiert. Sie ermöglichen erst einen angemessenen Umgang mit der jeweiligen Situation und auch die Reflexion der eigenen Person.

Wahrnehmung soll in diesem Kapitel vor allem unter den Gesichtspunkten der pflegerischen Beobachtung, der Bedeutung der Wahrnehmung für die Beziehungsgestaltung und der Wahrnehmung der eigenen Person (Selbstreflexion) behandelt werden.

Ein Problem besteht darin, dass in der Pflege oft mit einem Minimum an Informationen ein Überblick erreicht werden muss. Dabei entstehen häufig Wahrnehmungsfehler, die zu erkennen sehr wichtig ist. Es lohnt sich also, sich mit der eigenen Wahrnehmung, aber auch mit individuellen Unterschieden in der Wahrnehmung zu befassen.

1.1.2 Reizaufnahme und Reizleitung

Definition

Der Prozess der **Wahrnehmung** beschreibt den Weg der Reizleitung vom Reiz bis hin zur Reaktion.

Der Prozess der Wahrnehmung beginnt, wenn Reize auf ein Sinnesorgan treffen, z. B.:
- Lichtwellen auf das Auge,
- Schallwellen auf das Ohr,
- Gerüche in die Nase,
- Geschmacksreize auf die Zunge,
- mechanische Reize auf die Haut.

Am Sinnesorgan werden die ankommenden Reize in chemische oder mechanische Signale umgewandelt (z. B. chemische Prozesse in den Stäbchen und Zapfen des Auges oder die physikalische Umwandlung von Schallwellen in Druckwellen im Ohr). Von dort werden die Informationen entlang der zum Gehirn hinführenden (afferenten) Nervenfasern durch elektrische Prozesse weitergeleitet.

An den Kontaktstellen zwischen den Nervenzellen, den Synapsen, werden die ankommenden Impulse durch chemische Prozesse über sog. Transmitter (Botenstoffe) zu den nachfolgenden Nervenzellen übertragen. Schließlich gelangen die Impulse in bestimmte Gehirnregionen, wo sie verarbeitet und gespeichert werden können. Über

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

vom Gehirn wegführende (efferente) Nervenfasern werden für die Reaktionen notwendige Informationen bis zu den für die Reaktion zuständigen Regionen geleitet.

1.1.3 Gestaltgesetze und Prozesse der Wahrnehmung

Wahrnehmung beinhaltet verschiedene neurophysiologische und psychologische Verrechnungsprozesse:

- Selektion,
- Ergänzung,
- Tendenz zum Kontrast,
- Wahrnehmungskonstanz.

Selektion

Nicht alle eintreffenden Informationen werden bewusst wahrgenommen, vielmehr wird nur eine Auswahl an Informationen registriert: Insbesondere bekannte oder markante Informationen werden wahrgenommen. Unter vielen blinkenden Kontrolllichtern wird die rote Farbe einer Notruflampe wahrgenommen, während andere Farben oft kaum registriert werden. So hängt Selektion einerseits mit Aufmerksamkeitsprozessen zusammen, andererseits findet Selektion bereits auf der Ebene der Sinnesorgane statt. So werden z. B. nur bestimmte Frequenzen gehört.

► **Schutzfunktion.** Selektion ist für den Menschen überlebenswichtig, ohne sie würde es zu einer Reizüberflutung kommen. Wichtiges von weniger Wichtigem zu unterscheiden hat eine Schutzfunktion und eröffnet die Möglichkeit, gezielt Informationen aufzunehmen. Ungünstig kann Selektion dann werden, wenn wichtige Reize ausselektiert werden und dadurch Gefahren entstehen.

Fallbeispiel

Selektion. Auszubildender Stefan ist so sehr mit der Versorgung der Wunde von Herrn Schneider beschäftigt, dass er nicht bemerkt, wie der andere im Zimmer liegende Patient, Herr Zänker, versucht seine Drainage zu entfernen.

Ergänzung

Stellt das Gehirn eine bestimmte Anzahl von Übereinstimmungen mit bereits vorhandenen Bildern fest, so wird die Wahrnehmung ergänzt und vervollständigt. Das Gehirn füllt so Informationslücken aus.

Fallbeispiel

Ergänzung. Auszubildende Paula sieht wie Herr Z. mit erhobenem Arm auf Frau R. zugeht, als hinter ihr jemand ihren Namen ruft. Paula dreht sich nach dem Rufenden um. Im nächsten Moment liegt Frau R. auf dem Fußboden. Auszubildende Paula meint nun gesehen zu haben, wie Herr Z. Frau R. geschlagen hat, obwohl sie dies gar nicht gesehen haben kann. Durch Verarbeitungsprozesse des Gehirns wurden hier Informationslücken zu einem plausiblen Ablauf ergänzt (obwohl Frau R. in Wirklichkeit – ohne, dass Herr Z. etwas dafür konnte – gestürzt war).

Tendenz zum Kontrast

Bei der Wahrnehmung von vielen ähnlichen Reizen besteht die Tendenz, Unterschiede verstärkt zu betonen. Dies kann die Orientierung erleichtern.

Fallbeispiel

Kontrast. Laura und Lisa sind 7 Jahre alt und eineiige Zwillinge. Sie sehen sich sehr ähnlich und werden oft verwechselt. Laura ist 2 Zentimeter größer als Lisa. Ihre Mutter nennt sie immer „meine Große“, während sie Lisa „meine Kleine“ nennt. Hier wird ein minimaler Unterschied größer wahrgenommen, als er tatsächlich ist.

Wahrnehmungskonstanz

Gegenstände behalten durch komplizierte Verrechnungsvorgänge des Gehirns ihre konstante Form und Größe, egal aus welchem Blickwinkel oder aus welcher Entfernung sie angeschaut werden. Dadurch werden Orientierung und Gedächtnisleistung überhaupt erst möglich.

Ein Tisch wird als Tisch wahrgenommen, egal ob er von rechts, links, oben oder unten betrachtet

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

wird. Trotz vollkommen unterschiedlicher Netzhautbilder erkennt das Gehirn den Tisch. Auch Menschen werden wiedererkannt, egal ob sie sitzen, stehen oder liegen, ob sie nah oder weiter entfernt sind.

1.1.4 Subjektivität der Wahrnehmung

Aufgabe

1 Haben Sie schon einmal Situationen ganz anders wahrgenommen als Personen, die bei Ihnen waren? Erinnern Sie sich. Wie kann es zu dieser Unterschiedlichkeit der Wahrnehmung kommen?

Wahrnehmung ist i. d. R. ein sehr subjektiver Vorgang. Das bedeutet, dass Wahrnehmung von Mensch zu Mensch unterschiedlich sein kann. Dass Situationen oder Personen ganz unterschiedlich wahrgenommen werden, kann verschiedene Ursachen haben:

- Umgebungsfaktoren,
- physiologische Ursachen,
- psychologische Ursachen (▶ Abb. 1.1).

Umgebungsfaktoren

Die Umgebung kann die Wahrnehmung der Reize beeinflussen. So werden Reize je nach Umgebung unter Umständen sehr unterschiedlich wahrgenommen: Farbempfindungen hängen ab von den jeweiligen Lichtverhältnissen der Umgebung, Töne wirken in Abhängigkeit von den Hintergrundgeräuschen lauter oder leiser. Auch Personen werden in verschiedenen Umgebungen zum Teil sehr unterschiedlich wahrgenommen: Oft sieht eine Person nachts in der Diskothek anders aus als am nächsten Morgen bei Tageslicht. Ein Mensch, den man als Patient in einem Krankenhaus wahrgenommen hat, wird im Alltag auf der Straße oft kaum wiedererkannt.

Diese Umgebungsfaktoren können sich unterschiedlich auf die individuelle Wahrnehmung auswirken.

Physiologische Ursachen

Physiologische Ursachen für die Subjektivität der Wahrnehmung können z. B. in Funktionsstörungen der Sinnesorgane und des Nervensystems liegen: Menschen mit nicht korrigierten Seh- oder Hörschwächen nehmen Situationen anders wahr als Menschen mit nicht beeinträchtigten Sinnesorganen. Erkrankungen des Nervensystems können zu Empfindungsstörungen führen, wie es bei vielen Patienten nach Apoplexie oder bei zerebralen Durchblutungsstörungen der Fall ist. Körperliche Empfindungen, wie Hunger oder Schmerzen, können die Wahrnehmung ebenso beeinträchtigen wie die Einnahme von Medikamenten, Alkohol oder Drogen.

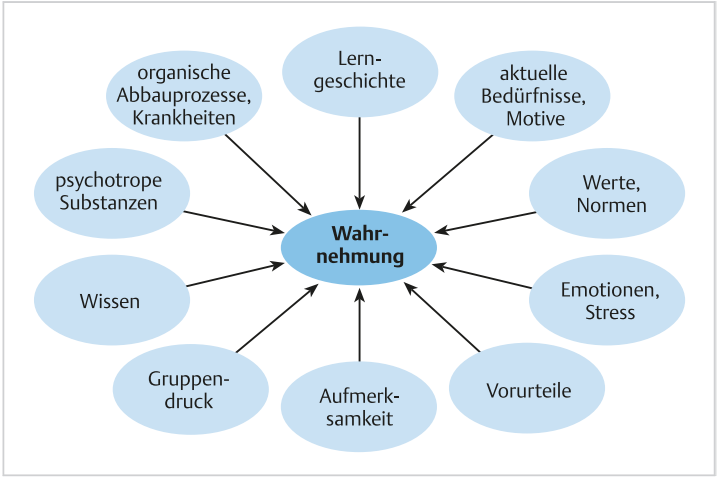


Abb. 1.1 Verschiedene Faktoren, die Einfluss auf die Wahrnehmung nehmen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Psychologische Faktoren

Was und wie ein Mensch wahrnimmt ist außerdem abhängig von psychologischen Faktoren, z. B. von:

- Aufmerksamkeit, Interessen und Bedürfnissen,
- Wissen und Erfahrungen
- Stress
- Stimmungs- und Gefühlslagen,
- persönlichen Einstellungen, Werten und Vorurteilen.

Aufmerksamkeit, Interessen, Bedürfnisse

Verschiedenartige Wahrnehmung kann durch Unterschiede in der Aufmerksamkeit, der Interessenlage und in den Bedürfnissen entstehen: Im Kaufhaus sehen Männer oft ganz andere Sachen als Frauen. Wer Hunger hat, sieht in den Einkaufsregalen eines Supermarktes viele leckere Lebensmittel. Kommt man gerade von einem üppigen Essen, werden viele Lebensmittel gar nicht wahrgenommen.

Wissen und Erfahrungen

Wie Situationen wahrgenommen werden, hängt auch vom Wissen und den bisherigen Erfahrungen einer Person ab.

Fallbeispiel

Beeinflussung der Wahrnehmung durch Erfahrungen. Anne, die neue Auszubildende, absolviert ihren ersten Praxiseinsatz auf der neonatologischen Station. Sie ist erstaunt, als eine erfahrene Kollegin berichtet, dass das Baby Lena Neumann eine gelbliche Gesichtsfarbe hat. In Annes Wahrnehmung haben alle Babys ein rotes Gesicht. Jahre später arbeitet Anne als examinierte Pflegefachkraft auf der Neonatologie. Inzwischen hat sich ihre Wahrnehmung durch viele Erfahrungen verbessert. Sie sieht heute recht genau, welche Kinder bezüglich ihrer Neugeborenen-Gelbsucht kontrolliert werden müssen.

Stress

Stress, kann zu Verzerrungen der Wahrnehmung führen. So kann unter Stress die Wahrnehmung bestimmter Reize verstärkt sein, während andere Reize gar nicht wahrgenommen werden.

Fallbeispiel

Beeinflussung der Wahrnehmung durch Stress. Pflegefachkraft Tanja ist über Mittag alleine mit einer Auszubildenden auf der Kinderstation. Tanja ist im Stress und das Schreien einiger Kinder kommt ihr heute viel lauter vor als an anderen Tagen. Hier ist ihre Wahrnehmung durch Stress sensibilisiert. Als sie jedoch zu einem Notruf nach Zimmer 4 rennt, nimmt sie die auf dem Stationsflur stehenden Besucher kaum wahr. In diesem Bereich ist ihre Wahrnehmung eingeschränkt.

Gefühlslage, Einstellungen

Bekannt ist das Phänomen, dass Wahrnehmung von der Gefühlslage abhängt: Verliebte sehen die Welt durch eine „rosa Brille“, selbst das trübe Regenwetter ist herrlich. Bei Trauer sieht vieles grau und trüb aus. Wahrnehmung wird auch häufig durch Einstellungen beeinflusst. Dabei spielen vor allem Werte und Vorurteile eine Rolle.

Fallbeispiel

Beeinflussung der Wahrnehmung durch Werte und Einstellungen. Pflegefachkraft Sophia legt viel Wert auf Pünktlichkeit und Ordnung. Sie nimmt jede auch noch so geringe Verspätung einer Kollegin wahr und sieht sofort, wenn auf Station etwas nicht an seinem Platz ist.

Merke

Wahrnehmung kann von Mensch zu Mensch, aber auch von Situation zu Situation unterschiedlich sein.

1.2 Pflegerische Beobachtung

Definition

Eine besondere Form der Wahrnehmung ist die **Beobachtung**. Von Beobachtung wird gesprochen, wenn es um eine gezielte, planmäßige Wahrnehmung zur Feststellung eines Sachverhalts oder der Sammlung von Informationen geht.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Der Unterschied zwischen pflegerischer Beobachtung und Wahrnehmung besteht darin, dass die pflegerische Beobachtung zielgerichtet ist und Wissen voraussetzt. Sie beinhaltet ein systematisches Vorgehen, das bedeutet, es wird gezielt nach bestimmten Kriterien geschaut. Wahrnehmung hingegen kann auch „nebenbei" und ohne konkretes Fachwissen geschehen.

Eine gute Wahrnehmungs- und Beobachtungsfähigkeit ist die Voraussetzung für eine gute Pflegeplanung und somit für eine professionelle Pflege. Pflegende müssen täglich viele Informationen aufnehmen. Sie müssen im Zuge der Krankenbeobachtung die Symptome, den Krankheitsverlauf, die Wirkung therapeutischer Maßnahmen, Nebenwirkungen und die Compliance beobachten und mögliche Gefahren erkennen. Auch die Wahrnehmung der Ressourcen der Patienten bzw. der Bewohner, deren Bedürfnisse und Gefühle sowie der zwischenmenschlichen Beziehungen zu Pflegenden, Angehörigen oder Mitpatienten/Mitbewohnern gehört zu einer professionellen Pflege.

► **Voraussetzungen.** Eine gute Wahrnehmung in der Pflege kann nur unter bestimmten Voraussetzungen stattfinden: Um wichtige Informationen zu erkennen und sie gezielt und schnell aufnehmen zu können, bedarf es intakter oder korrigierter Sinnesorgane. Es sollte Aufmerksamkeit und Interesse sowie Fachwissen vorhanden sein und eine unvoreingenommene Grundhaltung bestehen.

Um eine Beobachtung möglichst objektiv zu gestalten, wird in der Pflege die Methode der systematischen Verhaltensbeobachtung herangezogen. Dabei gilt es, das zu beobachtende Merkmal messbar zu machen, das heißt es zu operationalisieren. Dies wird auch anhand von Beobachtungsbögen versucht .

Bei der Informationsübermittlung im Übergabegespräch dürfen auch eigene Interpretationen und Bewertungen berichtet werden, diese müssen aber deutlich vom tatsächlich Wahrgenommenen abgegrenzt werden.

In die Pflegedokumentation sollen statt subjektiver Interpretationen bzw. Bewertungen möglichst objektive Wahrnehmungen aufgenommen werden.

Fallbeispiel

Operationalisierung und Informationsübermittlung. Bei der Übergabe äußert Pflegefachkraft Ute, Frau Nagel würde von Tag zu Tag unruhiger werden. Um von dieser subjektiven Wahrnehmung zu einer objektiveren Aussage zu kommen, werden im Team Kriterien überlegt, wie „Unruhe" operationalisiert, also messbar gemacht werden kann: Wie häufig läuft Frau Nagel während bestimmter Zeitabschnitte den Gang auf und ab? Wie oft nimmt sie Gegenstände in die Hand und legt sie wieder weg? Wie häufig ruft sie nach den Pflegefachkräften?

Merke

In der Pflege ist es wichtig, zwischen Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung zu unterscheiden. Dies gilt insbesondere für die Krankenbeobachtung, das Führen einer Pflegedokumentation und die Informationsübermittlung während der Übergabe.

Aufgabe

2 Kennen Sie Beobachtungsbögen, mit denen versucht wird, Wahrnehmungen möglichst objektiv zu erfassen?
3 Auf Ihrer Station wird bei der Übergabe berichtet, dass Frau M. sich „zunehmend aggressiv" verhält. Erstellen Sie einen Beobachtungsbogen mit möglichst objektiven Kriterien.

1.3 Wahrnehmung von Personen

1.3.1 Der erste Eindruck

Wenn Menschen sich das erste Mal begegnen, sind die ersten Sekunden oder Minuten oft ausschlaggebend für den weiteren Verlauf der Beziehung (► Abb. 1.2). Situationen, in denen der erste Eindruck eine große Rolle spielen kann, sind z. B. Vorstellungsgespräche oder auch die „Liebe auf den ersten Blick", aber auch erste Begegnungen mit Patienten, Kollegen oder Angehörigen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 1.2 Innerhalb von wenigen Sekunden oder Minuten bildet sich ein erster Eindruck *(Symbolbild)*. (Foto: A. Keudel, Fotolia)

Dass Menschen sich sehr schnell einen ersten Eindruck bilden, ist einerseits sinnvoll, birgt andererseits aber auch Gefahren. Sinnvoll ist die Bildung eines ersten Eindrucks, um in Gefahrensituationen schnell reagieren zu können: Öffnet man auf ein Klingeln hin die Haustüre, sollte möglichst schnell erkannt werden, ob von der draußen stehenden Person eine Gefahr ausgeht. Die Bildung eines ersten Eindrucks ermöglicht hier eine schnelle Reaktion. Die Bildung eines ersten Eindrucks ist auch wichtig, um Prioritäten setzen zu können.

Fallbeispiel

Erster Eindruck. Auf einem Seminar begegnet Pflegefachkraft Eva vielen unbekannten Menschen. Da an diesem Tag in Gruppen gearbeitet werden soll, ist es wichtig, aufgrund eines ersten Eindruckes schnell zu erkennen, mit wem sie sich eine gute Zusammenarbeit vorstellen kann.

1.3.2 Beurteilungsfehler bei der Wahrnehmung anderer Personen

Sympathiefehler

Problematisch kann die Bildung eines ersten Eindrucks sein, wenn er fehlerhaft ist. Er beeinflusst die weitere Wahrnehmung und wirkt wie ein Wahrnehmungsfilter. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einem „Sympathiefehler“: Bei einer auf den ersten Eindruck sympathischen Person werden auch weiterhin vor allem die positiven Eigenschaften wahrgenommen, negative Eigenschaften werden oft sehr großzügig übersehen. Umgekehrt ist es bei Personen, die einen negativen ersten Eindruck auf uns machen: Bei ihnen werden vor allem Fehler und Schwächen wahrgenommen, Positives wird oft nicht registriert.

Neben dem Sympathiefehler können noch weitere Fehler bei der Wahrnehmung anderer Personen auftreten. Weitere Beurteilungsfehler sind z. B.:

- Hof-Effekt,
- logischer Fehler,
- Kontrastfehler,
- fehlerhafte Ausdrucksdeutung.

Hof-Effekt

Der Wahrnehmungsfehler des Hof-Effekts besteht darin, dass ein Merkmal so stark wirkt, dass ein positiver oder negativer Gesamteindruck entsteht. So können Merkmale wie „groß und blond“ so stark wirken, dass der Gesamteindruck von „Schönheit“ entsteht, während andere Merkmale, wie z. B. schiefe Zähne und unreine Haut, nicht wahrgenommen werden.

Logischer Fehler

Von einem logischen Fehler spricht man, wenn aufgrund des Vorhandenseins einer bestimmten Eigenschaft fälschlicherweise auf das Vorhandensein anderer Eigenschaften geschlossen wird.

Während es sich beim Hof-Effekt in erster Linie um ein Übersehen von Eigenschaften handelt, findet beim logischen Fehler ein Denkfehler im Sinne einer fehlerhaften Schlussfolgerung statt.

Fallbeispiel

Logischer Fehler. Schon seit längerer Zeit verschwinden auf der Station immer wieder Wertgegenstände. Als sich herausstellt, dass die ehrenamtlich mitarbeitende, streng gläubige Pfarrersfrau diese gestohlen hat, sind alle entsetzt. Eine Kollegin äußert sich: „Das kann doch gar nicht sein. Jemand, der so gläubig und die Frau eines Pfarrers ist, kann doch nicht stehlen!“

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Kontrastfehler

Um einen Kontrastfehler handelt es sich, wenn bestimmte Eigenschaften verstärkt wahrgenommen werden, weil sie sich von den eigenen oder von denen anderer Vergleichspersonen unterscheiden. So werden vorhandene Unterschiede größer wahrgenommen als sie tatsächlich sind.

Fallbeispiel

Kontrastfehler. Auf der neonatologischen Intensivstation einer Kinderklinik liegt neben vielen untergewichtigen Frühgeborenen der 3 200 Gramm schwere Moritz. Den Pflegenden kommt er besonders groß und kräftig vor. Sie sagen „der Dicke" zu ihm. Neben anderen normalgewichtigen Kindern würde Moritz nicht auffallen.

Fehlerhafte Ausdrucksdeutung

Ein weiterer Fehler bei der Personenwahrnehmung ist die fehlerhafte Ausdrucksdeutung. Die Deutung der Körpersprache (insbesondere Mimik und Gestik) ist eine alltägliche Verständigungshilfe. Dabei können leicht Fehleinschätzungen entstehen. Dieser Fehler kann gerade in der Pflege häufig vorkommen, wenn z. B. mimische Bewegungen krankheitsbedingt verringert oder verändert sind. So kann die Mimik eines an Parkinson erkrankten Patienten als teilnahmslos und uninteressiert gedeutet werden, obwohl er innerlich lebhaft am Geschehen teilnimmt (▶ Abb. 1.3). Ebenso können solche Fehleinschätzungen bei Patienten nach Schlaganfall vorkommen.

Auch bei gesunden Menschen kann eine fehlerhafte Ausdrucksdeutung vorkommen: Da gibt es Menschen, die irgendwie mürrisch aussehen, in Wirklichkeit aber sehr zugewandt sind, oder Menschen, die aufgrund ihrer Mimik fälschlicherweise für arrogant gehalten werden.



Abb. 1.3 Die Mimik eines Parkinson-Patienten kann fehlerhaft als teilnahmslos und uninteressiert gedeutet werden. (Foto aus: Mattle H, Mumenthaler M, Schroth G. Klinik. In: Mattle H, Mumenthaler M, Hrsg. Kurzlehrbuch Neurologie. 4. Aufl. Thieme, Stuttgart; 2015)

Definition

Unter einer **sich selbst erfüllenden Prophezeiung** versteht man Vorhersagen, die die Interaktionen so beeinflussen, dass schließlich *dadurch* das erwartete Ergebnis zustande kommt.

1.3.3 Sich selbst erfüllende Prophezeiung

Der zunächst entstehende erste Eindruck ist meist sehr stabil. Er kann zwar später noch korrigiert werden, jedoch ist das oft schwierig, da der erste Eindruck – ebenso wie Vorurteile – oft im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung wirken kann.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Sich selbst erfüllende Prophezeiung. Pflegefachkraft Jana hat heute ihren ersten Arbeitstag auf einer pädiatrischen Station. Sie stand lange im Stau, musste sich beeilen, um rechtzeitig zum Dienst zu erscheinen und wurde von der Polizei wegen Geschwindigkeitsübertretung angehalten. Abgehetzt und mit schlechter Laune kommt sie jetzt auf die Station. Als Pflegefachkraft Hannes Jana sieht, hat er den Eindruck sie sei unfreundlich. Daraufhin verhält er sich reserviert und spricht mit ihr nur das Nötigste. Als Folge von Hannes Verhalten verhält sich Jana wiederum zurückhaltend und spricht auch nur das Nötigste. Schließlich äußert Hannes gegenüber einem Kollegen: „Ich habe ja gleich gewusst, dass die Neue komisch ist!"

Bei der Aufnahme eines Bewohners kann der erste Eindruck sein, dass er schwach und auf Hilfe angewiesen ist. Haben Pflegende diesen Eindruck, werden sie dem Bewohner die meisten pflegerischen Handlungen abnehmen, sodass sich durch das Verhalten der Pflegenden die ursprüngliche Annahme der Hilfebedürftigkeit langfristig bestätigen kann.

Aufgabe

4 Sie sehen die in ▶ Abb. 1.4 gezeigten Personen das erste Mal aus einiger Entfernung auf dem Flur.
a) Aufgrund welcher Beobachtungen gewinnen Sie einen ersten Eindruck?
b) Sie hatten ein kurzes Gespräch mit diesen Personen. Welche (außer den bereits genannten) Informationen können zur Bildung eines ersten Eindrucks beitragen?

5 Beschreiben Sie Situationen, in denen sich der erste Eindruck bestätigt hat und Situationen, in denen sich der erste Eindruck als falsch erwiesen hat.
6 Beschreiben Sie Sinn und Gefahren der Bildung eines ersten Eindrucks.
7 Überlegen Sie sich Situationen, in denen dem ersten Eindruck eine besonders große Bedeutung zukommt.
8 Finden Sie eigene Beispiele für selbst erlebte Sympathiefehler.
9 Beschreiben Sie Situationen, in denen sich der erste Eindruck im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung erfüllt hat.
10 Finden Sie weitere Beispiele für die beschriebenen Fehler bei der Personenwahrnehmung.

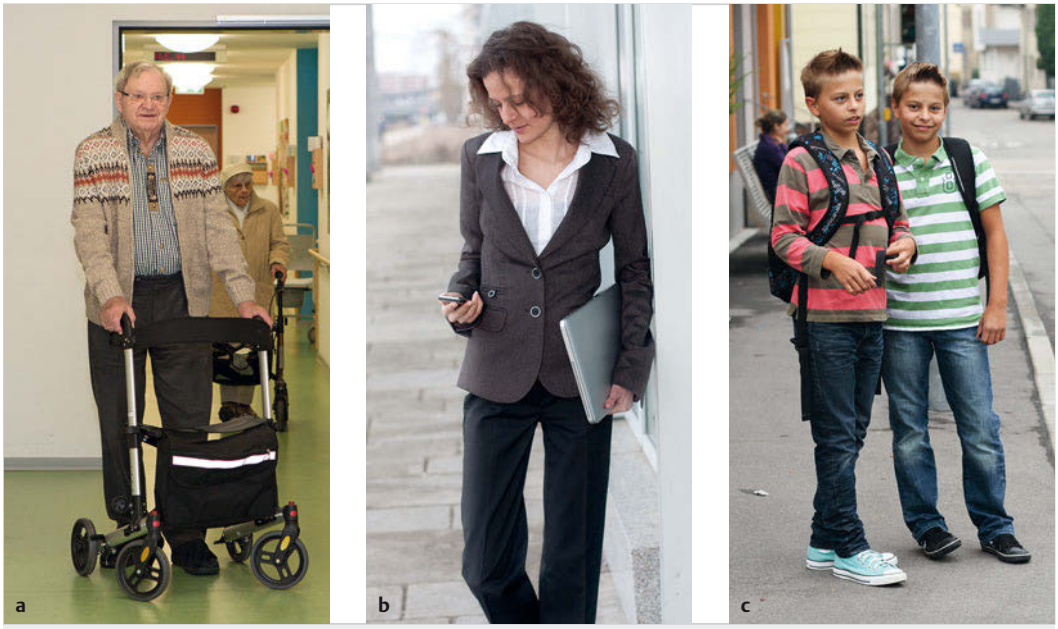


Abb. 1.4 Der erste Eindruck wird aufgrund verschiedener Merkmale gebildet, z. B. Kleidung, Zubehör, Haltung, Bewegung. (Foto a: K. Oborny, Thieme; b: Anja Greiner Adam – stock.adobe.com; c: ehrenberg-bilder – stock.adobe.com)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

1.3.4 Einstellungen und Wahrnehmung

Definition

Unter einer **Einstellung** versteht man in der Psychologie die relativ stabile Bereitschaft, etwas auf eine bestimmte Weise wahrzunehmen und darauf zu reagieren. Einstellungen sind Grundhaltungen.

Pflegende müssen über bestimmte Grundhaltungen und Denkweisen verfügen, damit eine gute Pflege möglich wird. Pflegende, deren Grundhaltung Respekt und Wertschätzung der Patienten/Bewohner und Verantwortungsbewusstsein beinhaltet, sind ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung in Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege.

Wenn Menschen sich selbst beschreiben sollen, berichten sie von ihren Eigenschaften und ihren Einstellungen.

Merke

Einstellungen sind entscheidende Bestandteile einer Persönlichkeit, sie beschreiben die Grundhaltungen eines Menschen und können die Wahrnehmung beeinflussen.

Vorurteile

Einstellungen bestimmen nicht nur das Denken des Menschen, sondern auch die Wahrnehmung. Sie können sich auch in Gefühlen und im Verhalten widerspiegeln. Dies zeigt sich besonders deutlich, wenn es sich bei den Einstellungen um Vorurteile handelt.

Definition

Vorurteile sind negative Einstellungen gegenüber einem Menschen oder einer Gruppe, durch die von vorne herein, also vor dem eigentlichen Kennenlernen der Person, bestimmte Eigenschaften zugeordnet werden.

Vorurteile sind i. d. R. stark verallgemeinernd und schwer korrigierbar. Wenn Menschen Vorurteile bilden, stehen dahinter meistens bestimmte Bedürfnisse. So wird durch die Abwertung anderer einerseits das Selbstwertgefühl erhöht, andererseits oft Gruppenzugehörigkeit und Anerkennung erreicht.

Fallbeispiel

Vorurteile. Eine neue Kollegin fängt heute in der Kinderklinik an. Hier ist bekannt, dass sie vorher in der Marienklinik gearbeitet hat und man glaubt zu wissen, dass „Leute, die dort gearbeitet haben, sowieso nichts können". Sehr deutlich nehmen die neuen Kollegen nun jeden kleinen Fehler wahr. Sie schauen die neue Kollegin weniger wohlwollend als nach Fehlern suchend an. Die Bereitschaft, sich der neuen Kollegin gegenüber abweisend zu verhalten, steigt durch die Einstellung der Kollegen.

Merke

Eine Einstellung beeinträchtigt sowohl die Wahrnehmung als auch die Bereitschaft, sich in bestimmten Situationen auf eine bestimmte Weise zu verhalten. Da Einstellungen und insbesondere Vorurteile weitreichende Auswirkungen haben können, sollten Pflegende ihre eigenen Einstellungen kennen und reflektieren.

Aufgabe

11 Beschreiben Sie Vorurteile gegenüber bestimmten Bevölkerungsgruppen (z. B. gegenüber älteren Menschen) und gegenüber Patienten mit bestimmten Krankheiten.
12 Zeigen Sie, dass Vorurteile im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung wirken können.
13 Welche Bedürfnisse stehen häufig hinter der Bildung von Vorurteilen?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

1.4 Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion

Ein ganz wichtiger Bereich der Wahrnehmung ist die Selbstwahrnehmung, d. h. die Wahrnehmung der eigenen Eigenschaften, Fähigkeiten, Tätigkeiten und Gefühle. Nur wer seine eigenen Stärken und Schwächen erkennt, kann sie reflektieren, sinnvoll damit umgehen und sich weiterentwickeln (▶ Abb. 1.5).



Abb. 1.5 Nur wer seine eigenen Stärken und Schwächen kennt, kann sinnvoll damit umgehen *(Symbolbild)*. (Foto: K. Oborny, Thieme)

▶ **Reflexion von Verhalten, Einstellungen und Motiven.** Es ist meist wesentlich einfacher, Verhaltensweisen und Fähigkeiten, Stärken und Schwächen anderer zu beschreiben als die eigenen. Das eigene Verhalten wird häufig verzerrt wahrgenommen: z. B. besonders kritisch oder extrem wohlwollend. Letzteres liegt oft daran, dass Kritik als verminderte Wertschätzung erlebt wird und so das Selbstwertgefühl beeinträchtigen kann; siehe hierzu Kap. Selbstkonzept (S. 118). Besser sollte Kritik (auch Selbstkritik) als Chance zur Verhaltensänderung und somit zur persönlichen Weiterentwicklung betrachtet werden. Pflegende sollten die Chance nutzen, sich selbst zu beobachten und immer wieder zu sehen, was bereits gut gelingt und welche Verhaltensweisen oder Tätigkeiten ausbaufähig sind (▶ Abb. 1.6). Auch eigene Einstellungen und Motive sollten immer wieder bewusst wahrgenommen und reflektiert werden. Dabei ist es wichtig, möglichst objektiv zu bleiben; vgl. dazu Kap. Selbstbeobachtung (S. 483). Um die Selbstwahrnehmung zu überprüfen kann es hilfreich sein, sich ein Feedback darüber einzuholen, wie andere dies wahrnehmen.

Welche Eigenschaften halten Sie für sich selbst für zutreffend?

☐ groß	☐ ernst
☐ klein	☐ verantwortungsbewusst
☐ zuverlässig	☐ kreativ
☐ humorvoll	☐ unzuverlässig
☐ sportlich	☐ sachlich
☐ ruhig	☐ klug
☐ Stimmungsmacher	☐ anpassungsfähig
☐ bequem	☐ lustig
☐ viel streitend	☐ Führungspersönlichkeit
☐ harmoniebedürftig	☐ häuslich
☐ gerne zu Hause	☐ gerne im Vordergrund stehend
☐ beweglich	☐ eher laut sprechend
☐ immer unterwegs	☐ eher leise sprechend
☐ romantisch	☐ spontan
☐ beruflich stark engagiert	☐ sehr auf's Äußere bedacht/modebewusst
☐ Familienmensch	☐ oft traurig
☐ wortgewandt	☐ „Gefühlsmensch"
☐ zurückhaltend	☐ „Kopfmensch"
☐ wissbegierig	☐ nachdenklich
☐ Einzelgänger	☐ lasse mir wenig sagen
☐ gesellig	

Abb. 1.6 Fragebogen zur Selbsteinschätzung.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

► **Reflexion der Gefühlslage.** Auch die Reflexion der eigenen Gefühlslage ist wichtig, um den Pflegeberuf lange ausüben zu können. Pflegende sollen sich immer wieder fragen:

- Was macht mir Freude?
- Was bereitet mir Unbehagen? Was macht mir Angst?
- Wie fühle ich mich körperlich? Bin ich müde?
- Mit welchen Personen umgebe ich mich gerne, mit welchen weniger?
- Fühle ich mich bei bestimmten Tätigkeiten sicher oder unsicher?

Frühzeitiges Wahrnehmen von Unwohlsein, Unsicherheit, Angst oder körperlichen Beschwerden ermöglicht unter Umständen die rechtzeitige Veränderung des Verhaltens und kann schlimmen Folgen vorbeugen.

Für den pflegerischen Prozess ist es außerdem hilfreich, auch die Selbstwahrnehmung des Patienten miteinzubeziehen: Der Patient kann z. B. berichten, wann sich Symptome verstärken, wann Schmerzen beginnen, auf welche Verhaltensweisen hin Schmerzen stärker oder schwächer werden. Er wird so als „Experte" für seine eigene Krankheit wertschätzend einbezogen.

Mit sog. Biofeedbackverfahren lernen Patienten eigene Körperempfindungen besser wahrzunehmen und frühzeitig auf körperliche Veränderungen zu reagieren. Biofeedbackverfahren werden z. B. bei der Rehabilitation von Patienten nach Herzinfarkt als prophylaktische Maßnahme eingesetzt.

Aufgabe

14 Versuchen Sie, Ihre Stärken und Schwächen aufzuschreiben. Was können Sie besonders gut, was gelingt weniger gut?
15 Reflektieren Sie Ihr eigenes Verhalten bei der Grundpflege eines Patienten. Beschreiben Sie dabei Ihr Verhalten in den Bereichen Arbeitsorganisation/Vorbereitung, Hygiene, Kommunikation, Nachbereitung und Zeiteinteilung.
16 Warum ist Selbstwahrnehmung oft schwierig bzw. verzerrt? Wie kann sie verbessert werden?
17 Warum ist eine gute Selbstwahrnehmung für Pflegende wichtig?
18 Warum sollte die Selbstwahrnehmung der Patienten bei der Pflegeplanung und im Pflegeprozess berücksichtigt werden?

1.5 Beeinträchtigungen der Wahrnehmung

1.5.1 Erkennen von Einschränkungen des Hörens und des Sehens bei Kindern

Beeinträchtigungen der Sinnesorgane müssen so früh wie möglich erkannt werden, da sonst die normale Entwicklung des Kindes gestört wird.

Einschränkungen des Hörsinns

In fast allen Geburtskliniken wird bei Neugeborenen routinemäßig ein Hör-Screening durchgeführt, sodass Hörschwächen heute i. d. R. sehr früh erkannt werden. Können Kinder nicht hören, kann sich die Sprache nicht entwickeln. Deshalb ist es entscheidend, Hörschwächen früh zu erkennen und das breite Spektrum an Therapiemöglichkeiten zu nutzen: Bereits bei kleinen Kindern können Hörgeräte eingesetzt werden, bei angeborener Taubheit besteht die Möglichkeit (z. B. durch ein Cochlea-Implantat), Hören und – in Verbindung mit gezielten Fördermaßnahmen – eine normale Sprachentwicklung zu ermöglichen.

Einschränkungen des Sehsinns

Ob Kinder sehen können, merken Eltern oder Pflegende meist innerhalb der ersten 6 Wochen: Blinde oder in ihrer Sehfähigkeit stark eingeschränkte Kinder blicken ins Leere, reagieren nicht auf optische Reize, zeigen keine Lichtreaktionen und fixieren keine Gesichter oder ihnen dargebotene Gegenstände. Häufiger übersehen wird eine stark einseitige Sehschwäche, die jedoch leicht durch abwechselndes Zuhalten eines Auges erkannt werden kann. Wichtig ist auch hier die Früherkennung, da sonst das bessere Auge allein die Aufgabe des Sehens übernimmt, während sich das schlechtere Auge bis hin zur völligen Erblindung verschlechtern kann.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

1.5.2 Pflegeschwerpunkt Umgang mit Patienten mit starken Einschränkungen des Sehvermögens

Beim Umgang mit Menschen mit starken Einschränkungen des Sehvermögens gilt es, einige Besonderheiten zu beachten. In Bezug auf diese Besonderheiten müssen auch Angehörige, die hier mit einer neuen Situation konfrontiert werden, angeleitet werden.

Merke

Ziel bei der Pflege von Menschen mit starken Einschränkungen des Sehvermögens ist immer die Vermeidung von Gefährdungen, die Erhaltung oder Verbesserung der Selbstständigkeit und die Stärkung des Selbstwertgefühls. Hierauf haben Pflegende einen nicht zu unterschätzenden Einfluss.

▸ **Aufnahme.** Handelt es sich um einen mobilen Patienten, soll er bei der Aufnahme durch die für ihn wichtigen Räume der Station geführt werden, dabei hakt er sich bei der ihn begleitenden Person unter. Die beschreibt ihm dabei den Weg und die Örtlichkeit und weist auf Hindernisse hin. Will der Patient sich setzen, führt sie seine Hand an die Stuhllehne, von dort aus ertastet der Patient die Sitzfläche und kann sich setzen.

▸ **Patientenzimmer.** Die Tür des Patientenzimmers sollte taktil erkennbar sein, z. B. durch das Aufhängen einer bestimmten Dekoration. Im Zimmer bekommt der Patient die Möglichkeit, im Raum stehende Gegenstände zu ertasten. Die Rufanlage muss für den Patienten jederzeit erreichbar an einem bestimmten Ort platziert sein.

▸ **Begrüßung.** Beim Betreten des Patientenzimmers wird der Patient begrüßt und es wird mitgeteilt, wer den Raum betritt.

▸ **Essen und Medikamenteneinnahme.** Zur Unterstützung der Orientierung beim Essen oder bei der Einnahme der Medikamente kann eine genaue Beschreibung des Platzes oder die Führung der Hand des Patienten dienen.

Fallbeispiel

Information von Patienten mit starken Einschränkungen des Sehvermögens. Pflegefachkraft Sabine betritt das Patientenzimmer der erblindeten Frau Kurz: „Guten Tag, Frau Kurz, ich bin es noch mal, Sabine. Ich bringe Ihnen noch Ihre Medikamente. Ich stelle sie auf den Tisch, hier neben Ihre rechte Hand." Frau Kurz tastet nach den Tabletten und berührt sie. Sabine: „Ja, es ist eine große Kapsel gegen die Schmerzen und eine kleine, runde Tablette, falls Sie nicht schlafen können".

▸ **Körperpflege.** Bei der Körperpflege assistiert die Pflegefachkraft so weit wie nötig: Sie benennt gegebenenfalls die Farben der Kleidung, weist auf Cremereste im Gesicht oder auf noch zu rasierende Stellen hin, lässt den Patienten dabei aber so weit wie möglich selbstständig handeln.

▸ **Nahrungsaufnahme.** Für die Nahrungsaufnahme hat es sich bewährt, schweres Geschirr mit guter Standfähigkeit zu benutzen. Die Nahrung wird dem Patienten im Uhrzeigersinn beschrieben, gegebenenfalls wird die Hand des Patienten dabei zu den jeweiligen Speisen geführt (▸ Abb. 1.7). Auf Wunsch des Patienten wird er bei der Zerkleinerung der Nahrung in mundgerechte Stücke unterstützt.

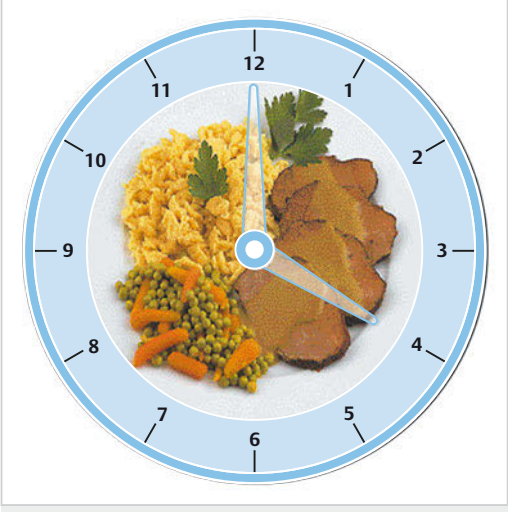


Abb. 1.7 Beschreibung des Tellerinhalts im Uhrzeigersinn.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

► **Hilfsmittel.** Eine wichtige Aufgabe der Pflegefachkräfte ist auch die Beratung über Hilfsmittel, Hilfsangebote und über speziell für Blinde entwickelte Gegenstände sowie die Unterstützung beim Umgang damit. Zur Erleichterung des Alltags gibt es für Menschen mit eingeschränktem Sehvermögen z. B. (► Abb. 1.8) :

- Lupen,
- Bücher in Blindenschrift (Braille-Schrift),
- Blindenstock,
- Hörbücher,
- Uhren mit ertastbarem Zifferblatt oder mit Sprachanzeige,
- Waagen mit Sprachanzeige,
- Spiele mit taktilen Markierungen,
- spezielle Behälter zum Sortieren und Erkennen von Geldstücken,
- Computer mit Druckern für Braille-Schrift,
- Sportgeräte mit akustischen Signalen (z. B. Bälle mit Glöckchen im Inneren).

Bei Patienten mit Einschränkungen im Bereich des Gesichtsfeldes ist es wichtig, sich bei der Kommunikation im Bereich des Gesichtsfeldes aufzuhalten. Gegenstände sollen im Gesichtsfeld des Patienten platziert werden.

Mit diesen Patienten kann im Übrigen kommuniziert und umgegangen werden wie mit anderen Patienten auch. Pflegende dürfen hier nicht in eine überfürsorgliche Haltung übergehen. Es handelt sich schließlich i. d. R. um Menschen mit normaler Intelligenz und Kommunikationsfähigkeit. Pflegende sollen jedoch so gut es geht dem Patienten helfen, das fehlende oder stark eingeschränkte Sehvermögen zu kompensieren.



Abb. 1.8 Hilfsmittel für blinde Menschen. (Fotos a–c: Thieme; Foto d: PhotoDisc)
a Uhr zum Ertasten der Zeit (geöffnet)
b taktiles Brettspiel
c Buch in Braille-Schrift
d weißer Langstock

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

1.5.3 Pflegeschwerpunkt Umgang mit schwerhörigen Patienten

Der schwerhörige Patient stellt eine Herausforderung an die Pflegenden dar (▶ Abb. 1.9).

Wenn der Betroffene seine Schwerhörigkeit nicht mit einer Hörhilfe korrigiert, befindet er sich meist in einer schwierigen Situation: Enger Kontakt besteht oft nur zu einer Person, dem Lebenspartner, der meist bereitwillig das Gesprochene in die richtige Lautstärke und Artikulation übersetzt. Von anderen Menschen hat er sich isoliert und steht dem Personal des Krankenhauses eher zurückhaltend gegenüber. Die Kommunikation läuft weitgehend über den „Vermittler". Längere Gespräche sind so kaum möglich. An den Schwerhörigen werden oft nur kurz formulierte Fragen oder Informationen gerichtet, intensivere persönliche Gespräche kommen selten zustande. Den Gesprächen Dritter kann er nicht folgen. Der weitgehenden Isolierung bei enger Bindung an eine Bezugsperson entspricht auch das Bild, das sich oft im Krankenzimmer bietet: Immer die gleiche Person, oft viele Stunden, am Bett des Kranken. Sonst (fast) keine Besuche.

Der Schwerhörige kann nie sicher sein, alles verstanden zu haben. So läuft er ständig Gefahr, eine Situation falsch zu deuten und sich zu blamieren. Hinzu kommt, dass er häufig erschrickt, wenn er eine Geräuschquelle nicht rechtzeitig sehen kann. So können Angst und Unsicherheit zur Grundbefindlichkeit werden, ganz besonders dann, wenn er keine Angehörigen hat, die ihn beim Hören unterstützen.



Abb. 1.9 Schwerhörige können nie sicher sein, alles verstanden zu haben *(Symbolbild)*. (Foto: W. Krüper, Thieme)

Kommunikation mit schwerhörigen Patienten

Wer im Pflegealltag trotzdem eine Beziehung zum schwerhörigen Patienten aufbauen möchte, sollte bei der Kommunikation Folgendes beachten:

- **Langsam und deutlich sprechen:** Beim schnellen Sprechen versteht der Angesprochene oft nur Satz- oder Wortteile, die Lücken müssen „dazugedichtet" werden.
- **Mit frontal zugewandtem Gesicht sprechen:** Dabei soll das Gesicht des Sprechenden gut beleuchtet sein. Der Sprecher darf nicht im Schatten stehen. Der Patient soll Mimik und Lippenbewegung erkennen können. Nonverbale Kommunikation ist für den Schwerhörigen eine wichtige Informationsquelle.
- **Den Patienten direkt ansprechen:** Wird nur über den „Vermittler" gesprochen, ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung kaum möglich.
- **Mit Pausen sprechen:** Das Zuhören und das genaue Beobachten fordern vom schwerhörigen Menschen viel Konzentration und Aufmerksamkeit. In kleinen Pausen kann er entspannen und auch ein Zeichen des Verstehens signalisieren.
- **Laut, aber nicht zu laut sprechen:** Zu laute Sprache vermittelt durch nonverbale Signale oft das Gefühl, angeschrien zu werden.
- **Mittlere oder tiefe Stimmlage wählen:** Sie ist geeignet, da im Alter hohe Frequenzen oft nicht mehr so gut wahrgenommen werden.
- **Kärtchen anbringen:** Für manchen schwerhörigen Patienten kann es sinnvoll sein, mit seinem Einverständnis ein Kärtchen am Kopfende des Bettes anzubringen, das auf die Schwerhörigkeit hinweist (▶ Abb. 1.10).

Bitte helfen Sie mir beim Hören.

- Sprechen Sie **deutlich, langsam und laut**, aber nicht zu laut.
- Bitte **sehen Sie mich beim Sprechen an**.

Ich danke für Ihr Verständnis.

Abb. 1.10 Karte, die an die Schwerhörigkeit eines Patienten erinnert und zur Verbesserung der Kommunikation beitragen kann.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

1.5.4 Pflegeschwerpunkt Umgang mit Patienten mit starken Einschränkungen weiterer Sinne

Durch Erkrankungen können verschiedene Sinnesempfindungen beeinträchtigt werden, z. B. die Temperaturempfindung, die Schmerzempfindung oder der Sinn für die Wahrnehmung der eigenen Muskelbewegungen bzw. für die Lageempfindung.

► **Temperaturempfindung.** Liegen Beeinträchtigungen vor, muss die Wahrnehmung der Temperatur von der Pflegefachkraft übernommen oder durch den Einsatz eines Thermometers ersetzt werden. So achten die Pflegenden auf die der Temperatur entsprechende Bekleidung des Patienten, auf die Regulierung der Raum- und der Wassertemperatur und versuchen gleichzeitig, die Wahrnehmung des Patienten für diesen Bereich zu sensibilisieren.

► **Schmerzwahrnehmung.** Gefährlich kann es werden, wenn Patienten in der Wahrnehmung von Schmerzen eingeschränkt sind. Es kann zu schweren Verletzungen kommen, da Reflexe, die beim Gesunden zum Reagieren auf Schmerzreize eingesetzt werden, oft nicht ausgelöst werden. Hier müssen Pflegende auf die erhöhte Verletzungsgefahr achten und insbesondere bei der Lagerung von Patienten berücksichtigen, dass sich diese nicht automatisch in eine bequeme Lage bringen, wie es Gesunde tun. Es kann so zu Durchblutungsstörungen oder Druckstellen kommen.

► **Kinästhetische Wahrnehmung.** Weitere Gefahren birgt die Einschränkung des kinästhetischen Sinnes. Hier ist die Wahrnehmung für die eigenen Muskelbewegungen und die Lageempfindung des Körpers beeinträchtigt. Solche Einschränkungen sind bei Patienten nach Schlaganfall, bei Lähmungen oder auch bei Patienten, die an Parkinson erkrankt sind, häufig. Diese Wahrnehmungseinschränkung zeigt sich z. B. darin, dass Patienten nicht einschätzen können, wo ihr Körperschwerpunkt liegt. Sie sitzen möglicherweise ganz schief, ohne es zu merken.

Fallbeispiel

Einschränkung des kinästhetischen Sinns. Frau Baier leidet nach einem Schlaganfall unter einer linksseitigen Hemiplegie. Sie liegt flach auf dem Rücken im Bett, Pflegefachkraft Silvia unterstützt sie beim Waschen.

Frau Baier weiß nicht genau, wo sich ihr linker Unterarm befindet. Silvia hilft, indem sie Frau Baier aufrecht sitzen lässt, sodass sie ihren Arm sehen und ihn mit der rechten Hand selbst waschen kann.

► **Geruchs- und Geschmacksempfindung.** Einschränkungen können auch im Bereich der Geruchs- und Geschmacksempfindung entstehen. Da der Patient unter Umständen Gefahren, wie verdorbene Nahrung oder den Geruch von Feuer oder Gas, nicht erkennen kann, müssen die Pflegfachkräfte auch hier diese Wahrnehmung für den Patienten übernehmen. Es ist außerdem wichtig, den Patienten über Gerüche oder Geschmack zu informieren. Gerichte können für diese Patienten stärker bzw. mit verschiedenen Kräutern gewürzt werden. Die appetitanregende Wirkung, die bei Gesunden stark von Gerüchen und Geschmack ausgeht, muss hier durch eine optisch ansprechende Darbietung der Speisen ersetzt werden. Pflegende können in diesem Rahmen auch an Erinnerungen des Patienten anknüpfen. Häufig wissen die Patienten noch wie eine Speise geschmeckt hat und können diese recht genau beschreiben.

1.5.5 Pflegeschwerpunkt Hospitalismus

Die Wahrnehmung von Reizen und sozialer Zuwendung ist für den Menschen überlebenswichtig. Reizarmut und fehlende Zuwendung können zu schwerwiegenden Folgen führen.

Definition

Unter dem Begriff **Hospitalismus** versteht man die Gesamtheit der psychischen und physischen negativen Folgen, die durch einen Mangel an Reizen und Zuwendung für einen Menschen entstehen können. Es wird unterschieden zwischen psychischem Hospitalismus und physischem Hospitalismus.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Früher wurden Hospitalisierungserscheinungen vor allem in stationären Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege beobachtet. Heute ist dies seltener der Fall. Es kommt aber gelegentlich auch in der häuslichen Pflege zu Vernachlässigung und damit verbunden zu Hospitalisierungserscheinungen.

1.5.6 Physischer Hospitalismus

Physischer Hospitalismus bezeichnet körperliche Veränderungen aufgrund von Bewegungsmangel, falscher Lagerung und fehlender prophylaktischer Maßnahmen, z. B.:

- Atrophie der Muskulatur,
- Dekubitus,
- Thrombose,
- Obstipation,
- Kontrakturen.

1.5.7 Psychischer Hospitalismus

Definition

Unter **psychischem Hospitalismus** werden psychische Störungen aufgrund mangelnder individueller Zuwendung und fehlender Möglichkeiten individueller Mitgestaltung verstanden.

Zurückgehend auf verschiedene Untersuchungen und Beobachtungen in Kinderheimen und auf Kinderstationen wurde die Bedeutung von Reizarmut und fehlender sozialer Beziehungen für den psychischen Zustand der Patienten erkannt. Kinder, die nur physisch versorgt wurden, mit denen jedoch kaum gesprochen wurde und die keine sonstige Zuwendung erhielten, litten unter zum Teil sehr gravierenden psychischen bzw. psychosomatischen Störungen, wie z. B.:

- stereotype Bewegungen (z. B. Wippen, Schaukeln),
- passives Verhalten, Apathie,
- depressive Störungen, Reizbarkeit, Feindseligkeit,
- Einnässen, Einkoten,
- Nahrungsverweigerung und autoaggressives Verhalten.

Diese Erkenntnisse werden inzwischen auf Kinderstationen berücksichtigt: Das Umfeld wird kindgerecht gestaltet. Eltern sind auf der Station willkommen und erwünscht, die Kinderbetten und die Räume sind farbig ausgestattet, (Pflege-)Fachkräfte sprechen und spielen mit den Kindern, nehmen sie auf den Arm, lassen sie Musik hören, Bilderbücher anschauen und vieles mehr. Auf neonatologischen Intensivstationen werden die Eltern ermutigt, ihr im Inkubator liegendes Kind zu streicheln.

▸ **Pflegeheime.** Inzwischen lassen sich in Pflegeheimen häufiger Hospitalismuserscheinungen beobachten als auf Kinderstationen. Hier werden die genannten Erkenntnisse zwar durch Aktivierungsangebote zunehmend, aber zum Teil nicht ausreichend umgesetzt. So liegen manche ältere Menschen den ganzen Tag mit Blick auf die leere Wand im Bett, bekommen kaum Besuch und haben wenig Möglichkeiten, dieser Reizarmut zu entkommen. Erschwerend kommen Sinneseinschränkungen vieler älterer Menschen hinzu. Hier ist es Aufgabe der Pflegenden, durch Ermöglichung sozialer Kontakte, Körperkontakt, Gestaltung der Räumlichkeiten, das gezielte Anbieten von Musik, Radio usw. entgegenzuwirken. Neuere Untersuchungen zeigen insbesondere, dass durch die Möglichkeit mitzubestimmen und Situationen mitgestalten zu dürfen, psychische Hospitalisierungserscheinungen reduziert oder vermieden werden können.

Aufgabe

19 Welche Möglichkeiten sehen Sie, Hospitalisierungserscheinungen entgegenzuwirken?

1.6 Achtsamkeit in der Pflege

Im Zusammenhang mit Wahrnehmung und Beobachtung gewinnt Achtsamkeit im Bereich der Pflege an Bedeutung. Achtsamkeit wird sowohl anderen Menschen, zum Beispiel Mitarbeitern und Patienten, als auch der eigenen Person entgegengebracht. Der Ansatz, sich um beide Seiten zu kümmern, wird im Konzept von Double-Care (S. 400) weiterentwickelt.

1.6.1 Auf dem Weg zum Thema

Versuchen Sie, sich dem Begriff Achtsamkeit anzunähern, indem Sie 2 Definitionen aus verschiedenen Lexika mit Ihrem Bild von Achtsamkeit vergleichen:

1. „Achtsamkeit ist eine innere Einstellung und Bereitschaft, das wahrzunehmen, was einem begegnet“ (Wictionary).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

2. „Das Wort ‚Acht' geht auf alte Wörter (gotisch, indogermanisch) mit der Bedeutung von ‚Sinn, Verstand, nachdenken, überlegen' zurück" (Duden. Das Herkunftswörterbuch). Es hängt auch zusammen mit Achtung in der doppelten Bedeutung von Respekt und Vorsicht.

Achtsamkeit ist zunächst eine spezielle Art der Wahrnehmung. Achtsamkeit steht aber auch für eine bestimmte Art von Einstellung und Haltung. Wahrnehmung und Haltung hängen zusammen.

1.6.2 Die Sinne schärfen und fokussieren

Aus dem Bereich der Optik ist das Fokussieren bekannt, das Scharfeinstellen von Kamera oder Fernglas, um ein Motiv zu vergrößern, um es genauer zu sehen, es in seinem Inhalt und seiner Gestalt, Form und Farbe deutlich zu machen. Das bedeutet, etwas „in den Brennpunkt rücken", um es im Detail zu erfassen, auch Neues zu entdecken, was auf den ersten Blick oder im Vorübergehen unbemerkt bleibt. Dies erschließt sich, wenn der Beobachtende anhält und sich ohne abzuschweifen und ohne Ablenkung dem zuwendet, was er sehen möchte.

Nicht nur über den optischen Sinn kann Wahrnehmung zu Achtsamkeit führen. Sondern auch durch Hören, Riechen, Tasten, Bewegen kann der Mensch erfahren, worauf er seine Aufmerksamkeit richtet.

Definition

Achtsamkeit bedeutet, mit allen Sinnen ganz bewusst aufzunehmen, was gerade jetzt geschieht. Die Aufmerksamkeit gilt dem gegenwärtigen Augenblick. Es ergibt sich dadurch ein Präsentsein und -bleiben in einer Gegenwart, die sich von Augenblick zu Augenblick ausdehnt, ohne Ablenkung, ohne mit den Gedanken in die Vergangenheit oder in die Zukunft abzuschweifen und ohne das Wahrgenommene und Erlebte zu beurteilen. Ausgeklammert bleiben Überlegungen, ob etwas gut oder schlecht, nützlich oder schädlich ist.

Diese spezielle Art der achtsamen Wahrnehmung auf den zwischenmenschlichen Bereich zu übertragen, führt im Bereich der Pflege zu aufmerksamer Zuwendung zum Patienten/Bewohner. Im Sinne der Double-Care (S. 400) bringt sie für Pflegefachkräfte Aufmerksamkeit und Zuwendung für die eigene Person mit sich.

Sich Achtsamkeit anzueignen, bereichert die Pflegearbeit. Sie ist eine Fähigkeit, die im Grunde jedem zur Verfügung steht, die geschult und verbessert und bei Bedarf abgerufen werden kann. Sie wird nicht ununterbrochen benötigt, aber eingesetzt, wo es sich lohnt, genauer hinzuschauen, mehr zu entdecken und so ein vielschichtiges Bild von seinem Gegenüber zu gewinnen. Durch Übung wird sie verbessert.

Fallbeispiel

Achtsamkeit. Pflegefachkraft Sebastian arbeitet auf der Intensivstation. Er liebt seine Arbeit und ist als guter Mitarbeiter gerne gesehen. Heute ist er es leid, von Bett zu Bett zu eilen, einen Blick auf einen Patienten, einen Blick auf die Geräte zu werfen, hier und da etwas zu verändern. Alles geschieht professionell schnell und sicher, aber heute fühlt er sich erschöpft.

An Herrn Krämers Bett – so steht es auf dem Namensschild – bleibt er stehen. Er weiß: Zustand nach Herzoperation, beatmet, Werte stabil. Aber sonst? Sonst weiß er nicht viel über den Menschen Wilhelm Krämer. Sebastian verweilt einen Augenblick, lauscht auf die Geräusche, sieht sich das Gesicht des Patienten genauer an, den strengen Mund, aber auch die Lachfalten um die Augen und schließlich die kräftigen Hände. „Die konnten zupacken. Was die wohl gearbeitet haben? Und worüber konnte der Mann in seinem Leben wohl lachen? Das würde ich gerne wissen," denkt er. Bevor er geht, legt er seine Hand einen Augenblick auf die des Kranken, spürt die raue Haut, die Wärme. Es sind nur wenige Sekunden vergangen, in denen Sebastian seinen Gedanken nachgegangen war. Jetzt spürt er, wie seine eigene Atmung und sein Puls ruhiger werden. Er fühlt sich selbst. Einen Moment ohne Ablenkung präsent zu sein, in der Gegenwart zu verweilen, hat ihm gutgetan.

Biografie-Arbeit ist eine gute Möglichkeit, Achtsamkeit in der Pflege (S. 40) einzusetzen. Mehr zu Achtsamkeit in der Pflege, z. B.: Begleitung von Kindern in Krankenhaus (S. 272), Gesprächsführung Wittener Werkzeuge (S. 400).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © fotogestoeber – stock.adobe.com

Kapitel 2

Bedürfnisse und Motivation

2.1 Einführung und Grundlagen *44*

2.2 Leistungsmotivation *47*

2.3 Unbewusste Motive und Abwehrmechanismen *52*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

2 Bedürfnisse und Motivation

Examensschwerpunkte

Bedürfnispyramide nach A. Maslow (S. 45), Verhaltensanalyse in der Praxis (S. 46), Leistungsmotivation (S. 47), Topografisches Modell von S. Freud (S. 52), Instanzenmodell von S. Freud (S. 53), Abwehrmechanismen (S. 54)

„Der höchste Lohn für unsere Bemühungen ist nicht das, was wir dafür bekommen, sondern das, was wir dadurch werden." John Ruskin (1819–1900), englischer Kunstkritiker, Sozialökonom und Sozialreformer

2.1 Einführung und Grundlagen

Fallbeispiel

Motivation. Frau Albrecht, Bewohnerin eines Pflegeheimes, läuft immer wieder den diensthabenden Pflegenden hinterher und stellt Fragen, deren Antwort sie genau kennt. Dies fällt den Pflegenden auf. Sie fragen sich, warum Frau Albrecht dieses Verhalten zeigt, welchen Grund sie dafür haben könnte.

▸ **Motiv.** Täglich beobachten wir, wie andere Menschen sich oder auch wir selbst uns verhalten. Manchmal fragen wir uns erstaunt: „Warum tut er oder sie gerade das?" Dies ist eine zentrale Frage der Motivationspsychologie, es handelt sich um die Frage nach dem Motiv. Geläufig ist in Kriminalromanen die Frage nach dem „Tatmotiv", aber auch bei der Entstehung von Krankheiten oder Verhaltensauffälligkeiten lohnt es sich, die psychologische Frage nach den Beweggründen zu stellen.

Grundsätzlich braucht menschliches Verhalten einen Antrieb. Dieser entsteht durch Motive. Sie beeinflussen unser eigenes Verhalten ebenso wie das Verhalten anderer Menschen (▸ Abb. 2.1).

▸ **Bedürfnisse.** Ganz wichtige Motive stellen die Bedürfnisse dar. Bedürfnisse drücken ein Verlangen aus. So könnte hinter Frau Albrechts Verhalten das Bedürfnis nach Nähe oder Ansprache stehen.

Definition

Mit dem Begriff **Motiv** wird der Beweggrund für ein Verhalten bezeichnet. Unter **Motivation** versteht man den aus den Motiven entstehenden Antrieb, ein Verhalten zu zeigen. Ein **Bedürfnis** ist das Verlangen, einen Mangel zu beseitigen, bzw. der Wunsch, etwas zu erreichen.

Aufgabe

1 Schreiben Sie 5 Bedürfnisse auf, die Sie im Moment haben.
2 Wie stark war heute früh Ihr Antrieb (Ihre Motivation) zum Unterricht zu kommen? Welche Beweggründe (Motive) haben zu der Entscheidung geführt aufzustehen?
3 Überlegen Sie, welche Motive Sie bei Ihrer Berufswahl hatten.

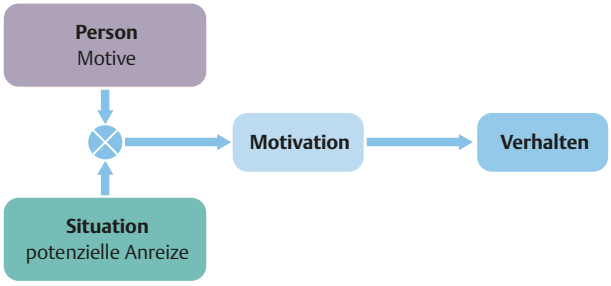


Abb. 2.1 Das Grundmodell der klassischen Motivationspsychologie (nach Rheinberg 1995). Trifft eine Person auf eine Situation mit potenziellen Anreizen entsteht Motivation, die das Verhalten beeinflussen kann.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

2.1.1 Bedürfnispyramide nach A. Maslow

Wird versucht, alle Bedürfnisse, die Menschen haben können, aufzuzählen, wird das einige Zeit in Anspruch nehmen und vermutlich werden immer wieder neue Bedürfnisse hinzukommen. Abraham Maslow (1902–1970), ein amerikanischer Psychologe, entwickelte ein Modell, das einen Überblick über alle menschlichen Bedürfnisse darstellt (▶ Abb. 2.2). Maslow teilte die menschlichen Bedürfnisse nach einer bestimmten Rangordnung ein und stellte sie als Stufen einer Pyramide dar:

- **Stufe 1 – Physiologische Grundbedürfnisse:** Zu den physiologischen Bedürfnissen gehören z. B. Essen, Trinken, Schlafen, Schmerzfreiheit, Temperaturregulation, Atmen, Bewegung, Ausscheidung.
- **Stufe 2 – Sicherheit:** Die Sicherheitsbedürfnisse können sich z. B. auf finanzielle Absicherung oder auf körperliche Sicherheit beziehen. Da ist das Bedürfnis, einen sicheren Arbeitsplatz zu haben, oder auch das Bedürfnis kranker oder hilfebedürftiger Menschen zu wissen, dass Hilfe in der Nähe ist.
- **Stufe 3 – Soziale Bedürfnisse:** Dazu zählen Liebe, Zuneigung, Freundschaft oder Gruppenzugehörigkeit.
- **Stufe 4 – Wertschätzung:** Anerkennung und Wertschätzung sind ebenfalls menschliche Bedürfnisse, sei es das Lob vom Chef oder die Achtung durch Kollegen, Freunde, Mitpatienten, Mitbewohner und Pflegende.
- **Stufe 5 – Selbstverwirklichung:** Hierzu gehören Bedürfnisse nach Information, Wissen und neuen Erfahrungen, nach Schönheit und Ordnung und das Bedürfnis einen Sinn im Leben zu haben oder zu finden.

Die Stufen 1 und 2 werden auch als existenzielle Bedürfnisse bezeichnet. Sie sichern zunächst das Überleben. Stufen 3 und 4 beinhalten soziale Bedürfnisse, die sich auf das Leben des Menschen in der Gesellschaft beziehen. Insgesamt werden die Stufen 1–4 als Defizitbedürfnisse bezeichnet. Stufe 5 beinhaltet die Wachstumsbedürfnisse, die für die Selbstverwirklichung des Menschen sehr wichtig sein können, aber nicht unmittelbar notwendig für das Überleben sind.



Abb. 2.2 Bedürfnispyramide nach A. Maslow.

▶ **Hierarchische Ordnung.** Maslow ordnete die Bedürfnisse in Stufen als Hierarchie an, d. h. er ging davon aus, dass die Bedürfnisse einer Stufe erst dann zum Tragen kommen, wenn die darunter liegenden Bedürfnisse befriedigt sind. Es hat sich jedoch gezeigt, dass diese hierarchische Ordnung zwar oft gilt, dass es aber auch viele Situationen gibt, in denen Bedürfnisse höherer Stufen bestehen, auch wenn darunter liegende nicht erfüllt sind.

Merke

Bedürfnisse sind abhängig von der Persönlichkeit und der jeweiligen Situation.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Bedürfnisse. Herr H. liegt in einem Einzelzimmer auf der Inneren Station. Er weiß, dass ihm nicht mehr viel Zeit zu leben bleibt. Heute hat er unvorhergesehen am Nachmittag heftige Schmerzen. Obwohl er heute sehr müde ist, verzichtet er auf einen Mittagschlaf. Er empfängt seinen Notar, um mit ihm endlich sein Testament aufzusetzen. Dieser Wunsch hat heute vor allen anderen Bedürfnissen Vorrang. In diesem Beispiel stimmt die von Maslow angenommene Hierarchie nicht.

Maslows Bedürfnishierarchie wird in verschiedenen Anwendungsfeldern diskutiert und genutzt. In der Pflege ist sie von großer Bedeutung, denn hier gilt es, angemessen mit den anvertrauten Menschen umzugehen. Eine Voraussetzung dafür ist das Wissen um die Bedürfnisse der Betroffenen. Ebenso ist es für Pflegende sehr wichtig, auch die eigenen Bedürfnisse im Auge zu behalten.

Aufgabe

4 Erstellen Sie eine Bedürfnispyramide (nach Maslow) für die Bedürfnisse eines (ganz bestimmten) Bewohners bzw. Patienten.
5 Erstellen Sie eine Bedürfnispyramide für die Bedürfnisse Pflegender.
6 Nennen Sie Motive, die bei der Entscheidung eines Patienten für eine stationäre Krankenhausbehandlung eine Rolle spielen können. Ordnen Sie diese Motive den verschiedenen Bedürfnisstufen von Maslows Bedürfnishierarchie zu.
7 Maslow ordnete die menschlichen Bedürfnisse hierarchisch an. Nennen Sie Beispiele, die für die von ihm festgelegte Reihenfolge sprechen sowie Beispiele, die diese Reihenfolge in Frage stellen.
8 Schreiben Sie einen ausführlichen Bericht, in dem Sie reflektieren, welche Bedürfnisse von Patienten/Bewohnern in Ihrer Einrichtung (oft) erfüllt werden und welche Bedürfnisse eher selten oder gar nicht. Reflektieren Sie dabei Möglichkeiten und Grenzen. Gehen Sie unter anderem auch auf folgende Bedürfnisse ein:

- Bedürfnis nach Schmerzfreiheit,
- Bedürfnis nach Achtung der Intimsphäre,
- Bedürfnis nach sozialem Kontakt,
- Bedürfnis nach Wertschätzung,
- Bedürfnis nach Beschäftigung,
- Bedürfnis nach Information.

2.1.2 Verhaltensanalyse in der Praxis

Fallbeispiel

Verhalten. Herr Brenner, der sonst eher ruhig und freundlich ist, verhält sich plötzlich aggressiv, er wirft mit Gegenständen und schlägt nach den Pflegenden.

Wie bereits dargestellt, geht es in der Pflege auch um das Hinterfragen von bestimmten Verhaltensweisen. Oft soll ein (störendes) Verhalten verändert werden. Dabei muss häufig festgestellt werden, dass es keinen Sinn hat, direkt an diesem Verhalten anzusetzen, sinnvoller ist das Ansetzen am Motiv.

▸ **Motiv ermitteln.** Welche Motive könnten also zu Herrn Brenners ungewöhnlichem Verhalten führen? Während der Übergabe wird im Team über mögliche Motive gesprochen. Es stellt sich heraus, dass Herr Brenner seit einigen Tagen nicht den gewohnten Besuch seines Sohnes bekommt, da dieser im Urlaub ist. Die Unzufriedenheit darüber scheint Herr Brenner auf das Pflegeteam zu übertragen.

▸ **Am Motiv ansetzen.** Hier wäre es nicht sinnvoll, nur direkt am Verhalten anzusetzen, also Herrn Brenner lediglich das Werfen mit Gegenständen oder das Schlagen zu verbieten. Eine solche Aufforderung würde das Problem als solches nicht lösen. Wirksamer ist es, an dem Motiv anzusetzen: Gelingt es den Pflegenden, Herrn Brenners Bedürfnis nach Gesellschaft oder Unterhaltung in irgendeiner Form nachzukommen, bleibt das unerwünschte Verhalten vermutlich aus.

Merke

Soll ein Verhalten verändert werden, ist es sinnvoll das Motiv zu berücksichtigen, das hinter dem Verhalten steht.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

9 In der Nachttischschublade von Frau M. wird eine große Anzahl gesammelter Tabletten gefunden. Welche Motive könnten zu diesem Verhalten geführt haben? Welche Möglichkeiten gibt es, dieses Verhalten durch Ansetzen am Motiv zu beseitigen?
10 Beweggründe sind für Außenstehende oft schwer erkennbar und selten eindeutig. Überlegen Sie verschiedene Möglichkeiten, um an Informationen über die Beweggründe eines Verhaltens zu kommen.
11 Nennen Sie Situationen aus den Bereichen Pflege, Erziehung und Psychotherapie, bei denen es sinnvoll ist, eine Verhaltensänderung durch Ansetzen am Motiv herbeizuführen.

2.2 Leistungsmotivation

Definition

Unter **Leistungsmotivation** wird das Bestreben verstanden, Tätigkeiten zu einem positiven Ergebnis zu bringen. Was unter einem positiven Ergebnis verstanden wird, ist von Person zu Person z. T. sehr unterschiedlich.

Das Leistungsmotiv spielt in unserer Leistungsgesellschaft eine große Rolle. Das fängt schon in der Kindheit an, wenn Kinder „gut sein" wollen. Leistung ist ein gesellschaftlicher Wert; es wird schon früh vermittelt, dass der Wert eines Menschen (unter anderem) von seiner Leistung abhängt. Die erbrachte Leistung beeinflusst, wie ein Mensch von anderen beurteilt wird. Und, was mindestens genauso wichtig ist: wie er sich selbst bewertet. Denn der Selbstwert einer Person hängt auch von der Bewertung der eigenen Leistung ab.

Fallbeispiel

Leistungsmotivation. Herr Roth wurde vor wenigen Tagen am Hüftgelenk operiert. Er strengt sich trotz Schmerzen sehr an, um schnell wieder laufen zu können. Als er nach einiger Übung mit der Physiotherapeutin ins Badezimmer gehen kann, ist er froh und auch etwas stolz und sagt zu ihr: „Durchhaltevermögen hatte ich schon immer!" (▶ Abb. 2.3)



Abb. 2.3 Die Motivation des Patienten ist wichtig für Therapie und Rehabilitation. (Foto: K. Oborny, Thieme)

2.2.1 Leistungsmotivation bestimmende Faktoren

Faktoren, die die Leistungsmotivation beeinflussen sind z. B.:
- Anreiz,
- Anspruchsniveau,
- Erfolgschancen,
- subjektive Erfolgswahrscheinlichkeit,
- Attribution,
- Beziehung.

Anreiz

Anreize bestimmen das menschliche Handeln ganz wesentlich. Unterschiedlich ist jedoch, was für den einzelnen Menschen einen Anreiz darstellt, da dies stark von den individuellen Bedürfnissen abhängt. Manche Menschen strengen sich an, wenn sie dafür Anerkennung, Lob oder Geld bekommen. Andere strengen sich an, weil sie selbst Spaß an der Sache haben, ihnen die Tätigkeit als solche wichtig ist. Manche Kinder wollen selbst gut in einem bestimmten Bereich sein und lernen deshalb. Andere lernen nur, wenn sie den Druck von Eltern und Lehrern spüren.

Anreize können gegeben sein, wenn ein Mensch Hoffnung auf einen Erfolg hat, der ihm wichtig ist. Ebenso kann aber auch die Furcht vor Misserfolg motivierend wirken. Ein Anreiz ist dann die Vermeidung von Misserfolg.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Anspruchsniveau

Entscheidend für die Leistungsmotivation sind auch die eigenen Ansprüche und Ziele.

Fallbeispiel

Anreiz und Anspruchsniveau. Peter lernt, weil er eine gute Note haben möchte, er will einen Durchschnitt von 2,0 erreichen. Max lernt, weil er nicht noch einmal sitzen bleiben möchte. Er ist motiviert, weil er einen weiteren Misserfolg vermeiden möchte.

Definition

Wenn Menschen durch äußere Anreize motiviert werden, spricht man von **extrinsischer Motivation**, wenn die Motivation aus eigenem Antrieb heraus erfolgt, spricht man von **intrinsischer Motivation**.

Aufgabe

12 Suchen Sie Beispiele für extrinsische und intrinsische Motivation bei Pflegenden und bei Patienten bzw. Bewohnern.
13 Welche Möglichkeiten haben Pflegende, Anreize für Patienten bzw. Bewohner zu setzen? Berücksichtigen Sie dabei auch die Bedürfnispyramide nach Maslow.

Erfolgschancen und subjektive Erfolgswahrscheinlichkeit

Fallbeispiel

Erfolgschancen. Frau Schwarz hatte, wie Herr Roth, eine Hüftgelenkoperation. Obwohl die Ärzte ihr gute Heilungsprognosen geben, verweigert sie die Teilnahme an der Physiotherapie und übt auch nicht alleine. Sie äußert sich mit den Worten „Ich bin schon zu alt, das schaffe ich sowieso nicht mehr."

Frau Schwarz traut sich nicht zu, das Laufen wieder zu erlernen. Dementsprechend niedrig ist ihre Motivation, an der Physiotherapie teilzunehmen oder selbst zu üben.

Ob jemand sich anstrengt oder nicht, hängt stark davon ab, ob er einen Erfolg für wahrscheinlich hält. Dabei werden zwar äußere Einschätzungen miteinbezogen, letztlich entscheidend ist aber die eigene Einschätzung, also die subjektive Erfolgswahrscheinlichkeit. Frau Schwarz scheint den Aussagen der Ärzte hier wenig Bedeutung zuzumessen. Bedeutsam ist hier die subjektive Einschätzung der:

- Aufgabenschwierigkeit,
- eigenen Fähigkeiten.

▶ **Optimale Motivation.** Es ergibt sich folgender Zusammenhang: Wird die Aufgabe als zu leicht eingestuft, fühlt die Person sich unterfordert, die Motivation ist gering. Glaubt man, die Aufgabe sei zu schwierig, wird man sie wahrscheinlich erst gar nicht versuchen; hier handelt es sich um eine Überforderung (▶ Abb. 2.4). Die optimale Motivation kann erreicht werden, wenn die Person interessiert ist und sich zutraut, die Aufgabe mit einer gewissen Anstrengung lösen zu können und dies als Anspruch an sich selbst stellt (Anspruchsniveau).

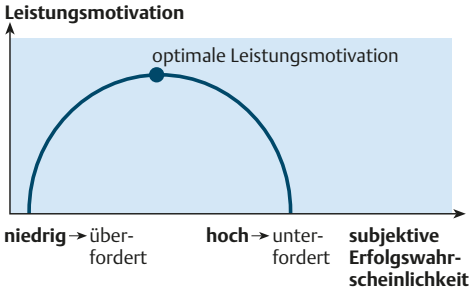


Abb. 2.4 Leistungsmotivation in Abhängigkeit von der subjektiven Erfolgswahrscheinlichkeit.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

14
a) Überlegen Sie Beispiele, in denen die Motivation der Pflegenden durch Überforderung oder Unterforderung sinkt.
b) Überlegen Sie Beispiele, in denen die Motivation der Patienten bzw. Bewohner durch Überforderung oder Unterforderung sinkt.

15 Zeigen Sie anhand von Beispielen, dass Menschen ganz unterschiedliche subjektive Erfolgswahrscheinlichkeiten haben.
16 Zeigen Sie anhand von Beispielen, dass das Anspruchsniveau von Menschen ganz unterschiedlich sein kann.

Attribution

Fallbeispiel

Attribution. Pflegefachkraft Petra versucht trotz Abwehr von Frau Schwarz, diese zu mobilisieren. Tatsächlich kommt Frau Schwarz – mit Unterstützung – bis zum Waschbecken. Petra versucht, sie mit den Worten zu motivieren „Sehen Sie, Frau Schwarz, es geht doch". Frau Schwarz ist jedoch nicht überzeugt: „Das war Ihre Leistung, nicht meine."

Ganz entscheidend für die Motivation ist die Ursachenzuschreibung für ein Resultat (= Attribution). Wem wird der Erfolg (oder auch der Misserfolg) zugeschrieben, wer wird dafür verantwortlich gemacht? Man unterscheidet:

- **erfolgsorientierte Personen:** Sie schreiben Erfolge sich selbst zu, für Misserfolge machen sie ihre Umwelt oder die Situation verantwortlich,
- **misserfolgsorientierte Personen:** Sie fühlen sich für ihre Misserfolge verantwortlich; sollten sie einmal Erfolg haben, schreiben sie dies der Umwelt oder der Situation zu.

Frau Schwarz scheint misserfolgsorientiert eingestellt zu sein. Den Erfolg, an das Waschbecken gelangt zu sein, schreibt sie ausschließlich Pflegefachkraft Petra zu. Sie wird sich in der Zukunft vermutlich weiterhin wenig motiviert für die Mobilisation zeigen, da sie sich wenige Einflussmöglichkeiten zutraut. Anders Herr Roth: Er schreibt sich den Erfolg zu (obwohl die Physiotherapeutin sicher auch daran beteiligt war) und wird sich voraussichtlich auch in Zukunft motiviert zeigen, da er seinen eigenen Anteil an der Zielerreichung sieht. Verstärkt werden beide Prognosen dadurch, dass die eigenen Einstellungen im Sinne einer „sich selbst erfüllenden Prophezeiung (S. 31)" wirken können.

In der Psychologie wird Erfolgsorientierung als Persönlichkeitsmerkmal betrachtet. Zugrunde liegt dabei die Selbsteinschätzung.

Merke

Die Attribution sollte möglichst realistisch sein, jedoch vor einem positiven Selbstbild. Für die Motivation ist es günstig, wenn Menschen ihren eigenen Anteil am Erfolg sehen.

Aufgabe

17 Überlegen Sie sich Situationen, in denen Sie sich Erfolg oder Misserfolg selbst zugeschrieben haben. Überlegen Sie außerdem Situationen, in denen Sie Erfolg oder Misserfolg anderen zugeschrieben haben. Welche Auswirkungen hatte dies jeweils auf Ihre Motivation?
18 Wie können Sie pflegerisch die Erfolgsorientierung der Patienten bzw. Bewohner stärken oder nutzen?

2.2.2 Leistungsmotivation von Patienten und Heimbewohnern

Erfreulich ist es, wenn Patienten bzw. Bewohner (im Sinne guter Zusammenarbeit) intrinsische Motivation zeigen: zum Beispiel, wenn sie sich selbst anziehen wollen oder selbst aktiv in einer Therapie mitarbeiten wollen. Wenn diese Motivation wegfällt, muss auf äußere Anreize zurückgegriffen werden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Richtlinien

Richtlinien für die Motivation. Wichtige Richtlinien für die Motivation von Patienten und Bewohnern sind:

- Eine gute, tragfähige Beziehung hilft, den Bewohner bzw. Patienten zu motivieren (▶ Abb. 2.5).
- Die Aufgabenschwierigkeit muss der subjektiven Erfolgswahrscheinlichkeit und dem Anspruchsniveau des Bewohners bzw. Patienten angepasst werden. Die Aufgabenschwierigkeit kann dann in angemessenen Schritten gesteigert werden.
- Es sollte das Gefühl vermittelt werden, dass der Erfolg mit der eigenen Anstrengung des Patienten bzw. Bewohners zusammenhängt. Ihm soll sein Anteil an dem Erfolg verdeutlicht werden.
- Widerstände sollen als hilfreiche Hinweise aufgefasst werden; vielleicht schützt der Patient bzw. Bewohner sich vor einer Überforderung oder die Bedürfnislage wurde falsch eingeschätzt. Der Blick sollte noch einmal darauf gerichtet werden.

Pflegende müssen (sich) immer wieder fragen: Welche Anreize gibt es für Patienten und Pflegeheimbewohner, wie kann deren Antrieb gesteigert werden? Dabei ist häufig eine gewisse Kreativität hilfreich.

▶ **Patient.** Ein Patient mit Rückenschmerzen wird motiviert sein etwas dagegen zu tun, wenn er sich davon einen Erfolg verspricht und der Aufwand, also die zu erbringende Leistung, nicht zu hoch ist. Schmerzfreiheit wird ihm ein Bedürfnis sein. Jetzt geht es darum, die subjektive Erfolgswahrscheinlichkeit zu erhöhen. Der Patient kann darauf hingewiesen werden, dass bestimmte gymnastische Übungen schon vielen Patienten Schmerzfreiheit gebracht haben, also auch ihm helfen können. Wenn der Patient nach den ersten Übungsstunden merkt, dass er selbst Einfluss auf den Erfolg hat, wird er die Übungen wahrscheinlich weiter fortführen, seine Erfolgsorientierung steigt.

▶ **Bewohner.** Analoges gilt für Bewohner. Um ihren Antrieb zu fördern, ist es hilfreich, die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner zu kennen. Eine Verhaltensbeobachtung kann diesbezüglich weitere Informationen hervorbringen.



Abb. 2.5 Eine gute, tragfähige Beziehung hilft, den Patienten zu motivieren. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

▶ **Kinder.** In der Kinderklinik werden Kinder mit einer Diabeteserkrankung motiviert, sich selbst Insulin zu spritzen, indem ihr Mut und ihre erreichte Selbstständigkeit gelobt werden. Die Motivation kann noch gesteigert werden, wenn spielerische Anreize gesetzt werden oder wenn eine frühere Entlassung in Aussicht gestellt wird.

Merke

Ein wirksamer Anreiz ist i. d. R. der, der den aktuellen Bedürfnissen und Zielen des Menschen entspricht.

Aufgabe

19 Zeigen Sie am Beispiel der Mobilisation eines bestimmten Bewohners bzw. Patienten, wie Sie unter Einbeziehung von Anspruchsniveau, subjektiver Erfolgswahrscheinlichkeit, Aufgabenschwierigkeit und Attribution vorgehen. Diskutieren Sie diese Vorgehensweisen anschließend in der Gruppe.

2.2.3 Leistungsmotivation von Pflegenden

Intrinsische Motivation

Wenn Pflegende Spaß an der Arbeit haben und sich für ihren Beruf interessieren – also intrinsisch motiviert sind – kann die Freude am Gelingen einer Handlung zu weiterem Engagement führen (▶ Abb. 2.6).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 2.6 Freude an gelungener Arbeit führt zu weiterem Engagement. (Foto: A. Fischer, Thieme)

Fallbeispiel

Intrinsische Motivation. Pflegefachkraft Maja freut sich täglich auf ihre Arbeit mit den Patienten. Sie ist freundlich, hilfsbereit und interessiert. Dem 4-jährigen Thomas erzählt sie oft schöne Geschichten. Das macht ihr selbst viel Spaß. Manchmal denkt sie sich schon abends im Bett eine neue Geschichte für den nächsten Tag aus.

Extrinsische Motivation

Extrinsische Motivation ist in Pflegeberufen – wie auch in anderen Berufen – wichtig. So steigert ein Lob durch Vorgesetzte, Bewohner und Angehörige die Freude an der Arbeit. Ein Lächeln, ein Händedruck oder andere Zeichen von Dankbarkeit und Zufriedenheit können die Motivation erhöhen.

▸ **Materielle Anreize geben.** Diese sind in Pflegeberufen seltener als in der „freien Wirtschaft". Beförderungen, Gehaltserhöhungen, Prämien und freie Tage werden noch zu selten als Anreiz eingesetzt. Materielle Anreize beschränken sich häufig auf Betriebsausflüge, Weihnachtsfeiern oder ein Abteilungsessen. Individuelle materielle Anreize sind (leider) zu selten, was unter anderem mit dem traditionellen Berufsbild der Pflegeberufe (S. 387) zusammenhängt.

▸ **Bedürfnisse berücksichtigen.** Aus Sicht der Führungskräfte gilt es, die Bedürfnisse der Pflegenden zu berücksichtigen, um deren Motivation langfristig zu erhalten oder zu steigern. Anerkennung zu äußern, ein persönliches, ehrlich gemeintes Lob auszusprechen, sich zu bedanken für gezeigtes Engagement oder Flexibilität sind nur einige, eigentlich einfache Möglichkeiten, die Motivation der Mitarbeiter und das Betriebsklima zu verbessern. Auch Versuche, Wünsche in der Dienstplangestaltung zu berücksichtigen und nach einer anstrengenden Arbeitsphase freie Tage einzuplanen, können ein Ausdruck von Wertschätzung sein. Das Übertragen von Verantwortungsbereichen und Kompetenzen kann das Engagement von Pflegenden steigern, wenn es deren Bedürfnissen entspricht.

Fallbeispiel

Extrinsische Motivation. Pflegefachkraft Tanja arbeitet seit 2 Jahren auf der chirurgischen Kinderstation. Sie hat sich sehr gut eingearbeitet. Eines Tages schlägt die Pflegedienstleitung ihr eine Weiterbildung zur Stationsleitung vor. Tanja ist darüber sehr erfreut. Sie informiert sich über die Bedingungen und nimmt in Kauf, dass sie einen Teil der Weiterbildung in ihrer Freizeit absolvieren muss. Sie geht die neue Herausforderung an und eröffnet sich eine interessante Perspektive für ihre berufliche Zukunft.

Merke

Die Kunst der Mitarbeiterführung liegt unter anderem darin, die Bedürfnisse und Ressourcen der einzelnen Mitarbeiter zu erkennen und entsprechende individuelle Anreize einzusetzen.

▸ **Anerkennung im Team.** Unabhängig von der Führungsebene wird die Motivation der Mitarbeiter auch gesteigert, wenn Kollegen sich untereinander Anerkennung für gute Ideen oder Engagement geben, und dies auch in der täglichen Arbeit umsetzen (▸ Abb. 2.7). Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn das Lob und die Anerkennung aus der Führungsebene nicht oder nur sehr knapp erfolgt, und sich das Gefühl „wir werden mit unseren Problemen alleine gelassen" ausbreitet. Und letztendlich sollten Pflegende lernen, sich selbst gelegentlich (realistisch) zu loben, sich zu sagen „das habe ich gut gemacht."

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 2.7 Die Motivation der Mitarbeiter wird gesteigert, wenn sich Kollegen untereinander loben und anerkennen. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Aufgabe

20 Welche Möglichkeiten werden auf Ihrer Station genutzt, um Mitarbeiter zu motivieren? Welche weiteren Möglichkeiten gibt es?
21 Wie motivieren Sie sich für Ihre Arbeit?

2.3 Unbewusste Motive und Abwehrmechanismen

Ein wichtiger Verdienst Sigmund Freuds (1856–1939) liegt in seiner Forschung über das Unbewusste. Er entwickelte um die Jahrhundertwende das sog. Topografische Modell, das seine Vorstellungen von der Seele wiedergab. Später präzisierte er seine Vorstellungen im Instanzenmodell.

2.3.1 Topografisches Modell von S. Freud

Das Modell besagt, dass die „Seele“ sich aus 3 Teilen zusammensetzt:

- **Bewusstes:** alles, was der Mensch wahrnimmt, denkt oder fühlt, sofern er es weiß oder benennen kann.
- **Vorbewusstes:** Inhalte können oft nicht direkt benannt werden, können aber leicht bewusstgemacht werden.
- **Unbewusstes:** alles, was wahrgenommen wurde, ohne dass es der Mensch wirklich weiß.

Dies zu bedenken ist bei der Betrachtung der Bedürfnisse und Motive wichtig. Nicht alle Bedürfnisse und Motive sind bewusst. Hier setzt z. B. die Werbung an, die versucht, unbewusste bzw. vorbewusste Bedürfnisse hervor treten zu lassen. Ein Werbespot mit prickelnder, eisgekühlter Limonade lässt deutlich werden, dass zumindest unterschwellig der Wunsch etwas zu trinken vorhanden ist, ohne dass dies vorher bewusst war.

Merke

In der Pflege heißt das, zu berücksichtigen, dass nicht jeder Patient oder Bewohner tatsächlich weiß oder benennen kann, welche Bedürfnisse oder welchen Grund für eine Handlung er hat. Hier müssen Pflegende genau hinsehen.

Fallbeispiel

Unbewusste Motive (1). Frau B. leidet unter einer Demenz. Als ihre Tochter eines Nachmittags nicht wie gewohnt zu Besuch kommt, ist sie sehr wütend und beschimpft stundenlang ihre Bettnachbarin.

Frau B. macht dies nicht gezielt, sie ist sich vermutlich nicht einmal bewusst, dass sie hier die falsche Person „straft“. Ähnliches passiert jedem Menschen gelegentlich: da bekommt die Mutter, der kleine Bruder oder der Partner eine Wut zu spüren, die eigentlich nicht dorthin gehört.

Fallbeispiel

Unbewusste Motive (2). Pflegefachkraft Anna merkt erst nach einigen Wochen, dass sie zu der neuen Kollegin viel unfreundlicher war als zu den anderen Kolleginnen. Erst als sie von einer Kollegin darauf aufmerksam gemacht wird, denkt sie darüber nach und muss ihr Recht geben. Sie muss sich eingestehen, dass sie etwas neidisch war, weil die neue Kollegin die Schichtleitung bekommen hat, die eigentlich sie selbst haben wollte.

Auch Anna war das Motiv für ihr Verhalten nicht bewusst. Dabei ist das Erkennen des Motivs oft entscheidend, wenn Verhalten verstanden und verändert werden soll.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

22 Überlegen Sie Situationen, in denen Motive oder Bedürfnisse nicht bewusst waren.

2.3.2 Instanzenmodell von S. Freud

Sigmund Freud präzisierte die zunächst sehr einfachen Vorstellungen des topografischen Modells später in dem sog. Instanzenmodell (▶ Abb. 2.8). Es handelt sich dabei um ein Persönlichkeitsmodell. Freud stellte sich vor, dass in jeder Person 3 Instanzen wirken, die nach bestimmten Prinzipien vorgehen:

- **Es:** Lustprinzip,
- **Über-Ich:** Moralitätsprinzip,
- **Ich:** Realitätsprinzip.

Welche Instanz überwiegt, hängt von der Persönlichkeit, aber auch von der Situation ab.

▶ **Es – Lustprinzip.** Das Es repräsentiert die Wünsche, Triebe und Bedürfnisse des Menschen und funktioniert nach dem Lustprinzip. Es ist ab der Geburt vorhanden und stellt den Teil des Menschen dar, der sagt „ich will, möglichst sofort und ohne Rücksicht auf andere".

▶ **Über-Ich – Moralitätsprinzip.** Dem entgegen wirkt das Über-Ich. Es beinhaltet das Gewissen, es weiß von Geboten und Verboten und vertritt das, was man tun sollte. Es arbeitet nach dem Moralitätsprinzip. Die Instanz des Über-Ichs wird im Laufe der Sozialisation erworben.

▶ **Ich – Realitätsprinzip.** Ob die Wünsche des Es oder die Vorstellungen des Über-Ichs sich durchsetzen, muss das Ich entscheiden. Es arbeitet nach dem Realitätsprinzip, d. h. es muss sich an den Umweltgegebenheiten orientieren und zwischen Es und Über-Ich abwägen. Das Ich entscheidet über das aktuelle Verhalten.

Was hier recht abstrakt klingt, soll an einem Beispiel verdeutlicht werden.

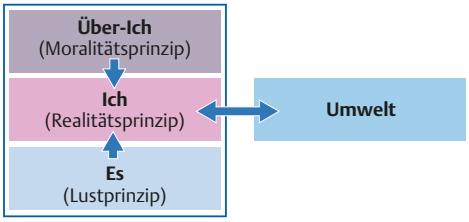


Abb. 2.8 Instanzenmodell der Persönlichkeit nach S. Freud.

Fallbeispiel

Instanzenmodell. Frau Müller und Frau Klein sind Patientinnen einer inneren Station. Auf der Station herrscht Personalmangel und die Patientinnen wissen, dass die anwesenden Pflegenden im Stress sind. Da der Zivildienstleistende erkrankt ist, wurde noch kein Mineralwasser in die Zimmer gestellt. Beide Patientinnen haben Durst. Frau Müller klingelt „Sturm", um das Mineralwasser zu fordern. Frau Klein bleibt still im Bett liegen, sie möchte die Pflegefachkräfte nicht noch zusätzlich belasten.

Es handelt sich hier um 2 Personen, die das gleiche Bedürfnis haben, und die sich dennoch ganz unterschiedlich verhalten. Dies lässt sich mit Freuds Persönlichkeitsmodell der Instanzen so erklären:

- Frau Klein: Das Über-Ich überwiegt. Auch wenn das Es das Bedürfnis nach einem Getränk meldet, entscheidet das Ich, sich an die Gebote des Über-Ichs zu halten: Man darf gestresste Pflegefachkräfte nicht noch mehr belasten.
- Frau Müller: Sie hat Durst und dieses Bedürfnis überwiegt alle Vorstellungen darüber, ob es sich gehört, zu klingeln oder nicht. Hier entscheidet das Ich zu Gunsten des Es, das Moralitätsprinzip kommt hier nicht zum Tragen.

Aufgabe

23 Ina und Ruth sind Kolleginnen. Sie wissen, dass die Materialien für die nächste Schicht noch nicht aufgefüllt sind. Ina geht trotzdem bei Dienstschluss nach Hause, während Ruth, die auch gerne nach Hause gehen würde, noch bleibt und das Material auffüllt. Erklären Sie diese Verhaltensunterschiede anhand des Instanzenmodells.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

2.3.3 Abwehrmechanismen

Wenn nun der Druck, der von Über-Ich und Es auf das Ich ausgeübt wird, zu stark wird, und das Ich keine realitätsbezogene, angemessene Lösung findet, entsteht Angst. Auf diese Angst wird dann häufig mit Abwehrmechanismen, reagiert.

Definition

Unter **Abwehrmechanismen** versteht man unbewusste Selbstschutzmechanismen des Ichs, die eingesetzt werden, um Unbehagen oder Angst zu reduzieren.

Wichtig ist dabei, dass das Verhalten eine unbewusste Reaktion auf das Erlebte ist. Nur wenn die eigentliche Absicht des Verhaltens unbewusst ist, darf es als Abwehrmechanismus bezeichnet werden. Zu den Abwehrmechanismen gehören z. B.:

- Verdrängung,
- Verschiebung,
- Sublimierung,
- Rationalisierung,
- Identifikation,
- Projektion,
- Konversion,
- Regression.

Diese werden im Kapitel Krisen und Krisenbewältigung (S. 299) näher beschrieben.

Merke

Abschließend lässt sich feststellen: Die Erkenntnisse der Motivationspsychologie dienen dem Verstehen von Verhaltensweisen. Sie können zu einer Reduzierung von Konflikten führen, gezielt zur Modifikation von Verhalten eingesetzt werden und das Wohlbefinden der Patienten durch die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse steigern. Wird das Wissen über Leistungsmotivation professionell umgesetzt, kann es in den Bereichen Therapiemotivation, Rehabilitation und eigene Arbeitsmotivation von großem Nutzen sein. Wer auf diese Weise in der Pflege mit einer Haltung von Achtsamkeit einem anderen Menschen begegnet, erfährt von dessen Bedürfnissen, Interessen, Ressourcen und seiner Selbsteinschätzung (S. 40).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © lightpoet, Fotolia.com

Kapitel 3

Lernen und Verhalten – Verhalten steuernde Lernprinzipien

3.1	Einführung	*56*
3.2	Instrumentelles Lernen	*58*
3.3	Modelllernen	*62*
3.4	Signallernen	*64*
3.5	Kognitives Lernen	*67*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

3 Lernen und Verhalten – Verhalten steuernde Lernprinzipien

„Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich die gleichen Fehler machen. Aber ein bisschen früher, damit ich mehr davon habe."
Marlene Dietrich (1901–1992)

Examensschwerpunkte

Instrumentelles Lernen (S. 58), Modelllernen (S. 62), Signallernen (S. 64), Kognitives Lernen (S. 67)

3.1 Einführung

Gegenstand der Psychologie ist es, das Verhalten und Erleben des Menschen kennen und verstehen zu lernen. Immer wieder kann man beobachten, dass sich verschiedene Personen in gleichen Situationen vollkommen unterschiedlich verhalten. Da stellt sich die Frage: Was beeinflusst unser Verhalten? Oder: Warum tun wir, was wir tun? Diese Frage wird vor allem dann wichtig, wenn Verhalten verändert werden soll. Eine grundlegende Annahme der Psychologie ist, dass viele Verhaltensweisen erlernt wurden und auch durch Lernerfahrungen verändert werden können.

Fallbeispiel

Lernerfahrungen. In einem Dreibettzimmer einer chirurgischen Abteilung verhalten sich die Patienten sehr unterschiedlich, wenn es darum geht, ihre Wünsche zu äußern. Herr Paul klingelt sofort ohne zu zögern und nimmt die Hilfe der Pflegefachkräfte in Anspruch. Herr Link klingelt nie, er lehnt Hilfe ab. Herr Krüger wartet. Wenn eine Pflegefachkraft ins Zimmer kommt, schließt er sich den Wünschen der Mitpatienten mit den Worten „mir bitte auch" an.

Herr Paul hat in seinem Leben immer wieder gute Erfahrung damit gemacht, Wünsche auszusprechen und aktiv Forderungen zu stellen. Vieles konnte er so erreichen. Herr Link hat in seiner Jugend gelernt, dass es als Schwäche gilt, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Und Herr Krüger orientierte sich als Kind stets am Verhalten seines älteren Bruders. Wenn der Bruder mit seinem Verhalten zum Ziel kam, übernahm Herr Krüger dessen Verhalten.

Menschliches Verhalten ist zu einem großen Teil erlernt. Lernen ist ein wichtiger Faktor, um menschliches Verhalten aufzubauen und zu erklären. Die 3 Männer im Fallbeispiel verhielten sich in einer ähnlichen Situation entsprechend ihrer persönlichen Lerngeschichte.

Lernen findet statt, wenn Wissen erweitert wird, was nicht immer beobachtbar ist; direkt sichtbar sind Lernprozesse, wenn sich die Art des Verhaltens, die Stärke des Verhaltens oder die Häufigkeit des Auftretens der Verhaltensweise verändert.

Definition

Lernen umfasst alle Prozesse, die zu einer Veränderung des Verhaltens (bezüglich der Art, der Stärke oder der Häufigkeit) oder zu Wissenszuwachs führen.

Lernen findet in allen Lebensphasen statt. Bereits das neugeborene Kind ist in der Lage etwas zu lernen. So lernt es z. B. in den ersten Lebenswochen einen bestimmten Rhythmus der Nahrungsaufnahme. Kinder, Jugendliche und Erwachsene verändern immer wieder ihr Verhalten, es kommen immer neue Verhaltensweisen dazu und ihr Wissen wird erweitert. Bis ins hohe Alter kann der Mensch sein Wissen erweitern, aus Fehlern und Erfahrung lernen; er kann lernen mit Einschränkungen umzugehen und mit der sich verändernden Lebenssituation zurechtzukommen, indem er seinen Alltag entsprechend gestaltet.

Lebensbegleitend findet Lernen in verschiedenen Bereichen statt:

- Lernen als Wissenszuwachs (▶ Abb. 3.1),
- Lernen von Verhaltensweisen,
- Lernen von Einstellungen,
- Lernen von Gefühlen,
- Lernen von Bedeutungen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

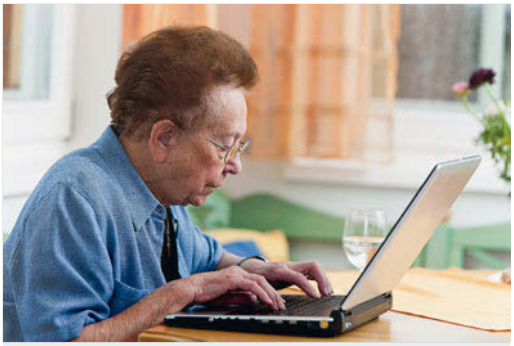


Abb. 3.1 Lernen ist ein lebenslanger Prozess *(Symbolbild)*. (Foto: Gina Sanders – stock.adobe.com)

▸ **Lernen als Wissenszuwachs.** Dazu gehört z. B. das schulische Wissen (Lernen von Vokabeln, Formeln und Theorien), der Wissenserwerb während der Ausbildung oder der Wissenszuwachs durch Informationen aus Vorträgen, Medien, Erzählungen und Dokumentationen.

▸ **Lernen von Verhaltensweisen.** Das Anfassen einer heißen Herdplatte, ein schwerer Kopf und ein verdorbener Magen nach einer durchgefeierten Nacht hinterlassen eine Lehre. Hinterher ist man meist klüger als vorher (was leider nicht immer zu einer dauerhaften Verhaltensänderung führt). Menschen entwickeln Strategien, um Ziele zu erreichen. Ein solches Ziel kann es sein, Aufmerksamkeit oder Zuwendung zu erhalten. So lernen Menschen in ganz unterschiedlichen Situationen zu weinen oder auch nicht zu weinen, freundliches oder aggressives Verhalten zu zeigen.

▸ **Lernen von Einstellungen.** Einstellungen zu verschiedenen Themen und Lebensbereichen werden von Eltern, Freunden und Vorbildern übernommen. Auch durch eigene Erfahrung bilden und verändern sich Einstellungen, z. B. zu Religion, Politik, Schule, zur Partnerschaft, zu sozialen Gruppen, zur Jugend, zum Alter oder zu Krankheiten.

▸ **Lernen von Gefühlen.** Es können verschiedene Gefühle erlernt werden: Man lernt, bestimmte Menschen gern zu haben und vor anderen Angst zu haben. So lernen manche Menschen, Angst vor dem Zahnarzt zu haben, andere vor der Polizei oder einem Vorgesetzten. Auch die Freude beim Anblick bestimmter Menschen kann ein erlerntes Gefühl sein, ebenso wie Gefühle von Vertrauen und Sicherheit. Es kann Angst vor bestimmten Tieren gelernt werden, z. B. Angst vor Hunden, Spinnen oder Schlangen.

▸ **Lernen von Bedeutungen.** Im Laufe der Zeit lernt der Mensch die Bedeutung bestimmter Handlungen, Situationen oder Symbole:

- Sehr früh schon lernen Kinder, Mimik, Gestik und Tonfall zu interpretieren: Was ein bestimmter Blick der Mutter, ein spezieller Unterton in der Stimme oder der erhobene Zeigefinger des Vaters heißt, lohnt sich meistens zu beachten.
- Wenn ein Mensch sich die Jacke anzieht und wortlos, die Türe zuschlagend, das Haus verlässt, dann ist er vermutlich verärgert.
- Im öffentlichen Leben spielt die Bedeutung von Symbolen eine Rolle. Es muss erlernt werden, was eine rote Ampel, ein Wegweiser oder die Gestik eines Polizisten bedeuten.

Merke

Lernen ist ein außerordentlich vielschichtiges Geschehen. Aus den Beispielen wird deutlich: Bei jedem Lernprozess wird Verhalten beeinflusst oder Wissen erworben. Es können erwünschte oder unerwünschte Verhaltensweisen erlernt werden. Lernen kann bewusst oder unbewusst erfolgen. Lernen ist ein lebenslanger Prozess.

Aufgabe

1 Sammeln Sie weitere Beispiele dafür, dass Lernen in verschiedenen Lebensaltersstufen stattfindet.
2 Auf eine schlechte Zensur hin strengt sich der eine Schüler besonders an und lernt gründlicher, während ein anderer beschließt, jetzt gar nichts mehr „für die Schule“ zu tun. Wie kann erklärt werden, dass Menschen auf die gleiche Situation mit unterschiedlichen Verhaltensänderungen reagieren?
3 Ein Patient der Abteilung für innere Medizin fällt seit 3 Tagen dadurch auf, dass er ständig den Pflegefachkräften hinterherläuft. Vorher hat er dies nicht getan. Inwiefern kann man hier von einem Lernprozess sprechen? Wie könnte der Patient das neue Verhalten gelernt haben?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Nachdem beschrieben wurde, was erlernt werden kann, soll im Folgenden gezeigt werden, wie Menschen lernen. Dabei werden in erster Linie 4 Hauptformen des Lernens eingesetzt, die hier zunächst getrennt voneinander dargestellt werden, die in der Realität jedoch oft parallel bzw. als Mischform auftreten. Vier Hauptformen des Lernens sind zu unterscheiden:

1. Instrumentelles Lernen,
2. Modelllernen,
3. Signallernen (Klassisches Konditionieren und Assoziationslernen),
4. kognitives Lernen.

3.2 Instrumentelles Lernen

Definition

Unter **instrumentellem (operantem) Lernen** versteht man das Lernen durch eigene Erfahrungen. Verhalten wird hierbei als Instrument eingesetzt, um bestimmte Konsequenzen zu erreichen oder zu vermeiden (▶ Abb. 3.2).

Während beim Modelllernen an Erfahrungen anderer gelernt wird, wird beim instrumentellen Lernen durch selbst erfahrene Konsequenzen gelernt. Löst ein Verhalten negative Konsequenzen aus, wird es vermutlich wieder „verlernt" werden. Erfährt es aber Verstärkung, z. B. durch Lob oder Bewunderung, wird das Verhalten mit größerer Wahrscheinlichkeit beibehalten oder möglicherweise noch häufiger und stärker eingesetzt. Durch eigene Erfahrungen Erlerntes ist oft besonders einprägsam.



Abb. 3.2 Lernen am Modell und durch eigene Erfahrung *(Symbolbild)*. (Foto: PhotoAlto)

Fallbeispiel

Instrumentelles Lernen. Britta ist 9 Jahre alt und sehr schüchtern. Sie liegt auf der Kinderstation und langweilt sich seit Tagen. Heute steht sie auf, läuft über den Stationsflur und schaut vorsichtig in das Spielzimmer der Station. Gleich wird sie von Anja, die alleine in der Puppenecke spielt, angesprochen, ob sie mitspielen will. Beide spielen gemeinsam mit den Puppen. In den nächsten Tagen geht Britta immer wieder ins Spielzimmer.

Britta hat durch eigenes Ausprobieren die Erfahrung gemacht, dass es gut gegen Langeweile ist, ins Spielzimmer zu gehen. Sie tut dies nun öfter, um sich weniger zu langweilen. Das bedeutet, sie setzt das Verhalten als Instrument ein, um ein Ziel (nämlich sich nicht mehr zu langweilen) zu erreichen.

Merke

Menschen erleben, dass ihr Verhalten Konsequenzen hat, sie machen Erfahrungen. So kann Verhalten als Instrument eingesetzt werden, um bestimmte Ziele zu erreichen oder bestimmte Folgen zu vermeiden.

3.2.1 Verhaltensverstärkung

Das alltägliche Leben ist geprägt von instrumentellem Lernen. In vielen Bereichen kann Lernen durch Verhaltensbelohnung und Verhaltensbestrafung beobachtet werden: Wer im Straßenverkehr eine rote Ampel missachtet, wird durch ein Bußgeld, Führerscheinentzug oder einen Unfall bestraft. Wird das verkehrswidrige Verhalten nicht bestraft, sondern das Fahrziel möglicherweise sogar früher erreicht, wird das Verhalten als Erfolg gewertet und somit verstärkt.

Im Bereich der Schule kommen gute und schlechte Noten, Tadel und Strafarbeiten, Belobigungen und Preise zum Einsatz. In der Erziehung wird das Lernen erwünschten Verhaltens durch Lob oder Strafe unterstützt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Verhaltensverstärkung. Eine junge Frau ist in eine neue Stadt gezogen, um eine 3-jährige Ausbildung zu beginnen. Im Verlauf der ersten Wochen informiert sie sich über öffentliche Verkehrsverbindungen, Angebote von Freizeitaktivitäten, Unterhaltungsprogramme und Einkaufsmöglichkeiten. Sie probiert Verschiedenes aus. Nach einem halben Jahr ist sie Stammkundin in einem mittelgroßen Supermarkt. Im Unterschied zu anderen Läden wurde sie hier bald freundlich und mit Namen angesprochen, an der Kasse war man ihr beim Einpacken der Waren behilflich und es stand ein Praktikant zur Verfügung, der ihre Getränkekisten ins Auto einlud.

Das anfangs zufällige Einkaufsverhalten wurde belohnt und führte zu einer Verhaltensänderung, nämlich überwiegend gerade in diesem Markt einzukaufen. Für die junge Frau war diese Entscheidung mit „Erfolg" verbunden, da sie sich wohler und weniger gestresst fühlen konnte.

Aufgabe

4 Finden Sie Beispiele dafür, dass in der Pflegeausbildung instrumentelles Lernen stattfindet.
5 Zeigen Sie anhand von Beispielen, dass Heimbewohner sowie Patienten jeder Altersgruppe instrumentell lernen.

Arten von Konsequenzen

Die folgenden Situationen zeigen, dass Konsequenzen prinzipiell sehr unterschiedlich sein können:

- Die Mentorin lobt einen Auszubildenden für seine besondere Aufmerksamkeit gegenüber einer älteren Patientin. Er wird dieses Verhalten in Zukunft häufiger zeigen.
- Herr Peters hat Rückenschmerzen. Er überwindet sich und geht zur Krankengymnastik. Die Schmerzen lassen nach. Herr Peters geht nun öfter zur Krankengymnastik, wenn er Rückenschmerzen bekommt.
- Ein Auszubildender wird getadelt, weil er erneut zu spät kommt. Er wird nächstes Mal versuchen pünktlicher zu sein.
- Pflegefachkraft Claudia ärgert sich über eine Kollegin und spricht den Rest des Tages nicht mehr mit ihr. Daraufhin entschuldigt sich die Kollegin bei ihr.

In diesen Beispielen wirken verschiedene Arten von Konsequenzen. ▸Abb. 3.3 stellt sie im Überblick dar.

▸ **Positive Erfahrung/Belohnung.** Es gibt 2 Möglichkeiten, positive Erfahrungen zu machen:

- Positive Verstärkung: Durch das Einsetzen angenehmer Konsequenzen (z. B. Lob, Schokolade, gute Noten) steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das dazu führende Verhalten erneut auftritt.
- Negative Verstärkung: Dadurch, dass Unangenehmes aufhört, ist ein Verhalten erfolgreich. Es steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Verhalten erneut auftritt (z. B. wenn Schmerzen durch die Einnahme einer Tablette aufhören).

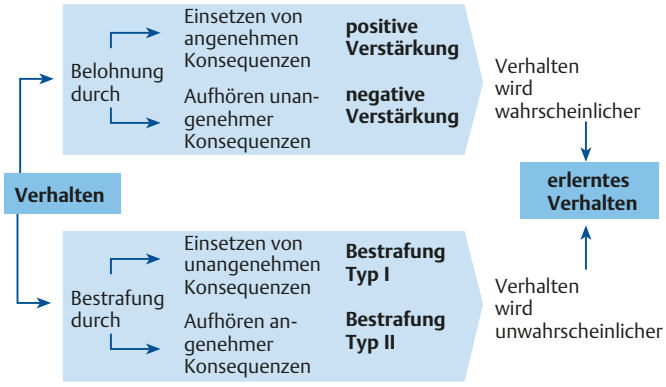


Abb. 3.3 Verhaltenskonsequenzen beim instrumentellen Lernen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

► **Negative Erfahrung/Bestrafung.** Es gibt auch 2 Möglichkeiten, negative Erfahrungen zu machen:
- Bestrafung Typ 1: Durch das Einsetzen unangenehmer Konsequenzen (Tadel, Schläge, Strafarbeit) sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass das Verhalten erneut auftritt.
- Bestrafung Typ 2: Indem durch ein Verhalten Positives beendet wird, sinkt die Wahrscheinlichkeit, dieses Verhalten erneut zu zeigen (z. B. Taschengeldentzug, Freiheitsentzug, Liebesentzug).

Merke

Ob ein bestimmtes Verhalten beibehalten oder übernommen wird, hängt von den Folgen ab. Werden positive Konsequenzen wahrgenommen, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit für ein verstärktes Auftreten der Verhaltensweise. Bei negativen Konsequenzen ist selteneres Auftreten der Verhaltensweise zu erwarten.

Weiterhin werden unterschieden:
- Primäre Konsequenzen: sie betreffen physiologische Bedürfnisse (z. B. Schlaf, Wärme, Nahrung).
- Sekundäre Konsequenzen: Bedürfnisse nach Anerkennung, Zuwendung, Wissen oder Selbstverwirklichung.

Aufgabe

6 Ordnen Sie die 4 unter „Arten von Konsequenzen (S. 59)“ genannten Beispiele den Arten der Konsequenzen zu.
7 Erläutern Sie anhand der 4 Arten von Konsequenzen, welche Konsequenzen Pflegende im Umgang mit Patienten/Bewohnern einsetzen.
8 Erläutern Sie anhand der 4 Arten von Konsequenzen, welche Konsequenzen Patienten oder Bewohner einsetzen, um Einfluss auf das Verhalten der Pflegenden zu nehmen.
9 Überlegen Sie, welche Konsequenzen Sie (privat) einsetzen, um Einfluss auf das Verhalten Ihrer Kinder, Ihres Partners oder anderer Menschen zu nehmen.
10 Geben Sie verschiedene Beispiele für primäre Konsequenzen und sekundäre Konsequenzen in den Bereichen Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege.

3.2.2 Zur Problematik von Bestrafung

Aus der pädagogischen Wissenschaft ist bekannt, dass Strafen auf längere Sicht meistens wenig Erfolg versprechen: Strafen nutzen sich auf Dauer ab, man muss ständig schärfere Maßnahmen ergreifen. Ein Schüler, der jeden Tag einen Eintrag in das Klassenbuch bekommt, wird davon immer weniger beeindruckt sein, der Lehrer muss die Strafe dauernd verschärfen. Kinder, die täglich angeschrien werden, nehmen die Lautstärke nicht mehr als Bedrohung wahr. Manchmal wissen sich Eltern dann nur noch mit Schlägen zu helfen.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass das, was als Bestrafung gedacht ist, gleichzeitig oft auch eine Form der „Zuwendung“, also der Aufmerksamkeit darstellt und dadurch eine positive Verstärkung beinhalten kann.

Fallbeispiel

Bestrafung beinhaltet Zuwendung. Während Pflegefachkraft Jutta Herrn Schmid beim Waschen unterstützt und ihn bettet, stößt dessen Mitbewohner, Herr Kopp, wie fast jeden Morgen seine Teetasse um. Pflegefachkraft Jutta wendet sich ihm ärgerlich zu. Herr Kopp strahlt sie freudig an. Was als Bestrafung gedacht war, empfindet er als Zuwendung, endlich hat Pflegefachkraft Jutta ihn angesehen und beachtet!

Strafen erzeugen oft Angst und Aggression, die Beziehung zu der Pflegefachkraft wird gestört. Dies wirkt sich ungünstig auf das Wohlbefinden und damit u. U. auf den Krankheitsverlauf aus.

Strafe wird oft mehr mit dem Bestrafenden in Zusammenhang gebracht, als mit dem eigenen Verhalten. Ein Lehrer, der häufig straft, gilt als unsympathisch, wird abgelehnt, seine Strafen bleiben oft wirkungslos. Außerdem kann durch die strafende Person, wenn sie als Modell aufgefasst wird, unerwünschtes aggressives Verhalten erlernt werden.

In der Pflege ist für negative Konsequenzen im Sinne von Bestrafungen kein Platz. Aus ethischen Gründen sind Strafen in der Pflege abzulehnen, denn die besondere Art der Beziehung zwischen Pflegenden und den auf Pflege angewiesenen Menschen sollte durch vertrauensbildende Professionalität gekennzeichnet sein.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Belohnen des erwünschten Verhaltens ist auf lange Sicht wirkungsvoller als Bestrafung des unerwünschten Verhaltens. Positive Konsequenzen sind das Mittel der Wahl und den negativen Konsequenzen vorzuziehen.

Eine gute Form positiver Konsequenzen sind positive Rückmeldungen: Der Alltag bietet viele Gelegenheiten zu sagen, was einem gut gefallen hat.

Fallbeispiel

Positive Rückmeldung. Eine Besucherin geht vor dem Verlassen des Krankenhauses am Dienstzimmer vorbei und sagt: „Die Pflegegruppe ist mit sehr schönen Bildern im Gang und in den Zimmern ausgestattet. Das tut gut!"

Aufgabe

11 Tauschen Sie sich über Erfahrungen mit negativen Konsequenzen in der Pflege aus. Wie könnte in bestimmten Situationen besser reagiert werden?

3.2.3 Wirksamkeit von Konsequenzen

Wer Konsequenzen einsetzt, kann allerdings auch Überraschungen erleben. So empfindet nicht jedes Kind Schokolade als eine Belohnung oder den Ausschluss vom Unterricht als Bestrafung. Ob eine Konsequenz die gewünschte Wirkung erzielt, hängt von verschiedenen Faktoren ab:

- von der Bedeutung der Konsequenz für die Person,
- vom zeitlichen Abstand, mit dem die Konsequenz erfolgt,
- von der Beziehung zu der Person, die die Konsequenz einsetzt,
- vom Vorhandensein weiterer Konsequenzen.

► **Individuelle Bedeutung.** Welche Bedeutung die Konsequenz für die Person hat, hängt von deren Bedürfnissen und Interessen ab. Konsequenzen müssen individuell passen. Um Verstärker in der Pflege gezielt und wirkungsvoll einsetzen zu können, ist es wichtig, die Interessen und Bedürfnisse der Patienten bzw. der Bewohner zu kennen. Siehe hierzu das Kapitel Achtsamkeit in der Pflege (S. 40).

Fallbeispiel

Individuelle Bedeutung von Verstärkern. Herr B. und Herr M. sind seit 8 Wochen zur Alkoholentwöhnung in einer geschlossenen Abteilung. Beide haben aktiv an ihrer Therapie mitgearbeitet. Als Belohnung wird beiden mitgeteilt, dass sie einen Nachmittag am folgenden Wochenende mit einer Gruppe zum Schwimmen in ein Freibad gehen dürfen. Herr B. freut sich über die Belohnung. Herr M. hingegen ist nicht begeistert, er kann nicht schwimmen und hat Angst davor, schämt sich aber, dies zu sagen. Er verhält sich unkooperativ und stört die weiteren Therapiestunden des Tages, bis ihm der Wochenendausgang ins Schwimmbad untersagt wird.

Was als positive Konsequenz erlebt wird, hängt ganz stark von der jeweiligen Person, ihren Bedürfnissen und ihrer Lerngeschichte ab.

► **Zeitlicher Abstand.** Außerdem spielt der zeitliche Abstand, mit dem die Konsequenz erfolgt, eine Rolle: Bestraft man ein Kind erst Tage später, ist die Strafe meist wenig wirksam. Erfolgt eine Konsequenz unmittelbar, ist sie i. d. R. wirkungsvoller.

► **Beziehung.** Entscheidend ist auch die Beziehung zu der Person, die eine Konsequenz einsetzt. Wird sie als sympathisch und wichtig eingeschätzt, wird die Wirkung größer sein als bei einer unsympathischen und wenig geachteten Person.

► **Weitere Konsequenzen.** Häufig wirken verschiedene Konsequenzen gleichzeitig. Bei einem Schüler, der von seinen Eltern für gute Leistungen gelobt, von seinen Klassenkameraden jedoch ausgelacht wird, bleibt das Lob möglicherweise wirkungslos.

Aufgabe

12 Überlegen Sie verschiedene Beispiele dafür, dass die Wirksamkeit der Konsequenzen von dem zeitlichen Abstand bis zum Erfolgen der Konsequenz abhängt.
13 Erinnern Sie sich an Situationen, in denen es eine Rolle spielte, von welcher Person die Konsequenz ausging.
14 Kennen Sie Situationen, in denen verschiedene Konsequenzen gleichzeitig wirken?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

3.2.4 Verhaltensanalyse

Fallbeispiel

Verhaltensanalyse. Frau Müller, 86-jährige Patientin einer inneren Abteilung, klingelt seit einer Woche in sehr kurzen Abständen und klagt über Hunger, Durst, Kälte oder Wärme oder über störende Geräusche durch die Mitpatientin. Anfangs verhielten sich die Pflegenden freundlich. Später reagierten sie von Zeit zu Zeit ärgerlich.

Um ein Verhalten zu verstehen und wirksam Konsequenzen setzen zu können, bietet sich eine Verhaltensanalyse an. Dabei müssen vor allem 3 Leitfragen gestellt werden:

1. Ursache: Welche Bedürfnisse stehen hinter der Verhaltensweise?
2. Aufrechterhaltende Bedingungen: Wodurch wird das störende Verhalten in Gang gehalten?
3. Lösungsansatz: Wie kann das erwünschte Verhalten erreicht werden?

Im Fall von Frau Müller zeigt sich Folgendes: Die zahlreichen, wenn auch manchmal ärgerlichen Kontakte mit den Pflegefachkräften bedeuten für die alte Dame (unbewusst) einen Ausweg aus ihrer Einsamkeit. Seit 10 Tagen hat sie keinen Besuch mehr bekommen. Ihr Verhalten hat sie über positive Konsequenzen, ein Lächeln oder eine freundliche Antwort, erlernt. Die eigentlich negative Konsequenz, ein ärgerliches „Ach, Frau Müller, lassen Sie das doch, wir haben noch andere Patienten!“, beinhaltet zumindest, dass jemand ins Zimmer kommt, sich ihr also – wenn auch unfreundlich – zuwendet. Spielt dieses Bedürfnis für die „lernende“ Person eine wichtige Rolle, kann, was als Bestrafung gedacht ist, im Sinne einer positiven Konsequenz das unerwünschte Verhalten verstärken. Die 3 Leitfragen können hier also folgendermaßen beantwortet werden:

1. Ursache für das auffallende Verhalten von Frau Müller ist ihr Bedürfnis nach Zuwendung.
2. Aufrechterhalten wurde es durch die (positive und negative) Zuwendung des Personals.
3. Möglicherweise verschwindet das Verhalten, wenn es gelingt, Frau Müller auf andere Art und Weise Zuwendung zukommen zu lassen (z. B. durch Kontakte mit anderen Patienten).

Aufgabe

15 Gehen Sie in Gedanken durch Ihre Station bzw. Ihren Wohnbereich. Versuchen Sie, ein „auffälliges Verhalten“ eines Patienten oder Bewohners anhand der 3 Leitfragen zu analysieren. Diskutieren Sie darüber in der Gruppe.

3.3 Modelllernen

Definition

Unter **Modelllernen** versteht man das Lernen durch Beobachtung. Menschen haben die Fähigkeit, durch Beobachtung neues Wissen zu erwerben und das eigene Verhalten zu verändern (▶ Abb. 3.4).

Modelllernen beinhaltet im Wesentlichen 4 Prozesse:

- Aufmerksamkeitsprozesse,
- Gedächtnisprozesse, sodass das Beobachtete behalten und später ausprobiert werden kann,
- motorische Reproduktionsprozesse: das Beobachtete zeigt sich nun in einer Handlung,
- Motivations- und Verstärkungsprozesse, um das erlernte Verhalten erneut einzusetzen.

Es kann so neues Verhalten erlernt werden, ebenso kann aber auch erlernt werden, wie man sich nicht verhalten sollte. Modelllernen ist eine äußerst bedeutsame Möglichkeit um zu lernen und hat für den Lernenden viele Vorteile: Müsste der Mensch jede Erfahrung selbst machen, wäre das viel zu gefährlich, zu zeit- und kostenaufwendig.

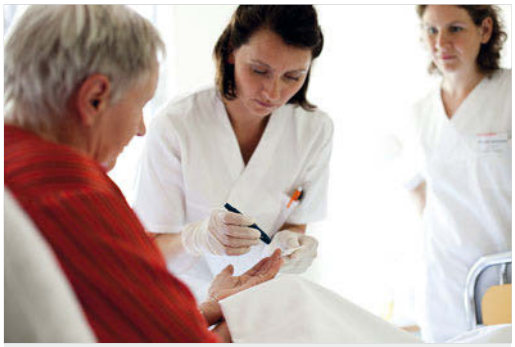


Abb. 3.4 Durch Beobachtung eines „Modells“ kann neues Wissen erworben werden. (Foto: A. Fischer, Thieme)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

So ist es viel ungefährlicher zu sehen, wie andere sich die Finger an der heißen Herdplatte verbrennen, als diese Erfahrung selbst zu erleben. Es wäre sehr teuer, wenn wir die Zerbrechlichkeit von Gegenständen an unserem Eigentum ausprobieren würden. Da ist es viel günstiger zu beobachten, welche Erfahrungen andere Personen diesbezüglich machen. Auch würde die begrenzte Zeit unseres Lebens gar nicht ausreichen, um alle Erfahrungen, die wir bei anderen Menschen beobachten, selbst zu erleben. Es ist also oft eine lohnende Sache, aus den Erfahrungen anderer Menschen zu lernen.

Fallbeispiel

Modelllernen. Eine Auszubildende in der Krankenpflege erzählt: „Mein Morgen auf der Station wurde schon von einer Vorahnung überschattet. Ich ging in das erste Pflegezimmer und sah, dass die Patientin verstorben war. „Meine erste Verstorbene". Was war zu tun? Ich hatte keine Erfahrung im Umgang mit Verstorbenen. Hilflosigkeit und Angst waren meine Begleiter. Dann kam eine Schwester zu mir und bot mir an, diese Frau zu versorgen. Meine Augen und Ohren weiteten sich, denn was ich nun erleben würde, sollte mich prägen. Sie sprach sie an und erklärte der Verstorbenen, was sie nun schrittweise tun würde. Diese Schwester vermittelte mir das Gefühl, dass jeder tote Mensch eine Seele besitzt, die auch nach dem Tod noch wahrnimmt.

Jeder Vorgang, sei es das Ziehen der Braunüle, das Entfernen des Dauerkatheters, das Frischmachen oder Betten, wurde mit sanfter Stimme und viel Gefühl erklärt und begleitet. Der ganze Ablauf war wie ein großes Ritual, etwas ganz Besonderes. Mir standen die Haare zu Berge, ja, ich war gerührt. Alles war so friedlich, plötzlich hatte der Tod ein anderes Gesicht bekommen. So wollte ich auch behandelt werden, wenn meine Zeit kommen sollte.

Ein Abschied vom Leben, begleitet von Zärtlichkeit, Verständnis, Wohlbefinden und Achtung. Dieses Erlebnis hatte mich so stark beeindruckt, dass es eine prägende Erfahrung in meinem Leben wurde. Eine Erfahrung, die ich immer weitergeben werde" (Debroschek, 2001).

3.3.1 Wann ist Modelllernen beteiligt?

Dem Modelllernen kommt eine große Bedeutung zu. Es tritt dann ein, wenn durch Beobachtung des Verhaltens anderer Personen, sog. Modelle, gelernt wird. Modelllernen ist meist beteiligt (i. d. R. in Verbindung mit instrumentellem Lernen (S. 239)) beim Erlernen von:

- sozialen Verhaltensweisen, wie Tischmanieren, Grüßen, Umgang mit Kindern, Umgang mit Patienten, Verhalten als Patient,
- Einstellungen zu verschiedenen Themen,
- handwerklichen, sportlichen und künstlerischen Tätigkeiten, wie Handarbeiten, Klavierspielen, Tanzen und Klettern,
- beruflichen Fertigkeiten und Verhaltensweisen.

► **Stellvertretende Konsequenz.** Entscheidend bei dieser Art des Lernens ist, dass hier das Modell die Konsequenzen erfährt, nicht der Lernende selbst. Man spricht deshalb auch von stellvertretender Konsequenz. Wichtig ist dabei, dass der Lernende die Konsequenzen beobachten kann.

Definition

Unter **stellvertretender Konsequenz** versteht man die Konsequenz, die das Modell an Stelle des Lernenden erfährt.

3.3.2 Merkmale sog. Modelle

Als Modell dienen meist Menschen mit bestimmten Eigenschaften: In erster Linie sind es Personen, die man liebt oder bewundert, mächtige, erfolgreiche, einflussreiche Menschen und solche, die Aufmerksamkeit und Anerkennung erfahren. Auch Menschen, die man als sich selbst ähnlich erlebt – z. B. die beste Freundin – werden als Modell herangezogen.

► **Berufliche Vorbilder.** Das Nachahmen beruflicher Vorbilder kann prägend für die eigene Wahl und Ausübung eines Berufes sein. Lehrer, Meister und Mentoren sollten gute Vorbilder sein.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

3.3.3 Beim Modelllernen wirksame Faktoren

Wenn sich Eltern wünschen, dass ihre jugendlichen, „schwierigen" Kinder letztlich im Leben doch das Meiste richtigmachen, weil sie es ihnen richtig vorgelebt haben, dann setzen sie ihre Hoffnung auf das Modelllernen. Häufig sucht sich der Lernende aber Modelle aus, von denen die Eltern nicht begeistert sind, z. B. Mitglieder bestimmter Cliquen.

Das Lernen am Modell hängt von verschiedenen Faktoren ab, sonst würden Eltern weniger Enttäuschungen erleben. Neben der eigenen Motivation, den Interessen und Bedürfnissen des Lernenden kommt es vor allem auf die Beziehung zwischen einer Person und dem Modell an.

Fallbeispiel

Faktor Beziehungsebene. Herr Fischer ist Pflegefachkraft auf der Pflegegruppe 5 einer chirurgischen Abteilung. Er ist schon 30 Jahre in seinem Beruf tätig. Dem jungen, 15-jährigen Patienten Samuel gegenüber ist er stets freundlich und sehr höflich. Er redet ihn mit Namen an, sagt „danke" und „bitte". Trotzdem bleibt der Junge bei seinem unfreundlichen Ton. Für ihn war Herr Fischer nicht als Modell geeignet, da er in seiner Art zu sehr seinem Vater glich, mit dem er sich überhaupt nicht verstand.

Es werden nicht nur gute und nützliche, sondern auch falsche und unbrauchbare Verhaltensweisen erlernt: Oft werden in der Kindheit Ängste, Vorlieben und Abneigungen erworben, die, wenn sie nicht überwunden werden, bis ins Erwachsenenalter störend wirken können. Ein unerfreuliches Beispiel des Modelllernens ist Aggressivität, die über Generationen transportiert werden kann. So können Kinder am Modell lernen, auf Konflikte mit Gewalt zu reagieren.

Aufgabe

16 Überlegen Sie, welche Personen in Ihrem Leben schon als Modell gedient haben.
17 Erläutern Sie verschiedene Beispiele für Modelllernen während der Pflegeausbildung. Begründen Sie, warum es ganz wichtig ist, gerade bei pflegerischen Tätigkeiten durch Modelllernen zu lernen.
18 Überlegen Sie Beispiele dafür, dass auch Patienten oder Bewohner durch Modelle lernen.
19 Welcher der Patienten im Dreibettzimmer im Fallbeispiel (S. 56) hat durch Modelllernen gelernt? Herr Paul, Herr Link oder Herr Krüger?

3.4 Signallernen

Wer mit Hunden zu tun hat, kann diese Grundform des Lernens täglich beobachten: Der Speichelfluss des Tieres setzt nicht erst bei der Nahrungsaufnahme zum Zweck der Verdauung ein, sondern vorher. Schon das Klappern mit der Futterschüssel, das Öffnen der Verpackung oder auch das Wort „Futter" löst es aus. Offensichtlich werden diese Zeichen als Signal verstanden, dass es Futter gibt. Entdeckt und beschrieben wurde dieses Phänomen von dem russischen Physiologen Ivan Pawlow, der 1904 für seine Studien zur Physiologie der Verdauung den Nobelpreis erhielt.

► **Unkonditionierte Reaktion.** Auf den Reiz „Futter" folgte bei einem Hund die unkonditionierte Reaktion „Speichelfluss". Unkonditionierte Reaktion bedeutet, die Reaktion wurde nicht erlernt, sondern sie hat einen physiologischen Ursprung.

► **Konditionierte Reaktion.** Nach einigen Wiederholungen beobachtete Pawlow, dass der Hund auf die begleitenden Geräusche, z. B. einen Glockenton – er nannte es erlernter, konditionierter Reiz –, schon Speichel produzierte, eine konditionierte Reaktion. Aus einem natürlichen Reflex ist eine erlernte Reaktion geworden.

Man spricht auch von Signallernen, weil der ursprünglich bedeutungslose Glockenton zu einem Signal für das Futter wurde. Man sagt: Aus einem neutralen Reiz wurde ein konditionierter Reiz. Auch Menschen lernen nach diesem Muster.

Definition

Das **Signallernen** ist ein Lernprinzip, bei dem ein ursprünglich neutraler Reiz eine Bedeutung erhält. Durch wiederholte Verknüpfung mit einem Reiz, der bereits eine Bedeutung hat und zu einer Reaktion führt, löst der ursprünglich neutrale Reiz eine ähnliche Reaktion aus.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Signallernen. Am Beginn seiner beruflichen Laufbahn hält ein junger Mann mehrmals in einem Konferenzraum der Firma Vorträge. Er ist dabei aufgeregt und sehr angespannt. Eines Tages ist er als Seminarteilnehmer in diesem Raum. Er wundert sich, dass er – obwohl er nur Teilnehmer ist – Herzklopfen hat und schwitzt.

Im Verhalten des jungen Mannes zeigt sich eine Veränderung, es hat also ein Lernprozess stattgefunden. Was hat er gelernt? Der neutrale Reiz „Vortragsraum" wurde mit dem unkonditionierten Reiz „einen Vortrag halten" verknüpft und löst nun als konditionierter Reiz die gleiche, jetzt konditionierte Reaktion „Schwitzen, erhöhte Herzfrequenz" aus. Der Konferenzraum ist zum Signal geworden. Auf die gleiche Weise können das Wartezimmer des Zahnarztes oder die Gerüche eines Krankenhauses zum Signal für eine Angstreaktion werden.

3.4.1 Klassische Konditionierung und Assoziationslernen

Signallernen (▶ Abb. 3.5) wird in 2 Lernformen unterteilt, die nach dem gleichen Prinzip ablaufen:

- **klassische Konditionierung:** eine physiologische Reaktion wird gelernt,
- **Assoziationslernen:** gedankliche Verknüpfungen werden gelernt.

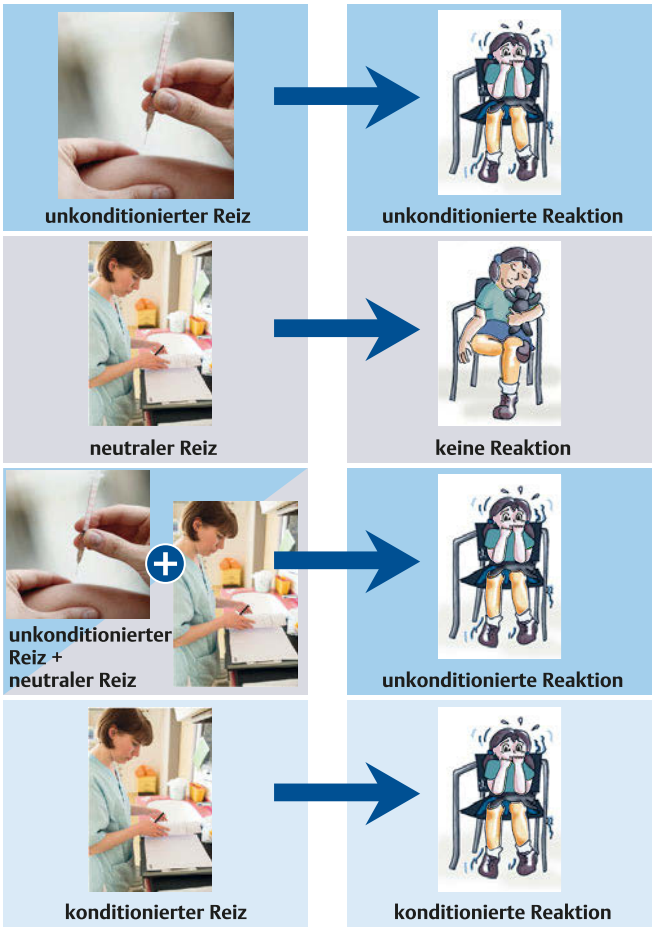


Abb. 3.5 Der anfangs neutrale Reiz (Pflegefachkraft) wird durch Verknüpfung mit schmerzhaften Injektionen zum konditionierten Reiz: Bereits beim Anblick der Pflegefachkraft erfolgt eine starke körperliche Reaktion. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Klassische Konditionierung (1). Der kleine Peter erlebte während einer Krankheit im Rahmen einer Chemotherapie immer wieder, dass ihm furchtbar übel wurde. Sie wurde ihm von Pflegenden mit weißer Arbeitskleidung verabreicht. Nach einiger Zeit, der Junge ist schon lange wieder gesund, nimmt ihn die Mutter mit zu einem Termin, den sie beim Augenarzt hat. Als Peter die weiß gekleidete Sprechstundenhilfe sieht, wird ihm übel.

Aufgrund solcher psychologischen Erkenntnisse verzichten heute einige Kinderärzte auf den weißen Kittel, auf vielen Kinderstationen tragen die Pflegenden bunte Kleidung.

Fallbeispiel

Klassische Konditionierung (2). Wenn Pflegefachkraft Lea die Tür des Patientenzimmers öffnete, bekam die Patientin Frau Klein Herzklopfen und Schweißausbrüche, weil sie die regelmäßige, schmerzhafte Injektion erwartete. Nachdem die Behandlung beendet war, blieb diese Reaktion noch lange Zeit bestehen. Es war eine erlernte, konditionierte Reaktion entstanden.

Fallbeispiel

Assoziationslernen. Der Vater der kleinen Anna arbeitet als Arzt in einem Krankenhaus. Manchmal darf sie ihn dort besuchen. Sie wird dann voller Freude auf den Arm genommen. Immer wieder passiert es, dass das kleine Mädchen beim Spaziergang im Krankenhausgelände einem „weißen Kittel“ entgegenläuft und freudig „Papa, Papa“ ruft.

In den Beispielen geht der weiße Kittel verschiedene Verknüpfungen ein, er wird mit „Übelkeit“ (physisch) oder mit „Papa“ (gedanklich) verknüpft.

3.4.2 Merkmale des Signallernens

Das Signallernen hat folgende Merkmale:

- es verleiht vielen, zunächst wertneutralen Dingen eine gefühlsmäßige Bedeutung (z. B. ein Lied erweckt Gefühle, das Wort „Sommerferien“ macht fröhlich, das Wort „Klassenarbeit“ weniger),
- es erfolgt schon im Säuglingsalter (z. B. das Reagieren auf Flaschengeklapper),
- es ist nicht an das bewusste Verstehen von Zusammenhängen gebunden, kann also auch unbewusst stattfinden.

3.4.3 Beseitigung von ungünstigen erlernten Reaktionen

Wie können erlernte Reaktionen beseitigt werden? Die Psychologie kennt hier folgende Methoden:

- Löschung,
- Gegenkonditionierung.

► **Löschung.** Löschung funktioniert, indem man lange Zeit oder sehr häufig entkoppelt, was vorher verknüpft wurde. Im Beispiel des Hundes hieße das, die Glocke sehr häufig läuten zu lassen, ohne dem Hund Futter zu geben. Mit der Zeit bleibt beim Läuten der Glocke der Speichelfluss aus.

► **Gegenkonditionierung.** Gegenkonditionieren bedeutet, der Mensch lernt etwas, das mit der unerwünschten Reaktion nicht zu vereinbaren ist. Im Fallbeispiel des kleinen Peter hieße das z. B., Menschen in weißen Kitteln müssten Peter immer wieder Bonbons schenken. Peter würde bald lernen sich beim Anblick des weißen Kittels zu freuen.

Frau Klein konnte die unerwünschten körperlichen Reaktionen „verlernen“, indem Pflegefachkraft Lea ihr die Möglichkeit gab, eine neue Erfahrung zu machen. Sie betrat nun das Zimmer nur mit der Absicht, eine Entspannungsübung durchzuführen, Frau Klein den Rücken einzureiben oder ein entspannendes Gespräch anzubieten. So lernt Frau Klein, Lea mit Entspannung zu verbinden.

Merke

Signallernen ist für Pflegende eine gute Möglichkeit, aktiv den Pflegealltag zu verbessern. Wenn es ihnen gelingt, ihr Auftreten, ihre Handlungen und Pflegeverrichtungen mit positiven Gefühlen zu verknüpfen, werden sie den Menschen, die sich oft in ohnehin angstbesetzten Situationen befinden, zu mehr Wohlbefinden und Sicherheit verhelfen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

20 Finden Sie weitere Beispiele für Löschung und für Gegenkonditionierung.
21 Erklären Sie anhand eines Lernschemas (wie in ▶ Abb. 3.5), inwiefern der sog. Placeboeffekt durch klassische Konditionierung und Assoziationslernen entsteht.
22 Frau Heizmann hat große Angst vor einem Krankenhausaufenthalt, weil ihr Mann dort verstorben ist.
a) Erläutern Sie, inwiefern die verschiedenen Lernarten an der Entstehung dieser Angst beteiligt sind.
b) Gehen Sie auf Möglichkeiten ein, durch unterschiedliche Lernarten dieser Angst entgegen zu wirken.

3.5 Kognitives Lernen

Definition

Kognitives Lernen heißt: Durch abstrakte Denkprozesse werden Regeln erlernt und Wissen erworben.

Der Mensch ist in der Lage, auch ohne konkrete Anschauungen, also abstrakt zu lernen. Allein durch Nachdenken kann er Verhaltensänderungen und Wissenszuwachs erreichen. Durch abstraktes Denken kann er sich die Welt innerlich vorstellen. Er kann sogar in Gedanken Probleme bearbeiten, ohne sich dabei in Gefahr zu bringen. Dieses kognitive Lernen erfordert Motivation, Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Gedächtnisprozesse.

Während der Pflegeausbildung wird viel Wissen erworben, zum Teil auch ohne konkrete Anschauungsmöglichkeiten: Die Physiologie verschiedener Organe wird gelernt, ohne dass ein Herz, eine Leber oder eine Niere in lebendiger Funktion beobachtet werden kann. Dieses Wissen kann abstrakt durch ein Referat oder das Lesen von Büchern erfolgreich vermittelt werden (▶ Abb. 3.6). Dazu sind Denkprozesse erforderlich. Auch viele Theorien müssen sich die Auszubildenden recht abstrakt vorstellen.

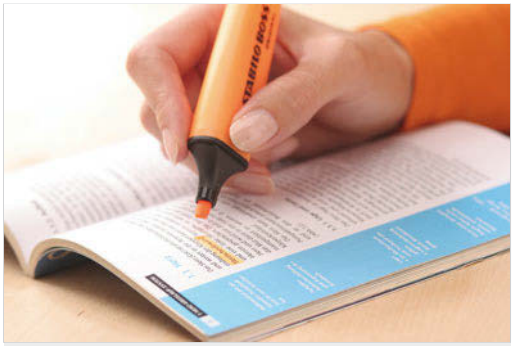


Abb. 3.6 Kognitives Lernen erfordert Aufmerksamkeit, Motivation und Gedächtnisprozesse. (Foto: Thieme)

Fallbeispiele

Kognitives Lernen. Ein Diabetiker kann abstrakt, ohne es selbst auszuprobieren, vermittelt bekommen, was passiert, wenn er sich nicht an den Ernährungsplan hält. Er kann risikolos, allein durch Wissen und Nachdenken, die Folgen absehen.

Auszubildende Sarah hat von ihrer Mentorin erfahren, dass Herr Krause, ein an Alzheimer-Demenz erkrankter Bewohner des Pflegeheimes weniger verwirrt ist, wenn er ausreichend Flüssigkeit bekommt. Sie überträgt dieses Wissen auch auf andere Bewohner.

Definition

Menschen können das Wissen, das sie an einem Einzelfall erworben haben, durch abstrakte Denkprozesse auf andere, ähnliche Fälle übertragen. Bei dieser Art des kognitiven Lernens spricht man von **Regellernen**.

Aufgabe

23 Sie leiten Patienten und Angehörige an, wie sie mit einer Erkrankung umgehen müssen. Erläutern Sie anhand verschiedener Beispiele die Bedeutung des kognitiven Lernens.
24 Sowohl die Pflegefachkräfte als auch Bewohner und Patienten nutzen kognitives Lernen, um abstrakt Regeln zu erlernen. Erarbeiten Sie in der Gruppe Beispiele.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



© freshidea, Fotolia.com

Kapitel 4

Gedächtnis und Erinnerung

4.1 Vorstellungen vom Gedächtnis *70*

4.2 Gedächtnisentwicklung *76*

4.3 Steigerung der Gedächtnisleistung *78*

4.4 Gedächtnisstörungen *80*

4.5 Pflegeschwerpunkt Biografiearbeit *83*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

4 Gedächtnis und Erinnerung

„Manchmal ist es so, als ob das Leben einen seiner Tage herausgriffe und sagte: Dir will ich alles schenken! Du sollst solch ein rosenroter Tag werden, der im Gedächtnis leuchtet, wenn alle anderen vergessen sind.“ Astrid Lindgren (1907–2002), schwedische Schriftstellerin

Examensschwerpunkte

Gedächtnismodelle (S. 70), Physiologie des Gedächtnisses (S. 74), Gedächtnisentwicklung (S. 76), Steigerung der Gedächtnisleistung (S. 78), Gedächtnisstörungen (S. 80), Biografiearbeit (S. 83)

4.1 Vorstellungen vom Gedächtnis

Was wäre der Mensch ohne sein Wissen und seine Erinnerungen? Es vergeht kaum eine Stunde, in der die Menschen nicht ihr Gedächtnis benötigen. Viele Erfahrungen, unser gesamtes Wissen und viele motorische Abläufe sind im Gehirn gespeichert. Ohne diese Informationen wird eine Bewältigung des Alltags sehr schwierig, ein großer Teil der Persönlichkeit geht verloren, wie es z. B. bei Patienten mit demenziellen Erkrankungen oft zu beobachten ist.

Gerade dieser enge Zusammenhang von Erinnerung und Persönlichkeit, aber auch die stark ansteigende Zahl der Patienten mit Gedächtnisstörungen rückten die Gedächtnisforschung in den letzten Jahren ins Zentrum psychologischer Forschung. Diese Forschung führte dazu, dass viele Vorstellungen vom Gedächtnis verändert und neue Perspektiven möglich wurden.

Definition

Der Begriff **Gedächtnis** bezeichnet eine Speicherinstanz für Wahrgenommenes und Erlerntes. Gedächtnistätigkeit beinhaltet Aufnehmen, Speichern und Abrufen von Informationen.

Der griechische Philosoph Platon lehrte bereits vor über 2400 Jahren, dass sich in den Seelen der Menschen etwas befinde, das die Eigenschaften von Wachs hätte: „Was sich nun abdrückt, daran erinnern wir uns. Wurde es aber gelöscht oder konnte es gar nicht eingedrückt werden, so vergessen wir die Sache und wissen sie nicht“. Dieses Wachs sei die Voraussetzung für die Fähigkeit zu genießen: Töne, die sofort vergessen werden, könnten nicht zu Melodien werden, ebenso wenig wie Worte, die sofort vergessen werden, zu Reimen werden könnten.

Inzwischen wurden viele bildliche Vorstellungen herangezogen: ein Lagerraum mit Regalen, ein Schubladensystem, ein Album mit Erinnerungen, ein Computer, bestehend aus Festplatte und Arbeitsspeicher, der bei Überlastung „abstürzen“ kann.

4.1.1 Mehr-Speicher-Modell

Das derzeit wohl bekannteste psychologische Gedächtnismodell ist das Mehr-Speicher-Modell. Es geht von 3 Ebenen des Gedächtnisses mit unterschiedlichen Speicherzeiten aus. Bezüglich der Speicherzeiten werden in der Literatur sehr unterschiedliche Angaben gemacht, sodass die folgenden Angaben lediglich als Orientierungswerte zu verstehen sind (▶ Abb. 4.1):

- Ultrakurzzeitgedächtnis (sensorisches Gedächtnis),
- Kurzzeitgedächtnis,
- Langzeitgedächtnis.

Ultrakurzzeitgedächtnis (sensorisches Gedächtnis)

Das Ultrakurzzeitgedächtnis speichert für etwa 200 bis 300 Millisekunden Reize, die an den Sinnesorganen eintreffen. Es wird angenommen, dass das Ultrakurzzeitgedächtnis über verschiedene Sinneskanäle eintreffende Informationen getrennt voneinander erfasst, so etwa Geräusche im sog. Echo-Gedächtnis, Bilder im sog. ikonischen Gedächtnis.

Jeder kennt folgende Situation: Man geht eine Einkaufsstraße entlang und begegnet dabei vielen Menschen. Es kann nun passieren, dass man erst nach einigen Metern bemerkt, dass da ein Bekannter war, obwohl man ihn schon gar nicht mehr sehen kann. Das bedeutet, man hat ihn erst erkannt,

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

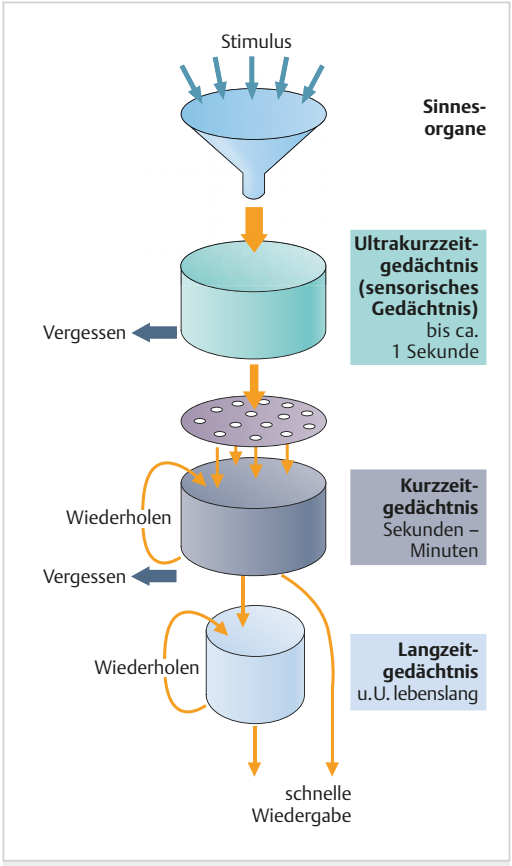


Abb. 4.1 Mehr-Speicher-Modell. Das Ultrakurzzeitgedächtnis hält die aus den Sinnesorganen einströmenden Daten für kurze Augenblicke fest und filtert mögliche wertvolle Informationen heraus. Erst jetzt ist die Information im Kurzzeitgedächtnis gespeichert und wird z. T. bewusst. Durch häufiges Wiederholen, Verstehen der Inhalte und Anknüpfung der Informationen an bereits vorhandenes Wissen gelangen wichtige Informationen ins Langzeitgedächtnis.

nachdem er schon vorbeigegangen ist, das Bild von ihm war noch im „Sinnesspeicher", dem sensorischen Gedächtnis.

Das Ultrakurzzeitgedächtnis ist wichtig, um überhaupt aus verschiedenen Einzelreizen ein „Muster" zu erkennen. Bereits bei den eingehenden Sinneseindrücken muss entschieden werden, welche Informationen wichtig sein können. Deshalb werden Reize, die Aufmerksamkeit wecken – das sind oft bekannte Reize oder Signalreize (wie rote Warnzeichen) – an das Kurzzeitgedächtnis weitergeleitet. Andere Reize werden vergessen, bevor sie richtig bewusst wurden. Dies ist ein Schutzmechanismus, der den Menschen vor Reizüberflutung schützt. Es muss eine sinnvolle Reizauswahl getroffen werden, um eine Effizienz des Denkens und schnelle Reaktionen zu ermöglichen.

Kurzzeitgedächtnis

Das Kurzzeitgedächtnis ist eine Art „Arbeitsspeicher". Hier werden die aus dem Ultrakurzzeitgedächtnis kommenden Informationen weiter auf ihre Wichtigkeit überprüft. Sie werden organisiert und überarbeitet. Es handelt sich um eine Vorschaltstelle, die Informationen vorübergehend speichert, die zu einer Orientierung oder einer Reaktion in der aktuellen Situation notwendig sind. Anschließend werden viele dieser Informationen vergessen.

► **Speicherzeit.** Die Speicherkapazität des Kurzzeitgedächtnisses wird im Unterschied zu der des Langzeitgedächtnisses als sehr begrenzt angenommen. Die Zeitgrenze für die Speicherung im Kurzzeitgedächtnis wird unterschiedlich angegeben, die Speicherzeit liegt im Bereich von wenigen Sekunden bis zu einigen Minuten.

Fallbeispiel

Kurzzeitgedächtnis. Auszubildende Anke wird im Stationszimmer aufgefordert, die Patientin Frau Gerber daran zu erinnern, dass sie morgen früh nüchtern sein muss. Anke merkt sich dies bis sie es Frau Gerber mitgeteilt hat; anschließend kann sie diese Information für sich löschen, sie fährt morgen für 3 Wochen in den Urlaub.

► **Art der Speicherung.** Manche Schüler haben die Angewohnheit, Klausurstoff kurz vor der Klassenarbeit anzuschauen, einige Einzelinformationen für die Klausur zu speichern, und sie nach der Klausur zu vergessen (dabei wäre es von hier mit der richtigen Technik nur noch ein kleiner Schritt bis zur Speicherung im Langzeitgedächtnis). Im Kurzzeitgedächtnis wird vor allem akustisch oder visuell gespeichert. Telefonnummern oder Einkaufslisten sagt man sich so lange gedanklich vor, bis man sie beim Abrufen „hört". Einen kurz vor der Klausur geschriebenen „Spickzettel" benötigt man meist gar nicht, weil man sich daran erinnert, wie er aussah, was auf ihm stand. Informationen

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

im Kurzzeitgedächtnis können durch ständiges Wiederholen (Memorieren) länger im Kurzzeitgedächtnis behalten werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Speicherung im Gehirn in Form von relativ instabilen Proteinen erfolgt.

Langzeitgedächtnis

Für das Langzeitgedächtnis wird eine unbegrenzte Speicherkapazität angenommen. Um ins Langzeitgedächtnis zu gelangen, müssen die Informationen von besonderem Interesse sein. Sie müssen „kodiert" werden: Durch wirkliches Verstehen, d. h. über Anknüpfung an bereits vorhandenes Wissen oder an Erfahrungen, wird die Information gespeichert.

▸ **Art der Speicherung.** Im Langzeitgedächtnis findet Speicherung vorwiegend in Form von Begriffen oder Bedeutungen statt (semantische Speicherung). Es sind meist zusammenhängende Informationen oder Situationen. Physiologisch geschieht die Speicherung in Form von relativ stabilen Eiweißmolekülen.

Es kommt vor, dass gespeicherte Informationen nicht abgerufen werden können, z. B. bei starker Angst oder Aufregung oder durch Überlagerung mit neuen Informationen. Nach wie vor ist ungeklärt, ob derartige Vergessens Vorgänge darauf hinweisen, dass auch beim gesunden Menschen im Langzeitgedächtnis gespeicherte Informationen zerstört werden können oder ob sie lediglich darauf hinweisen, dass „Abrufspuren" nicht mehr gefunden werden.

▸ **Sprache und Gedächtniskapazität.** Die Forschung zeigt, dass sowohl im Kurzzeitgedächtnis als auch im Langzeitgedächtnis ein enger Zusammenhang zwischen Sprache und Gedächtniskapazität besteht. Die Tatsache, dass Speicherung sehr oft durch sprachliche Verknüpfungen erfolgt, führt dazu, dass die Artikulationsgeschwindigkeit eines Menschen in engem Zusammenhang mit seiner Gedächtniskapazität steht. Hier wird deutlich, wie wichtig die Schulung der Artikulationsfähigkeit gerade bei Kindern mit Lese-Rechtschreib-Schwäche ist, um Störungen der Konzentration, der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses entgegenzuwirken.

Aufgabe

1 Ordnen Sie zu, um welche Instanzen des Mehr-Speicher-Modells es sich in folgenden Situationen handelt:

a) Im Haus Abendrot wurde die offizielle Übergabe abgeschafft. Nun werden alle Informationen der jeweiligen Schichtleitung zugetragen, die gibt sie dann weiter an die Schichtleitung der nächsten Schicht. Pflegefachkraft Ute ist heute Schichtleitung in der Frühschicht. Ihre Kolleginnen haben ihr nun viele Informationen mitgeteilt, die sie sich merken muss, bis sie diese in einer halben Stunde weitergeben kann. In welcher Gedächtnisinstanz befinden sich die weiterzugebenden Informationen?

b) Pflegefachkraft Hannes läuft schnell den Flur des Pflegebereiches entlang um einen Patienten in Zimmer 10 zu holen. Als er schon fast hinten angelangt ist, bleibt er stehen: Hat er sich getäuscht, oder war die Stimme, die aus Zimmer 6 kam, die seiner Nachbarin? Er läuft zurück und tatsächlich: Sie ist zu Besuch bei Frau Ebert.

c) Frau Friedrich erzählt am liebsten davon, dass sie früher auch in der Krankenpflege gearbeitet hat. Da kann sie über viele Details ausführlich berichten.

d) Pflegefachkraft Tom öffnet den Verband von Herrn Glaser. Was er da sieht, erstaunt ihn. So eine Wunde hat er noch nie gesehen. Er versucht sich an die Wundbeschreibungen aus dem Unterricht zu erinnern und überlegt, wie diese Wunde am besten zu versorgen ist. In Gedanken formuliert er, was er gleich in das Dokumentationssystem eintragen will.

4.1.2 Gedächtnissysteme

Die neuere Gedächtnisforschung erforscht und beschreibt inzwischen weniger zeitabhängige, dafür vermehrt inhaltsabhängige Gedächtnisformen, die sich vor allem auf die Struktur des Langzeitgedächtnisses beziehen. Derzeit wird in Bezug auf das Langzeitgedächtnis von 4 verschiedenartigen Gedächtnissystemen ausgegangen, die bei der Speicherung und Abrufung von Informationen unterschiedliche Vorgehensweisen haben. Unterschieden werden:

- bewusstes Gedächtnis (deklaratives Gedächtnis):
  - semantisches Gedächtnis (Wissenssystem),
  - episodisches Gedächtnis,

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- unbewusstes bzw. vorbewusstes Gedächtnis:
  - prozedurales Gedächtnis,
  - klassische Konditionierungen,
  - Priming.

Alle Systeme stehen in Verbindung miteinander (▶ Abb. 4.2).

▶ **Semantisches Gedächtnis (Wissenssystem).** Hier werden Fakten und Regeln gespeichert, die meist bewusst aufgenommen wurden, z. B. Hauptstädte, Formeln, Vokabeln, Kochrezepte usw.

▶ **Episodisches Gedächtnis.** Selbst erfahrene Ereignisse, die oft mit Gefühlen verknüpft sind, werden hier gespeichert. Der Langzeitspeicher des episodischen Gedächtnisses scheint vor allem in der medial-frontalen Hirnregion sowie im Bereich des Hippokampus der rechten Hemisphäre zu liegen.

▶ **Prozedurales Gedächtnis.** Das prozedurale Gedächtnis ist zuständig für die Speicherung von automatisierten Bewegungsabläufen: Laufen, Treppen steigen, Auto fahren, also für Abläufe, die oft nicht im Detail bewusst sind. Es verwendet „alte", d. h. früh angelegte Hirnstrukturen, wie die Basalganglien und das Kleinhirn. Speicherung erfolgt hier vor allem durch Training, ohne dass viel Nachdenken notwendig ist.

▶ **Klassische Konditionierung.** Erlernte emotionale Reaktionen, wie Erröten und Angstreaktionen, und andere erlernte physiologische Reaktionen werden im impliziten Langzeitgedächtnis gespeichert.

▶ **Priming („Vorbereiten").** Dieses Gedächtnissystem nimmt viele Reize auf, die nicht wirklich bewusst sind (Vorbewusstsein), die also nicht direkt abgerufen werden, aber unbewusst beeinflussen können. Tauchen ähnliche Reize oder Situationen auf, können die gespeicherten Inhalte ins Bewusstsein gerückt werden.

Während prozedurales Gedächtnis und Priming eher unbewusst sind und weitgehend unabhängig von Hippocampus und neokortikalen Strukturen ablaufen, sind das Wissenssystem und das episodische Gedächtnis unserem Bewusstsein zugänglich. Ihre Inhalte sind oft im Bereich der Großhirnrinde gespeichert.

Mit Gefühlen verknüpfte Inhalte werden einfacher ins Wissenssystem übernommen und darüber hinaus im episodischen Gedächtnis gespeichert. Dieses Wissen wird im Bereich der Pädagogik inzwischen vermehrt angewendet.

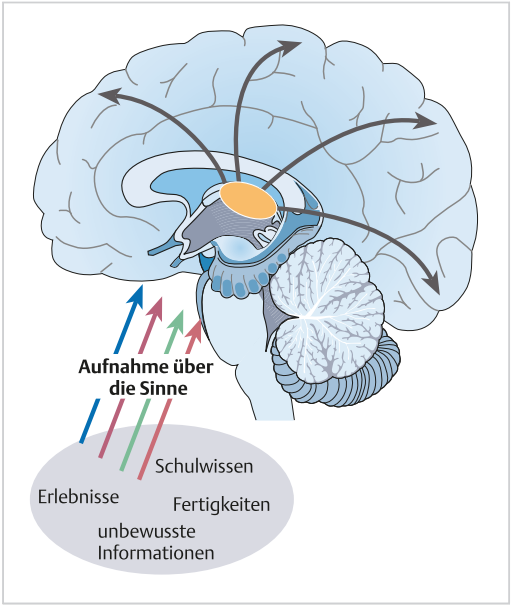


Abb. 4.2 Informationen werden über die Sinnesorgane aufgenommen, deren Nervenbahnen im limbischen System münden. Das limbische System überprüft den Inhalt und „verteilt" die Informationen auf die verschiedenen Gedächtnissysteme. Die Speicherplätze verteilen sich über das gesamte Gehirn und sind miteinander vernetzt.

Aufgabe

2 Frau K. ist 80 Jahre alt und hat verschiedene Inhalte in ihrem Langzeitgedächtnis. Ordnen Sie die folgenden Inhalte den 4 Teilen des Langzeitgedächtnisses zu:

- Jahreszahlen,
- die kirchliche Trauung ihres Bruders, das schöne Hochzeitskleid der Schwägerin,
- Zähneputzen,
- das ABC.
- Sie hört die Kinder des angrenzenden Kindergartens ein Lied singen, es kommt ihr bekannt vor, auch wenn sie weder weiß woher, noch den Titel und den Text kennt.
- Ihr Arzt befragt sie, welche Krankheiten sie als Kind hatte.
- Am 11. September 2001, als der Terroranschlag auf das World Trade Center geschah, hatte sie ihre Enkelin zu Besuch.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

4.1.3 Physiologie des Gedächtnisses

Die medizinische Forschung suchte lange Zeit im Gehirn nach dem Gedächtnis, und kam schließlich zu dem Schluss, dass es dafür im Gehirn keine klar abgrenzbare Struktur (wie etwa eine bestimmte Drüse) gibt.

Neuronales Netzwerk

Vielmehr handelt es sich um ein Netzwerk von Nervenzellen (Neuronen), das sich über ganz verschiedene Hirnareale erstreckt. Man spricht von einem „neuronalen Netzwerk". Bei Gedächtnisprozessen zeigt sich deshalb Aktivität in verschiedenen Gehirnbereichen gleichzeitig.

Aufgabe

3 Informieren Sie sich in Ihren Büchern über den Bau einer Nervenzelle.

▸ **Synapsen.** Nervenzellen haben viele Verzweigungen (Dendriten), die Kontakte zu anderen (Nerven-)Zellen herstellen. Diese Kontaktstellen werden als Synapsen bezeichnet und stellen für Gedächtnisprozesse wichtige Strukturen dar. An ihnen wird die Information chemisch durch Überträgerstoffe (Neurotransmitter) zur folgenden Zelle übertragen. So zeigt sich, dass bei häufiger Nutzung des Gedächtnissystems mehr Synapsen gebildet werden, dass die Verknüpfungen fester werden und die Geschwindigkeit der Reizleitung erhöht wird (▸ Abb. 4.3).

▸ **Informationsleitung.** Die Informationsleitung im Nervensystem umfasst:
- elektrische Prozesse (entlang einer Nervenzelle),
- chemische Prozesse (zwischen den Nervenzellen).

Damit sind diese Prozesse auch für Gedächtnisleistungen von Interesse. Es wird vermutet, dass Gedächtnisleistung durch mechanische oder elektrische Einwirkung beeinträchtigt werden kann. Dafür sprechen verschiedene Beobachtungen:
- Ratten, die gerade etwas gelernt haben und anschließend Stromstößen ausgesetzt werden, können sich nicht mehr an das Gelernte erinnern, sie müssen es neu lernen.
- Patienten nach einer starken Gehirnerschütterung haben häufig partielle Gedächtnisausfälle.

▸ **Biochemische Spurentheorie.** Diese Theorie geht davon aus, dass im Langzeitgedächtnis Information durch relativ feste Proteinketten kodiert wird. Die Synthese dieser Proteine dauert nach neuen Erkenntnissen mindestens einen Tag. Vor allem Tiefschlafphasen sind für diese Speicherprozesse von großer Bedeutung. Im Kurzzeitgedächtnis scheinen vor allem elektrische Prozesse von Bedeutung zu sein, aber auch eine Bildung von weniger festen Proteinverbindungen ist anzunehmen.

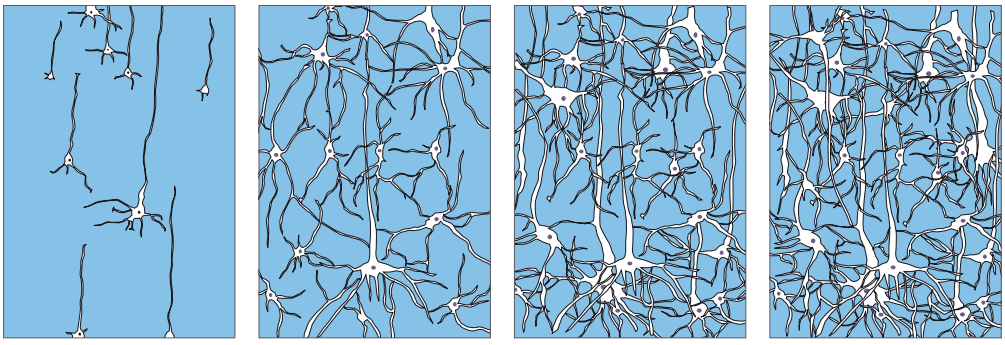


Abb. 4.3 Je mehr das Gedächtnis genutzt wird, umso mehr Synapsen werden gebildet. Die Verknüpfungen werden fester und die Reizleitung wird schneller.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

4 Laura lernt gerade für ihre Abschlussprüfung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin. Sie versucht nun seit Stunden verschiedene Arzneimittelgruppen zu lernen. Gerade hat sie 10 Schmerzmittel in alphabetischer Reihenfolge auswendig gelernt, indem sie sie immer wieder laut aufgesagt hat.

a) Erklären Sie anhand des neuronalen Modells, was in Lauras Gehirn hierbei passiert.

b) Ihre Freundin rät ihr: „Stell dir einen Patienten vor, der dieses Medikament bekommt. Dann verknüpfe seine Symptome mit dem Medikament, wie lange es dauert, bis die Schmerzen zurückgehen, welche Nebenwirkungen es hat (z. B. wie er müde wird …). Dann verknüpfst Du das, was Du schon beobachtet und erlebt hast mit deinem Wissen und dem Namen des Medikaments. Sie erklärt Laura, was durch diese Art des Lernens in ihrem Gehirn zum Beispiel mit den Synapsen passiert. Laura probiert die neue Art zu lernen aus und stellt sich am Abend im Bett vor, was sich heute durch das Lernen in ihrem Gehirn verändert hat. Beschreiben Sie diese Veränderungen anhand des neuronalen Gedächtnismodells.

Emotionen und Gedächtnis

Aufgabe

5 Welches sind Ihre frühesten Erinnerungen an die Kindheit? Waren diese Erinnerungen mit starken Gefühlen verbunden (▶ Abb. 4.4)?

Die Bedeutung von Emotionen für Gedächtnisprozesse ist nicht zu übersehen. So können schon Schulkinder Inhalte besser behalten, wenn sie damit eindrückliche Erlebnisse verknüpfen.

▶ **Limbisches System.** Wichtig ist in diesem Zusammenhang das limbische System, eine Gehirnregion, die sowohl für die Reizselektion als auch für Gefühle zuständig ist. Der Mandelkern (Amygdalae) ist ein Teil des limbischen Systems. Er ist u. a. für die Unterscheidung von Wichtigem und Unwichtigem sowie für Bewertungsprozesse (z. B. gut oder böse) zuständig. So kann dieser Zusammenhang auch physiologisch erklärt werden.



Abb. 4.4 Erinnerungen, die mit starken Gefühlen verbunden sind, bleiben lange erhalten *(Symbolbild)*. (Foto: MNStudio – stock.adobe.com)

▶ **Depression.** Untersuchungen zeigen, dass depressive Patienten sowohl in der Reizaufnahme als auch in der Abrufung von gespeichertem Wissen eingeschränkt sind. Auch hier hängen Emotionen mit Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozessen zusammen. Interessant ist die Tatsache, dass je nach aktuellem emotionalem Zustand vorwiegend Gedächtnisinhalte abgerufen werden, die ähnliche Emotionen beinhalten.

▶ **„Blackout".** Beim sog. Blackout handelt es sich um ein vermutlich den meisten Menschen bekanntes Phänomen, bei dem in einer Stresssituation Gedächtnisinhalte plötzlich nicht mehr abrufbar sind. Physiologisch lässt sich dieser „Blackout" erklären: Ist ein Mensch erregt, werden Stresshormone freigesetzt. Diese können die Wirkung von Neurotransmittern an den Synapsen herabsetzen, sodass eine Informationsübertragung blockiert wird. Wenn die Erregung nachlässt (z. B. wenn der Prüfling den Prüfungsraum verlässt), kann die Information meistens wieder abgerufen werden.

▶ **Neurogenese.** Entgegen der früheren Annahme, Zellen des Gehirns könnten sich nicht regenerieren, ist inzwischen bekannt, dass es auch beim Menschen eine Neubildung von Nervenzellen im Gehirn (Neurogenese) gibt. Diese Neurogenese wird vor allem durch ständige Nutzung des Gehirns begünstigt. Das Ausmaß der daraus hervorgehenden therapeutischen Möglichkeiten könnte erheblich werden. Dennoch scheint das Gehirn nur sehr begrenzt regenerationsfähig zu sein, wie Untersuchungen an Patienten mit schweren Hirnerkrankungen zeigen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Eine wichtige Botschaft der Gedächtnisforschung ist: Training ist in jedem Alter für die Aufrechterhaltung oder die Steigerung von Gedächtnisleistungen von großer Bedeutung.

Aufgabe

6 Herr Abele trauert um seine Frau. In dieser Zeit kann er sich nicht daran erinnern, dass es Zeiten ohne seine Frau gab, in denen er glücklich war. Überhaupt fallen ihm derzeit nur negative Ereignisse ein, die auf diesem Planeten geschehen. Wie kann das anhand der Erkenntnisse der Gedächtnispsychologie erklärt werden?

4.2 Gedächtnisentwicklung

4.2.1 Gedächtnisentwicklung bei Kindern und Jugendlichen

Lange Zeit war unklar, ab welchem Alter Kinder über Gedächtnisfähigkeiten verfügen. Die Tatsache, dass bereits bei Neugeborenen bei der Darbietung neuer Reize die Aufmerksamkeit zunimmt, weist darauf hin, dass bereits Neugeborene erkennen, ob Informationen bekannt oder neu sind. Über Wiedererkennungsvermögen zu verfügen ist eine sehr frühe Form der Gedächtnisleistung. Indem sie Zusammenhänge herstellen, können Kinder auf dieser Grundlage bereits im Säuglingsalter lernen.

Gedächtnisentwicklung im 1. Lebensjahr

Untersuchungen zeigen, dass selbst wenige Monate alte Kinder, denen am Fußgelenk ein Band befestigt wurde, das mit einem für sie sichtbaren Mobile verbunden war, vermehrt strampelten, und dies auch noch nach Intervallen von bis zu 8 Tagen der Fall war. Die Kinder lernten eine Verknüpfung von Strampeln und Bewegung des Mobiles, konnten diese Verknüpfung jedoch nur maximal 8 Tage speichern, danach musste sie neu erlernt werden.

Im Alter von 9 bis 12 Monaten scheinen solche erlebten Episoden über einen Zeitraum von etwa einem Jahr gespeichert zu werden. Die Speicherdauer im Langzeitgedächtnis steigt somit bereits zum Ende des ersten Lebensjahrs stark an. Inwieweit traumatische Erfahrungen in dieser Lebensphase gespeichert werden können, ist umstritten, jedoch muss davon ausgegangen werden, dass sich bereits sehr frühe traumatische Erfahrungen störend auf die Entwicklung des Kindes auswirken können.



Abb. 4.5 Dem beliebten Versteckspiel „Guck! Guck!" liegt die Fähigkeit des Wiedererkennens zugrunde *(Symbolbild)*. (Foto: MEV)

Zusammenfassend lässt sich sagen: Die Fähigkeit der Wiedererkennung ist bereits kurz nach der Geburt vorhanden und steigert sich im ersten Lebensjahr beträchtlich (▶ Abb. 4.5).

Reproduktionsleistungen setzen erst nach den ersten Lebensmonaten ein und beziehen sich zunächst ausschließlich auf das prozedurale Gedächtnis, bevor sie sich auf das bewusste, deklarative Gedächtnis ausdehnen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Gedächtnisentwicklung ab dem 3. Lebensjahr

Im frühen Kindergartenalter haben Kinder vor allem bei Reproduktionsaufgaben ohne Gedächtnishilfen Schwierigkeiten, während sie i. d. R. erstaunliche Rekognitionsleistungen (Wiedererkennungsleistungen) aufbringen. Ältere Kindergartenkinder oder Schulkinder benötigen weit weniger Erinnerungshilfen.

► **5 bis 15 Jahre.** Im Alter von 5 bis etwa 15 Jahren bilden sich unterschiedliche Gedächtnisfunktionen aus und stabilisieren sich. Der enorme Anstieg der Gedächtnisleistung in diesem Lebensabschnitt beruht auf einem starken Anstieg der Gedächtniskapazität, dem Erwerb von Lern- und Gedächtnisstrategien, dem bereichsspezifischen Wissensanstieg (Lieblingsthema und Lieblingsfach in der Schule) und der Neugier der Kinder bzw. der Jugendlichen.

► **Jugend, Erwachsenenalter.** In der späten Jugend und im Erwachsenenalter können sich diese Fähigkeiten der Gedächtnisleistung zwar noch steigern, jedoch in vergleichsweise geringerem Ausmaß.

4.2.2 Gedächtnisentwicklung im höheren Lebensalter

Mit zunehmendem Alter verändern sich die Gedächtnisleistungen, wenn auch nicht zwangsläufig in dem oft befürchteten Ausmaß. Teilweise sind dafür physische Faktoren ausschlaggebend, doch viele Unterschiede sind psychologischer Art.

Physische Faktoren für veränderte Gedächtnisleistung

Zu den physischen Faktoren gehören z. B.:
- längere Refraktärzeit der Sinneszellen,
- abnehmende Speicherkapazität,
- veränderte Proteinsynthese.

► **Längere Refraktärzeit.** Im Ultrakurzzeitgedächtnis bleiben einzelne Sinneseindrücke etwas länger bestehen, sodass die „Mustererkennung" länger dauert. Ein schneller Wechsel von Reizen kann dadurch für die Aufnahme ins Gedächtnis erschwerend wirken. Ursächlich hierfür ist z. B. die Regenerationszeit der Zellen; das ist die Zeitdauer, die einzelne Sinneszellen benötigen, bis sie neu erregbar sind (Refraktärzeit). Im Umgang mit älteren Menschen ist also darauf zu achten, Reize länger anzubieten, damit sie aufgenommen werden können.

► **Abnehmende Speicherkapazität.** Im Kurzzeitgedächtnis nimmt die spontane Speicherkapazität leicht ab. Gegebenenfalls sollte älteren Menschen das zu Merkende in kleineren Einheiten mitgeteilt werden.

Fallbeispiel B

Kurzzeitgedächtnis im Alter. Pflegefachkraft Ina informiert eine neue Patientin, Frau Keller, 80 Jahre alt, über den heutigen Tagesablauf in der Klinik: „Jetzt gehen Sie erst zum Raum 213 zum Röntgen, anschließend melden Sie sich in Raum 424 zur Blutentnahme. Gehen Sie anschließend zur Verwaltung, um die Formalitäten zu erledigen, zum Raum 520. Dann kommen Sie wieder zurück, bis dahin bereite ich Ihr Zimmer vor, das ist Raum 222." Frau Keller schaut sie ratlos an. Selbst für einen jungen Menschen wären das zu viele Informationen auf einmal.

► **Veränderte Proteinsynthese.** Ein Problem kann in der Überführung von Informationen des Kurzzeitgedächtnisses ins Langzeitgedächtnis bestehen. Hier sind vermutlich Veränderungen der Proteinsynthese mitverantwortlich. Hilfreich kann hier das Erlernen von Gedächtnisstrategien sein, wie z. B. die Technik der kognitiven Landkarte (S. 79).

► **Weitere körperliche Ursachen.** Einschränkungen der Sinnesorgane und Beeinträchtigungen durch Medikamente sind weitere körperliche Ursachen für Veränderungen der Gedächtnisleistungen.

Psychologische Faktoren für veränderte Gedächtnisleistung

Tatsache ist, dass die meisten Unterschiede zwischen den Gedächtnisleistungen gesunder älterer und jüngerer Menschen auf psychologische Faktoren zurückzuführen sind. So zeigen Untersuchungen, dass diese Unterschiede weitgehend verschwinden, wenn:
- Lernmaterial strukturiert vorgegeben wird,
- kein Leistungsdruck besteht,
- keine Ablenkung vorhanden ist,

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- keine negativen Selbsteinschätzungen über die eigenen Gedächtnisleistungen bestehen,
- ausreichend Zeit für das Einprägen und das Abrufen gegeben ist.

4.3 Steigerung der Gedächtnisleistung

Wie bereits erwähnt, beinhaltet die Gedächtnisleistung Prozesse auf 3 Ebenen:
- Informationsaufnahme,
- Informationsspeicherung,
- Informationsabruf.

Eine Verbesserung der Gedächtnisleistung kann auf allen 3 Ebenen erfolgen.

4.3.1 Verbesserung der Informationsaufnahme

Für die Informationsaufnahme sind die Konzentrationsfähigkeit und die Sinnesleistungen maßgeblich.

Definition

Konzentration ist die Fähigkeit zur gezielten Informationsaufnahme.

Eine gute Konzentration ist u. a. abhängig von:
- Stimmungs- oder Gefühlslage,
- Interesse,
- Umgebung und evtl. ablenkenden Reizen,
- Gesundheitszustand,
- Beeinträchtigung durch Medikamente,
- Bedürfnislage,
- Trainingseffekten.

► **Sinnesleistungen.** Darüber hinaus ist die Informationsaufnahme abhängig von den Sinnesleistungen. So kann ein Mensch sich nur das merken, was seine Sinne aufgenommen haben: Ein schwerhöriges Kind kann sich manche Unterrichtsinhalte nicht merken, wenn es sie nicht gehört oder anderweitig wahrgenommen hat. Ein Mensch mit nicht korrigierter Beeinträchtigung des Sehvermögens kann sich die bei einem Gedächtnistraining gezeigten Bilder nicht merken, hat er sie doch ohne Sehhilfe gar nicht richtig erkennen können.

4.3.2 Verbesserung der Informationsspeicherung

Die Informationsspeicherung ist abhängig von:
- der Organisation der Information,
- der Verknüpfung mit anderen Ereignissen oder Gefühlen,
- der Verwendung von Eselsbrücken und anderen Merktechniken,
- der Art der Speicherung,
- vorhandenem bereichspezifischem Wissen.

Organisation der Information

Geordnetes lässt sich leichter behalten als Ungeordnetes: Techniken der Gruppierung zu Themenbereichen oder das Paarlernen setzen hier an. So kann man sich z. B. die Einkaufsliste leichter merken, wenn man sie nach Einkaufsläden geordnet speichert: Beim Bäcker ein Brot und 2 Brötchen, beim Metzger 2 Schnitzel und eine Streichwurst, im Drogeriemarkt Zahnbürste und Lippenstift.

Verknüpfung mit Ereignissen oder Gefühlen

Seit der Hausschlüssel einmal in der Wohnung eingeschlossen wurde und der Schlüsseldienst bezahlt werden musste, vergisst man den Schlüssel nicht mehr so schnell in der Wohnung.

Verwendung von Eselsbrücken

Dazu gehören Merksätze, Merkworte, Reime und Rhythmen.

► **Beispiel.** Eine Eselsbrücke zum Lernen der Handwurzelknochen: Es fuhr ein Kahn (Kahnbein) im Mondenschein (Mondbein) im Dreieck (Dreiecksbein) um ein Erbsenbein (Erbsenbein). Vieleck groß (großes Vieleckbein) und Vieleck klein (kleines Vieleckbein), am Kopf (Kopfbein) da muss ein Haken (Hakenbein) sein.

Aufgabe

7 Welche „Eselsbrücken" kennen Sie? Welche Gedächtnisstrategien nutzen Sie im Pflegealltag?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merktechniken

Gelingt es, sich Informationen bildlich vorzustellen (Visualisierung), kann meist sehr effektiv gespeichert werden. Besonders gut lassen sich phantasievolle, humorvolle oder gefühlsstarke Bilder merken. Eine oft verwendete Technik ist auch die doppelte Kodierung, bei der Informationen sowohl sprachlich als auch bildlich kodiert werden. Das wird z. B. bei der Einführung der Buchstaben in der Grundschule genutzt.

► **Kognitive Landkarte.** Auch die Technik der „kognitiven Landkarte" (Loci-Technik) setzt hier an. So ist es günstig, sich die zu merkenden Begriffe im Raum oder entlang eines Spaziergangs mental zu platzieren. So können z. B. fünf verschiedene Theorien entlang eines Spazierganges gelernt werden: die erste Theorie auf dem großen Baumstamm, die zweite Theorie am See, die dritte Theorie an der Kuhweide usw. In der Prüfung kann die Wegstrecke gedanklich abgelaufen werden, und die mit den Orten verknüpften Theorien können leichter abgerufen werden als aus dem Schulheft, in dem eine Seite aussieht wie die andere. Ähnlich können Begriffe, Definitionen usw. auch in einem Zimmer oder einer Wohnung platziert werden.

Bereichsspezifisches Wissen

Reichhaltiges Wissen über das entsprechende Gebiet kann die Gedächtniskapazität sowie die Nutzung von Gedächtnisstrategien stark verbessern. Diese Wissenskomponente wurde in der Gedächtnisforschung lange Zeit zu wenig berücksichtigt.



Aufgabe

8 Versuchen Sie, sich folgende Wörter mittels der Technik der „kognitiven Landkarte" zu merken. Prägen Sie sich die Begriffe 3 Minuten lang ein. Warten Sie dann eine Minute, bevor sie die eingeprägten Begriffe niederschreiben: Bär, Glas, Schuh, Bleistift, Hut, Brille, Taschentuch, Schlüssel, Kartenspiel, Fenster, Hose, Tüte, Blume, Radio, Kuchen, Auto, Ente, Ball, Bild.

4.3.3 Verbesserung der Informationsabrufung

Für das Abrufen der Informationen gilt alles, was bereits bei der Informationsaufnahme unter „Konzentration" geschildert wurde.

► **Abruftechniken freies Erinnern und Wiedererkennung.** Das freie Erinnern ohne konkrete Anhaltspunkte ist i. d. R. schwieriger als die Methode der Wiedererkennung. Bei der Abruftechnik der Wiedererkennung ist das zu Erinnernde unter verschiedenen Möglichkeiten auszuwählen. Das Prinzip der Wiedererkennung wird z. B. bei sog. Multiple-Choice-Aufgaben eingesetzt, bei dem die richtige Antwort aus verschiedenen Antwortmöglichkeiten herausgesucht werden soll.



Aufgabe

9 Fällt es Ihnen leichter, sich an die Namen der Mitschüler der 4. Grundschulklasse zu erinnern, wenn Sie dazu ein Klassenfoto vorgelegt bekommen? Versuchen Sie zunächst die Namen Ihrer Mitschüler frei zu reproduzieren (freies Erinnern). Ergänzen Sie anschließend anhand eines Klassenfotos (Wiedererkennung).

4.3.4 Gedächtnistraining

Gedächtnistraining setzt einerseits an den besprochenen konkreten Merkstrategien an, andererseits gibt es Übungen im Bereich des sog. Gehirnjoggings: Tätigkeiten, die beide Hemisphären aktivieren, Rechenaufgaben, Kopfrechnen, Quizspiele, Knobelaufgaben usw. All diese Tätigkeiten „trainieren" die Nervenzellen des Gehirns. Es hat sich außerdem gezeigt, dass auch das Spielen von Musikinstrumenten sich positiv auf die Gehirnleistung wirkt.

Bei der Durchführung von Gedächtnistrainings ist darauf zu achten, dass die Beteiligten sich wohl fühlen und Erfolgserlebnisse haben. Dazu soll das Training alltagsorientiert und mit Freude verbunden sein und die Teilnehmer in angemessener Weise fördern ohne sie zu überfordern.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

10
a) Informieren Sie sich über verschiedene Formen von Gedächtnistraining.
b) Sie sollen ein Nachmittagsangebot „Gedächtnistraining“ für eine Gruppe nicht demenziell erkrankter Personen vorbereiten. Beschreiben Sie:
   - Ihre Grundgedanken,
   - Planung,
   - Vorbereitung und Durchführung.
c) Überlegen Sie außerdem im Vorfeld, welche Schwierigkeiten auftreten könnten und wie Sie damit umgehen würden.

11 Welche Konsequenzen können für den Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen des Gedächtnisses hergeleitet werden?

4.3.5 Verbesserung der Gedächtnisleistungen bei Kindern

Die im vorausgehenden Abschnitt beschriebenen Erkenntnisse sind auch für Kinder und jüngere Erwachsene von Bedeutung. Bei Kindern mit Konzentrationsschwierigkeiten ist es besonders wichtig, Lernmaterial zu ordnen. Dazu gehört auch, dass Kinder lernen, ihre Schulsachen in Ordnung zu halten, und dass sie einen aufgeräumten Arbeitsplatz haben. Sie müssen lernen, einen sauberen Aufschrieb anzufertigen, ihn sinnvoll zu gliedern und zu unterstreichen. Ebenso sollten Lehrer einen strukturierten Unterricht halten und somit die Konzentration der Schüler verbessern. Eine ruhige Umgebung und eine Lernatmosphäre ohne Angst steigern langfristig die Leistungsmöglichkeiten: Stress, Blockaden und Ablenkungsmöglichkeiten werden reduziert, das Selbstvertrauen gefördert.

Alltagsprobleme sollten das Kind nicht blockieren, für eine gute körperliche Verfassung (z. B. ausreichend Schlaf) sollte gesorgt werden. Auf Medikamente, die Konzentration und Gedächtnisleistung beeinträchtigen, sollte möglichst verzichtet werden.

Aufgabe

12 Erläutern Sie die Faktoren, die Gedächtnisleistungen bei Kindern häufig beeinträchtigen.

4.4 Gedächtnisstörungen

Definition

Der Begriff **Gedächtnisstörung** bezeichnet globale oder partielle Beeinträchtigungen der Aufnahme, der Speicherung und/oder der Wiedergabe von Daten. Treten Gedächtnisstörungen oder Erinnerungslücken aufgrund einer Hirnschädigung oder eines schweren emotionalen Traumas auf, spricht man von **Amnesie**.

4.4.1 Klassifikation von Gedächtnisstörungen

Gedächtnisstörungen werden nach unterschiedlichen Aspekten klassifiziert:
- nach zeitlichen Aspekten,
- nach den Ursachen der Beeinträchtigung,
- nach der Art der Beeinträchtigung.

Klassifikation nach zeitlichen Aspekten

- **Störungen des Ultrakurzzeitgedächtnisses:** Gedächtnislücken über wenige Sekunden.
- **Störungen des Kurzzeitgedächtnisses** (Merkfähigkeit): Neue Eindrücke der letzten Minuten können nicht eingeprägt werden; vor allem bei demenziellen Erkrankungen gilt dies als Leitsymptom.
- **Störungen des Langzeitgedächtnisses:** Merkinhalte, die längere Zeit zurückliegen, werden nicht erinnert.

Man unterscheidet außerdem:
- **Retrograde Amnesie:** Bezieht sich die Erinnerungslücke auf den Zeitraum vor der Hirnverletzung (bzw. vor dem die Amnesie auslösenden Ereignis) spricht man von retrograder Amnesie.
- **Anterograde Amnesie:** Erstreckt sich die Erinnerungslücke auf den Zeitraum nach dem schädigenden Ereignis, spricht man von anterograder Amnesie. So können sich viele Patienten nicht erinnern, was zwischen dem Alkoholkonsum und dem Erwachen in der Klinik geschehen ist und wie sie in die Klinik gelangt sind.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Klassifikation nach den Ursachen der Beeinträchtigung

Nach den Ursachen der Gedächtnisstörung wird zwischen organisch bedingten Gedächtnisstörungen und psychogener Amnesie unterschieden.

► **Organisch bedingte Gedächtnisstörungen.** Sie können z. B. in der Folge von:
- Intoxikationen (z. B. durch Alkohol),
- Enzephalitis,
- transitorischen ischämischen Attacken (TIA),
- Gehirnerschütterung (Commotio cerebri) oder anderen Verletzungen des Gehirns,
- oder im Zusammenhang mit einem Durchgangssyndrom auftreten.

► **Psychogene Amnesie.** Ist die Amnesie nicht organisch, sondern psychisch durch Schock oder traumatische Erlebnisse ausgelöst, spricht man von psychogener Amnesie. So kann die Amnesie als Selbstschutz dienen, eine Beobachtung, die man häufig bei in der Kindheit sexuell missbrauchten Patienten machen kann: Viele dieser Patienten können sich über viele Jahre nicht an diese Ereignisse erinnern.

Klassifikation nach der Art der Beeinträchtigung

Nach der Art der Gedächtnisstörung wird unterschieden zwischen:
- quantitativen Gedächtnisstörungen,
- qualitativen Gedächtnisstörungen.

Quantitative Gedächtnisstörungen

Definition

Quantitative Gedächtnisstörungen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Menge der erinnerten Informationen reduziert ist.

Qualitative Gedächtnisstörungen

Definition

Handelt es sich nicht um Beeinträchtigungen der Menge der zu erinnernden Informationen, sondern um inhaltliche Veränderungen, spricht man von **qualitativen Gedächtnisstörungen**, auch Paramnesien genannt.

Sie treten vor allem auf
- bei schizophrenen Störungen,
- in der epileptischen Aura,
- unter Drogenkonsum,
- im Traum oder in traumähnlichen Zuständen.

Unterschieden werden z. B.:
- wahnhafte Erinnerungsentstellungen: Erinnerungen werden nachträglich im Sinne der Wahnsymptomatik verändert,
- Pseudologia phantastica: Erinnerungen werden durch Hinzufügen von Phantasien inhaltlich verfälscht, es kann nicht mehr zwischen Phantasie und Wirklichkeit unterschieden werden. Tritt vor allem bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auf.

Fallbeispiel

Wahnhafte Erinnerungsentstellung. Herr Wörner leidet seit einem Jahr unter Verfolgungswahn. Befragt, seit wann er verfolgt werde, äußert er: „Wenn ich genau darüber nachdenke, war das schon immer so. Selbst als ich noch in die Grundschule ging, liefen unheimliche Leute hinter mir her und versuchten sich zu verstecken, wenn ich mich umdrehte."

Herr Wörner deutet Ereignisse vor der Erkrankung im Sinne der Verfolgungswahnthematik.

4.4.2 Diagnostik von Gedächtnisstörungen

Zur Diagnostik von Gedächtnisstörungen stehen verschiedene psychologische und psychiatrische Testverfahren zur Verfügung (z. B. die Mini-Mental-Scale-Examination als Instrument im Rahmen der Demenzdiagnostik). Dabei ist es wichtig zu beachten, dass Testverfahren nur einen Teil der für

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

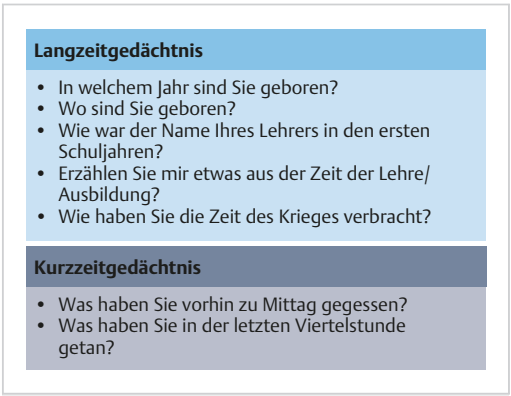


Abb. 4.6 Fragen zur Prüfung der Gedächtnisleistung.

eine Diagnose nötigen Informationen liefern können. Zur Erstellung einer Diagnose werden außerdem Anamnese, körperliche Befunde (z. B. bildgebende Verfahren) und Verhaltensbeobachtungen herangezogen.

Um einen ersten Eindruck über die Gedächtnisleistung eines Patienten zu bekommen, können verschiedene Fragen gestellt werden (▶ Abb. 4.6). Aus solchen Fragen oder aus Gesprächen resultierende Hinweise auf eine Gedächtnisstörung müssen dem Arzt mitgeteilt werden.

Aufgabe

13 Frau Meier merkt, dass sie immer wieder etwas vergisst. Sie ist sehr beunruhigt: Ich bin jetzt 80 Jahre alt, hoffentlich werde ich jetzt nicht dement …".

Sie sind im Rahmen der Bezugspflege zuständig für Frau Meier und sie vertraut sich Ihnen an. Sie möchte wissen, ob das eine normale Altersvergesslichkeit ist oder der Beginn einer demenziellen Erkrankung.

a) Erklären Sie ihr zunächst, welche normalen altersbedingten Veränderungen meist stattfinden (ziehen Sie dazu das Mehr-Speicher-Modell und das neurologische Modell heran).
b) Erklären Sie ihr, welche psychologischen Faktoren die Gedächtnisleistung beeinflussen können.
c) Beschreiben Sie ihr den Ablauf des diagnostischen Prozesses.

4.4.3 Pflegerische Aufgaben und Umgang mit Betroffenen

Die Feststellung, dass Erinnerungen fehlen oder neue Informationen nicht gut behalten werden können, ist für den Patienten äußerst beängstigend. In der Pflege bedeutet das, dass man es mit verunsicherten Patienten zu tun hat, die befürchten, dass dieser Zustand so bleibt oder sich sogar verschlechtern könnte.

Handelt es sich um organische Grunderkrankungen oder um durch Medikamentenverabreichung erzeugte Zustände, die zu einer vorübergehenden Gedächtnisstörung führen, gilt es zunächst, den Patienten darüber zu informieren und ihn zu beruhigen. Je nach Patient kann es sinnvoll sein, ihn bei seinen Erinnerungsversuchen zu unterstützen oder auch ihn zu ermutigen, abzuwarten, um die Symptomatik nicht durch zusätzlichen Stress zu verstärken.

Wichtig ist es, ihm bei der Kompensation der entstandenen Lücken und deren Folgen zu helfen. Es gilt herauszufinden, wer benachrichtigt werden muss, ob zu versorgende Kinder, Haustiere usw. warten oder ob andere dringende Angelegenheiten geregelt werden müssen.

Unterstützung im Pflegealltag beinhaltet oft ein häufiges Erinnern, den Einsatz von Merkhilfen, und immer wieder Mut zu vermitteln, beeinträchtigte Fähigkeiten zu trainieren bzw. neu zu erlernen.

Bei dauerhaften Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistung, wie sie bei demenziellen Erkrankungen vorkommen, gilt es in erster Linie für Sicherheit zu sorgen, Geborgenheit zu vermitteln, durch biografisches Arbeiten an vorhandene Inhalte anzuknüpfen und Orientierungshilfen zur Bewältigung des Alltags zu geben.

Merke

Gerade beim Umgang mit älteren Menschen wird deutlich, wie wichtig Erinnerungen sind. Sie stellen einen Teil des Lebens dar, auf den zurückzugreifen in schweren Zeiten oft hilfreich ist. Auch wenn in der Erinnerung manches anders erscheint, als es vielleicht tatsächlich war.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

14 Frau Lutz erlitt bei einem Sturz eine schwere Kopfverletzung mit einer Hirnblutung. Als sie im Krankenhaus wieder zu sich kommt, weiß sie nur noch, dass sie auf der Treppe ausgerutscht ist. Über die Zeit danach weiß sie nichts mehr, obwohl sie laut Notarzt bei Bewusstsein war und mit ihm gesprochen hat: Sie weiß nicht, was in der Zeit nach dem Treppensturz geschehen ist, wie sie ins Krankenhaus kam, was hier bisher geschehen ist. Aktuell kann sie sich schon nach Minuten nicht mehr an das gerade Besprochene erinnern. Sie merkt das und hat schreckliche Angst, dass das so bleibt. Sie versucht krampfhaft, sich an alles zu erinnern und sich alles was man zu ihr sagt zu merken.

a) Beschreiben Sie mit Fachbegriffen die vorliegenden Gedächtnisstörungen.
b) Der Arzt informiert Sie als zuständige Pflegefachkraft, dass die Gedächtnisbeeinträchtigung reversibel ist. Beschreiben Sie, was das für Ihren Umgang mit Frau Lutz bedeutet.

4.5 Pflegeschwerpunkt Biografiearbeit

4.5.1 Einführung

Definition

Die mündliche oder schriftliche Beschreibung einer Lebensgeschichte heißt **Biografie** (bio-, griechisch: Leben) (-grafie, griechisch: Schreiben). Man spricht von Autobiografie, wenn jemand seine eigene Geschichte darstellt (auto, griechisch: selbst). Die Lebensgeschichte eines Menschen umfasst seine körperliche, psychische, soziale, kurz seine biopsychosoziale Entwicklung. Sie kommt in kontinuierlichen Verläufen und in einschneidenden Ereignissen zum Ausdruck.

Fallbeispiel

Biografiearbeit. Pflegefachkraft Anna, 35 Jahre alt, ist in ihrem Team dafür bekannt, dass sie immer wieder mit Informationen über die Bewohner überrascht, über die nur sie verfügt. Heute berät man in der Wohnbereichsbesprechung, wie am besten mit Frau K. von Zimmer 16 umzugehen sei, die seit der Aufnahme in das Pflegeheim nur kleinste Mengen des Essens annimmt, sich aber nicht beklagt.

Pflegefachkraft Dora: „Ich verstehe es nicht, denn sie hat sich gut eingelebt. Ich habe sogar den Eindruck, dass es ihr ganz gut bei uns gefällt. Sie hat auch schon Bekanntschaften geschlossen. Einmal in der Woche kommt die Tochter, einmal kommt der Sohn."

Pflegefachkraft Anna: „Es könnte daran liegen, dass Frau K. viele Jahre ihres Lebens mit sehr wenig Geld auskommen musste. Und ich habe den Eindruck, sie ist eine bescheidene Person, die ihre Wünsche lieber zurückstellt als irgendwie aufzufallen." Die Kolleginnen fragen erstaunt, woher sie das alles wisse.

Pflegefachkraft Anna: „Während des Pflegens interessierte mich, wie sie früher lebte, sie erzählte, sie erinnerte sich an immer mehr Einzelheiten. Wir werden das fortsetzen."

Das Interesse von Anna an der Lebensgeschichte der Heimbewohner hat sich bewährt. Sie betreibt Biografiearbeit. Später verrät sie, wie sie zu ihrem Wissen über einen Menschen kommt: „Ich bleibe für einen kurzen Moment stehen, schaue zuerst das Gesicht, dann den ganzen Menschen, die Haltung, die Kleidung, die Hände an. Dann frage ich mich im Stillen:

- Wer ist dieser Mensch eigentlich?
- Wie sah bisher sein Leben aus?
- Welche Geschichte gehört zu ihm? Gab es „Meilensteine" in diesem Leben?
- Welche Menschen waren in den Lebensabschnitten um ihn herum (▶ Abb. 4.7)?

Wenn ich auf diese Weise neugierig geworden bin, ergibt sich das Weitere meistens von selbst."

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 4.7 Während einer Biografiearbeit wird von den Menschen erzählt, die ein Leben begleiten. (Foto: R. Stöppler, Thieme)

▸ **Chronologischer Ablauf.** Bei einer Biografie kann der chronologische Ablauf im Vordergrund stehen, eine Zeitlinie, auf der erinnerte Ereignisse zugeordnet werden: Trifft dieser Verlauf für die meisten Menschen, die in einem bestimmten Zeitabschnitt leben zu, spricht man von einer „Normalbiografie“ (▸ Abb. 4.8).

▸ **Thematischer Ablauf.** Das Erinnern kann sich auch anhand von Themen abspielen, die entlang des Lebenslaufs betrachtet werden können:
- meine Ausbildung und Bildung,
- meine Gesundheit und Krankheiten,
- Freunde in meinem Leben,
- Orte, an denen ich gelebt habe,
- wie bei uns Feste gefeiert wurden.

Um die eigene oder eine fremde Lebensgeschichte verstehen zu können, ist es interessant, die Zeitgeschichte zu kennen, die das individuelle Leben begleitete und begleitet. Sie bildet den Rahmen und gibt Aufschluss über Lebensmöglichkeiten und Grenzen. Diese historischen Daten bilden für alle individuellen Leben in einem Zeitabschnitt (Kohorte) den Hintergrund.

Definition

Eine **Kohorte** sind alle Menschen, die im gleichen Zeitabschnitt der Geschichte leben.

Aufgabe

15 Stellen Sie mit Hilfe von Geschichtsbüchern, Zeitungsarchiven, Zeitzeugen eine Zeittafel für Menschen zusammen, die ihr Leben in Deutschland verbracht haben und heute etwa 80 Jahre alt sind.
- Welche Ereignisse haben sie erlebt?
- Was war Mode, als sie jung waren, welche Filme, Bücher, Musik waren „in“?
- Welche Werte, insbesondere Erziehungsideale galten während der betreffenden Zeitspanne?

4.5.2 Methoden der Biografiearbeit

Biografiearbeit kann geleistet werden durch:
- freies Erzählen,
- Fragebogen und Interviews,
- Fotografien und Erinnerungsgegenstände.

▸ **Freies Erzählen.** Weil viele ältere Menschen gerne über ihre Erinnerungen reden, ist das freie Erzählen einzeln oder in einer dafür geeigneten Gruppe eine beliebte Methode. Mit aktivem Zuhören und den Erzählprozess unterstützenden Impulsen leitet der Betreuende das Gespräch. Biografiearbeit kann auch pflegebegleitend durchgeführt werden, weil entsprechende Gespräche immer wieder beendet, neu aufgenommen und fortgesetzt werden können. Mit Heimbewohnern, Langzeitpatienten und in Rehabilitationskliniken sind Gesprächsgruppen mit biografischer Thematik ein die medizinische Behandlung begleitendes



Abb. 4.8 Ereignisse, die für die meisten Menschen zu ähnlichen Zeitpunkten auftreten, zeigt die Normalbiografie.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Angebot, wobei Zeit, Dauer, Anzahl der Treffen und der Ort festgelegt werden.

▶ **Fragebogen und Interviews.** Fragebogen oder strukturierte Interviews können zur Erfassung der Lebensgeschichte eingesetzt werden. Sie können als Ausgangspunkte für biografisch orientierte Gespräche dienen.

▶ **Fotografien und Erinnerungsgegenstände.** Mit Hilfe von Fotografien, Erinnerungsgegenständen oder Tagebuchnotizen können sowohl mit einer einzelnen Person als auch in der Gruppe Erinnerungen geweckt und ausgetauscht werden. Fotografien können Vergessenes wieder aufrufen. Sie können ein Schlüssel zur Vergangenheit, bei demenziell erkrankten Menschen ein Schlüssel zur verlorenen Vergangenheit sein (▶ Abb. 4.9).

Beispiel für die Handhabung einer Biografiearbeit

Für eine kleine Gruppe von 6–8 Personen kann auf folgende Weise mit Heimbewohnern oder Langzeitpatienten eine etwa einstündige Gesprächsrunde gestaltet werden (nach Kerkhoff, 2002):

- Die Teilnehmer bringen je 3 Fotos von sich aus verschiedenen Zeiten ihres Lebens mit.
- Verdeckt werden die Bilder in Reihen auf dem Tisch ausgelegt, eine Spielfigur beliebig auf einem Foto aufgestellt.
- Es wird reihum gewürfelt und die Figur um die Anzahl der Würfelaugen auf den Fotos bewegt. Wo sie landet, wird das Bild umgedreht.
- Der Spieler, der gewürfelt hat, soll nun raten, um welchen Mitspieler es sich handelt. Die anderen dürfen helfen.
- Danach erzählt die fotografierte Person zu dem Bild, wann und wo und aus welchem Anlass es aufgenommen wurde.
- Man tauscht Erfahrungen z. B. mit der Kleidung und der Frisur von damals aus und fügt das eine oder andere Erlebnis hinzu.
- Danach ermittelt ein neuer Spieler das nächste Foto.
- Wenn alle Bilder aufgedeckt und besprochen sind, haben die Teilnehmer eine Menge Informationen voneinander gewonnen.



Abb. 4.9 Fotografien können ein Schlüssel zur Vergangenheit sein. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Thematisch orientierte Biografiearbeit

Thematisch orientierte Biografiearbeit hat sich in Gesprächsgruppen bewährt. Mögliche Themen sind z. B.: „Bräuche und Traditionen in der Familie“, „Weihnachten bei uns zu Hause“, „Wenn ich als Kind krank war“ oder „Als unsere Kinder klein waren“. Die Gruppenteilnehmer erzählen, tauschen sich aus und erinnern sich an immer mehr Details.

Aufgabe

16 Gehen Sie in Gedanken unter dem Motto „Wenn ich krank war“ in die vergangenen Jahre Ihrer Lebensgeschichte zurück. Rufen Sie sich verschiedene Situationen in Erinnerung. Wie war das bei uns? Wo war ich untergebracht? Wer kümmerte sich um mich und wie? Wer kam zu Besuch? Brachte die Erkrankung auch Vorteile? Setzen Sie sich zu viert oder fünft zusammen und tauschen Sie Erinnerungen aus. Wenn Ihnen im Laufe des Gesprächs noch mehr Einzelheiten einfallen, ergänzen Sie Ihre Erzählung. Insgesamt sollten Sie sich etwa 30 Minuten Zeit nehmen.

Am Ende werden Sie mehr voneinander wissen als vorher. Sie wissen nun, wie man in den verschiedenen Familien mit Krankheit umging. In einem kleinen Bereich haben Sie sich näher kennen gelernt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

4.5.3 Funktionen der Biografiearbeit

Wer die Arbeit mit Lebensgeschichten im Umgang mit Patienten und Heimbewohnern einsetzt, bemerkt ihre Wirksamkeit und ihren Nutzen im pflegerischen Alltag im Krankenhaus, im Pflegeheim sowie in Rehabilitationseinrichtungen. Biografiearbeit kann hier mehrere Funktionen haben:

- kennen lernen, Identität bewahren,
- Zugang finden,
- Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein vorbeugen,
- Gedächtnisfunktionen aktivieren,
- Wissen weitergeben,
- soziale Kontakte fördern.

► **Kennen lernen und Identität bewahren.** Sie dient dem besseren Kennen lernen und Verstehen. Ein Gefühl der Vertrautheit und der Geborgenheit kommt da auf, wo ein Mensch weiß: Hier kennt man mich, hier werde ich mit meinem Namen angeredet, und hier sind Einzelheiten aus meinem Leben bekannt. Sich selbst darstellen, heißt für den älteren oder kranken Menschen, Identität mitzubringen in eine wechselnde Umgebung. Schon in wenigen Gesprächen baut der Heimbewohner oder Patient ein Gefühl von Beheimatung auf: Hier kennt man mich.

► **Zugang finden.** Den betreuenden Pflegefachkräften verschafft sie einen besseren Zugang zum Gegenüber. Über die Kenntnis des Namens, einiger persönlicher Daten und des Aussehens hinaus entfaltet biografisches Arbeiten ein plastisches, buntes und lebendiges Bild vom anderen Menschen. Das wiederum hat eine das Gedächtnis unterstützende Wirkung: Die pflegende Person weiß sofort, wer z. B. Frau K. in Zimmer 16 ist, wenn ihr Name bei der Stationsbesprechung erwähnt wird. Eine Fülle von Assoziationen aus der Lebensgeschichte fallen ihr ein.

► **Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein vorbeugen.** Erinnerung an Vergangenes kann zur Bewältigung von Gegenwärtigem und Zukünftigen führen. Bewährte Bewältigungsstrategien (Coping) in problematischen Lebenssituationen können für gegenwärtige kritische Situationen (Krankheit und Krankenhausaufenthalt, Eintritt in ein Pflegeheim, Ende der Berufstätigkeit, Konfrontation mit eigener Erkrankung oder Behinderung) genutzt werden. Die Erinnerung verschiedener gelungener Gelegenheiten von Coping kann auch für zukünftig bevorstehende Belastungen mögliche Problemlösungen bereitstellen. Damit kann dem Gefühl von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein eines kranken oder alten Menschen vorgebeugt werden. An seine Stelle treten dann vermehrt das Bewusstsein von Kompetenz und das Gefühl von Sicherheit.

Fallbeispiel

Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein vorbeugen.
Frau Haller beschäftigt sich in Gedanken mit einem notwendig gewordenen Wechsel aus dem betreuten Wohnen auf die Pflegestation. Als am Sonntagabend Pflegefachkraft Hans bei ihr vorbeikommt, klagt sie ihm ihre Sorgen. Er hört ihr in Ruhe zu und meint schließlich: „Frau Haller, Sie haben doch in Ihrem Leben bestimmt schon manches Problem gemeistert."

„Ja, da haben Sie wohl Recht: Als unsere Firma geschlossen werden musste, als mein Sohn damals als junger Mann schwer erkrankte und behindert blieb, als ich aus meinem geliebten Häuschen ausziehen musste," zählt die alte Dame nachdenkend auf.

„Wie haben Sie das jedes Mal geschafft, Frau Haller, was hat Ihnen geholfen?" interessiert sich Hans weiter.

„Wie ich das geschafft habe? Mir fällt jetzt ein, dass ich ganz intensiv jeden Abend vor dem Schlafengehen in mein Tagebuch geschrieben habe. Ich habe da wohl meine bedrückenden Gedanken ablegen können. Manchmal sind mir auch nützliche Einfälle in den Sinn gekommen, die mir weitergeholfen haben."

Als Hans das Zimmer verlässt, verabschiedet sich Frau Haller: „Ich will es wieder mit dem Schreiben versuchen. Morgen lege ich mir ein dickes Heft hier in den Nachttisch. Gute Nacht, Hans, ich danke Ihnen."

► **Gedächtnisfunktionen aktivieren.** Bei der biografischen Erinnerungsarbeit findet eine Aktivierung von Gedächtnisfunktionen statt. Wenn es nicht bei den ersten, spontanen Einfällen bleibt, sondern gezielt angeregt wird, Vergangenes neu zu erinnern, findet ein mentales Training in Form von Erinnern statt (► Abb. 4.10).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 4.10 Biografiearbeit fördert die Geselligkeit *(Symbolbild)*. (Foto: Photographee.eu – stock.adobe.com)

► **Wissen weitergeben.** Ältere Menschen fühlen sich oft in der Vergangenheit sicherer als in der Gegenwart. Ihre Kenntnisse über die Vergangenheit geben ihnen Gelegenheit, Informatives mitzuteilen. Biografien sind gelebte Geschichte. Weitergabe von Wissen an die folgende Generation ist eine wichtige Funktion von Biografiearbeit. Mit dem sog. Kohortenwissen, den Kenntnissen über Lebensumstände eines Zeitabschnitts, können sich Pflegende ein Bild von der Zeit machen, die ein alter Mensch durchlebt hat. Die Kenntnis der individuellen Lebensgeschichte im übergreifenden geschichtlichen Rahmen bietet eine Vielzahl an Gesprächsinhalten und trägt wesentlich zu einer guten pflegerischen Beziehung und Betreuung bei.

► **Soziale Kontakte fördern.** Biografiearbeit fördert Geselligkeit und unterstützt soziale Kontakte. Wird eine Gruppe behutsam angeleitet, Lebenserinnerungen zu äußern, öffnen sich oft auch zurückhaltendere Personen.

Merke

Biografiearbeit ist heute in Pflegeberufen eine beliebte und bewährte Methode, um das Wohlbefinden von Kindern und erwachsenen Menschen zu fördern, den Pflegeprozess zu vertiefen und die Beziehungen lebendig und wohltuend zu gestalten. Sie steht besonders eindrücklich für eine Haltung von Achtsamkeit (S. 40).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © contrastwerkstatt – stock.adobe.com

Kapitel 5

Intelligenz

5.1 Was ist Intelligenz? *90*

5.2 Intelligenzmodelle *91*

5.3 Intelligenzmessung *92*

5.4 Intelligenzentwicklung im höheren Lebensalter *95*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

5 Intelligenz

Examensschwerpunkte

Was ist Intelligenz (S. 90), Intelligenzmodelle (S. 91), Intelligenzmessung (S. 92), Intelligenzentwicklung im höheren Alter (S. 95)

5.1 Was ist Intelligenz?

Fallbeispiel

Erfolgsintelligenz. Zwei Jungen gehen im Wald spazieren. Sie sind sehr unterschiedlich. Die Lehrer des ersten Jungen halten ihn für gescheit, seine Eltern halten ihn für gescheit, also hält auch er sich für gescheit. Er hat gute Zensuren, Zeugnisse und Empfehlungsschreiben, die ihm den Weg durch die Bildungseinrichtungen ebnen werden.

Der zweite Junge hat keine guten Noten, er ist seinen Lehrern bisher nicht durch besondere Leistungen aufgefallen. Auch seine Eltern halten ihn für durchschnittlich begabt.

Beide schlendern durch den Wald, als sie plötzlich einem Problem begegnen und zwar in Form eines riesigen und sehr hungrig wirkenden Grizzlybären, der Anstalten macht anzugreifen.

Der erste Junge rechnet aus, dass der Grizzly genau 17 Sekunden benötigen wird, um sie einzuholen und gerät in Panik. Er wirft einen verzweifelten Blick auf seinen Begleiter, der sich in aller Ruhe seiner Wanderschuhe entledigt und seine Joggingschuhe anzieht. Da sagt der erste Junge: „Bist du wahnsinnig? Wir können unmöglich schneller laufen als der Grizzly!“ Der zweite Junge antwortet: „Ganz richtig. Aber ich muss ja nur schneller laufen als Du.“ (Quelle: M. Knill, http://www.rhetorik.ch/Intelligenz/Erfolgsintelligenz.html).

Der erste Junge kann gut analysieren und rechnen. Auch seine Zeugnisse sprechen für seine Intelligenz. Jedoch ist er mit diesen Fähigkeiten hier nicht weit gekommen. Der zweite Junge hat nicht nur das Problem erkannt, er hat auch eine kreative, praktische Lösung dafür gefunden. Auch er ist intelligent, wenn auch auf andere Art und Weise. Es scheint also notwendig, den Begriff der Intelligenz genauer zu fassen: Menschen haben verschiedene kognitive Fähigkeiten, die bei der Bewältigung von Aufgaben und Alltagssituationen hilfreich sein können und die ihre Persönlichkeit kennzeichnen (▶ Abb. 5.1). Auch Tiere zeigen intelligentes Verhalten.



Abb. 5.1 Intelligenz und Lernen im Tierreich *(Symbolbild)*. (Foto: michaelheim – stock.adobe.com)

5.1.1 Definitionen

David Wechsler (1896–1981), US-amerikanischer Psychologe, der sich bereits 1939 intensiv mit dem Intelligenzbegriff beschäftigte und einen bekannten Intelligenztest entwickelte (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest), definierte Intelligenz wie folgt:

Definition

„**Intelligenz** ist die zusammengesetzte Fähigkeit, vernünftig zu denken, zweckvoll zu handeln und sich mit der Umgebung wirkungsvoll auseinander zu setzen.“

Es gibt viele weitere Versuche, Intelligenz zu definieren, z. B.:

Definition

„**Intelligenz** ist die Fähigkeit, Probleme zu lösen, sich an neue Situationen anzupassen, abstrakte Vorstellungen, Ideen und Begriffe zu entwickeln und von Erfahrung zu profitieren.“ (Atkins, 1971)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Raymond Bernard Cattell (britisch-US-amerikanischer Psychologe, 1905–1998), fasste dies 1987 in seiner „Investmenttheorie“ zusammen: „Wissen ist investierte Intelligenz“. **Intelligenz** stellt somit die kognitiven Voraussetzungen für den Erwerb von Wissen und für Handlungskompetenz dar.

Aufgabe

1 Lesen Sie das Märchen (Brüder Grimm) „Der Hase und der Igel“. Inwiefern liegt nach den verschiedenen Definitionen beim Igel „Intelligenz“ vor?

5.1.2 Intelligenz im Alltag

Im Alltag zeigt sich Intelligenz z. B. in der Fähigkeit, sich aufgrund von erworbener Erfahrung oder erworbenem Wissen, Neues auszudenken und dadurch effektive Problemlösungsstrategien zu entwickeln. Entscheidend ist hierbei das schnelle Erfassen von Situationen. Intelligente Menschen haben i. d. R. in neuen Situationen schneller den Überblick. So ist die wirkungsvolle Auseinandersetzung mit der Umwelt (wie der zweite Junge sie zeigte) eine Intelligenzleistung. Auch scheinen intelligentere Menschen in vielen Bereichen schneller aus Fehlern zu lernen (dies muss jedoch nicht für emotionale Bereiche gelten!).

Im Rahmen der Beurteilung eines Menschen darf Intelligenz jedoch nicht überbewertet werden. Sie ist eine Persönlichkeitseigenschaft von vielen und darf nicht als alleiniger Maßstab zur Einschätzung einer Person herangezogen werden.

5.1.3 Intelligenz und Schulleistung

Ein Zusammenhang besteht insofern, als Intelligenz das Verstehen und Anwenden von Lerninhalten begünstigt. Ein intelligenter Schüler lernt i. d. R. leichter. Jedoch ist es nicht möglich, direkte Rückschlüsse von der Schulleistung auf die Intelligenz zu ziehen. So kann ein intelligenter Schüler schlechte Noten haben, wenn er unkonzentriert, uninteressiert, wenig motiviert und durch Probleme belastet ist oder wenn er sich körperlich nicht wohl fühlt. Gerade hochintelligente Schüler langweilen sich oft im Unterricht, wenn sie unterfordert werden, was zu deutlichem Leistungsabfall führen kann. Auch weniger intelligente Schüler können durch Fleiß gute Schulleistungen erreichen. Sie benötigen dazu jedoch mehr Einsatz.

Da einige Intelligenztests ursprünglich entwickelt wurden, um die Eignung von Kindern für bestimmte Schulformen festzustellen, stimmen Testergebnisse meist relativ gut mit Schulleistungen überein, wenn nicht Faktoren wie Motivationsverlust, Ängste oder Sorgen der Kinder verfälschend wirken.

Aufgabe

2 Schlagen Sie in verschiedenen Lexika den Begriff „Intelligenz“ nach und vergleichen Sie die unterschiedlichen Begriffserklärungen.
3 Sammeln Sie verschiedene konkrete Alltagssituationen, in denen Intelligenzleistungen (im Sinne von Wechslers Intelligenzdefinition) gefordert werden.

5.2 Intelligenzmodelle

Intelligenz ist eine zusammengesetzte Fähigkeit. Sie setzt sich aus verschiedenen Faktoren zusammen. Diese Faktoren wurden in verschiedenen Modellen analysiert und dargestellt.

5.2.1 Intelligenzmodell der kristallinen und fluiden Intelligenz nach R. Cattell

R. B. Cattell untergliedert Intelligenz in 2 große Bereiche:
- kristalline Intelligenz,
- fluide Intelligenz (auch als flüssige Intelligenz bezeichnet).

► **Kristalline Intelligenz.** Zur kristallinen Intelligenz gehören vor allem Erfahrungs- und Faktenwissen, Wortschatz und Sprachverständnis.

► **Fluide Intelligenz.** Fluide Intelligenz beinhaltet verschiedene Verarbeitungs- und Verknüpfungsprozesse, z. B.:
- Flexibilität des Denkens,
- Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung bzw. der Denkprozesse,
- Fähigkeit, sich zu orientieren, zu kombinieren und Schlussfolgerungen zu ziehen.

Sie kann als Werkzeug verstanden werden, mit dem die kristalline Intelligenz auf- und ausgebaut und Alltags- wie auch Expertenwissen erreicht werden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

5.2.2 Intelligenzmodell der 7 Primärfaktoren (nach Thurstone)

L. Thurstone (Ingenieur und Psychologe, 1887–1955,) entwickelte ein Modell, das Intelligenz zusammengesetzt aus 7 Faktoren beschreibt:

- **Wortverständnis:** passiver Wortschatz, also wie viele Wörter ein Mensch versteht.
- **Wortflüssigkeit:** Geschwindigkeit, mit der ein Mensch Wörter zur Verfügung hat und sie sprechen kann.
- **Gedächtnisleistung:** Fähigkeit, sich Informationen zu merken bzw. zu speichern.
- **Rechenfertigkeit:** Geschwindigkeit, mit der Rechenaufgaben richtig gelöst werden können.
- **Logisches Denken:** Fähigkeit, Informationen zu verknüpfen, sie zu analysieren und daraus richtige und nützliche Schlussfolgerungen zu ziehen.
- **Räumliches Vorstellungsvermögen:** Fähigkeit, sich dreidimensional orientieren zu können.
- **Wahrnehmungsgeschwindigkeit:** Geschwindigkeit, mit der Reize über die Sinnesorgane aufgenommen und erkannt werden. Sie beeinflusst die Geschwindigkeit einer Problemlösung entscheidend.

Insgesamt ist das Modell von Thurstone als eine Präzisierung der Annahmen von Cattell zu verstehen.

5.3 Intelligenzmessung

Zur Intelligenzmessung dienen Intelligenztests. Um zu gültigen Ergebnissen zu kommen, müssen sie, wie andere wissenschaftliche psychologische Tests, bestimmte Gütekriterien erfüllen.

5.3.1 Gütekriterien eines Intelligenztests

In Anlehnung an die Intelligenzfaktoren wurden Intelligenztests entwickelt (▶ Abb. 5.2). Intelligenztests müssen:

- möglichst objektiv durchgeführt und ausgewertet werden, d. h. die Ergebnisse müssen unabhängig vom Testleiter sein (Objektivität),
- standardisiert und an großen Stichproben genormt sein (Normierung),
- tatsächlich das Merkmal Intelligenz erfassen (Validität),
- messgenaue Ergebnisse liefern (Reliabilität).

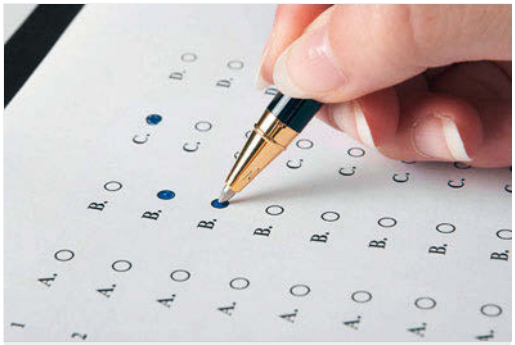


Abb. 5.2 Intelligenztests müssen bestimmte Gütekriterien erfüllen. (Foto: Anneke Schram, istockphoto)

Nur dann genügen sie den testtheoretischen Gütekriterien (S. 479). Neben einer korrekten Durchführung des Tests sind in diesem Zusammenhang auch die Testsituation und die Motivation der Testperson zu beachten.

Fallbeispiel B

Fehlende Validität im Intelligenztest. Heinz ist 7 Jahre und wurde von seiner Lehrerin in Absprache mit seiner Mutter zu einem Intelligenztest geschickt. Heinz findet das „blöd“, er hat keine Lust. Er malt ein paar Kreuze und Striche auf den Testbogen und wartet bis die Zeit um ist. Er erreicht 0 Testpunkte.

Dieses Ergebnis darf nicht als fehlende Intelligenz interpretiert werden. Die Auswertung eines Tests bei Weigerung der Testperson ist nicht sinnvoll, vielmehr gilt es zu hinterfragen, warum Heinz sich weigert; die Hintergründe müssen näher betrachtet werden.

Intelligenztests dürfen nur von dafür ausgebildeten Personen durchgeführt werden. Vor der Durchführung müssen die Ziele der Messung mit den Gefahren verantwortungsvoll abgewogen werden. Eine Testsituation kann für die Testperson belastend sein. Ein weniger gutes Ergebnis kann einerseits Fördermöglichkeiten aufzeigen, kann sich andererseits aber auch auf den Selbstwert der getesteten Person auswirken. Ein gutes Ergebnis kann das Selbstwertgefühl eines Menschen positiv beeinflussen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Es sollte also gelten: Nur wenn aus dem Testergebnis tatsächlich überwiegend positive Konsequenzen für die Testperson abgeleitet werden können, ist die Durchführung eines Tests sinnvoll.

Intelligenzfaktoren im Intelligenztest

Intelligenztests bestehen aus verschiedenen Untertests und sollen die Intelligenzfaktoren erfassen. ▶ Tab. 5.1 zeigt verschiedene Intelligenzfaktoren mit entsprechenden Untertest-Beispielen.

► **Testauswahl.** Es gibt Intelligenztests in sehr unterschiedlicher Zusammensetzung. So haben manche einen sehr hohen, andere einen sehr niedrigen Sprachanteil, manche legen viel Wert auf Geschwindigkeit, andere lassen den Testpersonen mehr Zeit. Bereits bei der Testauswahl trägt der Testleiter eine hohe Verantwortung, da schon hier entscheidende Benachteiligungen entstehen können, z. B. wenn ein Kind mit schlechten Deutschkenntnissen mit einem Test mit hohem Sprachanteil getestet wird oder wenn ältere Menschen in Tests mit knapp bemessener Zeit getestet werden.

Aufgabe

4 Tauschen Sie sich über Erfahrungen mit Intelligenztests aus. Diskutieren Sie Sinn und Gefahren.

5.3.2 Werte der Intelligenzmessung

Die Intelligenz wird ausgedrückt über:
- Intelligenzquotient,
- Testprofil,
- Prozentränge.

Intelligenzquotient

Definition

Der **Intelligenzquotient** gibt die Höhe der Intelligenz der getesteten Person verglichen mit dem Durchschnittswert der jeweiligen Altersgruppe an.

Der bekannteste Wert der Intelligenzmessung ist der Intelligenzquotient (IQ). Hier ist der Vergleich mit der jeweiligen Altersgruppe ganz entscheidend. So werden die aufsummierten Testpunkte jeweils mit dem Durchschnittswert der Altersgruppe verglichen, ein IQ wird errechnet. Der Durchschnittswert der jeweiligen Altersgruppe wird als IQ = 100 festgelegt. Damit verglichen, ergeben sich Hinweise darauf, ob die Intelligenz der getesteten Person über oder unter dem Durchschnitt seiner Altersgruppe liegt.

► **Bedeutung bestimmter Intelligenzquotienten** (▶ **Tab. 5.2**)
Die Häufigkeitsverteilung des IQ in der Gesamtbevölkerung entspricht einer Normalverteilung: Am häufigsten kommt der Wert 100 vor, während Extremwerte eher selten sind. Es gibt ebenso viele Menschen, die einen unterdurchschnittlichen IQ

Tab. 5.1 Beim Intelligenztest werden die verschiedenen Intelligenzfaktoren in entsprechenden Untertests erfasst.

Intelligenzfaktor	Untertest-Beispiele
Allgemeines Wissen	• Fragen zu Geschichte, Erdkunde, Politik
Allgemeines Verständnis	• Fragen aus der Physik, Mechanik
Merkfähigkeit und Gedächtnisleistung	• Zahlennachsprechen immer länger werdender Zahlenreihen (vorwärts und rückwärts) • Texte erinnern
Visuelle Wahrnehmung	• Bilder ergänzen, Fehler entdecken
Visuomotorische Koordination	• Mosaiktest, Figurenlegen (Puzzle)
Erkennen von Zusammenhängen	• Zahlensymboltest, Analogien, Gemeinsamkeiten finden
Rechnerisches Denken	• Schätzaufgaben, Textaufgaben
Räumliche Vorstellung	• Würfelabwicklungen, Figuren spiegeln

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. 5.2 Bedeutung der Intelligenzquotienten.

Intelligenzquotient	Bedeutung	Anteil der Gesamtbevölkerung
>130	extrem hohe Intelligenz	2,2 %
120–129	sehr hohe Intelligenz	6,7 %
110–119	hohe Intelligenz	16,1 %
90–109	durchschnittliche Intelligenz	50,0 %
80–89	niedrige Intelligenz	16,1 %
70–79	sehr niedrige Intelligenz	6,7 %
<70	extrem niedrige Intelligenz	2,2 %

haben, wie Menschen mit überdurchschnittlichem IQ (▶ Abb. 5.3).

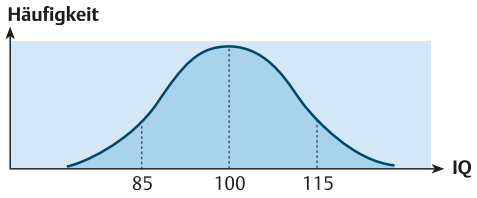


Abb. 5.3 Verteilung des Intelligenzquotienten eines großen Kollektivs (Normalverteilung).

Fallbeispiel

Intelligenzquotient. Petra ist 9 Jahre alt und hat Schwierigkeiten die geforderten Schulleistungen zu erbringen. Um herauszufinden, welche Schulart für Petra geeignet ist, wird sie getestet. Sie macht einen Intelligenztest mit verschiedenen Untertests. Insgesamt erreicht sie 20 Punkte. Diese Punktsumme wird mit der durchschnittlichen Punktsumme anderer 9-jähriger Kinder verglichen. Durchschnittlich haben 9-jährige Kinder in diesem Test 42 Punkte (entspricht einem IQ von 100). Mit 20 Punkten liegt Petras Intelligenzleistung deutlich unter dem Durchschnitt der Altersgruppe, also unterhalb eines IQ von 100.

Ist ein IQ kleiner als 80, wird von verminderter Intelligenz gesprochen. Liegt der IQ unter 50, ist die Sprache, wenn überhaupt, nur unvollständig ausgebildet, ein unabhängiges, selbstständiges Leben ist i. d. R. nicht möglich.

Die WHO unterscheidet in der Internationalen Klassifikation von Störungen die Intelligenzminderungen:

- Leichte geistige Behinderung (ICD-10 F70): Der Intelligenzquotient liegt zwischen 50 und 69. Die Betroffenen haben Schwierigkeiten in der Schule und erreichen als Erwachsene ein Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren.
- Mittelgradige geistige Behinderung (auch mittelgradige Intelligenzminderung, ICD-10 F71): Der Intelligenzquotient liegt zwischen 35 und 49. Dies entspricht beim Erwachsenen einem Intelligenzalter von 6 bis unter 9 Jahren. Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.
- Schwere geistige Behinderung (auch schwere Intelligenzminderung, ICD-10 F72): Der Intelligenzquotient liegt zwischen 20 und 34. Dies entspricht beim Erwachsenen einem Intelligenzalter von 3 bis unter 6 Jahren. Lesen und Schreiben sind in der Regel nicht möglich. Andauernde Unterstützung ist nötig.
- Schwerste geistige Behinderung (schwerste Intelligenzminderung, ICD-10 F73): Der Intelligenzquotient liegt unter 20. Dies entspricht beim Erwachsenen einem Intelligenzalter von unter 3 Jahren. Die eigene Versorgung, Kommunikation und Beweglichkeit sind hochgradig beeinträchtigt.

Testprofile

Ein Intelligenzquotient will Aussagen über die Gesamtintelligenz einer Person, verglichen mit der jeweiligen Altersgruppe machen. Interessanter als die Gesamtintelligenz ist jedoch, in welchen Teilfähigkeiten die Testperson Stärken oder Schwächen hat. Diese werden in einem Testprofil dargestellt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Testprofil. Bei der Erstellung von Petras Testprofil zeigt sich, dass Petra in Untertests, die einen hohen Sprachanteil und Allgemeinwissen fordern, deutlich unter dem Durchschnitt der 9-Jährigen liegt, während sie in mathematischen Aufgaben sogar überdurchschnittliche Leistungen zeigt. Hieraus lassen sich nun konkrete Fördermaßnahmen ableiten.

Merke

Die Erstellung eines Testprofils verdeutlicht Stärken und Schwächen der Testperson. Testprofile werden auch bei Berufseignungstests erstellt.

Prozentränge

In immer mehr Tests werden Ergebnisse in Form von Prozenträngen angegeben. Der Prozentrang besagt hier, wie viel Prozent der Gleichaltrigen schlechter als der Getestete sind. So bedeutet ein Prozentrang von 70, dass 70 % der Gleichaltrigen schlechter und nur 30 % gleich gut oder besser als die Testperson sind. Der Begriff Hochbegabung wird üblicherweise ab einem Prozentrang von 95 verwendet.

Aufgabe

5 Erklären Sie mit eigenen Worten die Begriffe Intelligenzquotient, Intelligenzprofil und Prozentrang.

5.4 Intelligenzentwicklung im höheren Lebensalter

Wie entwickeln sich fluide und kristalline Intelligenz im höheren Lebensalter? Untersuchungen zur Entwicklung der Intelligenz zeigen, dass die Punktsummen in Intelligenztests im höheren Lebensalter abnehmen.

Es wäre nun aber falsch, pauschal zu sagen, dass Menschen im höheren Lebensalter weniger intelligent sind. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich Folgendes:

- **Kristalline Intelligenz:** Im gesunden Alter kann sie weitgehend erhalten bleiben oder sogar ansteigen; schließlich erwirbt ein Mensch täglich neues Wissen und macht Erfahrungen.
- **Fluide Intelligenz:** Sie nimmt im höheren Lebensalter i. d. R. ab, da der Geschwindigkeitsfaktor hier einen großen Anteil hat.

5.4.1 Ursachen für die Abnahme der fluiden Intelligenz im Alter

Für die nachlassende Geschwindigkeit älterer Menschen bei Testaufgaben in Intelligenztests gibt es verschiedene Erklärungen:

- **Einschränkungen der Sinnesorgane:** Sie führen dazu, dass ältere Menschen mehr Zeit zur Informationsaufnahme benötigen. So gibt es z. B. in vielen Intelligenztests Bildergeschichten auf kleinen Kärtchen, die in die richtige Reihenfolge sortiert werden sollen. Auf diesen Bildern kleine, wichtige Details zu erkennen, erfordert bei geringer Sehfähigkeit zumindest mehr Zeit, sofern es überhaupt möglich ist.
- **Unsicherheit:** Bei Älteren zeigt sich oft eine Unsicherheit im Umgang mit Tests. Sind sie doch Prüfungen, also auch Testsituationen nicht mehr gewöhnt, es fehlt das „Training" derartige Aufgaben unter Zeitdruck zu lösen.
- **Nachlassende Risikofreude:** Dazu kommt nachlassende Risikofreude mit verlängerter Entscheidungszeit. Jüngere Menschen haben mehr Routine im Ankreuzen und Ausfüllen von Formularen. So lässt sich beobachten, dass junge Menschen kurz vor Ablauf der vorgegebenen Zeit in Testsituationen noch schnell irgendetwas ankreuzen. Ein Verhalten, das ältere Menschen selten zeigen.
- **Grundstimmung:** Auch die Grundstimmung und die Motivation eines Menschen beeinflussen das Testergebnis. Wenn ein Mensch keine Lust hat, Sorgen hat oder deprimiert ist, wird er i. d. R. schlechtere Ergebnisse erzielen.

Aufgabe

6 Herr Eissler leidet an einer depressiven Störung. Als er bei der Aufnahme in eine gerontopsychiatrische Rehabilitationseinrichtung einen Intelligenztest machen soll, sagt er: „Bleiben Sie mir doch weg mit Ihrem neumodischen Zeug." Schließlich füllt er den Testbogen dennoch – wenn auch lustlos – aus. Wie ist dieses Ergebnis zu bewerten?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

5.4.2 Unterschiede in der Intelligenzleistung bei älteren Menschen

Es sei noch darauf hingewiesen, dass Geschlechterunterschiede in der kristallinen Intelligenz bei der heute älteren Generation recht häufig auftreten. So fällt auf, dass Frauen bei Fragen zu Politik, Wirtschaft und Erdkunde meist schlechter abschneiden; waren dies doch Gebiete, mit denen sie sich früher weniger auseinanderzusetzen hatten. Männer haben hingegen geringeres Wissen im „Management" von Familienbeziehungen, in den Bereichen Haushaltsführung und Erziehungslehre und schneiden meist im Bereich der Wortflüssigkeit schlechter ab.

Neben diesen allgemeinen Entwicklungen gibt es jedoch – wie in jeder Altersgruppe – individuelle Unterschiede in der Intelligenzleistung. Hier spielen Gesundheitszustand, Interesse und Motivation eine Rolle. Auch die Biografie des Menschen wirkt mit: Welche Schulausbildung hatte der Mensch? Welchen Beruf hat er ausgeübt? Wie lange war er berufstätig? Wird er noch gefordert, Neues zu lernen? In welcher Umgebung lebt er?

5.4.3 Intelligenztraining

Bis ins hohe Alter besteht (bei hirnorganisch gesunden Menschen) die Möglichkeit, auf die Intelligenzentwicklung Einfluss zu nehmen. Wenn die fluide Intelligenz und das Kurzzeitgedächtnis nachlassen, kann eigenes Üben oder angeleitetes Training die intellektuelle Leistungsfähigkeit erhalten und sogar verbessern. Wichtig dabei ist, dass das Training Freude bereitet und nicht von Stress oder Ängsten geprägt ist. Hier gibt es viele Möglichkeiten:

- Erinnerungsarbeit,
- Aktivierungsangebote, z. B. Gedächtnistraining, Rätselrunden,
- Kreuzworträtsel lösen,
- Gesellschaftsspiele mit Wissens- oder Denkaufgaben,
- sich über Medien für Neues interessieren oder vorhandenes Wissen vertiefen,
- neugierig sein, was die Kinder/die Enkel so unternehmen oder in der Schule lernen,
- Nachdenken über Gehörtes.

Durch eine Steigerung des Erfahrungswissens (kristalline Intelligenz) ist in einem bestimmten Umfang der Abbau der fluiden Intelligenz im Alter abzumildern. Das trifft auf jeden Fall für den Bereich des Expertenwissens im Alter (S. 182) zu.



Merke

Wichtig ist es, Menschen in jedem Lebensalter Möglichkeiten zu geben, ihre kognitiven Fähigkeiten weiter zu entwickeln oder zu trainieren, denn diese Fähigkeiten bestimmen die Fremd- und Selbsteinschätzung und dadurch Kontakte zu Mitmenschen und eigenes Wohlbefinden.



Aufgabe

7 Warum ist es wichtig, kognitive Fähigkeiten zu trainieren?
8 Welche Möglichkeiten gibt es, Intelligenz bei Langzeitpatienten oder bei Bewohnern eines Pflegeheims zu fördern? Was können Sie dazu unter Beachtung des Wohlbefindens des Betroffenen beitragen?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Kapitel 6
Emotionen

6.1 Grundlagen *98*

6.2 Angst *101*

6.3 Ekel *103*

6.4 Scham *104*

6.5 Schmerz *107*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

6 Emotionen

„Gefühle sind eigentlich ganz schön, aber manchmal ganz schön lästig." Eine Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege.

Examensschwerpunkte

Grundlagen, (S. 98) Angst (S. 101), Ekel (S. 103), Scham (S. 104), Schmerz (S. 107)

6.1 Grundlagen

Was wäre der Mensch ohne seine Gefühle? Freude, Glück, Angst, Furcht, Einsamkeit, Schmerz, Zufriedenheit und Unzufriedenheit, Wut und Trauer, sie sind nur ein kleiner Ausschnitt aus dem breiten Spektrum der Gefühle, die Menschen empfinden. Man unterscheidet zwischen körperlichen Empfindungen/Gefühlen (z. B. Kälte, Hunger, Durst) und psychischen Gefühlen (z. B. Einsamkeit, Freude, Angst). Letztere werden mit dem Begriff „Emotionen" umschrieben.

Gefühle haben weitreichende Auswirkungen auf das Verhalten des Menschen, sowie auf körperliche und kognitive Prozesse, die sich gegenseitig beeinflussen. Deshalb werden sie in der Psychologie mit großem Interesse erforscht und beschrieben.

Fallbeispiel

Gefühle. Frau Berger, eine sonst sehr ruhige Bewohnerin eines Pflegeheims, ist ganz aufgeregt. Heute wird sie seit Jahren zum ersten Mal von ihrer in Australien lebenden Tochter besucht. Sie läuft im Zimmer auf und ab, räumt Gegenstände vom Tisch auf die Kommode und dann wieder von der Kommode zurück auf den Tisch. Als Auszubildende Sabine ihr den Blutdruck misst, ist dieser gegenüber ihren sonstigen Werten stark erhöht, sie hat rosige Wangen, einen erhöhten Muskeltonus und feuchte Hände. Frau Berger ist heute sehr gesprächig, sie wiederholt mehrfach, wie sehr sie sich auf das Kommen der Tochter freut. Frau Bergers Gedanken scheinen sich zu überschlagen: Was sie ihrer Tochter alles erzählen und zeigen muss, wie es wohl den Enkeln geht usw.

6.1.1 Entstehung und Äußerung von Gefühlen

Wie kommt es, dass Menschen bestimmte Gefühle entwickeln? Bei der Entstehung von Gefühlen spielen sowohl körperliche Prozesse als auch Denkprozesse eine Rolle. Den Zusammenhang zwischen Fühlen und Denken greift die Kognitive Verhaltenstherapie (S. 466) auf. Sie geht davon aus, dass Menschen nicht durch die Dinge selbst, sondern durch die Einstellungen und Gedanken, die sie zu diesen Dingen haben, z. B. beunruhigt oder erfreut werden.

Emotionen werden von bewussten und unbewussten Denkweisen und Einstellungen und durch verinnerlichte Werturteile und Einschätzungen beeinflusst. Das Gehirn verarbeitet aber auch Informationen aus dem Körper. Den Veränderungen der Gesichtsmuskulatur kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. So konnte experimentell gezeigt werden, dass die Reizung bestimmter Gesichtsmuskelgruppen relativ spezifische Gefühle auslösen kann.

Gefühlsäußerungen können verbal oder nonverbal erfolgen. So äußerte Frau Berger verbal ihre Freude über das Kommen der Tochter. Nonverbal zeigte sich ihre Aufregung in einer erhöhten motorischen Aktivität und in vegetativen Veränderungen.

Es kommt jedoch auch häufig vor, dass Menschen ihre Gefühle nicht verbal äußern. Dabei wäre es manchmal sehr wichtig, Freude oder auch Unwohlsein oder Ärger auf diese Weise auszudrücken.

Um den ihnen anvertrauten Menschen das Äußern von Gefühlen zu erleichtern, sollten Pflegende hier als Beispiel vorangehen. Wenn Pflegende selbst gelegentlich ihre Gefühle äußern („Ich fühle mich gerade nicht so wohl", „ich freue mich", „ich bin auch traurig", „ich ärgere mich") wird der Patient/Bewohner auch ermutigt, über seine Gefühle zu sprechen. Wenn Gefühlsäußerungen durch aktives Zuhören (S. 224) bemerkt und ernstgenommen werden, fühlen sich manche Patienten oder Bewohner ermutigt, mehr mitzuteilen. Sie werden in einer ehrlich gemeinten Frage nach dem Befinden – „Wie geht es Ihnen heute?" – eher die Chance ergreifen, auch über ihre Gefühle zu sprechen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

6.1.2 Sinn und Gefahren von Gefühlen

Emotionen sind für den Menschen lebenswichtig. So sichert sich schon ein Säugling die für das Überleben notwendige Versorgung, indem er durch sein Lächeln oder Schreien die Eltern motiviert, sich weiter um ihn zu kümmern.

Emotionen dienen der Kontaktaufnahme und der Beziehungsgestaltung und somit der Erhaltung der menschlichen Art; sie stellen einen Antrieb für das menschliche Verhalten dar und sind dadurch auch von großer Bedeutung für die Leistungsmotivation.

Manche Gefühle haben eine Schutzfunktion. Wie leicht würde man sich in Gefahr begeben, wäre da nicht das oft sehr sinnvolle Gefühl der Angst. Ungünstig hingegen können Gefühle sein, wenn sie das Denken oder wichtige Handlungen blockieren. Verminderte Konzentration, eingeengtes Denken, ein „Blackout" in der Prüfung sind in diesem Zusammenhang sehr wohl bekannt.

6.1.3 Zusammenhang von Gefühlen mit Denkprozessen, körperlichen Reaktionen und Verhalten

Merke

Gefühle stehen in engem Zusammenhang mit (▶ Abb. 6.1):
- kognitiven Prozessen,
- körperlichen Prozessen,
- Verhaltensweisen.

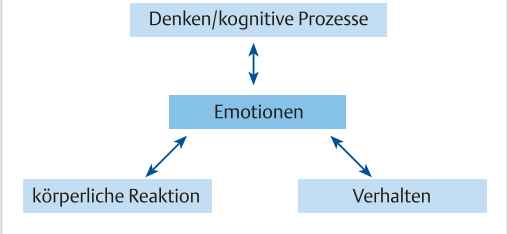


Abb. 6.1 Gefühle stehen im Zusammenhang mit Denkprozessen, körperlichen Prozessen und mit Verhalten.

Gefühle und kognitive Prozesse

Gefühle verändern die Wahrnehmung und das Denken. Ist es nicht herrlich, verliebt durch den Regen zu gehen? Sieht doch die ganze Welt auf einmal so freundlich aus, und die Arbeit geht wie von alleine. Anders bei Menschen in einer depressiven Stimmung, in der alles Denken von Leere, Trostlosigkeit und Hoffnungslosigkeit geprägt ist.

Man unterscheidet bei Denkprozessen zwischen inhaltlichen und formalen Aspekten.

▶ **Inhaltliche Aspekte.** Sie beschreiben, *was* gedacht wird, z. B.:
- was man alles tun möchte,
- wie nett jemand ist,
- was man sich vorgenommen hat, in einem Vorstellungsgespräch zu sagen,
- wie der gestrige Abend verlaufen ist.

▶ **Formale Aspekte.** Sie beschreiben die Art und Weise, *wie* gedacht wird, z. B.:
- schnell,
- langsam,
- in Ruhe,
- zusammenhängend,
- sprunghaft.

Man kann in aller Ruhe zufrieden an einen gelungenen Abend denken, oder man kann bei einer plötzlichen Bedrohung blitzschnell seine Chancen zu entkommen überdenken.

Aufgabe

1 Zeigen Sie am Beispiel der Emotionen Wut und Furcht, dass Gefühle inhaltliche und formale Denkprozesse beeinflussen können.

Dass Denken die Gefühle beeinflusst, zeigt auch das folgende Beispiel.

Fallbeispiel

Gefühle und Denken. Ein Arzt kommt in das Zimmer von Frau Klein. Sie weiß, er kommt um ihre Entlassung zu besprechen, also freut sie sich, ihn zu sehen. Vor 2 Wochen kam der Arzt, um mit ihr über die anstehende Operation zu sprechen. Damals erzeugte sein Kommen Angst.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Das Beispiel zeigt, dass das Denken über eine Situation, also deren Einschätzung entscheidend dafür ist, wie ein Mensch sich fühlt. In der Praxis bedeutet das, den Patienten bzw. den Bewohnern die Situationen so zu erklären, dass keine unnötigen Ängste entstehen. Termine sollten so eingeteilt werden, dass keine zu langen Wartezeiten entstehen.

Merke

Vorhersehbare und berechenbare Situationen reduzieren für die Kranken das Gefühl des Ausgeliefertseins. Lernt ein Patient, dass er seine Lebensbedingungen beeinflussen und mitgestalten kann, wird er seine Lage anders beurteilen und sich besser fühlen.

Gefühle und körperliche Prozesse

Wie eng Gefühle mit körperlichen Prozessen verknüpft sind, zeigen viele Redensarten:

- Angst schnürt die Kehle zu.
- Bei Furcht stehen die Haare zu Berge.
- Das Herz schlägt vor Freude bis zum Hals.
- Eine ständige Sorge geht an die Nieren.

Es lässt sich beobachten, wie der Körper bei bestimmten Gefühlen reagiert. So steigt bei Wut der Blutdruck, der Muskeltonus ist erhöht, die Pupillen verändern sich, die Herz- und Atemfrequenzen steigen, es wird vermehrt Schweiß produziert. Erstaunlich ist nun, dass bei vollkommen unterschiedlichen Gefühlen, z. B. bei Freude und Wut, ganz ähnliche Veränderungen geschehen. So zeigt Frau Berger bei der Vorfreude auf den Besuch der Tochter sehr ähnliche körperliche Veränderungen wie ein wütender Mensch, z. B. erhöhten Blutdruck und vermehrte Schweißproduktion.

Merke

Gefühle entstehen aus einem Zusammenspiel von relativ unspezifischen körperlichen Veränderungen und der subjektiven Interpretation der Situation.

► **Exkurs „Lügendetektor“.** An dieser Stelle sei auf den umstrittenen Wert des sog. Lügendetektors hingewiesen. Bei diesem handelt es sich um einen Polygraphen, ein Gerät, das verschiedene körperliche Veränderungen aufzeichnet. So werden anhand verschiedener Kurven, z. B. Herzfrequenzveränderungen, Muskeltonus Schwankungen und Veränderungen der Hautleitfähigkeit (als Maß für die Schweißproduktion) registriert. Sicher eine gute Methode, Erregungsschwankungen darzustellen. Infrage zu stellen ist jedoch, woher die Erregungsschwankungen kommen. Man stelle sich hier einen unschuldigen Mann vor, der gefragt wird, ob er einen Mord begangen hat. Wessen Muskeltonus würde sich in einer solchen Situation nicht erhöhen? Denn der Körper reagiert zwar auf Emotionen, jedoch lassen sich nicht jedem Gefühl eindeutige körperliche Reaktionen zuordnen. Man spricht hier von relativ unspezifischen physiologischen Reaktionen.

Ebenso wie Gefühle körperliche Reaktionen erzeugen können, kann durch physiologische Veränderungen die Gefühlslage beeinflusst werden: So wird z. B. in der Therapie bei depressiven Patienten viel mit Bewegung gearbeitet. Und tatsächlich ist es möglich, über Bewegung durch das Anregen bestimmter Stoffwechselprozesse das Wohlbefinden zu steigern.

Merke

Emotionen führen zu körperlichen Reaktionen. Außerdem lassen sich Emotionen über körperliche Veränderungen beeinflussen.

Aufgabe

2 Suchen Sie nach weiteren Redensarten, die einen Zusammenhang zwischen körperlichen und emotionalen Prozessen beschreiben.
3 Welche körperlichen Veränderungen lassen sich beim Verliebtsein oder bei Trauer feststellen?

Gefühle und Verhalten

Gefühle können sich im Verhalten äußern. Das bedeutet, dass das Verhalten eines Patienten oder Bewohners Hinweise auf dessen Gefühlslage geben kann. Emotionen sind Motive, also Beweggründe für ein Verhalten. Sie sind für die Art der Handlung und die Stärke der Motivation bedeutsam.

So stellen die Freude an einer gelungenen Handlung, die Enttäuschung über ein gebrochenes Ver-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

sprechen und die Angst zu versagen entscheidende Antriebe dar. Das bedeutet, dass Pflegende die Chance haben, durch eine Verbesserung der Gefühlslage, den Antrieb und das Verhalten der Pflegebedürftigen zu beeinflussen.

Merke

Emotionen wahrzunehmen ist ein wesentlicher Bestandteil der Krankenbeobachtung und Voraussetzung für einen professionellen pflegerischen Umgang. Die Berücksichtigung der Gefühlslage eines Patienten ist hilfreich für den Aufbau einer tragfähigen pflegerischen Beziehung und für die Therapiemotivation des Patienten.

Nun handelt es sich hier nicht um eine einseitige Beeinflussung, sondern um eine wechselseitige. Ebenso wie Gefühle das Verhalten beeinflussen können, ist es auch über das Verhalten möglich, Gefühle zu beeinflussen: So lässt sich oft beobachten, dass sich Bewohner, die sich aktiv beschäftigen, wohler fühlen.

Fallbeispiel

Gefühle und Verhalten. Petra war den ganzen Tag schlecht gelaunt. Nach einer Stunde Klavierspielen fühlt sie sich wesentlich besser.

Aufgabe

4 Geben Sie Beispiele dafür, dass Gefühle das Verhalten von Menschen beeinflussen.
5 Beschreiben Sie Möglichkeiten, die Gefühlslage durch das Ausüben bestimmter Tätigkeiten zu verbessern.

6.2 Angst

6.2.1 Grundlagen

Entstehung von Angst

Angst entsteht in sehr unterschiedlichen Situationen. Manche Menschen haben Angst vor Hunden, andere vor dem Zahnarzt, manche vor hohen Brücken, vor dem Alleinsein oder vor dem Tod. Bei näherem Hinsehen zeigt sich, dass alle diese Situationen etwas gemeinsam haben: Es sind Situationen, die für unkontrollierbar gehalten werden, es besteht Hilflosigkeit, da sie nicht vollständig gesteuert werden können: Woher weiß man, ob der Hund beißt? Was tun, wenn der Schmerz beim Zahnarzt nicht mehr auszuhalten ist? Was geschieht bei der Operation, wird alles gut gehen?

Merke

Angst entsteht in als bedrohlich empfundenen Situationen, in denen Kontrollverlust und Hilflosigkeit erlebt werden, also in Situationen, in denen man glaubt, dass der Handlungsausgang nicht den eigenen Einflussmöglichkeiten unterliegt.

Anzeichen der Angst

► **Physiologisch.** Angst zeigt sich physiologisch, etwa durch Veränderungen der Herzfrequenz und des Blutdrucks, durch Schwitzen, Blässe, Pupillenerweiterung oder erhöhten Muskeltonus.

► **Kognitiv.** Kognitive Veränderungen zeigen sich z. B. in Einschränkungen der Wahrnehmung und der Erlebnisverarbeitung, Gedankenjagen oder Denkblockaden kommen vor.

► **Verhalten.** Und schließlich drückt Angst sich auch im Verhalten aus: stumm vor Angst sein oder ganz viele Fragen stellen, weglaufen, sich verkriechen oder weinen.

Angst und Ängstlichkeit

In der Psychologie unterscheidet man:
- Angst als situativen Zustand, also Angst, die sich auf eine spezielle Situation bezieht,
- Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft, die sich als recht überdauernde Verhaltensbereitschaft, generell eher ängstlich zu reagieren, ausdrückt.

Merke

Angst ist ein sinnvolles Gefühl, solange sie vor Gefahren schützt oder der Motivation dient. Ungünstig ist sie, wenn sie sinnvolle Verhaltensweisen und die eigene Leistungsfähigkeit hemmt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

6 Erinnern Sie sich an Situationen, in denen Sie Angst hatten. Wie hat sich Ihr Verhalten verändert, welche physiologischen oder kognitiven Veränderungen haben Sie erlebt?
7 Erklären Sie mit eigenen Worten den Unterschied zwischen Angst und Ängstlichkeit.
8 Sammeln Sie Situationen, in denen Angst hilfreich ist und solche, in denen sie hemmend oder schädigend sein kann.

6.2.2 Umgang mit Angst

Grundsätzlich gibt es 2 Möglichkeiten, die Emotion Angst zu verändern:

- physiologisch: körperliche Angstsymptome reduzieren,
- kognitiv: das Denken über die angstauslösende Situation, also die Bewertung der Situation verändern.

▶ **Physiologisch.** Es ist unmöglich, Angst zu haben und gleichzeitig entspannt zu sein; Angst und Entspannung sind Verhaltensweisen, die sich gegenseitig ausschließen. Physiologisch hilft die Entspannung des Körpers. Hier bieten sich die progressive Muskelentspannung nach E. Jacobsen, die Entspannungsübungen nach Simonton oder das Autogene Training nach I. H. Schulz an, aber auch jede andere individuelle Möglichkeit, eine Entspannung herbeizuführen.

▶ **Kognitiv.** Kognitive Veränderungen können darin bestehen, die Angst zu akzeptieren, ohne das Gefühl zu haben, sie unterdrücken zu müssen. Vielleicht gelingt es auch, der Angst positive Aspekte zuzuschreiben. Es können Argumente gesammelt werden, die zeigen, dass die Angst übersteigert oder unbegründet ist. In Gesprächen über die Angst kann der Mensch sich mit seinen Gefühlen konfrontieren und neue Argumente oder Sichtweisen der Situation erhalten.

Auch durch Erfahrungslernen (S. 58) kann z. B. im Zuge einer Verhaltenstherapie die Denkweise verändert werden, wenn selbst erlebt wurde, dass das Angstobjekt nicht wirklich gefährlich ist und dass die Angst ausgehalten oder bewältigt werden kann.



Abb. 6.2 Patienten können durch Zuspruch von Pflegekräften neuen Mut schöpfen *(Symbolbild)*. (Foto: Ocskay Bence – stock.adobe.com)

So kann Verhalten durch Veränderung von Denkprozessen oder von körperlichen Prozessen auch Emotionen verändern.

Merke

Was dem Patienten hilft, muss behutsam herausgefunden werden. Zunächst ist festzustellen, wie realistisch die Angst ist. Es kann helfen, ihm Ablenkungsmöglichkeiten zu verschaffen oder ihn in seiner Angst nicht alleine zu lassen (▶ Abb. 6.2). Hier gilt es, die Angst des Patienten ernst zu nehmen.

Aufgabe

9 Wie gehen Sie mit eigenen Ängsten um? Was empfinden Sie als hilfreich?
10 Tauschen Sie sich über ihre Erfahrungen mit Angst von Patienten oder Bewohnern aus.
11 Frau Petersen wird morgen operiert; sie bekommt einen Herzschrittmacher. Bei der Grundpflege äußert sie, Angst vor der Operation zu haben: „Was ist, wenn es nicht gut geht?“ Spielen Sie die Situation zu zweit als Rollenspiel. Diskutieren Sie, welche Reaktionen der Pflegenden als hilfreich empfunden wurden und welche nicht.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

6.3 Ekel

Zu den unangenehmen Seiten des Pflegeberufs gehört der Ekel. Ebenso wie die Scham ist Ekel bei vielen Pflegehandlungen gegenwärtig, wird aber selten angesprochen.

6.3.1 Grundlagen

Definition

Ekel ist ein starkes abwehrendes Gefühl, das leicht mit körperlichen Reaktionen wie Übelkeit, Erbrechen, Würgen und schlechtem Geschmack im Mund einhergeht.

Ekel beeinflusst auch unser Denken und unser Verhalten. Unangenehme Assoziationen treten auf, Fluchtgedanken, Veränderung der Mimik und eventuell auch der Sprache.

Pflegende werden vor Beginn der Berufstätigkeit i. d. R. darüber informiert, dass ekelerregende Situationen auf sie zukommen werden. Trotzdem erleben sie nicht nur am Anfang der Berufstätigkeit heftige spontane Ekelgefühle. Deshalb muss im Unterricht thematisiert werden, dass:

- man sich ekeln darf,
- es normal ist und anderen auch so geht,
- Ekel jedoch nicht für den Patienten erkennbar gezeigt werden soll.

Während der Ausbildung, aber auch später im Team soll Gelegenheit geschaffen werden, das Tabu zu brechen und sich über Ekelerfahrungen und den Umgang mit Ekel auszutauschen.

Aufgabe

12 Haben Sie persönlich schon einmal während einer Pflegesituation Ekel empfunden? Wodurch wurde das Gefühl ausgelöst? Welche Reaktionen konnten Sie an sich beobachten?

6.3.2 Ekel auslösende Faktoren

Ekel auslösende Faktoren sind für Pflegende und Pflegebedürftige unangenehme bis unerträgliche Sinnesreize, vor allem im Bereich der olfaktorischen (Geruch), optischen (Anblick) und haptischen (Tasten) Wahrnehmung, weniger im akustischen Bereich (Geräusche). Wovor ein Mensch sich ekelt ist jedoch sehr unterschiedlich. Pflegende mit langjähriger Berufserfahrung berichten, dass in vielen – wenn auch nicht in allen – Bereichen Gewöhnung eintritt, die den Umgang mit ursprünglich ekelerregenden Situationen erleichtern.

Fallbeispiel

Ekel. Auszubildende Jana hat ihren ersten praktischen Einsatz auf der Kinderstation. Als sie am Morgen das Krankenzimmer betritt, schlägt ihr ein widerlicher Geruch entgegen. Noch bei der Nachtbeleuchtung bemerkt sie, dass der 3-jährige Konrad in seinem Bettchen steht, während die anderen beiden kleinen Patienten noch schlafen. Dann knipst sie das Licht an – und es bietet sich ihr ein ekelerregender Anblick: Konrad hat sich Schlafhose und Windel ausgezogen und das ganze Bett und sich selbst, einschließlich Gesicht und Ohren, mit Kot beschmiert.

Jana spürt eine Übelkeit in sich aufsteigen, macht sich aber tapfer daran, Konrad aus dem Bett zu heben und ihn auf den Wickeltisch zu setzen. Bei der Reinigung des Mundes, in dem Stuhl zu finden ist, wird ihr so übel, dass sie Konrad zurück in das Bettchen setzen und den Raum verlassen muss.

Merke

Pflegende, die nicht lernen, mit Ekel angemessen umzugehen, geraten emotional aus dem Gleichgewicht. Sie entwickeln negative Gefühle oder stumpfen bis zur Gefühllosigkeit den Patienten gegenüber ab, denen sie eigentlich mit Liebe und Fürsorge begegnen wollen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

6.3.3 Umgang mit Ekel

Erfahrene Pflegende und Mentoren können berichten, was hilft, um mit Ekel in der Pflege zurechtzukommen und diese starke, oft überwältigende Emotion so zu integrieren, dass die Pflegequalität und die Beziehung zum Patienten nicht darunter leiden:

- Ekelerregendes möglichst schnell beseitigen oder reduzieren, z. B. bei Gerüchen schnell lüften,
- Behandlungsmaßnahmen zügig durchführen, um z. B. die Dauer eines schlimmen Anblicks zeitlich zu begrenzen,
- Handschuhe, Mundschutz und Überkittel zum Schutz der eigenen Sinneswahrnehmung und zur eigenen Abgrenzung tragen,
- nach Möglichkeit zu zweit arbeiten, da man durch Austausch untereinander den entstandenen Stress leichter abbauen kann,
- gedanklich kann ein Perspektivewechsel hilfreich sein: Die Situation aus der Sicht des zu Pflegenden zu betrachten, kann helfen, von den eigenen Empfindungen abzulenken und diese zu relativieren.

Fallbeispiel

Umgang mit Ekel. Als Auszubildende Laura die erste Stomaversorgung durchführen soll, will sie am liebsten alles stehen lassen und den Raum verlassen. Sie sieht das offenliegende Darmende und den mit Stuhlgang gefüllten Beutel. Ihre Mentorin bemerkt Lauras Ekel und übernimmt das Wechseln des Beutels. Als sie das Zimmer verlassen haben, gibt die Mentorin zu bedenken: „Weißt du, Laura, wir müssen das nur saubermachen. Was meinst du aber, wie schlimm es für einen Patienten ist, mit der Situation umzugehen? Wir können dabei helfen, indem wir den Wechsel zügig und professionell durchführen."

Aufgabe

13 Wie äußert sich Ekel in den beschriebenen Fallbeispielen körperlich, emotional und kognitiv?
14 Wie können Pflegende in den geschilderten Fallbeispielen die Situation gestalten, um den Patienten/Bewohner gut zu versorgen?

6.4 Scham

Zu den grundlegenden Emotionen des Menschen gehört die Scham. Jeder kennt sie, aber kaum jemand spricht von ihr. Gerade im Bereich der Pflege kann man beobachten, dass Scham zwar vorhanden ist, aber kaum angesprochen wird.

6.4.1 Grundlagen

Definition

Scham bezeichnet ein Gefühl des Bloßgestellt Seins oder die Furcht, bloßgestellt zu werden (Brockhaus).

Scham ist ein komplexes emotionales Geschehen. Es dient in erster Linie dazu, die Würde eines Menschen zu schützen und Verletzungen in einem ganz persönlichen Bereich zu vermeiden. Verletzungen der körperlichen Intimsphäre lösen Scham aus. Aber auch das Selbstwertgefühl einer Person will unversehrt bleiben.

Das Schamgefühl erfasst die ganze Person, ihr Denken, Handeln und Fühlen. Man schämt sich vor anderen und vor sich selbst, weil man den Anforderungen der anderen oder dem Anspruch an sich selbst nicht gerecht wird. Scham kann die Person aber auch davor schützen, sich auffällig zu verhalten und sich in entwürdigende Situationen zu bringen.

Fallbeispiel

Scham (1). Wenn der Dozent im Krankenpflegeunterricht in die Runde schaut und die Klasse auffordert, zu einem Thema Stellung zu nehmen, schaut Auszubildender Tobias vor sich auf seine Unterlagen. Er verbirgt nach Möglichkeit sein Gesicht hinter dem Nachbarn, um einen Blickkontakt mit dem Lehrer zu vermeiden. Tobias, der im schriftlichen und praktischen Bereich sehr gute Leistungen erbringt, beteiligt sich nicht an Diskussionsrunden. Tobias stottert und befürchtet deshalb, sich durch einen mündlichen Beitrag zu blamieren und von den anderen ausgelacht zu werden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

6.4.2 Entwicklung des Schamgefühls

Scham wird im Verlauf der Sozialisation erlernt. Kleine Kinder bewegen sich im Schwimmbad zunächst nackt, später tragen sie Badehose und Badeanzug und schämen sich, wenn Fremde sie nackt sehen. Im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung treten im Alter zwischen 2 und 4 Jahren erste Anzeichen von Scham auf: Das Kind wird verlegen und schämt sich, z. B. wenn es etwas Unerlaubtes angestellt hat. So bedienten sich über lange Zeit Eltern und Erzieher der Drohung: „Der liebe Gott sieht alles!" Damit schufen sie unnötigerweise bei kleinen und kleinsten Vergehen für Kinder zahlreiche Anlässe sich zu schämen.

Geradezu eine Lektion, das Schämen zu erlernen, war die erzieherische Maßnahme, die Pädagogen früherer Zeiten einsetzten: Kinder, die etwas angestellt hatten, wurden nach vorne gerufen und mit der Anordnung: „Stell dich in die Ecke und schäm dich" aus dem Klassenverband herausgelöst und auf diese Weise bloßgestellt.

Die individuelle Schamentwicklung hängt von den Wertevorstellungen des sozialen Umfelds ab. Der jeweiligen Erziehung entsprechend ist Scham unterschiedlich ausgeprägt.

Fallbeispiel

Scham (2). Frau Klose ist 42 Jahre alt. Sie war bisher gesund und noch nie in einem Krankenhaus. Da sie das Bett nicht verlassen kann, ist es ihr nicht möglich, die Toilette aufzusuchen. Skeptisch betrachtet sie die ungewohnte Bettschüssel. Es ist ihr sehr peinlich, sie in Gegenwart der Mitpatientinnen zu benutzen und so ist sie beim Wasserlassen ängstlich bemüht, keine Geräusche aufkommen zu lassen. Es war ihr noch nicht möglich, eigentlich nicht einmal vorstellbar, auf der Bettschüssel Stuhlgang zu verrichten (▶ Abb. 6.3).

Fallbeispiel

Scham (3). Der 7-jährige Oliver wurde am Abend in die Kinderklinik gebracht. Am nächsten Morgen stellt er fest, dass das Bett nass ist. Er ist sehr erschrocken, denn das ist ihm schon seit Jahren nicht passiert. Als Pflegefachkraft Lena ins Zimmer kommt, schaut er betreten weg und schämt sich.



Abb. 6.3 Viele Patienten schämen sich, die Bettschüssel zu benutzen. (Foto: Thieme)

Fallbeispiel

Scham (4). Auszubildende Tina erzählt: „Mir ist einmal etwas furchtbar Peinliches passiert. Wir waren im „Midnight", unserer Lieblingsdisco. Ein gutaussehender Mann hatte mich zum Tanzen aufgefordert. Plötzlich riss die Naht an meinem Top! Ich konnte es vorne gerade noch zusammenraffen. Es war schrecklich. Ich bekam einen knallroten Kopf. Am liebsten wäre ich in das nächste Mauseloch gekrochen ..."

6.4.3 Merkmale des Schamgefühls

Scham äußert sich in Erröten, Änderungen des Muskeltonus und der Atmung. Es kann zu Schwindelgefühlen, Sprachproblemen wie Stottern und zittriger Stimme, eventuell auch zu Blutdruckveränderungen und Gefühlsausbrüchen kommen.

Oft geht das Schamgefühl einher mit dem Wunsch, sich zu verstecken, zu verschwinden oder sogar zu sterben. Scham zeigt sich auch in der Körperhaltung und in einem gesenkten Blick. Scham geht oft mit Angstgefühlen einher und führt dadurch immer wieder zu übermäßiger Anpassung an die Normen anderer und damit zum Verlust eigener Identität. Bei besonders stark ausgeprägtem Schamgefühl können Minderwertigkeitsgefühle und extrem kritische Selbstbeobachtung auftreten.

6.4.4 Scham auslösende Situationen

Schamsituationen beinhalten Normabweichungen. Das können Abweichungen von gesellschaftlichen Normen, Gruppennormen oder persönlichen Normen sein.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Im Bereich der Alten- und Krankenpflege entsteht Scham häufig, wenn Menschen alters- oder krankheitsbedingte Leistungseinbußen erleben und wenn es zu besonderen Pflegesituationen kommt.

Fallbeispiel

Scham während des Anamnesegesprächs. Bei der Aufnahme in ein Pflegeheim wird Herrn Stamm, 91 Jahre alt, und seinen beiden Töchtern ein Fragebogen vorgelegt. Obwohl allen Dreien das regelmäßige Einnässen des alten Herrn bekannt ist, kreuzen sie bei der Frage nach Inkontinenz die Antwort „kommt gelegentlich vor" an.

Pflegende bzw. Gepflegte erleben Scham in unterschiedlichen Pflegesituationen, z. B.:

- rektales Fiebermessen,
- Intimpflege,
- Hilfe benötigen bei Körperpflege, Nahrungsaufnahme, beim Waschen oder Anziehen.

Aufgabe

15 Bei welcher Gelegenheit haben Sie im Krankenhaus oder im Pflegeheim schon einmal Scham selbst erlebt oder bei Pflegebedürftigen bemerkt? Wie haben sich diese Schamgefühle geäußert?

Intimpflege

Pflege kranker oder älterer Menschen beinhaltet häufig, dass intime Bereiche berührt, gewohnte Tabuzonen überschritten werden müssen. Eine besonders schambelastete Situation ist die Intimpflege. Einerseits ist sie für den Pflegenden eine alltägliche Angelegenheit, die oft routinemäßig durchgeführt wird, für den Gepflegten dagegen ist sie eine beschämende, durch Ohnmacht, Hilflosigkeit und Abhängigkeit gekennzeichnete Pflegemaßnahme, die erduldet werden muss.

Kleinkinder empfinden es nicht als anstößig, gewaschen zu werden. Die Durchführung der Körperpflege durch eine andere Person ist hingegen im Jugend- und Erwachsenenalter nicht nur völlig ungewohnt, sondern problematischer als man im Allgemeinen denkt. Oft muss der ganze Körper berührt werden, auch Zonen, die in unserer Kultur – außer in intimen, sexuellen Zusammenhängen – als Tabu gelten. Interviews zum Thema Intimpflege belegen eindrücklich heftige Schamgefühle bei Pflegenden und Gepflegten. Es zeigt sich auch, dass besonders in der Ausbildung erhebliche Informationslücken bestehen. Dazu folgende Geschichte.

▸ **Scham.** Eine 40-jährige Pflegefachkraft erzählte, dass sie sich am Anfang ihrer Pflegetätigkeit unheimlich geschämt hat. „Ich war extrem gehemmt und wusste nicht hin und nicht her, wie ich das (Intimpflege) machen sollte. Ich habe mich sehr geschämt dabei und war erschrocken, wie abgemagert die Frau war und wie anders ihr Körper im Gegensatz zu meinem – ich war damals 18 – aussah. Ich fand es so schlimm, dass das so gemacht wurde, dass so etwas Intimes und teilweise Entwürdigendes einfach en passant vorausgesetzt wurde. Ich wusste auch nicht, was ich mit ihr reden sollte und ob ihr das recht war … Ich hatte mir etwas Professionelleres vorgestellt. Ich dachte, man kriegt eine Anleitung, wie man das genau machen soll, worauf man achten sollte. Und was immer vermittelt wird, ist ja immer, dass man bei Frauen beim Genital von vorne nach hinten wäscht, also nie umgekehrt, nie vom Gesäß nach vorne, aber mehr wusste ich nicht, es war also sehr unangenehm" (nach Sowinski, 2000).

6.4.5 Umgang mit Scham

Fallbeispiel

Umgang mit Scham. Frau K., eine junge Frau, die völlig unangemessen gekleidet – sie ist mit einem festlichen Abendkleid „overdressed" – auf einer Party erscheint, erwägt verschiedene Möglichkeiten:

1. Sie tut so, als sei alles in Ordnung, übersieht die Blicke der anderen Gäste, überspielt ihre unangenehmen Gefühle und hofft, irgendwie den Abend zu überstehen.
2. Sie spricht der Gastgeberin gegenüber an, dass sie die Angelegenheit wohl falsch eingeschätzt habe und sich für eine halbe Stunde entschuldigen möchte. Sie fährt nach Hause, zieht sich um und kehrt auf das Fest zurück, wo sie gut gelaunt einen wunderschönen Abend verbringt.
3. Sie erhebt bei Tisch das Glas, ergreift das Wort und sagt humorvoll: „Ich bin wohl die Einzige, die heute Abend unbedingt ihr neues Kleid anziehen wollte! Auf einen schönen Abend und vielen Dank für die Einladung!"

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Auch im Pflegealltag müssen Patienten und Pflegende lernen, mit Scham auslösenden Situationen angemessen umzugehen. Pflegende können durch einen guten Umgang mit schambelasteten Situationen für die zu Pflegenden und für sich selbst eine erträgliche Atmosphäre schaffen. Es soll vermieden werden, dass Pflegende langfristig beeinträchtigende Abwehrmechanismen entwickeln und in eine unpersönliche, unterkühlte Arbeitsweise übergehen.

6.4.6 Pflege in schambelasteten Situationen

Zu einer möglichst entspannten Situation trägt eine taktvolle Pflege bei, die folgende Hinweise beachtet:

- Grundsätzlich wird in angemessener Sprache kommuniziert.
- Die Intimsphäre wird durch das Aufstellen einer Trennwand geschützt.
- Der Körper wird nur soweit aufgedeckt, wie es momentan nötig ist.
- Durch Nachfragen wird geklärt, was der Patient selbst übernehmen kann und möchte. „Möchten Sie den Intimbereich selbst waschen? Ich helfe Ihnen dann beim Rücken?“
- Mögliche Schamgefühle können von der Pflegenden angesprochen werden. Die Situation entspannt sich dabei häufig. „Nicht wahr, das ist völlig ungewohnt, sich den ganzen Körper waschen zu lassen?“, „Immer geht man alleine auf die Toilette und schließt noch die Tür zu. Und jetzt soll man hier auf die Bettschüssel sitzen!“
- Die Durchführung der Maßnahmen sollte zügig erfolgen. Entlastend erleben Patienten, wenn die Intimpflege eher nebenbei erfolgt. Hier kann es günstig sein, sich mit dem Patienten über etwas anderes zu unterhalten, ihm auch ins Gesicht zu sehen und den Blick nicht nur auf den Intimbereich zu richten.

Aufgabe

16 Lesen Sie noch einmal das Fallbeispiel 2 (S. 105) und Fallbeispiel 3 (S. 105) und helfen Sie Frau Klose und dem 7-jährigen Oliver über die peinlichen Situationen hinweg.

6.5 Schmerz

Schmerzen gehören zu den Gefühlen, unter denen kranke Menschen häufig leiden und die die Lebensqualität und den Lebenswillen erheblich beeinträchtigen können.

6.5.1 Grundlagen

Definition

Schmerzen sind unangenehme, emotionale Wahrnehmungserfahrungen, die mit autonomen Reflexen und individuellem Verhalten verbunden werden und durch vorliegende oder potenzielle Gewebsverletzungen bedingt sind.

Während Schmerzen lange Zeit in erster Linie unter physiologischen Aspekten betrachtet wurden, liegt inzwischen eine biopsychosoziale Betrachtungsweise vor: Schmerzen wirken sich auf physischer und psychischer Ebene aus und können die sozialen Beziehungen beeinträchtigen. Ebenso können alle 3 Ebenen am Schmerzerleben beteiligt sein.

Bei allen unangenehmen Eigenschaften des Schmerzes beinhaltet er aber auch eine lebenswichtige Funktion: Der Schmerz warnt den Menschen und signalisiert, dass etwas nicht mehr in Ordnung ist, dass Gefahren drohen. Der Mensch bekommt so die Chance, auf eine Bedrohung zu reagieren, möglicherweise Schaden zu begrenzen oder abzuwenden.

6.5.2 Physiologie des Schmerzes

Gewebeverletzungen führen zur Freisetzung von verschiedenen chemischen Substanzen, die untereinander und mit verschiedenen freien Nervenendigungen reagieren (biologische Kernreaktion). Entscheidend sind hier vor allem die myelinisierten a-Delta-Fasern, die für die Leitung des unmittelbaren, stechenden Schmerzes bedeutsam sind und die unmyelinisierten c-Fasern, die den eher dumpfen Schmerz weiterleiten. Werden die freien Nervenendigungen der a-Delta-Fasern bzw. der c-Fasern durch diese chemischen Substanzen erregt, wird die Erregung über das Hinterhorn des Rückenmarks bis zur Hirnrinde weitergeleitet, wo es zu einer bewussten Schmerzwahrnehmung kommt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Auswirkungen des Schmerzes

Schmerzen wirken sich auf verschiedenen Ebenen aus:

- physische Ebene,
- psychische Ebene,
- soziale Ebene.

Physische Ebene

Schmerzen wirken Tag und Nacht, sie stören den Schlaf. Gerade nachts erscheinen Schmerzen oft stärker, was unter anderem auf fehlende ablenkende Reize zurückzuführen ist. Lange andauernde Schmerzen führen zu erheblichen Störungen des Allgemeinbefindens wie Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Kraftlosigkeit; sie können zu Verkrampfungen und Fehlbelastungen führen, die langfristig erneut Schmerzen hervorrufen. Akute Schmerzen können zu Übelkeit und Erbrechen führen.

Psychische Ebene

Schmerzen erzeugen das Gefühl, die Situation nicht mehr unter Kontrolle zu haben. Das erzeugt Angst. Die eigene Wahrnehmung ist eingeschränkt, auf den Schmerz und die Krankheit fokussiert. Dies führt dazu, dass viele Patienten weder lesen noch Musik hören oder sich für anderes interessieren können. Der eigene Antrieb sinkt, entstehende Leistungseinbußen können zu depressiven Verstimmungen, zu Beeinträchtigungen des Selbstwertes und zu Schuldgefühlen führen. Bisherige Einstellungen und Werte können infrage gestellt werden.

Soziale Ebene

Da die Wahrnehmung meist auf die Schmerzen und die Krankheit fokussiert wird, führt das häufig zum Verlust der sozialen Kontakte, denn irgendwann möchten Angehörige, Freunde oder Kollegen auch über andere Themen sprechen. Die zunächst häufig erlebte Zuwendung kann im Sinne einer positiven Verstärkung zu einer Verfestigung der Passivität bzw. der depressiven Verstimmungen führen. Die anfangs erlebte Zuwendung wandelt sich bei länger anhaltender Erkrankung häufig in Gleichgültigkeit oder sogar in Aggressivität, was die negativen Gefühle des Patienten weiter verstärkt.

Hinzu kommt der oft eingeschränkte Bewegungsradius (bedingt durch körperliche Beeinträchtigungen oder Ängste), der die Kontaktpflege zudem erschwert. Arbeitsunfähigkeit führt meist zu gravierenden finanziellen Einbußen und zu weiteren Kontaktverlusten. Die Vermeidung von schmerzhaften Bewegungen kann Einschränkungen im Alltag erzeugen, die zu einer Abhängigkeit von anderen Personen führen kann. Innerhalb der Familie oder der Partnerschaft können Veränderungen der Rollen entstehen, oft verbunden mit der Erkenntnis des Patienten, nicht mehr gebraucht zu werden oder für andere eine Last zu sein.

Ausdrucksformen von Schmerzen

Versuche Außenstehender, die Schmerzen anderer einzuschätzen, schlagen häufig fehl. Beobachtbare Zeichen, die für das Vorhandensein von Schmerzen sprechen, sind möglicherweise:

- **Mimik:** schmerzverzerrte Mimik (▶ Abb. 6.4),
- **Körperhaltung:** Schonhaltungen, sich „krümmen“ vor Schmerzen,
- **Verhalten:** verbale oder paraverbale Schmerzäußerungen, Vermeidungsverhalten, z. B. Verweigerung der Nahrungsaufnahme bei Schmerzen im Mundbereich oder Schonhaltung bei Schmerzen im Bewegungsapparat.

▶ **Befragung.** Solche sichtbaren Hinweise müssen, wenn möglich, durch Nachfragen ergänzt werden. Manchen Patienten fällt es jedoch schwer, Schmerzempfindungen exakt zu beschreiben. Eini-



Abb. 6.4 Schmerzen beeinträchtigen die Lebensqualität oft erheblich *(Symbolbild)*. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

ge schämen sich oder sind aufgrund ihrer Erkrankung nicht dazu in der Lage. Ist eine Befragung möglich, können folgende Fragen gestellt werden:

- Ist der Schmerz schwach, stark, stechend, dumpf, brennend, klopfend, erträglich, unerträglich, zunehmend, gleichbleibend, unterschiedlich stark oder anhaltend?
- Gibt es schmerzfreie Phasen?
- Hat sich die Schmerzstärke seit Beginn der Schmerzen verändert?
- Sind die Schmerzen zu bestimmten Zeiten oder bei bestimmten Ereignissen stärker oder weniger stark?
- Hat sich die Art des Schmerzes seit dem Beginn des Schmerzes verändert?

▶ **Befragung von Kindern.** Bei der Befragung von Kindern muss berücksichtigt werden, dass Kinder bis zu einem Alter von etwa 1–2 Jahren nicht in der Lage sind, die Schmerzlokalisierung zu beschreiben („Alles tut weh"). Fragen müssen dem Alter entsprechend formuliert sein. Ist eine Befragung nicht möglich, können lediglich durch die Beobachtung von Mimik, Körperhaltung, paraverbalen Äußerungen (z. B. Schreien) oder durch messbare physische Parameter, z. B. Muskelverspannungen oder Bewegungsverweigerung, Informationen gewonnen werden.

▶ **Schmerzskalen und Schmerztagebuch.** Hilfreich bei der Beschreibung des Schmerzes kann auch der Einsatz von Schmerzskalen sein (▶ Abb. 6.5). Eine weitere Möglichkeit, detaillierte Informationen über Art, Stärke, Zeitpunkt und Kontext des Schmerzes zu erhalten, kann die Erstellung eines Schmerztagebuches sein (▶ Abb. 6.6).

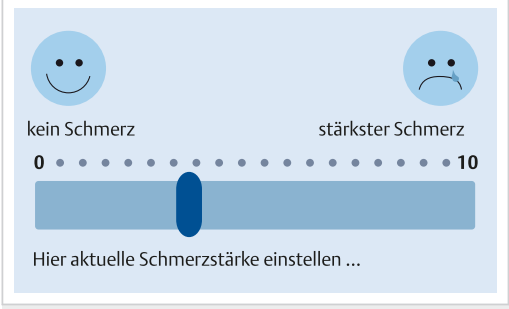


Abb. 6.5 Schmerzskalen helfen dabei, Schmerzempfindungen zu erfassen.

Aufgabe

17 Versuchen Sie, 2 verschiedene, selbst erlebte Schmerzen mit verschiedenen Adjektiven zu beschreiben. Gehen Sie dabei auf Lokalisation, Qualität, Quantität und Dauer und Verlauf des Schmerzes ein.

Schmerztagebuch

Name: ..... **Datum:** .....

Uhrzeit	Schmerzintensität	Schmerztherapie	Bemerkung/ Aktivität/ Beobachtungen
6.00 Uhr			
7.00 Uhr			
8.00 Uhr			
9.00 Uhr			
10.00 Uhr			
11.00 Uhr			
12.00 Uhr			
13.00 Uhr			
14.00 Uhr			
15.00 Uhr			
16.00 Uhr			
17.00 Uhr			
18.00 Uhr			
19.00 Uhr			
20.00 Uhr			
21.00 Uhr			
22.00 Uhr			
23.00 Uhr			
24.00 Uhr			
1.00 Uhr			
2.00 Uhr			
3.00 Uhr			
4.00 Uhr			
5.00 Uhr			

Abb. 6.6 Mit einem Schmerztagebuch werden detaillierte Kenntnisse über Schmerzen gewonnen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

6.5.3 Subjektivität der Schmerzwahrnehmung

Der Grad einer Verletzung korreliert nicht immer mit der Intensität der Schmerzen. Wie eine Person Schmerzen empfindet, kann vollkommen unterschiedlich sein. Was der eine als „nicht auszuhalten" beschreibt, ist für einen anderen „nicht so schlimm". Die Unterschiedlichkeit der Schmerzempfindung verschiedener Menschen zeigt sich auch beim Zahnarzt. Während ein Patient schon für die Behebung einer kleinen Kariesstelle eine Spritze verlangt, empfindet ein anderer während einer gravierenderen Behandlung ohne Betäubung wenig Schmerzen. Bereits bei kleinen Kindern lassen sich Unterschiede in der Schmerzwahrnehmung feststellen.

Fallbeispiel

Schmerzwahrnehmung. Die Mütter der 4-jährigen Anna und des 2-jährigen Johannes sitzen am Sandkasten, als Anna weinend zu ihrer Mutter gerannt kommt und ihr einen kleinen Kratzer am Arm zeigt, den sie sich beim Spiel mit einer Katze zugezogen hat. Gleichzeitig ertönt ein lautes Scheppern, denn Johannes ist von seinem Fahrzeug gestürzt, als er mit überhöhter Geschwindigkeit einen asphaltierten Weg herunterfahren wollte. Seine Mutter erschrickt und will gerade aufspringen, um ihrem Sohn zu helfen. Johannes steht jedoch schon wieder und tritt trotz der aufgeschürften Knie und Hände wütend auf sein Fahrzeug ein. Anschließend nimmt er sich ein anderes Spielzeug und beschäftigt sich damit.

Faktoren, die die subjektive Schmerzempfindung beeinflussen

Faktoren, die subjektive Schmerzempfindung beeinflussen, sind:

- Art und Lokalisation des Schmerzes,
- Assoziationen, die der Patient mit den Schmerzen verbindet (z. B. zerstörender oder heilender Schmerz),
- Wissen über die Ursachen der Schmerzen,
- bisherige Schmerzerfahrungen und Schmerzgedächtnis,
- Reaktionen des Umfeldes auf den Ausdruck des Schmerzes,
- kulturelle Einflüsse,
- Gefühl, etwas gegen den Schmerz tun zu können bzw. den Schmerz kontrollieren zu können (eine Erkenntnis, die in der Schmerztherapie bei der patientenkontrollierten Analgesie genutzt wird),
- Absehbarkeit der Schmerzen.

Fallbeispiel

Wissen über die Ursache des Schmerzes. Die 13-jährige Frieda klagt über Schmerzen in den Knien. Nachdem der Arzt ihr erklärt hat, dass sie gerade einen Wachstumsschub hat, freut sie sich, weil sie bisher eher zu den kleineren Kindern der Klasse gehörte. Die Knie schmerzen plötzlich fast gar nicht mehr.

6.5.4 Psychologische Aspekte bei der Pflege von Schmerzpatienten

Neben medikamentöser Schmerztherapie und schmerzlindernden pflegerischen Maßnahmen können Pflegende, die über fundiertes psychologisches Wissen verfügen, die Situation der Patienten oft entscheidend verbessern, indem sie:

- Schmerzäußerungen ernst nehmen (nicht bagatellisieren),
- emotionalen Rückhalt gewähren und Angehörige entsprechend anleiten,
- Sicherheit vermitteln, denn Angst steigert die Schmerzempfindung,
- über organisatorische Abläufe, Wartezeit usw. informieren, um die Situation antizipierbarer zu machen,
- wenn möglich, Angaben über die voraussichtliche Dauer der Schmerzen machen,
- das Gefühl der Kontrollierbarkeit des Schmerzes beim Patienten fördern, z. B. durch Einbeziehen des Patienten beim Verbandwechsel („Sagen Sie Stopp, wenn ich aufhören soll", „Halten Sie bitte die Bandage") oder nach Möglichkeit durch Mitbestimmen des Patienten bei der Dosierung der Schmerzmedikation,
- hilfreiche Strategien wie Imagination, Ablenkung, Umdeutung vermitteln:
  - Imagination: Vermitteln von hilfreichen Assoziationen und Vorstellungen (z. B. bei Kindern: „Die Flüssigkeit in der Spritze brennt ein bisschen, weil sie die bösen Bakterien kaputtmacht.")

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Ablenkung: Ablenkungsmöglichkeiten bieten, um den Fokus der Aufmerksamkeit vom Schmerz weg zu verlagern,
- Umdeutung: den Patienten informieren über die positiven Aspekte des Schmerzes (Schmerz im Rahmen der Wundheilung, Schmerz als Warnsignal usw.),

- positive Bewältigungsmechanismen des Patienten verstärken,
- Entspannungsverfahren anbieten (z. B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen), da durch Verringerung der Anspannung auch auf physiologische Weise Schmerzen reduziert werden.

B

Fallbeispiel

Einbeziehen des Patienten. Die 10-jährige Jana sitzt in der chirurgischen Ambulanz auf dem Behandlungstisch. Ihr sollen 7 Fäden gezogen werden. Der behandelnde Arzt vereinbart mit ihr, zwischen den einzelnen Handlungen Pausen einzulegen, wenn sie das möchte. Laut zählt sie mit dem Arzt die gezogenen Fäden und weiß dadurch: „Gleich ist es vorbei!“ Jana hat so nicht das Gefühl des Ausgeliefertseins, sie kann den Prozess mit steuern. In diesem Zusammenhang ist auch die sitzende Körperhaltung hilfreich, kommt sie sich doch nicht so „unterlegen“ vor, wie in liegender Position.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © AYAimages – stock.adobe.com

Kapitel 7

Identität, Persönlichkeit und Selbstkonzept

7.1 Identität *114*

7.2 Persönlichkeit *115*

7.3 Selbstkonzept *118*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

7 Identität, Persönlichkeit und Selbstkonzept

„Ich teile mit Milliarden von Menschen die Erde, aber mit niemandem meine Einzigartigkeit."
Christa Schyboll, deutsche Autorin

Examensschwerpunkte

Identität (S. 114), Persönlichkeit (S. 115), Selbstkonzept (S. 118).

7.1 Identität

Jeder Mensch ist ein ganz einzigartiges Wesen. Keiner ist wie der andere. Dies erleben Eltern meist ganz bewusst, wenn sie sich ihr neugeborenes Baby ansehen: Wie einzigartig dieses Kind doch ist!

Diese Individualität entwickelt sich im Verlauf des Lebens weiter. Genau diese Einzigartigkeit macht den Umgang mit Menschen so spannend und erfordert, dass man sich immer wieder neu auf sein Gegenüber einstellt.

Definition

Die **Identität** eines Menschen ist die Summe der Merkmale, die die Einzigartigkeit eines Menschen ausmacht. Anhand dieser Merkmale lässt sich ein Individuum von anderen unterscheiden. So beschreibt die Identität eines Menschen die Einzigartigkeit einer Person, alles, was einen bestimmten Menschen persönlich ausmacht. Das erlaubt eine eindeutige Identifizierung.

Zur Identität gehören einerseits körperliche Merkmale, wie Körpergröße, Augenfarbe, Muttermale, Fingerabdruck, aber auch Merkmale der Persönlichkeit, wie z. B. Eigenschaften und Fähigkeiten. Sie beinhaltet, was andere als persönliche Merkmale wahrnehmen, aber auch was man selbst über sich denkt.

Aufgabe

1 Beschreiben Sie sich auf einem Steckbrief anhand von 12 Merkmalen/Eigenschaften. Beginnen Sie mit Merkmalen, die auf viele Menschen zutreffen und enden Sie mit Merkmalen, die ganz speziell Sie kennzeichnen. Anschließend werden die Steckbriefe der Klasse eingesammelt, gemischt und wieder ausgeteilt. Lesen Sie von jedem Steckbrief der Reihe nach so viele Merkmale vor bis die Klasse errät, welche Person hier beschrieben wird. Anhand welcher Merkmale haben die meisten Personen sich beschrieben?

7.1.1 Die 5 Säulen der Identität (nach Hilarion Petzold)

Petzold bildete anhand der Merkmale, in denen Personen sich unterscheiden, 5 Säulen der Identität (▶ Abb. 7.1):

1. Leiblichkeit (z. B. Körpergröße, Geschlecht, Alter, Gesundheit, Krankheit),
2. soziales Netz (z. B. Freunde, Familie, Nachbarn, Bekannte, Kollegen),
3. Arbeit, Leistung, Freizeit (z. B. Leistungen in der Schule, in der Ausbildung, im Sport, Hobbys),
4. materielle Sicherheit (z. B. eigenes Einkommen, Kapital, Vermögen, Eigentum),
5. Werte, Normen, Ideale (soziales/politisches/ökologisches Engagement, Religion, Weltanschauung, Moralität).

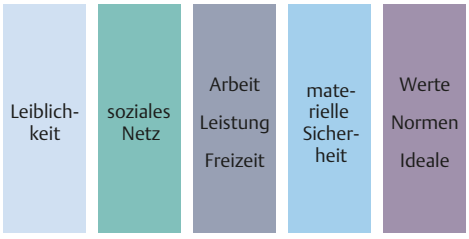


Abb. 7.1 5 Säulen der Identität (nach H. Petzold).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

7.2 Persönlichkeit

Definition

Die **Persönlichkeit** eines Menschen ist die einzigartige Konstellation von Eigenschaften, die eine gewisse Konstanz in seinen Verhaltensweisen bewirkt.

Merke

Durch Persönlichkeitseigenschaften entstehen Handlungstendenzen, die sich durch eine längere Lebenszeit ziehen, über verschiedenartige Situationen hinweg gleichbleiben und dem Verhalten eine gewisse Stabilität verleihen.

Wie beschreibt man einen Menschen? Meist geschieht dies, indem man die Eigenschaften seiner Persönlichkeit genauer betrachtet. Aber aus der Vielzahl von Eigenschaften, bevorzugten Handlungen, Fähigkeiten und Temperamenten ist es oft schwierig, eine zutreffende Beschreibung zu geben.

Viele Forscher haben sich lange damit beschäftigt, die Eigenschaften zu finden, mit denen man Menschen am besten beschreiben kann. So wurden z. B. 5 Dimensionen der Persönlichkeit gefunden, die sogenannten „Big Five".

7.2.1 Die „Big Five": 5 Dimensionen der Persönlichkeit

Die „Big Five" beschreiben 5 Dimensionen der Persönlichkeit, die mehr oder weniger intensiv ausgeprägt sein können:

- Extraversion,
- emotionale Stabilität,
- Offenheit für Neues,
- Verträglichkeit,
- Gewissenhaftigkeit.

► **Extraversion.** Extraversion besagt, inwieweit eine Person nach außen gerichtet ist. Extravertierte (auch: extrovertierte) Personen sind interessiert, mitteilsam, aktiv, gesellig, wenden sich dem Geschehen um sich herum zu. Introvertierte Menschen sind dagegen wenig mitteilsam und wirken in sich gekehrt.

► **Emotionale Stabilität.** Emotionale Stabilität beschreibt, inwieweit die Gefühlslage einer Person ausgeglichen ist. Eine hohe Labilität haben Personen, die ängstlich, unsicher, nervös, besorgt wirken und eher pessimistisch eingestellt sind. In Belastungssituationen reagieren sie mit ausgeprägten Stressreaktionen (Neurotizismus).

► **Offenheit für Neues.** Hier wird erfasst, wie gerne Menschen neue Erfahrungen machen. Ein hohes Maß an Offenheit haben Personen, die wissbegierig sind, Abwechslung lieben, Unbekanntes ausprobieren und sich gerne schöpferisch betätigen.

► **Verträglichkeit.** Verträglichkeit bezeichnet den Grad der sozialen Einstellung und des Interesses an mitmenschlichen Beziehungen. Menschen mit hoher Verträglichkeit sind rücksichtsvoll, freundlich, kooperativ und anteilnehmend.

► **Gewissenhaftigkeit.** Gewissenhafte Menschen lieben es, Aufgaben fertig zu stellen, möglichst pünktlich und fehlerfrei. Sie zeigen eine zuverlässige und disziplinierte Haltung. Sie dulden keine Nachlässigkeiten und können sehr gut strukturieren und organisieren.

Es wurden Fragebögen entwickelt, die diese Dimensionen messen sollen, um ein Persönlichkeitsprofil zu erstellen. Dazu werden verschiedene Merkmalsausprägungen jeder Dimension auf einer z. B. 5-stufigen Skala erfasst, die eine Antwort von starker Ablehnung bis starker Zustimmung ermöglicht.

Aufgabe

2 Versuchen Sie sich auf der 5-stufigen Skala (▶ Abb. 7.2) der Merkmalsausprägungen einzuordnen, um so einen Ausschnitt Ihres Selbstkonzepts zu beschreiben.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Dimensionen	Merkmalsausprägung/ Skalen			Beispielfragen zur Erfassung der Dimensionen
Extraversion	reserviert zurückgezogen gehemmt	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5	zugewandt gesprächig spontan	Haben Sie gerne viele Leute um sich herum?
emotionale Stabilität (Neurotizismus)	unruhig empfindlich labil	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5	ruhig selbstbewusst stabil	Sind Sie leicht beunruhigt?
Offenheit für Neues	einfallslos nicht kreativ konventionell	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5	phantasievoll kreativ originell	Probieren Sie gerne neue und fremde Speisen aus?
Verträglichkeit	misstrauisch penibel kritisch	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5	vertrauensvoll großzügig nachsichtig	Versuchen Sie stets freundlich zu sein?
Gewissenhaftigkeit	leichtfertig unzuverlässig ziellos	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5	vorsichtig zuverlässig ehrgeizig	Sind Sie eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt?

Abb. 7.2 Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen durch Selbsteinschätzung (nach Costa u. Mc Crae, NEO-FFI, 1995).

7.2.2 „Einmal so – immer so?“

Wie entstehen Eigenschaften, wie entwickelt sich eine Persönlichkeit? Gilt „einmal so – immer so“? Wenn eine Persönlichkeit z. B. im Alter von 20 Jahren in den Dimensionen Extraversion, Offenheit und Verträglichkeit hoch, in emotionaler Stabilität niedrig und in Gewissenhaftigkeit durchschnittlich eingestuft wird, ist dann damit zu rechnen, dass sich für sie im Alter von 70 Jahren ein ähnliches Profil ergibt? In diesem Punkt sind sich Psychologen nicht einig. Einige – wie z. B. Sigmund Freud – gehen von einer weitgehend festgelegten Entwicklung aus. Die analytische Entwicklungstheorie Sigmund Freuds hob die Wirksamkeit des Unbewussten im Menschen sowie die Bedeutung der frühen Kindheit als enorm prägenden Lebensabschnitt hervor.

Aktuelle Theorien setzen hingegen mehr Vertrauen in das Entwicklungspotenzial des Menschen. Sie betonen, dass die Person selbst aktiv an der Gestaltung der Persönlichkeit beteiligt ist; jeder kann Veränderungen und Fortschritte selbst herbeiführen. So kann sich die menschliche Persönlichkeit durch Lernprozesse und Erfahrung verändern. Durch soziale Interaktion lernt der Mensch ein Leben lang. Er kann durch Rückmeldung über sein Verhalten beeinflusst werden – s. hierzu auch Kapitel Instrumentelles Lernen (S. 239). Es müssen jedoch nicht alle Erfahrungen in eigenen Handlungen erworben werden. Es genügt oft, wenn eine Person beobachtet, wie sich andere verhalten und welche Folgen sich daraus ergeben. Hier spricht man vom Modelllernen (S. 238).

Während lange Zeit von der Persönlichkeit als einer stabilen Größe ausgegangen wurde, zeigen viele Studien heute, dass sich die Persönlichkeit eines Menschen auch verändern kann. Sie ist das Ergebnis von gelernten Erfahrungen. Solche Lernprozesse sind zu jeder Lebenszeit wirksam. Verhaltensregulierung erfolgt durch bewusste und unbewusste Prozesse. Erfahrungen der Kindheit, gegenwärtige Bedingungen und zukünftige Ziele prägen Persönlichkeiten.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Heute geht man davon aus, dass Persönlichkeit einerseits recht stabil, andererseits aber unter bestimmten Bedingungen auch veränderbar ist. Sie ist das Ergebnis von Erfahrungen und Lernprozessen. Persönlichkeitsmerkmale werden deshalb eher als relativ stabile Eigenschaften einer Person beschrieben, die sich durch Erfahrungen durchaus verändern können.

Aufgabe

3 Hat sich Ihre Persönlichkeit in den letzten Jahren/Jahrzehnten verändert? Oder kennen Sie Menschen, deren Persönlichkeit sich verändert hat? Tauschen Sie sich darüber in der Gruppe aus und überlegen Sie, wodurch diese Veränderungen der Persönlichkeit bewirkt wurden.
4 Die 87-jährige Frau Maier sagt morgens während der Pflege zu Ihnen: „Meine Tochter war schon immer unzuverlässig, das wird sich auch nicht mehr ändern …“ Sind Persönlichkeitseigenschaften unveränderbar? Was würden Sie Frau Maier antworten?

7.2.3 Individuelle Pflege und Betreuung

„Individuelle Pflege und Betreuung“ – dies steht so oder ähnlich in den Leitbildern fast aller Pflegeeinrichtungen. Doch was im Leitbild steht, wird im Alltag leider nicht immer umgesetzt. Viele Pflegehandlungen werden routiniert, fast mechanisch durchgeführt, für persönliche Gespräche mit den Patienten und Bewohnern steht oft wenig Zeit zur Verfügung. Innerhalb des Teams gibt es meist zu wenig Austausch über die Biografie, die Gewohnheiten und die Ressourcen der zu Pflegenden.

Leider hört man noch immer Sätze wie „ich versorge den Dekubitus in Zimmer 12“ oder „der Niere von heute Nacht geht es besser“. Dabei ist es für jeden Menschen wichtig, dass man ihn ganz individuell als Person wahrnimmt, es ist gerade der Name, der die Einzigartigkeit eines Menschen hervorhebt.

Pflegende können mit Achtsamkeit, auf der Basis wirklichen Interesses, selbst in knapp bemessener Zeit, vieles über die zu Pflegenden erfahren und so Persönlichkeitseigenschaften kennen lernen. So können sie ermöglichen, dass manche Gewohnheiten und Interessen beibehalten werden können.

Merke

Wenn ein Mensch spürt, dass er als eine ganz individuelle Person betrachtet wird, fühlt er sich wohler: „Hier kennt man mich, hier weiß man, wer ich bin“. Er lässt sich besser ansprechen, ist besser motivierbar und kooperationsbereiter. Nur so kann eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden und Vertrauen entstehen.

Fallbeispiel

Individuelle Pflege. Frau Peters, 36 Jahre, wurde wegen einer Unterschenkelfraktur auf einer chirurgischen Pflegegruppe aufgenommen. Am folgenden Tag soll sie operiert werden. Pflegefachkraft Ina sieht nach Frau Peters und fragt, ob sie ein Schmerzmittel einnehmen möchte. Obwohl sie starke Schmerzen hat, lehnt sie es ab: „Das schaffe ich schon. Ich bin Leistungssportlerin und habe schon einige Verletzungen hinter mir. Mein Mann kommt nachher noch mit meinen beiden kleinen Töchtern, da will ich nicht schläfrig daliegen. Ich will sie nicht beunruhigen.“

Als Frau Peters am nächsten Tag nach der Operation wieder auf der Pflegegruppe aufwacht, begrüßt Ina sie: „Hallo Frau Peters, schön, dass Sie schon wieder wach sind. Ihr Mann hat sich schon nach Ihnen erkundigt und ich soll Ihnen liebe Grüße von Ihren Töchtern ausrichten“. Frau Peters lächelt: Ina weiß, was ihr wichtig ist.

Frau Peters: „Danke. Wann kann ich aufstehen?“ Ina: „Sie schonen sich ja wirklich nicht. Warten Sie noch ab, bis der Arzt da war. Dann sage ich der Physiotherapeutin Bescheid, dass Sie Ihr Training kaum erwarten können.“ Frau Peters lächelt erneut und schläft beruhigt ein.

Ina war aufmerksam und hat schon in kurzer Zeit Eigenschaften von Frau Peters entdeckt und sie so persönlich ansprechen können. Frau Peters fühlte sich gut aufgehoben und konnte beruhigt schlafen.

Hier sieht man deutlich, wie sehr es sich für alle Seiten lohnt, Persönlichkeitseigenschaften zu entdecken und aufzugreifen. Beide Seiten fühlen sich wohler und Unzufriedenheit oder Ängste der Patienten oder Bewohner führen nicht zu zusätzlichen Belastungen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Um die eigene Identität aufrecht zu erhalten benötigt der Mensch die Erfahrung, dass er einzigartig ist, sich also von anderen unterscheidet. Pflegende sollten es als wichtigen Teil ihrer Arbeit betrachten, die zu Pflegenden mit ihrer persönlichen Biografie und ihren Eigenschaften und Gewohnheiten wahrzunehmen und diese zu beachten. Dabei hilft es ihnen, sich in Achtsamkeit zu üben (S. 40) und sich diese Haltung anzueignen.

Aufgabe

5 Inwiefern kann das Gefühl der Individualität einer Person durch die Aufnahme in ein Krankenhaus oder durch den Einzug in ein Pflegeheim beeinträchtigt werden?

6 Warum ist es so wichtig, die Persönlichkeit eines Patienten bzw. eines älteren Menschen im Pflegeheim wahrzunehmen und zu beachten?

7 Welche Möglichkeiten haben Sie, Patienten/Bewohnern zu zeigen, dass sie mit ihrer eigenen Persönlichkeit wahrgenommen und geschätzt werden?

7.3 Selbstkonzept

Definition

Unter dem **Selbstkonzept** eines Menschen versteht man die Vorstellungen, die eine Person selbst über ihre eigenen Eigenschaften und Fähigkeiten hat.

Es stellt sich die überaus spannende Frage: Woher weiß ein Mensch, wie er ist und welche Fähigkeiten er hat?

Aufgabe

8

a) Beschreiben Sie Ihr eigenes Selbstkonzept: Welche Eigenschaften haben Sie (gute und weniger gute)? Was können Sie gut, was weniger gut (Fähigkeiten)?

b) Wie sind Sie zu diesen Vorstellungen über sich selbst gekommen?

Die Vorstellungen, die ein Mensch von seinen Eigenschaften und Fähigkeiten hat, entstehen einerseits aus Fremdbewertungen und Rückmeldungen aus seinem Umfeld, andererseits aus eigenen Erfahrungen und eigenen Bewertungen, die z. B. aus dem Vergleich mit anderen Personen resultieren.

7.3.1 Identität, Selbstkonzept und Selbstwertgefühl

Nach H. Petzold (1993) bildet sich das Selbstkonzept aufgrund von Selbst- und Fremdbewertungen in den 5 von ihm beschriebenen Säulen:

1. Leiblichkeit,
2. soziales Netz,
3. Arbeit, Leistung, Freizeit,
4. materielle Sicherheit,
5. Werte, Normen, Ideale.

Auf der Basis der Vorstellungen und Bewertungen in diesen Bereichen entsteht das Selbstwertgefühl einer Person. Im Selbstwertgefühl findet die pauschale Bewertung der eigenen Person statt. Der Selbstwert ist eine starke Einflussgröße auf Verhalten und Erleben.

Menschen mit niedrigem Selbstwertgefühl schätzen sich in verschiedenen Persönlichkeitsbereichen (z. B. Intelligenz, soziale Kompetenz, körperliche Attraktivität, Leistung) eher niedrig ein. Hohes Selbstwertgefühl entsteht durch eine positive Bewertung und hat eine recht hohe persönliche Sicherheit der Selbsteinschätzung zur Folge.

Fallbeispiel

Positives Selbstkonzept. Lisa schreibt in einem Brief an ihre Brieffreundin: „… Mir geht es gerade richtig gut! Ich habe meine Prüfung zur Pflegefachkraft mit sehr guten Noten als eine der Besten bestanden und eine Stelle in der Uniklinik bekommen, die ich mir so gewünscht hatte. Meine Eltern sind ganz stolz auf mich. Ich habe wieder mehr Zeit, mich mit meinen guten Freundinnen zu treffen. Wir unternehmen viel und ich habe auch wieder Zeit, eine Gruppe in der Kinderkirche zu übernehmen. Und stell Dir vor: Mein Freund hat mich gefragt, ob ich ihn heiraten will. Ist das Leben nicht schön? Ich bin jung, gesund und die Welt steht mir offen …“

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Lisa bewertet sich in verschiedenen Säulen positiv, sie verfügt über ein positives Selbstkonzept. Im Bereich der Leiblichkeit beschreibt sie sich als jung und gesund. Sie hat ein tragfähiges soziales Netz: Eltern, gute Freundinnen und einen Verlobten. Auch ihre Arbeit und Leistung bewertet sie positiv und sie kann ihren Idealen nachgehen, indem sie sich ehrenamtlich in der Kinderkirche engagiert. Zu dieser Selbsteinschätzung kommt sie aufgrund von Fremdbewertungen und Selbstbewertungen: Fremdbewertungen z. B. durch Rückmeldungen von Eltern, Lehrern und Praxisanleitern, und Selbstbewertungen, indem sie die eigene Erfahrung gemacht hat, dass ihr gelingt, was sie sich vornimmt, und dass sie verglichen mit anderen eine gute Leistung bringt. Ihr positives Selbstkonzept führt zu einem guten Selbstwertgefühl.

Aufgabe

9 Erklären Sie, wie ein Selbstkonzept entsteht. Erläutern Sie in diesem Zusammenhang auch die 5 Säulen der Identität (nach H. Petzold).

7.3.2 Veränderungen des Selbstkonzepts durch Krankheit oder Pflegebedürftigkeit

Wenn Menschen älter werden oder das Leben sich z. B. durch schwere Krankheiten und Pflegebedürftigkeit verändert, finden Veränderungen in den Bereichen der 5 Säulen statt, die zu einem negativen Selbstkonzept führen können: z. B. Veränderungen des Körpers, Verluste von Beruf, von Leistungsfähigkeit oder Kontakten, Einschränkungen finanzieller Mittel. So kann das Selbstwertgefühl beeinträchtigt werden.

Fallbeispiel

Negatives Selbstkonzept. Herr Sauter, 82 Jahre: „Früher war ich ein schicker junger Mann, hatte einen eigenen Betrieb, gutes Geld, eine hübsche Frau. Meine Angestellten haben mich sehr geschätzt, ich habe mich auch immer für sie verantwortlich gefühlt. Und wir waren oft eingeladen bei Freunden und Bekannten. Davon ist mir nichts geblieben! Heute sitze ich alt und krank hier im Pflegeheim und tue eigentlich gar nichts. Ich lese etwas, schaue etwas fern. Meine Frau ist gestorben, mein Betrieb wurde verkauft. Mich braucht keiner mehr."

Früher hatte Herr Sauter ein gutes Selbstwertgefühl. Seine Selbsteinschätzung in verschiedenen Säulen war positiv: So beschreibt er seine Leiblichkeit als jung und schick, er hatte viele soziale Beziehungen, eine gute Arbeitsleistung erbracht, er war materiell gut abgesichert und hat Verantwortung für Mitarbeiter übernommen. Heute geraten alle Säulen ins Wanken: Seine Leiblichkeit beschreibt er als alt und krank, sein soziales Netz scheint nicht mehr zu existieren. Arbeit und Leistung kann er hier nicht mehr erbringen und das Ideal, für andere hilfreich zu sein, ist für ihn nicht mehr vorhanden. Auf diesen brüchigen Säulen kann kein positives Selbstwertgefühl entstehen.

Merke

Hier kommt den Pflegenden eine entscheidende Bedeutung zu: Sie können dem kranken bzw. dem älteren Menschen positive Rückmeldungen geben, ihn als Person und auch seine Leistungen wertschätzen und ihn unterstützen beim Finden von neuen Aufgaben, Kontakten, Werten und Zielen.

Aufgabe

10 Zeigen Sie, wie Pflegende zu einer positiven Entwicklung des Selbstkonzeptes der Bewohner oder der Patienten beitragen können. Gehen Sie dabei auf die Säulen der Identität (nach H. Petzold) ein.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Teil II: Entwicklungspsychologie – von lebenslangen Veränderungen

8 Grundlagen der Entwicklungspsychologie *123*

9 Entwicklung in der Kindheit *140*

10 Entwicklung in der Jugend *162*

11 Entwicklung im frühen und mittleren Erwachsenenalter *170*

12 Entwicklung im höheren Lebensalter *182*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Kapitel 8

Grundlagen der Entwicklungs-psychologie

8.1 Gegenstand und Aufgaben der Entwicklungspsychologie *123*

8.2 Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne nach P. Baltes *124*

8.3 Entwicklungsaufgaben *126*

8.4 Entwicklungsverläufe *127*

8.5 Entwicklungsfaktoren *129*

8.6 Kognitive Entwicklung nach Jean Piaget *132*

8.7 Psychosoziale Entwicklung nach E.H. Erikson *135*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

8 Grundlagen der Entwicklungspsychologie

„Denn das ist eben die große und gute Einrichtung der menschlichen Natur, dass in ihr alles im Keim da ist und nur auf eine Entwicklung wartet."
Johann Gottfried von Herder (1744–1803), Dichter, Übersetzer, Theologe

Examensschwerpunkte

Gegenstand und Aufgaben der Entwicklungspsychologie (S. 123), Entwicklungspsychologie der Lebensspanne nach P. Baltes (S. 124), Entwicklungsaufgaben (S. 126), Entwicklungsverläufe (S. 127), Entwicklungsfaktoren (S. 129), Kognitive Entwicklung nach J. Piaget (S. 132), Psychosoziale Entwicklung nach E.H. Erikson (S. 135).

8.1 Gegenstand und Aufgaben der Entwicklungspsychologie

Die Entwicklung eines Menschen zu beobachten, ist eine spannende Angelegenheit, denn Leben bedeutet Veränderung von der Zeugung bis zum Tod.

Definition

Die **Entwicklungspsychologie** ist eine Teildisziplin der Psychologie, die den Blick auf das Verhalten und Erleben des Menschen richtet, wie es sich von der vorgeburtlichen (pränatalen) Zeit bis zum Lebensende verändert. Es wird versucht, Gesetzmäßigkeiten zu finden, Entwicklungsphasen zu beschreiben und unter bestimmten Voraussetzungen einen Entwicklungsverlauf vorherzusagen. Bedingungen, die menschliche Verhaltens- und Erlebensweisen beeinflussen, sie fördern, schädigen oder verhindern, werden erforscht.

So ist z. B. die körperliche Reifung des Nervensystems und der Muskulatur Voraussetzung dafür, dass ein Kind greifen, laufen und sprechen lernt. Das an biologische Entwicklungsprozesse gebundene Verhalten eines gesunden Kindes, lässt sich vorhersagen: entsprechend der körperlichen Entwicklung wird es sich im Alter von etwa einem Jahr zum Stehen aufrichten, erste Schritte wagen, einige Wörter verstehen und erste Wörter sprechen.

Aufgabe

1 Betrachten Sie ein Foto aus Ihrer Kinderzeit. Was hat sich von damals bis heute verändert? Sammeln Sie Veränderungen und Entwicklungen aus Ihrem Leben. Tragen Sie die Ergebnisse in der Gruppe zusammen und versuchen Sie, das Vielerlei etwas zu ordnen.

Alle menschlichen Lebensläufe ähneln sich in gewisser Weise und doch gibt es kaum etwas Verschiedeneres auf der Welt als 2 Menschenleben. Alle Menschen werden geboren und sterben – und doch, wie verschieden gestalten sich Anfang und Ende und das Leben selbst! Obwohl jeder Mensch etwa zum gleichen Zeitpunkt das Stehen, Laufen, Sprechen beginnt, ist er schon in diesem Alter eine kleine Persönlichkeit geworden, die sich eindeutig von anderen unterscheidet. Das Leben eines alten Menschen kann ganz im Zeichen von Abbau und Defizit stehen, ein anderer erfreut sich bis ins hohe Alter einer guten Gesundheit und Leistungsfähigkeit.

In dem Spannungsfeld zwischen der den Menschen gemeinsamen Entwicklung und deren Individualität steht die Entwicklungspsychologie. Psychologen beobachten Gesetzmäßigkeiten, die bestimmten Altersstufen zugeordnet werden können. Sie diagnostizieren, ob ein Entwicklungsstand altersentsprechend, also „normal" ist, ob ein Entwicklungsrückstand oder ein Entwicklungsvorsprung vorliegt. Eine solche Diagnose hilft, eine passende und damit wirkungsvolle Entwicklungsförderung einzuleiten.

Der menschliche Lebenslauf mit all seinen Veränderungen ist in der Psychologie seit etwa 1850 beliebter Forschungsgegenstand. Psychologen konzentrierten sich anfangs auf die menschliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. Heute hat sich der Forschungsbereich ausgedehnt: Die ganze Entwicklung von der vorgeburtlichen (pränatalen) Zeit bis zum hohen Alter ist von Interesse. Um die einzelnen Lebensabschnitte besser zu verstehen, betrachtet man den gesamten Lebenslauf.

Auch in früheren Zeiten gab es ein Nachdenken über die einzelnen Altersstufen und den ganzen Lebenslauf. In unserer Zeit gibt es ein wachsendes Interesse an der Lebensspannen-Sicht.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

8.2 Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne nach P. Baltes

Paul Baltes, Psychologe und Gerontologe, lebte von 1939 bis 2006. Bei seiner Arbeit in Deutschland und Amerika ging er der Frage nach: „Wie geschieht Entwicklung über den ganzen Lebenslauf hinweg?“ In gemeinsamer Arbeit mit seiner Frau, Margret Baltes, ebenfalls Psychologin und Gerontologin, wurde das Altern erforscht und ein Konzept für erfolgreiches Altern entwickelt – das SOK-Modell (S. 124).

Paul Baltes entwickelte 7 Leitsätze einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne:

1. Lebenslange Entwicklung,
2. Multidirektionalität,
3. Entwicklung als Gewinn und Verlust,
4. Plastizität,
5. Geschichtliche Einbettung,
6. Kontextualismus,
7. Multidisziplinäre Betrachtung.

► **1. Lebenslange Entwicklung.** Der erste Leitsatz geht davon aus, dass Entwicklung lebenslang stattfindet. Erleben und Verhalten eines Menschen können sich zu jedem Zeitpunkt des Lebenslaufs verändern. Leben geht mit Entwicklung und Veränderung einher. Vom Lebensbeginn bis zum Lebensende ist Entwicklung möglich.

► **2. Multidirektionalität.** Multidirektionalität (lat.: multus = viel, zahlreich; directio = Richtung) besagt, dass die Entwicklungsprozesse in verschiedene Richtungen gehen können. Ein Beispiel aus dem Bereich der Intelligenz: Intelligenz kann sich in der Lebensspanne verändern. Die Intelligenzkurve der fluiden Intelligenz zeigt zunächst einen Anstieg bis ins Erwachsenenalter. Nach einer stabilen Phase fällt sie mit dem Älterwerden ab. Die kristalline Intelligenz (S. 90) steigt auch nach dem Erwachsenenalter weiter an.

Bei Kindern findet derzeit leider oft eine unerfreuliche Entwicklung statt: Während viele Kinder sich im Bereich der Feinmotorik durch Computerspiele verbessern, verschlechtert sich durch den Bewegungsmangel die Ganzkörpermotorik.

Fallbeispiel

Multidirektionalität. Peter ist 10 Jahre alt. Für seine Hausaufgaben benutzt er immer öfter und gekonnt das Internet. Täglich verbringt er mit Spielen mehrere Stunden am Computer. Seine Finger bewegen sich auf der Tastatur mit großem Geschick und einer beachtlichen Geschwindigkeit. Im Sportunterricht ist er hingegen nicht in der Lage, mit geschlossenen Füßen über einen Balken zu springen.

► **3. Entwicklung als Gewinn und Verlust.** Entwicklung bedeutet nicht nur Wachstum und Gewinn im Sinne von immer besserem, erfolgreicherem Verhalten, sondern verläuft zwischen Gewinn (Wachstum) und Verlust (Abbau). So ist in der Lebensspannenpsychologie der Gedanke wichtig, dass Altern nicht nur (im biologischen Sinn) als Abbau, sondern (im psychologischen Sinn) auch als Wachstum gesehen wird (Expertentum, Weisheit).´

Fallbeispiel

Gewinn und Verlust. Pflegefachkraft Anke arbeitete, bis sie im Alter von 57 Jahren einen schweren Bandscheibenvorfall erlitt, in einer chirurgischen Abteilung. Da es ihr danach körperlich nicht mehr möglich war, schwer zu heben und zu tragen, machte sie eine Weiterbildung und verschiedene Fortbildungen in Wundmanagement und arbeitet nun gerne und zufrieden in dieser Funktion.

Baltes und Baltes (1989) beschreiben in ihrem SOK-Modell des „erfolgreichen Alterns“ ein gutes Konzept, um mit negativen Veränderungen umzugehen:

- **Selektion** beschreibt die Strategie, aus den verbleibenden Möglichkeiten solche auszuwählen, die noch möglich sind, anstatt dem Unmöglichen nachzutrauern.
- **Optimierung** bedeutet, sich in den ausgewählten Bereichen zu steigern, zu verbessern, „Experte“ zu werden.
- **Kompensation** bedeutet, was nicht mehr möglich ist durch Hilfestellung, Hilfsmittel zu ermöglichen oder seine Interessen und Einstellungen zu verändern.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Pflegefachkraft Anke wählte aus den verbleibenden Möglichkeiten den Bereich des Wundmanagements aus (Selektion). Diesen optimierte sie durch Fort- und Weiterbildungen. Bei der Wundversorgung schwerer Patienten nimmt sie gerne die Unterstützung ihrer Kolleginnen und Kollegen in Anspruch (Kompensation).

Merke

Entwicklung geht mit Wachstum und Abbau, Gewinn und Verlust einher.

▶ **4. Plastizität (Veränderbarkeit).** Verhalten und Erleben sind veränderbar. Lebenslanges Lernen bringt Veränderung in jedem Lebensalter mit sich. Bis ins hohe Alter können körperliche und kognitive Leistungen trainiert werden. Plastizität kann zu einer Optimierung des Lebens im Alter beitragen. Die Lebensspannenpsychologie erforscht die Möglichkeiten und die Grenzen der Veränderbarkeit.

Fallbeispiel

Plastizität. Im Alter von 88 Jahren hat Herr Decker erfolgreich an einem Computerkurs teilgenommen.

▶ **5. Geschichtliche Einbettung.** Die geschichtliche Einbettung eines Lebenslaufs, der historische Kontext, bildet einen Rahmen für die individuelle Entwicklung des Menschen. Sie ist Bedingungen unterworfen, die aus der historischen Zeit hervorgehen. In Kriegs- oder Bürgerkriegszeiten ist Lebenszeit damit ausgefüllt, Leben zu schützen und zu erhalten. In politisch stabilen Zeiten kann ein Lebenslauf andere Ziele verfolgen, z. B. Bildung, Gesundheit, materielle und ideelle Werte. Es gibt heute mehr Pflichtschuljahre als früher. Dadurch hat sich, z. B. aufgrund von Wissenszuwachs, das schulische Bildungsniveau verbessert. Die individuelle Entwicklung wird also durch historische und gesellschaftliche Faktoren bestimmt.

▶ **6. Kontextualismus.** Kontextualismus (lat.: con = zusammen, textus = gewebt, gefügt) meint die Tatsache, dass das Lebensalter eines Menschen einiges über seinen Entwicklungsverlauf aussagt, aber nicht alles. Neben dem historischen gibt es weitere Kontexte. Entwicklung steht auch im Zusammenhang mit kritischen Ereignissen, die im Lebenslauf weniger Menschen geschehen (nicht normativ).

Fallbeispiel

Kontextualismus. Familie Bauer adoptierte Karin, ein 2-jähriges Mädchen, das aus schwierigsten sozialen Verhältnissen kam und zu diesem Zeitpunkt noch kein Wort sprach und auch in der Motorik deutlich entwicklungsverzögert war. Nach 4 Jahren konnte das Kind eingeschult werden und hatte den Entwicklungsrückstand aufgeholt. Vor ihrem Hintergrund (Kontext) war das eine enorme Leistung.

Lebenslange Entwicklung geschieht in vielerlei Zusammenhängen, z. B. im Zusammenhang mit dem Lebensalter, im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen und im Zusammenhang mit der geschichtlichen Situation. In diesem Drei-Faktoren-Gefüge von Einflussgrößen ist die Entwicklung eines Menschen zu betrachten.

▶ **7. Multidisziplinäre Betrachtung.** Entwicklung geschieht in verschiedenen Bereichen, z. B. körperlich, intellektuell und sozial. Eine multidisziplinäre Betrachtung (lat.: disciplina = Lehr- und Unterrichtsfach) entspricht der Vielschichtigkeit der Entwicklung in einer Lebensspanne. Unterschiedliche Wissenschaften beleuchten den Verlauf der Entwicklung eines Menschen aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Wenn z. B. Soziologie, Biologie, Psychologie, Medizin und Pflegewissenschaft ihre Erkenntnisse zusammentragen, ergibt sich ein vielfältiges Bild, was einem menschlichen Leben besser gerecht wird.

Fallbeispiel

Multidisziplinäre Betrachtung. Tim ist 10 Jahre alt. Wegen zunehmender Verhaltensauffälligkeiten wenden sich Tims Eltern an das Jugendamt. Im Rahmen einer Hilfeplankonferenz, an der auch Tim teilnimmt, tauschen sich Eltern, Lehrerin, Psychologe, Schulsozialarbeiter und Kinderarzt aus, um ein umfassendes Bild von Tim und seiner Situation zu gewinnen. Ziel der Konferenz ist es, einen Hilfeplan zur Förderung einer positiven Entwicklung des Jungen zu erstellen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Den entwicklungspsychologischen Blick auf die Lebensspanne zu richten, bedeutet, Veränderungen des Erlebens und Verhaltens unter neuen Blickwinkeln zu betrachten:

Veränderungen geschehen lebenslänglich und in vielerlei Richtungen (Multidirektionalität), sie bestehen aus Gewinnen und Verlusten, sie sind veränderbar (Plastizität), sie sind in den historischen und andere Kontexte eingebettet und werden von ihnen beeinflusst. Sie zu erforschen, bedarf es der Beiträge verschiedener Wissenschaften (Multidisziplinäre Betrachtung).

Aufgabe

2 Finden Sie für jeden der 7 Leitsätze ein eigenes Beispiel.
3 Erklären Sie den Begriff „Plastizität" am Beispiel der Intelligenz

8.3 Entwicklungsaufgaben

In jeder Lebensphase sollen bestimmte Entwicklungsziele erreicht werden. Im dann folgenden Lebensabschnitt werden neue Ziele verfolgt. Die Übergänge sind fließend. Die Entwicklung vieler psychischer Funktionen ziehen sich auch über mehrere Abschnitte hin (▶ Tab. 8.1).

Definition

Entwicklungsziele, die auf der Zeitachse des Lebensalters erreicht werden sollten, nennt man auch **Entwicklungsaufgaben.** Dieser Begriff umfasst biologische, soziologische und psychologische Aspekte. In den einzelnen Lebensabschnitten müssen bestimmte Aufgaben bewältigt werden: z. B. in der Kindheit Greifen, Sprechen, Lesen und Schreiben, im Jugendalter eine eigene Identität finden und im höheren Lebensalter Alltagsanforderungen bei gesundheitlichen Einschränkungen bewältigen.

Tab. 8.1 Entwicklungsaufgaben nach R. J. Havighurst.

Lebensphase	Entwicklungsaufgaben nach Havighurst
Säuglingsalter	• Lernen von Nahrungsaufnahme, • beginnende Sprachentwicklung.
Kindheit	• Erwerb der Geschlechtsrolle, • Lernen von sozialer Kooperation, • Lernen von Basiskompetenzen im Lesen, Schreiben, Rechnen, • Entwicklung von Moral und Werten.
Adoleszenz	• Akzeptieren der körperlichen Reifung, • Erwerb einer Geschlechtsrollen-Identität, • Gestalten von Peer-Beziehungen.
Frühes Erwachsenenalter	• Partnerwahl/Ehe, • Familiengründung/Kinder, • Beginn einer Berufskarriere.
Erwachsenenalter	• Übernahme sozialer und öffentlicher Verantwortung, • Kindererziehung, • Entwicklung der Berufskarriere.
Hohes Alter	Anpassung an: • Nachlassen von Körperkräften, • Ruhestand und Rollenveränderung, • Tod von Lebenspartnern.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

8.4 Entwicklungsverläufe

Das Wort „Entwicklung“ wird in vielerlei Zusammenhängen verwendet. Entwicklung auf dem Gebiet der Technik lässt uns von vorneherein annehmen, dass es sich um etwas in seiner Art Besseres, Schöneres oder völlig Neuartiges handelt. In der Werbung wird Entwicklung meist in Verbindung mit den Begriffen „neu“ oder „besser“ verwendet.

Definition

In der Psychologie meint **Entwicklung** – zunächst ohne jede Bewertung – alle Veränderungen, die im zeitlichen Verlauf des menschlichen Lebens, von der Zeugung bis zum Tod, auftreten.

Dabei kann es durchaus vorkommen, dass eine spätere Verhaltensweise eine Einschränkung einer früheren darstellt.

Beispiele für Bereiche, die eine Entwicklung durchlaufen, sind:

- Sprache,
- Wahrnehmung,
- Motorik,
- Gefühle.

8.4.1 Sprache

Die Sprachentwicklung zeigt, dass der Entwicklungsprozess vom Kind zum Erwachsenen von einfachen Verhaltensweisen zu einer zunehmenden Variabilität des Verhaltens führt.

In der „Sprache“ eines 9 Monate alten Babys finden sich sämtliche Lautkombinationen aller Sprachen der Welt, in der Sprache des 6-jährigen Kindes nur noch die seiner eigenen Sprache. Aus dem gemeinsamen „Sprachschatz“ aller Babys gehen die einzelnen, jeweils verwendeten Sprachen hervor. Erst durch oft mühsames Erlernen können Lautkombinationen verschiedener Sprachen später wieder erworben werden.

Die vielen neuen Wörter, die ein Kind in den ersten Lebensjahren verstehen und sprechen lernt, bleiben in der weiteren Entwicklung nicht ungeordnet nebeneinanderstehen, sondern werden nach und nach in grammatikalischer Form strukturiert und in schriftlicher und mündlicher Form verwendet. Aus der Vielfalt an Verhaltensmöglichkeiten wird einiges ausgewählt, andere Möglichkeiten gehen verloren. Die Anpassungsfähigkeit ist in den ersten Entwicklungsstadien am größten und geht nach und nach zu Gunsten der Differenzierung und Spezialisierung verloren.

Merke

Entwicklung geht zunächst mit zunehmender Differenzierung einher: Erleben und Verhalten entwickeln sich vom Undifferenzierten zum Differenzierten.

8.4.2 Wahrnehmung

Im optischen Bereich besteht nach der Geburt die Fähigkeit Hell und Dunkel zu sehen, dann folgt das Erkennen von Bewegungen, später von Formen und Farben bis sich schließlich ein nahezu vollständiges Bild unserer sichtbaren Umwelt ergibt. Das im Auge entstandene Bild wird durch das Gedächtnis ergänzt und erweitert.

8.4.3 Motorik

Im Bereich der Grob- und Feinmotorik, beim Laufen und Greifen, bei der Mimik und Gestik finden wir den gleichen Ablauf der Entwicklung vom Ganzheitlichen, Einfachen zum Differenzierten und zum gesteuerten Einsatz (▶ Abb. 8.1). Das Neugeborene reagiert auf angenehme und unangenehme Reize mit dem ganzen Körper. Die willkürliche Muskulatur nimmt an dieser primitiven Reizbeantwortung teil. Empfindet ein Säugling an einer Stelle seines Körpers Schmerz, reagiert er mit Schreien und Bewegung des ganzen Körpers. Später kann der Mensch eine schmerzende Stelle gezielt bewegen oder benennen. Aus den Ganzkörperbewegungen („Bewegungssturm“) wird ein zielsicheres Greifen, ein verneinendes Kopfschütteln oder ein Lächeln. Aus einer diffusen, ganzheitlichen Bewegung wird eine Vielzahl variabler, sehr differenzierter Bewegungen. Auch durch ungewohnte Bewegungsabläufe findet die weitere Differenzierung der Grobmotorik statt (▶ Abb. 8.2)

Vielfältig sind beim Erwachsenen die motorischen Möglichkeiten z. B. der Hand oder die mimischen Ausdrucksformen: das verächtliche Herabziehen der Mundwinkel, das nachdenkliche Runzeln der Stirn, der fragende, gleichgültige oder bohrende Blick, der durch kleinste Muskelveränderungen der Augenpartien entsteht.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

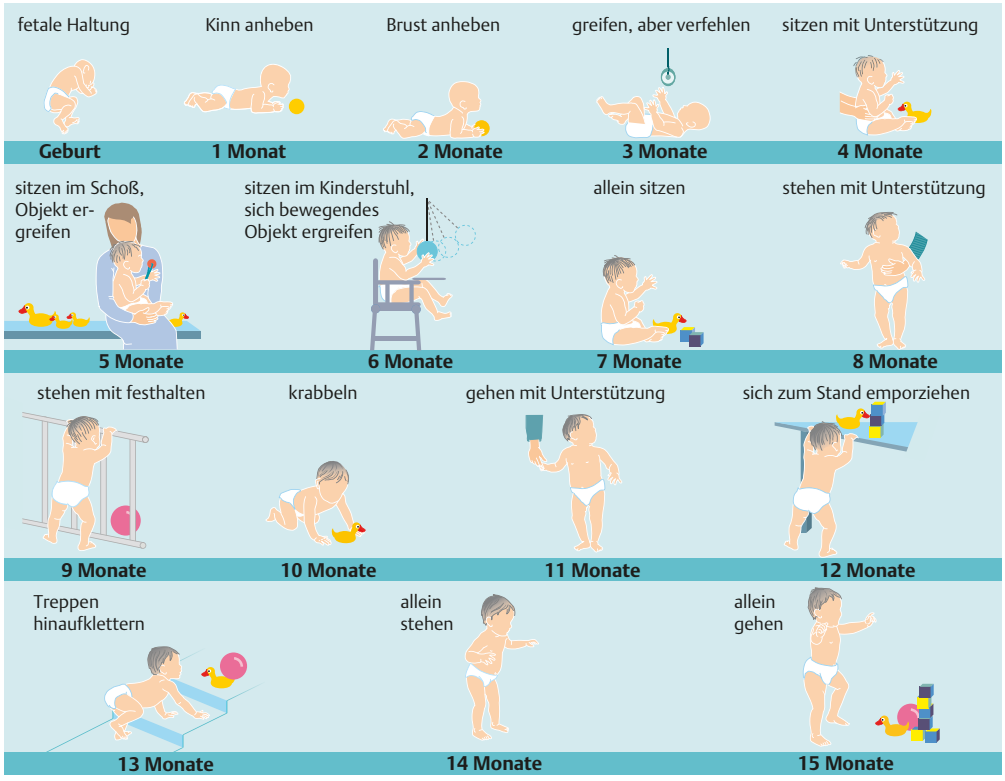


Abb. 8.1 Differenzierung der Motorik von der fetalen Haltung bis zum freien Gehen (nach Zimbardo).

8.4.4 Gefühle

Die Gefühlsskala ist beim Säugling bipolar, sie umfasst zunächst Wohlbefinden und Unwohlsein (in älterer analytischer Sprache: Lust und Unlust). Im Verlauf der emotionalen Entwicklung differenzieren sie sich zu einer Vielzahl von Emotionen. Ein erwachsener Mensch kennt Gefühle wie Freude, Liebe, Wut, Ehrgeiz, Begeisterung, Eifersucht, Trauer, Mitleid und viele andere.

Aufgabe

4 Zeigen Sie an einem weiteren Entwicklungsgeschehen, z. B. am Sozialverhalten, an der Musikalität, an den sportlichen Fähigkeiten oder an der Intelligenz, dass Entwicklung mit zunehmender Differenzierung einhergeht.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 8.2 Hüpfen und Springen fördern die Entwicklung der Grobmotorik.

8.5 Entwicklungsfaktoren

Wodurch werden Entwicklungsprozesse ausgelöst? Was treibt die Entwicklung weiter? Was lenkt sie in eine bestimmte Richtung?

Definition

Mit dem Begriff **Entwicklungsfaktoren** bezeichnet man die Faktoren, die Entwicklung in Gang setzen, aufrechterhalten und positiv oder negativ beeinflussen.

Die Frage nach den Faktoren, die die Entwicklung beeinflussen, bewegt vor allem Eltern und Erzieher: Welche Rolle spielen genetische Anlagen und welche die Umgebung, in der ein Mensch aufwächst (Umwelt)? Heute werden 3 Entwicklungsfaktoren unterschieden, die sich gegenseitig beeinflussen können:

1. genetische Anlagen,
2. Umweltfaktoren,
3. Eigenaktivität.

8.5.1 Genetische Anlagen

Jeder kennt die stolze oder anklagende Bemerkung: „Das hat das Kind vom Vater, jenes von der Mutter geerbt."

Wie hoch ist der Anteil der genetischen Anlage und wie stark ist der Umwelteinfluss eines Verhaltensmerkmals? Diese Frage ist noch ungeklärt.

Während der genetische Anteil bei einigen körperlichen Merkmalen, wie z. B. der Augenfarbe, eindeutig nachgewiesen ist, ist er besonders im Bereich der Persönlichkeitsmerkmale äußerst umstritten. Es gibt im Bereich des menschlichen Verhaltens keine Methode, um diese Frage eindeutig zu beantworten.

Reifungsprozesse

Es stellt sich die Frage, welche Rolle körperliche Reifung beim Entwicklungsgeschehen spielt und wie weit sich die Umwelt hier fördernd oder hindernd auswirkt. Entwickeln sich manche Verhaltensweisen ohne mitmenschlichen Einfluss? In vielen Bereichen existieren genetisch vorprogrammierte Reifungsprozesse, bei denen Umweltprozesse eher eine untergeordnete Rolle spielen.

Fehlt die Voraussetzung der körperlichen Reifung, dann wird sich eine neue Verhaltensweise, der nächste Entwicklungsschritt, auch bei intensiver Förderung nicht einstellen. So viel eine ehrgeizige Mutter ihr 6 Monate altes Baby auch auf die Beine stellt und zum Laufen ermuntert, es wird es nicht tun, weil die biologische Reife noch nicht vorhanden ist: Muskulatur und Knochenbau bieten noch nicht die notwendigen Voraussetzungen.

Merke

Voraussetzung für die motorische Entwicklung ist die Reifung des Nervensystems, der Muskulatur und der Sinnesorgane. Die einzelnen auf biologischer Reifung beruhenden Entwicklungsschritte treten bei gesunden Menschen etwa im gleichen Lebensalter auf. Beim Laufen lernen handelt es sich um einen Entwicklungsvorgang, der stark von der körperlichen Reifung abhängt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Besonders im ersten Lebensjahr finden sich Entwicklungsprozesse, die biologische Reifung voraussetzen. Sie werden mit zunehmendem Alter immer seltener.

8.5.2 Umweltfaktoren

Psychische Merkmale sind komplexer als biologische Merkmale wie Größe oder Haarfarbe. Es ist bekannt, dass Merkmale wie Geiz, Misstrauen, Nervosität und viele andere familiär gehäuft auftreten können. Dabei ist oft schwer erkennbar, ob dies auf genetische Anlagen oder auf Lernprozesse zurückzuführen ist.

▸ **Verhaltenstradition.** „Großmutter war so nervös, Mutter ist nervös und jetzt zeigen sich schon Anzeichen von Nervosität bei dem kleinen Jungen." Schnell wird nun gefolgert: „Das liegt in der Familie!" In der Tat gibt es eine Verhaltenstradition in der Familie: Auf unruhiges mütterliches Verhalten reagiert eben auch ein Kind mit Unruhe und Nervosität (ohne dass eine genetische Anlage dafür verantwortlich sein muss) und ruft dadurch möglicherweise bei der Mutter wieder Ungeduld hervor.

▸ **Modelle.** Außerdem lernen Kinder an den Modellen ihrer Umgebung. So werden Verhaltensweisen, die sich später zu eigenen Persönlichkeitsmerkmalen entwickeln können, z. B. von den Eltern, von Geschwistern, Lehrern, Freunden, Großeltern oder auch von Personen aus dem Bereich der Medien abgeschaut.

▸ **Chancen.** Die Umgebung ist für die Entwicklung eines Menschen sehr wichtig. Hier werden Einstellungen geprägt und unterschiedliche Chancen zur Weiterentwicklung bereitgestellt: Welche Schulen gibt es, welche Vereine? Gibt es die Möglichkeit ein Studium zu finanzieren? Welche Freunde, Kollegen usw. umgeben den Menschen? All diese Faktoren können die Entwicklung massiv beeinflussen. Jedoch ist auch die Bereitstellung der besten Möglichkeiten keine Garantie für einen reibungslosen Entwicklungsverlauf.

8.5.3 Eigenaktivität

Heute wird Entwicklung nicht nur als ein Resultat von genetischer Anlage und Umweltbedingungen betrachtet. Schließlich ist jeder Mensch auch selbst an seiner Entwicklung beteiligt. Er kann mit steuern, was aus ihm wird.

Definition

Die **Eigenaktivität** beschreibt die Art und Weise, in der ein Mensch auf Entwicklungsreize antwortet: Wie er sie verarbeitet, Neues ausprobiert, in seine Verhaltensmöglichkeiten aufnimmt, Lust an der Wiederholung und Übung hat und sich schließlich am Erfolg freuen kann.

Zu den Entwicklungsfaktoren Anlage, Reifung und Umwelt kommt also ein dritter, den Vorgang der Entwicklung beeinflussender Aspekt hinzu: Die Eigenaktivität hält, durch die angeborene Neugier bei der Begegnung des Kindes mit seiner Umwelt – spontan und ohne Hilfe von anderen Personen – die Entwicklung in Gang.

Auch ein Kind, das alleine in einem Zimmer ist, wird sich irgendwann auf den Weg machen, um seine Umgebung zu erforschen. Ohne mitmenschliche Unterstützung, allein durch Interaktion mit Gegenständen, die eckig oder rund, hart oder weich, leicht oder schwer sind und herunterfallen oder die ein Geräusch von sich geben, wenn man sie bewegt, schreitet Entwicklung fort.

Fast alle Kinder malen einen Menschen zunächst als Kopffüßler (▸ Abb. 8.3). Diese undifferenzierte Gestalt repräsentiert den Menschen auf dieser Wahrnehmungs- und Gestaltungsstufe. Eines Tages erlebt das Kind (auch ohne Korrektur durch die Eltern!), dass das gezeichnete Bild dem Wahrgenommenen nicht mehr entspricht. Es löst spontan (Eigenaktivität) diesen Konflikt, indem es seine Zeichnung der objektiven Menschenfigur etwas mehr annähert (Arme und Beine werden gezeichnet).



Abb. 8.3 Kinderzeichnung: der Mensch als Kopffüßler.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

8.5.4 Zusammenwirken von genetischer Anlage, Umweltfaktoren und Eigenaktivität

Entwicklung ist ein kompliziertes Geschehen. Genetische Anlage, körperliche Reifung, fördernde oder einschränkende Umwelteinflüsse, gegenständliche und mitmenschliche Umgebung und die Eigenaktivität sind in sich ergänzender Weise am Entwicklungsgeschehen beteiligt (▶ Abb. 8.4).

▶ **Sprachentwicklung.** Das Zusammenspiel all dieser Faktoren wird hier exemplarisch am Beispiel der Sprachentwicklung dargestellt. Im Alter von etwa einem Jahr sind i. d. R. folgende Voraussetzungen erfüllt:

- muskuläre und neuronale Beherrschung der Lautbildung durch Mund, Kiefer, Zunge und Stimmbänder (Reifung),
- Hören und Verstehen einzelner Wörter (sensorische Voraussetzung),
- Förderung durch Menschen, die mit dem Kind sprechen (Umwelt),
- Wiederholung einzelner Wörter wie „Mama", „Papa", „Auto". Das Kind freut sich an der Verständigung und führt sie immer wieder herbei, es hat Lust am Sprechen (Eigenaktivität).

Eine gute Sprachentwicklung wird durch das gelungene Zusammenwirken dieser verschiedenen Entwicklungsfaktoren ermöglicht.

Fallbeispiel

Genetische Anlage, Umweltfaktoren, Eigenaktivität. Anna ist ein auffallend hübsches Mädchen. Sie ist groß, schlank, hat schöne blonde Haare und blaue Augen (genetische Anlage). Annas Mutter ist Modedesignerin und hat früh Annas Interesse an schöner Kleidung geweckt. Bereits in der Grundschule hatte Anna Freundinnen (Umwelt), die sich nachmittags trafen, um sich gegenseitig zu schminken. Durch diese Umgebung wurde Annas Neugier für diesen Bereich immer stärker. Als in der Diskothek eine „Miss-Wahl" angekündigt wird, meldet Anna sich als Kandidatin an (Eigenaktivität).

Merke

Wir fassen zusammen: Entwicklung ist ein Zusammenspiel von Reifungsfaktoren, psychischen und soziokulturellen Faktoren. Die motorische und sensorische Entwicklung, die Umwelteinflüsse und die Eigenaktivität des Kindes wirken dabei wechselseitig aufeinander ein. Das genetische Erbe stellt den Rahmen dar, in dem durch Umwelteinflüsse und Eigenaktivität unterschiedliche Ausprägungen erreicht werden.

Aufgabe

5 Sophie ist 13 Monate alt. Sie ist ein temperamentvolles Kind und bewegt sich seit 5 Monaten schnell und sicher durch Krabbeln fort. Seit einigen Tagen zieht sie sich an den Möbeln hoch und geht mit Festhalten an den Händen einige Schritte. Als sie eines Tages wieder eifrig „übt", gelingt es ihr, 3 Schrittchen frei zu gehen. Sie ist selbst erstaunt, ihre Eltern und Geschwister klatschen in die Hände. Sogleich versucht Sophie, die neue Art der Fortbewegung zu wiederholen, wieder zu aller Freude. In kurzer Zeit beherrscht sie das freie Laufen.

Analysieren Sie das Geschehen. Beschreiben Sie das Zusammenspiel von motorischen und sensorischen Reifungsvorgängen, von Umweltfaktoren und Lernaktivität des Kindes.

6 Zeigen Sie, dass Entwicklung auch im hohen Lebensalter von Anlagen, Umwelteinflüssen und Eigenaktivität beeinflusst wird.

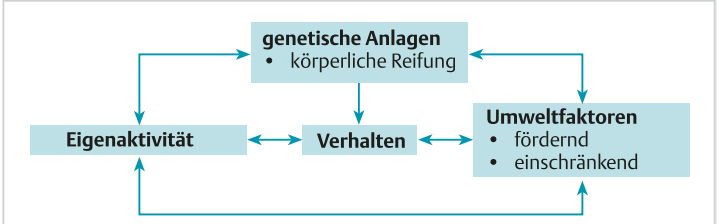


Abb. 8.4 Zusammenwirken der Entwicklungsfaktoren.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

8.6 Kognitive Entwicklung nach Jean Piaget

Der Schweizer Entwicklungspsychologe Jean Piaget lebte von 1896 bis 1980. Viele Jahrzehnte seines Lebens verbrachte er mit der Erforschung der kindlichen Entwicklung. Schon früh stellte er die spannende Frage: Wie kommt der Mensch zu Erkenntnissen und Wissen über die Welt? Er wollte wissen, wo die Anfänge der kognitiven (erkennenden) Fähigkeiten liegen, und wie das Weltbild eines Kindes zustande kommt. Unermüdlich beobachtete und befragte er Kinder, auch seine eigenen, und war dabei fasziniert davon, wie Kinder die sie umgebende Welt wahrnehmen und über sie denken, und wie sich die kognitiven Fähigkeiten immer wieder verändern und im Laufe der kindlichen Entwicklung immer weiter fortschreiten.

Definition

Unter **Kognition** versteht man alle Prozesse, die mit Wahrnehmen, Erkennen und Denken zu tun haben.

Alle Funktionen, die das Erkennen und Erfassen der Welt ermöglichen, sind kognitive Fähigkeiten, z. B.: Wahrnehmen, Denken, Sprache, Gedächtnis und Intelligenz (▶ Abb. 8.5). Sie sind Gegenstand des lebenslangen Interesses von Jean Piaget. Am psychologischen Institut in Genf betrieb er seine wissenschaftlichen Forschungen und sammelte und veröffentlichte die Ergebnisse zahlreicher Studien.

Er kommt zu dem Schluss, dass Kinder anders denken als Erwachsene, und dass sich ihr Denken in verschiedenen, voneinander unterscheidbaren Phasen entwickelt.

8.6.1 Phasen der kognitiven Entwicklung

Nach Jean Piaget lässt sich die kognitive Entwicklung in 4 Phasen einteilen. Eine Phase baut auf der anderen auf. Die Entwicklung läuft also immer in der gleichen Reihenfolge ab. Die Übergänge können fließend sein, d. h., es werden noch die alten kognitiven Strukturen (z. B. Greifen mit der ganzen Hand) verwendet, während die neuen (z. B. der Zweifingergriff) schon ausprobiert werden, bis sie



Abb. 8.5 Alle Funktionen, die das Erkennen und Erfassen der Welt ermöglichen, sind kognitive Funktionen.

so sicher funktionieren, dass die alten abgelegt werden. Die Altersangaben können von Kind zu Kind variieren.

Sensomotorische Phase (ca. 0–2 Jahre)

In dieser Phase geht es um Sinneswahrnehmung und Bewegung. Von Geburt an stehen dem Menschen Möglichkeiten zur Verfügung, der ihn umgebenden Welt zu begegnen:

- Sinnesfunktionen wie Sehen, Hören, Fühlen,
- Motorik in Form von Reflexen wie Suchen, Saugen, Schlucken.

Durch eigenes Verhalten werden mit der Zeit gezielt angenehme Erlebnisse herbeigeführt: Das Baby kann die bunte über sein Bettchen gespannte Kugelkette anschauen (Sinneswahrnehmung). Durch ein zunächst zufälliges Händeklatschen auf die Bettdecke, gerät die Holzkette mit Glöckchen in Bewegung und gibt Töne von sich. Das Kind führt nach einigen Wiederholungen der Bewegungen das Vergnügen daran selbst aktiv herbei. Schon in dem sehr frühen Alter bemerkt das Kind seine eigene Wirkung auf die Umwelt. Durch eigenes Verhalten kann es Reaktionen von Gegenständen oder Menschen erreichen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Während der ersten Lebensmonate erlebt das Baby einen versteckten Gegenstand als verschwunden. Zu seinen Kenntnissen über die Welt gehört etwa ab dem 6. Lebensmonat, dass auch noch existiert, was im Moment nicht sichtbar ist. Piaget nennt diese neue Erkenntnis Objektpermanenz.

Fallbeispiel

Objektpermanenz. In einem unbeobachteten Moment hat der 7 Monate alte Benjamin aus der Kitteltasche des Arztes einen Kugelschreiber genommen und will ihn in den Mund stecken. Es gelingt dem Arzt, den Kugelschreiber an sich zu nehmen. In der Absicht, dass sich der Vorgang nicht wiederholt, lässt er ihn in einer Schublade verschwinden. Wäre Benjamin 4 oder 5 Monate alt, wäre die Angelegenheit nach dem Motto „aus den Augen, aus dem Sinn" erledigt. Der kleine Junge aber beginnt sofort, aktiv den Kugelschreiber zu suchen.

Das 7 Monate alte Kind hat i. d. R. eine Vorstellung von einem vorher sichtbaren Gegenstand, auch dann noch, wenn dieser im Moment nicht mehr sichtbar ist. Hier kommt die kognitive Funktion des Gedächtnisses zum Tragen.

Präoperationale Phase (ca. 2–7 Jahre)

In dieser Zeit steht dem Kind als neue kognitive Funktion die Sprache zur Verfügung. Unabhängig von den realen Gegenständen und Handlungen entwickelt es Vorstellungen von den Dingen. Jetzt stehen Wörter für die konkreten Dinge und Handlungen. Wörter symbolisieren die realen Dinge (symbolisches Denken).

Wenn das Kind in der sensomotorischen Phase einen Gegenstand haben wollte, musste es danach greifen; jetzt kann es ihn mit Worten fordern: „Gib mir den Teddy!"

Ohne einen Hund vor Augen zu haben, kann man mit ihm über einen Hund reden, weil es eine Vorstellung von einem Hund entwickelt hat.

In diesem Entwicklungsstadium sieht das Kind die Welt nur aus seiner eigenen Perspektive. In seinem Weltbild hat die Sichtweise anderer Menschen auf die gleiche Gegebenheit noch keinen Platz. Diesen sog. Egozentrismus des Kindes veranschaulichte Piaget in seinem „Drei-Berge-Versuch" (▶ Abb. 8.6): Vor einem Modell mit 3 nach Höhe und Form unterschiedlich gestalteten Bergen sitzt ein Kind in Position 1. Es beschreibt seine Sicht der Bergelandschaft. Werden Kinder im Alter der präoperationalen Phase aufgefordert zu beschreiben, was eine Person aus den Positionen 2 oder 3 sieht, geben sie ihre eigene Darstellung wieder. Sie sind noch nicht in der Lage, sich eine Situation aus der Perspektive einer anderen Person vorzustellen.

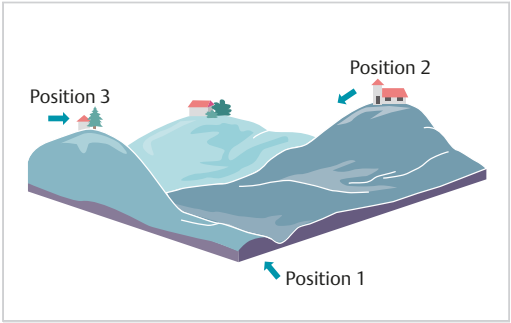


Abb. 8.6 Piagets 3-Berge-Versuch (nach Oerter u. Montada 2002).

▶ **Animismus.** (lat.: anima = Seele). Zu den Vorstellungen von der Welt gehört, dass alles, was sich bewegt, als lebendig erachtet wird und auch die Eigenschaften von Lebewesen hat. Es kann wachsen, böse oder lieb sein. Das Blatt im Wind versucht, vor dem Kind davonzulaufen. Sonnenstrahlen wollen mit ihm spielen. Ein kleiner Stein ist noch nicht so gewachsen wie ein großer. In dem hier besprochenen Alter hält das Kind die Welt für „beseelt", also lebendig. Es wird später bemerken, dass diese Annahme nicht den Tatsachen entspricht, seine kognitive Struktur erweitern und zwischen lebendig und leblos unterscheiden können.

Das Denken ist in diesem Alter stark an die Anschauung gebunden, wie folgender Versuch, den jeder leicht mit Kindern dieser Altersgruppe durchführen kann, deutlich macht:

Wird vor den Augen des Kindes Wasser von einem Glas in ein gleich großes und gleich geformtes Glas gefüllt, erkennt das Kind, dass es sich um die gleiche Flüssigkeitsmenge handelt. Auch wenn es beobachten kann, dass die gleiche Wassermenge in ein schmäleres hohes Glas geschüttet wird, urteilt es nach dem anschaulich gegebenen Wasserspiegel: „In diesem Glas ist mehr drin (▶ Abb. 8.7)."

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

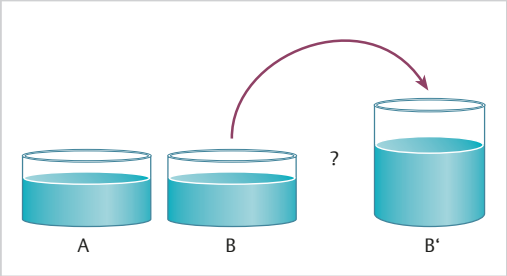


Abb. 8.7 Bei der Beurteilung von Mengen lassen sich die Kinder von dem Merkmal leiten, was anschaulich und deutlich sichtbar ist.

Merke

Sinnesfunktionen und Motorik bestimmten im Säuglingsalter die Interaktionen mit der erfahrbaren Welt. Die 2- bis 7-Jährigen verfügen über neue Denkstrukturen: Symbolisches und anschauliches Denken sind Merkmale der präoperationalen Phase.

Phase der konkreten Operationen 7–11 Jahre

Wissen und Erkenntnis über die Welt erfahren etwa mit Beginn des Schulalters einen deutlichen Fortschritt. Das bisher an die Anschauung gebundene Denken kann nun mehrere Merkmale der Umgebung einbeziehen. Beim Umfüllen der Flüssigkeit (s. o.) von einem Gefäß in ein Gefäß mit einer anderen Form, bezieht das Kind nun auch die Breite und Höhe des zweiten Gefäßes ein; es kann sich auch gedanklich vorstellen, die Flüssigkeit in das erste Gefäß zurückzugeben und urteilt: „Es ist die gleiche Menge, egal in welchem Gefäß.“ Zu solchen Denkoperationen braucht es zwar die konkrete Situation, aber hat sich in seiner Einschätzung des Vorgangs von der reinen Anschauung (Höhe des Wasserspiegels) gelöst. Der „Denkfehler“ der präoperationalen Phase ist durch die richtige Schlussfolgerung überwunden.

Die kognitive Struktur erweitert sich enorm durch die Entwicklung der Sprache, des Gedächtnisses und der Vorstellungsfähigkeit. So können nun auch Objekte, Situationen und Probleme aus dem Blickwinkel einer anderen Person gesehen werden (s. o. 3-Berge-Versuch).

Auch die Zeitperspektive gewinnt an Umfang. Vorher war die Wahrnehmung der Gegenwart beherrschend, jetzt weitet sie sich in Richtung Vergangenheit und Zukunft.

Die kognitive Struktur ist jetzt in der Lage, eine gewisse Ordnung in die Vielfalt der Welt zu bringen, indem Dinge in Gruppierungen zusammengefasst und Oberbegriffe gebildet werden. Das Kind beherrscht die Fähigkeit, nach verschiedenen Kriterien Ähnliches in Klassen zusammenzufassen.

Fallbeispiel

Gruppierungen. Auf die Frage: „Was ist ein Pferd?“ sagt das jüngere Kind im präoperationalen Stadium: „Der Max ist ein Pferd; er gehört meinem Opa.“ Ein Kind im Alter zwischen 7 und 12 Jahren erwidert mit einem Oberbegriff: „Ein Pferd ist ein Tier.“

Kinder können nun auch gedanklich mit der Hierarchie von Klassen umgehen. Ein Pferd gehört zu der höheren Klasse „Lebewesen“, „Säugetier“ und es gibt Untergruppen wie Reitpferd, Arbeitspferd, Stute, Hengst, Fohlen.

Dr. Sauter ist ein Arzt, aber es gibt verschiedene Untergruppen von Ärzten, z. B. Augenarzt, Zahnarzt, Hausarzt.

Logische Denkoperationen werden durchgeführt, z. B.: „Alle Pferde sind Säugetiere, sie ernähren sich vegetarisch. Max ist ein Pferd, also ist Max ein Säugetier.“

Phase der formalen Operationen (ab ca. 12 Jahren)

Mit Beginn des Jugendalters wird die kognitive Struktur noch komplexer. Das Denken löst sich von Anschauung und konkreter Situation. Es abstrahiert sich von dem, was unmittelbar vor Augen ist und ist immer besser in der Lage, einzelne Informationen miteinander zu kombinieren und Schlussfolgerungen zu ziehen. Das logische, abstrakte Denken gewinnt an Beweglichkeit. Dies zeigt sich z. B. an der zunehmenden Fähigkeit, Probleme „im Kopf“, also nur durch Nachdenken von verschiedenen Seiten zu betrachten, Annahmen aufzustellen und wieder zu verwerfen, Vorausgegangenes einzubeziehen und Zukünftiges vorauszusagen. In Gedanken kann eine kommende Entwicklung vorweggenommen werden. Es gelingt

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

jetzt immer besser, eine Handlung nicht erst selbst durchzuführen, sondern ihr Ergebnis zu antizipieren.

Fallbeispiel

Logisches, abstraktes Denken. Jutta ist 17 Jahre alt und leidet seit 3 Jahren an Diabetes mellitus. Sie weiß genau: „Wenn ich heute Nachmittag Kuchen esse, muss ich die Insulinmenge anpassen, sonst wird es mir schlecht gehen." Jutta muss dies nicht selbst ausprobieren, sie kann die Folgen gedanklich vorwegnehmen.

Es ist jetzt auch möglich, eine Sache von einem fremden Standpunkt aus zu beurteilen und die Sicht einer anderen Person einzunehmen. Die egozentrische Weltsicht verliert sich. Auch die eigene Meinung kann überdacht werden. Jugendliche können über sich selbst, ihre eigenen Einstellungen und Handlungen nachdenken

Mit seiner Forschung hat Jean Piaget viele Erkenntnisse über die Art, wie Kinder und Jugendliche denken, gewonnen. Er hat Licht in die sog. Denkfehler von Kindern gebracht und dabei ihre Vorstellungen von der Welt kennengelernt. Die Ergebnisse seiner Studien helfen allen, die Kinder verstehen wollen. Pflegende können besser mit Kindern umgehen und ihnen verständlicher etwas erklären, wenn sie die kognitiven Strukturen der Kinder kennen.

Aufgabe

7

a) Der Psychologe Jean Piaget befasste sich mit der kindlichen Entwicklung. Welcher Frage ging er von Anfang seiner Forschungen an nach?
b) Erklären Sie den Begriff „Kognitive Entwicklung".
c) Welche neue kognitive Funktion steht dem Kind in der präoperationalen Phase (Piaget) zur Verfügung? Geben Sie ein Beispiel.

8.7 Psychosoziale Entwicklung nach E. H. Erikson

Der Psychiater Erik H. Erikson lebte von 1902 bis 1994. Er wuchs in Deutschland auf, arbeitete in Wien und nach seiner Auswanderung 1933 in Berkeley und Harvard, USA. Er übte seinen Beruf in der Nachfolge Sigmund Freuds aus, indem er als Psychoanalytiker im Bereich der Entwicklungspsychologie forschte und praktizierte.

Erik H. Erikson schrieb 1950 einen Aufsatz über Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit. Von Freud unterscheidet sich seine Theorie der menschlichen Entwicklung dadurch, dass er das Gewicht von der psychosexuellen Entwicklung (Freud) auf die psychosoziale Entwicklung verschiebt: die Entwicklung vom Säugling zur erwachsenen, gesunden Persönlichkeit wird weniger von sexuellen Komponenten und mehr von sozialen Faktoren (z. B. Kultur, zwischenmenschliche Beziehungen, gesellschaftliche Normen) beeinflusst. Bemerkenswert an dieser Arbeit ist, dass sie über das Jugendalter hinausgeht und auch für das Erwachsenenalter Entwicklungsphasen beschreibt.

Entwicklung verläuft seiner Ansicht nach im Spannungsfeld verschiedener Konflikte, die jeder Mensch durchlebt. Erikson arbeitete für die einzelnen Stadien der menschlichen Entwicklung jeweils 2 Pole heraus, mit denen sich das Individuum auseinandersetzen muss. Nach der psychoanalytischen Sicht ist der Mensch ständig damit beschäftigt, solche Konflikte zu lösen, um als gesunde Persönlichkeit leben zu können.

Erikson ging in Forschung und psychiatrischer Praxis immer wieder der Frage nach „Wie wächst die gesunde Persönlichkeit?" Er kommt zu der Erkenntnis, dass der Mensch im Laufe des Lebens durch kritische Phasen geht und Konflikte zu bearbeiten hat und so zu seiner Identität findet. Die einzelnen Konfliktthemen haben in bestimmten Altersstufen ihre Höhepunkte, sind aber schon vorher vorhanden und werden nachher weiterbearbeitet. Zum Beispiel entwickelt sich die Persönlichkeit im Kleinkindalter im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung (eigener Wille, alles selbst tun wollen) und Unsicherheit (Gefühl, vieles falsch zu machen, Zweifel an sich selbst) besonders krisenhaft. Eigenbestimmung ist aber schon vorher im Säuglingsalter ein Thema, z. B. bei der Häufigkeit und der Menge der Nahrungsaufnahme. Lässt man das Baby selbst bestimmen (Autonomie), wie oft und wie viel Nahrung es aufnehmen will, oder

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

verhindert ein fester Ernährungsplan, der sich nach Alter und Gewicht des Säuglings richtet, diesen Ansatz von autonomem Verhalten des Kindes?

Erikson beschreibt folgende Stadien der Persönlichkeitsentwicklung und ihre Konfliktpaare:

- Urvertrauen – Urmisstrauen,
- Autonomie – Scham, Zweifel,
- Initiative – Schuldgefühl,
- Werksinn – Minderwertigkeitsgefühl,
- Identität – Identitätsdiffusion,
- Intimität und Distanzierung – Selbstbezogenheit,
- Generativität – Stagnierung,
- Integrität – Verzweiflung und Ekel.

Exemplarisch wird im Folgenden auf 4 Stadien näher eingegangen.

8.7.1 Vertrauen – Misstrauen (1. Lebensjahr)

Im ersten Stadium der Persönlichkeitsentwicklung geht es darum, ob es gelingt, ein Gefühl von Vertrauen in sich selbst und die Welt aufzubauen oder ob die Weichen in Richtung Misstrauen und Skepsis gegenüber der Umwelt gestellt werden. Das Gefühl „ich kann mich auf die Menschen um mich verlassen" wird gefördert durch eine verlässliche Bindung an eine Person, in der Regel die Mutter, und an wenige Personen, die zum Lebensbereich des Kindes gehören. Die Mutter gibt, was das Kind braucht. Das Kind nimmt, was ihm gegeben wird. Die frühen sozialen Verhaltensweisen Gegeben-Bekommen und Annehmen werden gelebt.

Macht das Kind in dieser frühen Lebenszeit häufig Erfahrungen von Enttäuschung, Trennung und Verlassenwerden, kann sich ein Misstrauen gegenüber dem Leben bilden. Die Krise gilt als gemeistert, wenn sich das Kind am Ende des ersten Lebensjahres mit einem Vertrauen in die Welt und das Leben in das nächste Entwicklungsstadium begibt.

8.7.2 Werksinn – Minderwertigkeit (6. Lebensjahr bis Pubertät)

Auf dem Weg zu einer eigenen Identität erlebt sich das Kind im ersten Stadium etwa im Sinne von „ich bin, was man mir gibt". Im 4. Stadium trägt die Erfahrung „ich bin, was ich lerne" zum Selbstgefühl des Kindes bei. Die menschlichen Bindungen erscheinen jetzt gefestigt, sodass man sich intensiv der dinglichen Welt zuwenden kann. Dem Bedürfnis nach Wissen über die Welt kommt nun der Schulbesuch entgegen. Gleichzeitig wächst die Freude daran, etwas herzustellen. Erikson spricht vom „Werksinn" des Kindes. Es ist jetzt motiviert, etwas fertigzustellen, dabei seine Sache gut zu machen und nützlich zu sein. Zur Identität des Kindes gehört jetzt unbedingt das Gefühl „ich bin, was ich kann".

Gestaltet sich die Entwicklung durch Erlebnisse von Misserfolgen, sei es durch

- ein besonders langsames Denken und Handeln (z. B. aufgrund von geringer Intelligenz),
- körperliches Ungeschick,
- unsichere soziale Bindungen aus den früheren Phasen oder
- zu hohe, nicht altersgemäße Erwartungen von außen,

dann stellen sich beim Kind Gefühle des Versagens und der Minderwertigkeit ein: „ich bin, was ich *nicht* kann."

In diesem Stadium gilt es, den Konflikt zwischen der Fähigkeit, etwas Gutes zu lernen und zu leisten (Erikson: Werksinn), auch gemeinsam mit anderen, und der Unfähigkeit, zu lernen und nützlich zu sein (Erikson: Minderwertigkeit) durchzustehen.

Zum Identitätsgefühl am Ende dieses Stadiums gehört, wenn die Krise dieser Jahre gut bewältigt wurde, die Einstellung des Kindes: „ich bin wertvoll, weil ich lernen und etwas leisten will und kann."

8.7.3 Generativität – Stagnierung (mittleres Erwachsenenalter)

Von 8 Entwicklungsstadien befassen sich nach Erikson 3 mit dem Erwachsenenalter. Generativität bezeichnet im mittleren Erwachsenenalter die Hinwendung zur nächsten Generation. Erikson definiert:

„Generativität ist in erster Linie das Interesse an der Erzeugung und Erziehung der nächsten Generation." Dabei fasst Erikson den Begriff nicht so eng, dass sich das Interesse auf eigene Kinder beschränkt, sondern Generativität findet ebenso statt, wenn Erwachsene dieses Bedürfnis in Gestalt einer schöpferischen Leistung an die folgende Generation weitergeben oder auf irgendeine Weise für sie Verantwortung übernehmen.

Wenn in diesem Stadium keine derartigen Beziehungen zur jüngeren Generation gepflegt wer-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

den, besteht die Gefahr, in Stillstand und Verarmung der zwischenmenschlichen Beziehungen und des Rückzugs auf die eigene Generation oder sogar die eigene Person zu verharren. Erikson nennt es die Gefahr der Stagnation.

Der Konflikt zwischen Generativität und Stagnation wird im mittleren Erwachsenenalter durchlebt. Das Ergebnis wird im folgenden Stadium aufgegriffen und geht entweder in eine Lebensbilanz von Zufriedenheit (Integrität) oder von Unzufriedenheit und Verzweiflung über.

Gelebte Generativität bringt den meisten älteren Erwachsenen ein Gefühl des Wohlbefindens und der Zufriedenheit, wenn Lebensbilanz gezogen wird.

Die Grundlage für generatives Verhalten liegt in der Pflege von sozialen Beziehungen: sich für andere Menschen interessieren, sich für sie einsetzen, sich um sie kümmern, an ihren Freuden und Nöten teilnehmen (▶ Abb. 8.8).

Die sich öffnende und weitergebende Haltung gelingt, wenn gleichzeitig befriedigend für die persönlichen emotionalen Bedürfnisse gesorgt ist. Viele ältere Menschen unterhalten jetzt weniger soziale Beziehungen als früher. Es kommt nicht auf die Anzahl der Kontakte, sondern auf die Qualität an: Diese Beziehungen werden getragen von gegenseitiger emotionaler Unterstützung, Vertrautheit, Verlässlichkeit.

Fallbeispiel

Generativität. Herr Kurz, 60 Jahre alt, lebt nach dem Tod seiner Frau schon einige Jahre allein. Er ist schon immer gerne gereist und hat sich in den letzten Jahren auch das Lesen angewöhnt. Fremde Länder und Völker interessieren ihn. Besonders gerne liest er Reiseliteratur. Eines Tages kommt er wieder begeistert von einer Reise nach Hause zurück. Er hat den Wunsch, seinen Kindern und vor allem seinen Enkeln zu berichten. Deren Zeiteinteilung erlaubt es leider nicht, dass man sich zusammensetzt und erzählt und zuhört. Da beschließt Herr Kurz, seine Erlebnisse und Eindrücke von der Reise aufzuschreiben. Er setzt sich hin und ist erstaunt, wie rasch sich Seite um Seite füllt. Nach einigen Monaten kann er die Arbeit abschließen. Er findet sogar einen Verleger für seinen Reisebericht und hat nun Freude daran, bei vielen Gelegenheiten sein Buch an Kinder und Enkel zu verschenken.



Abb. 8.8 Gelebte Generativität *(Symbolbild)*.

8.7.4 Integrität – Verzweiflung (höheres Erwachsenenalter)

Als letzte Krise des Erwachsenenalters nennt Erikson den Konflikt zwischen Integrität und Verzweiflung. Unter Integrität versteht er einen psychischen Zustand: „Er bedeutet die Annahme seines einen und einzigen Lebenszyklus und der Menschen, die in ihm notwendig da sein mussten und durch keine anderen ersetzt werden können." Im Zustand der Integrität befindet sich derjenige, der im höheren Lebensalter rückblickend sein eigenes, individuelles Leben in all seinen geschichtlichen, wirtschaftlichen und mitmenschlichen Bedingungen als sinnvoll erlebt.

Wenn einem alten Menschen diese bejahende Sicht auf sein Leben nicht gelingt, wenn die Zeit scheinbar immer schneller vergeht, ohne dass er noch einmal neu anfangen kann, dann steht dieser letzte Lebensabschnitt im Zeichen von Verzweiflung, Lebensüberdruss und Selbstverachtung. Der von Hoffnungslosigkeit geprägte emotionale Zustand findet oft seinen Ausdruck in überzogener Kritik an Menschen und Einrichtungen, ohne dass mit ihr konstruktive Vorschläge oder Mitarbeit zur Verbesserung der Situation einhergehen.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Die entwicklungspsychologische Forschung Eriksons ist der Frage: „In welcher Weise wächst die gesunde Persönlichkeit?" gewidmet.

Sein Konzept arbeitet verschiedene krisenhafte Stadien im Entwicklungsverlauf heraus.

Für jedes Stadium – nicht nur der Kindheit sondern auch des Erwachsenenalters – beschreibt er spezielle psychologische Konflikte. Jeder Mensch muss sie durchstehen, um immer mehr zu einer

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

gesunden Persönlichkeit von einer gewissen Einheitlichkeit zu wachsen, die äußere und innere Gefahren des Lebens meistern kann.

E.H. Erikson weist auf die lange Entwicklungszeit des Menschen hin und unterstreicht die Bedeutung der Erziehung. Er macht auf die besondere Verletzbarkeit des Kindes und die zahlreichen Gefahren für eine gesunde Entwicklung des Identitätsgefühls aufmerksam. Erwachsenen kommt die Aufgabe zu, dem Kind zu helfen, eine gesunde Persönlichkeit zu werden. Erikson betont vor allem die Verantwortung der vorausgehenden Generation für das Gedeihen der kindlichen Persönlichkeit.

Aufgabe

8 Der Psychiater Erik H. Erikson beschäftigte sich ebenfalls mit der kindlichen Entwicklung.

a) Welcher Frage ging er von Anfang an nach?
b) In welchem Lebensalter findet nach Erikson der Konflikt zwischen Urvertrauen und Urmisstrauen statt?
c) Beschreiben Sie Beispiele aus Ihrem Bekanntenkreis für eine gelingende Generativität (Erikson).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © Kirill Gorlov – stock.adobe.com

Kapitel 9

Entwicklung in der Kindheit

9.1 Entwicklungsvorgänge in der pränatalen Zeit *140*

9.2 Entwicklungsvorgänge in der frühen Kindheit (0 bis 4 Jahre) *141*

9.3 Das Kind im Alter von 4 bis 12 Jahren *153*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

9 Entwicklung in der Kindheit

„Wenn die Kinder klein sind, gib ihnen Wurzeln, wenn sie groß sind, gib ihnen Flügel."
Chinesische Weisheit

Examensschwerpunkte

Entwicklungsvorgänge in der pränatalen Zeit (S. 140) , Entwicklungsvorgänge in der frühen Kindheit (S. 141) (0–4 Jahre), Entwicklungsvorgänge im Alter von etwa 4–12 Jahren (S. 153)

9.1 Entwicklungsvorgänge in der pränatalen Zeit

Immer deutlicher kommt das vorgeburtliche Leben (pränatale Zeit) in den Blick der psychologischen Forschung. Über die Bedeutung der Entwicklung des Kindes im Mutterleib gibt es heute viele Spekulationen, aber auch immer mehr Erkenntnisse. Mit modernen Untersuchungsmöglichkeiten, z. B. dem Ultraschall, dem Elektroenzephalogramm und dem Kardiogramm, gibt es heute gute Methoden, den Fötus zu beobachten (▶ Abb. 9.1).



Abb. 9.1 Ultraschallbild eines Kindes im Profil in der 16. Schwangerschaftswoche. (Foto: soupstock – stock.adobe.com)

9.1.1 Erstes Verhalten und Erleben

Vom dritten Schwangerschaftsmonat an reagiert der Fötus auf Bewegungen der Mutter. In dieser Zeit können bereits Mimik, Frühreflexe, aber auch Bewegungen des ganzen Körpers erkannt werden.

Wachen und Schlafen wechseln. Allmählich gleicht der Fötus seinen Wach-Schlaf-Rhythmus dem der Mutter an. Er beginnt zu träumen. Sicher sind seine Trauminhalte anders als die des erwachsenen Menschen. Sie entsprechen seinen Wahrnehmungsmöglichkeiten. Diese sind jetzt schon: Fühlen, Gleichgewicht halten, Schmecken und auch schon bald Hören. Diese frühen Träume enthalten keine zusammenhängenden Handlungen oder optische Bilder. Sie sind eine bruchstückhafte Aneinanderreihung von Erfahrungen wie Bewegungen, eigenen Berührungen, Schluckauf, Lutschen, Geräuschen im Bauch der Mutter oder die Stimme der Mutter; sie können die Auswirkung einer Atmosphäre von Geborgenheit oder Bedrohung sein.

In den letzten Monaten der Schwangerschaft, etwa ab dem 5. Monat, wächst das Kind besonders rasch. Die Sinnesfunktionen reifen aus, zuerst das Hören, dann das Sehen. Kurz vor der Geburt kann es hell, etwa ein starkes Licht auf dem Bauch der Mutter, und dunkel unterscheiden. Es nimmt Geräusche wahr und verarbeitet sie. Es lernt z. B. die Stimme der Mutter zu erkennen. Durch das starke Wachstum wird der Bewegungsraum immer enger. Der Erlebnisraum und das Verarbeiten von Empfindungen erweitern sich durch vermehrte Wahrnehmungsmöglichkeiten, wie die zunehmende Gehirnaktivität zeigt. Verkehrslärm, hektische Musikrhythmen und streitende Stimmen werden deutlich als Störung erlebt. Mit der Ultraschalluntersuchung kann man beobachten, wie das Kind mit beschleunigtem Herzschlag und unruhigen Bewegungen reagiert: es erschrickt. Streicheln über die Bauchdecke der Mutter, Barockmusik und Singen der Mutter beruhigen, senken die Pulsfrequenz und bringen dem Ungeborenen Wohlbehagen.

9.1.2 Mutter-Kind-Beziehung

Über den Blutkreislauf und das Hormonsystem ist das Kind mit der Mutter verbunden. Das Wohlbefinden des Fötus hängt eng mit der Lebensweise der Mutter zusammen, sodass das wachsende Kind möglicherweise spürt, ob es erwünscht ist oder abgelehnt wird. Lehnt die Mutter das Kind ab, wird sie bewusst oder unbewusst Zeichen geben, indem sie sich selbst vernachlässigt oder gar gefährdet, z. B. durch zu enge Kleidung, Leistungssport, Rauchen oder durch Mangel an Schlaf und Ruhe. Das

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Kind erlebt die Zeichen und spürt mehr Unbehagen und Bedrohung als Wohlbefinden. Häufig gehen solche negativen Einstellungen zum Kind nicht primär von der Mutter aus, sondern von den menschlichen Beziehungen und äußeren Bedingungen, in denen sie lebt.

So konnte beobachtet werden, dass Säuglinge schon bei der Geburt stressbedingt Magengeschwüre hatten. Die Mütter waren in der Schwangerschaft erheblichem Stress ausgesetzt. Dies zeigt, dass Gefährdungen der Mutter gleichzeitig Gefährdungen für das Kind sind. Deshalb gilt: Wer dem Kind helfen will, muss der Mutter helfen.

9.1.3 Schädigende Einflüsse auf das Ungeborene

Der schädigende Einfluss von sog. Genussgiften und manchen Medikamenten ist heute weitgehend bekannt: Sie können zu körperlichen Fehlbildungen, geistiger Retardierung und schlechter Koordinationsfähigkeit des Kindes führen. Nikotin- oder Drogenkonsum während der Schwangerschaft führt zu Entzugserscheinungen der Neugeborenen. Diese Kinder sind oft klein, sehr unruhig und zittrig. Die Entzugserscheinungen sind oft behandlungsbedürftig.

Auch spätere Verhaltensstörungen wie Konzentrationsschwäche, motorische Unruhe, Schulleistungsstörungen oder depressive Verstimmungen können mit dem mütterlichen Befinden in der Schwangerschaft in Zusammenhang stehen. Psychologische Untersuchungen ergaben bis jetzt: Die Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft sowohl großer Armut und Not als auch starken psychischen Spannungen ausgesetzt sind, leiden mehr als andere an psychischen Störungen, Unruhe und Lernschwierigkeiten. Anhaltende Ehekonflikte führen auch in finanziell gesicherten Verhältnissen immer wieder zu Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensstörungen beim Kind. Jedoch können sogar anfänglich schwere Beeinträchtigungen des Kindes oft aufgehoben werden, wenn sich die Familiensituation verbessert.



Merke

Im Blick auf die lebenslange Entwicklung des Menschen ist die vorgeburtliche Situation immer eine, die mit vielen anderen im Zusammenhang gesehen werden muss. Sie ist *eine* Phase im Leben eines Kindes, der noch andere folgen werden.

9.1.4 Kind und Umwelt

Ob nach einer psychisch belasteten Schwangerschaft wirklich eine überdauernde Persönlichkeitsstörung zustande kommt oder ob die anfänglichen Schwierigkeiten eines Neugeborenen „von alleine“ verschwinden, darüber entscheidet eine Reihe von weiteren mitmenschlichen Erfahrungen, die Vater, Mutter und Kind mit sich und ihrer Umwelt machen werden. Kinder sind in diesem frühen Lebensalter sehr anpassungsfähig. Die neuere Sicht der Beziehung von Kind und Eltern geht dahin, dass das Kind keineswegs nur ein passives, allen Einflüssen ausgeliefertes Wesen ist, sondern eine aktive Rolle spielt und seine Eltern durchaus zu einem bestimmten Verhalten oder einer Verhaltensänderung veranlassen kann. Manchen Kindern gelingt es, ihre Eltern dahin zu bringen, eine anfängliche Ablehnung zu überwinden und sich vielleicht sogar in großer Liebe für sie zu begeistern.



Aufgabe

1 Beschreiben Sie motorische und sensorische Entwicklungen des ungeborenen Kindes während der Schwangerschaft.
2 Erläutern Sie, inwiefern sich die Einstellung der Mutter und ihrer Umgebung zu dem ungeborenen Kind auf die Entwicklung des Kindes auswirken kann.

9.2 Entwicklungsvorgänge in der frühen Kindheit (0 bis 4 Jahre)

Von der Geburt bis zum ersten Geburtstag ereignen sich so viele Entwicklungsschritte wie sonst in keinem Lebensjahr. Der hilflose, ganz auf Mitmenschen angewiesene Säugling wird im ersten Jahr zu einer kleinen, einmaligen menschlichen Persönlichkeit, die sich ganz deutlich von seinen Altersgenossen unterscheidet.

Ein Kind ist schon bei der Geburt mit Funktionen wie Hören und Sehen ausgestattet, die sich während der pränatalen Zeit entwickelten. In schneller Folge schreitet die Entwicklung im ersten Lebensjahr fort.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

9.2.1 Das erste Lebensjahr

Bei näherem Hinschauen bemerkt jeder, der mit Neugeborenen Umgang hat, dass auch sie schon Individualisten sind. Erfahrene Hebammen äußern sich manchmal nach der Geburt eines Kindes: „Na, die Kleine wird sich einmal durchsetzen" oder „den Kleinen bringt nichts aus der Ruhe". Die Neugeborenen unterscheiden sich in ihrem Temperament, durch ihre Schlaf- und Trinkgewohnheiten, die sie schon bald sicher und individuell anbieten, wenn man sie durch einen „Stundenplan" dabei nicht stört. Allen gemeinsam ist aber die Unfähigkeit, ohne menschliche Hilfe zu überleben.

Merke

In diesem Prozess ist immer die körperliche Reifung die Voraussetzung für den nächsten Entwicklungsschritt. Die Umwelt greift fördernd oder hemmend ein, die Eigenaktivität des Kindes beschleunigt und unterstützt das Geschehen.

Wahrnehmung

Die Wahrnehmung erfolgt über verschiedene Sinne:
- Sehsinn (visuelle Wahrnehmung),
- Hörsinn (auditive Wahrnehmung),
- Geruchssinn (olfaktorische Wahrnehmung),
- Geschmackssinn (gustatorische Wahrnehmung),
- Gleichgewichtssinn (vestibuläre Wahrnehmung),
- Berührungssinn (Hautsinn, haptisch-taktile Wahrnehmung).

Sehsinn

Was sieht das Neugeborene? Wird es im optischen Bereich von einer chaotischen Reizfülle überfallen? Sind da hell, dunkel, Winkel, Linien, Muster, Lebendes und Lebloses, aber keine sinnvollen Objekte?

▸ **Sehabstand.** Die Augenmuskeln (Ziliarmuskeln) sind noch nicht in der Lage, die Linse so einzustellen, dass unterschiedlich entfernte Objekte scharf gesehen werden. Neugeborene sehen in einem Abstand von ca. 20 cm vor den Augen scharf. Etwa 20 cm beträgt die Entfernung vom trinkenden Kind bis zum Gesicht der Mutter. In dieser Lebenszeit schläft das Kind 18–20 Stunden am Tag. Die meiste Zeit des Wachseins ist mit dem Trinken ausgefüllt. Es ist wie eine Nische in der Vielzahl der Reize, dass das Kind als häufigsten optischen Reiz im Bereich des Scharfsehens das Gesicht der Mutter (oder der Pflegefachkraft) sieht.

▸ **Gemusterte Reize.** Neugeborene und Säuglinge schauen gemusterte Reize länger an als Reize ohne Muster, am längsten richten sie ihren Blick auf Hell-Dunkel-Kontraste und scharfe Konturen. Von allen visuellen Reizkombinationen liefert das menschliche Gesicht die richtige Kombination von fesselnden Reizelementen. Die Form der Augen, der Hell-Dunkel-Kontrast von Pupille und Augenweiß, Augenbraue und Haut scheinen das Kind am meisten zu reizen. So ist das Kind von Anfang an darauf eingestellt, das menschliche Gesicht, insbesondere die Augenpartie, faszinierend zu finden.

▸ **Kräftige Farben.** Säuglinge nehmen kräftige Farben wahr. An blassen Pastellfarben bleibt der Blick nicht haften. Ab der 6. Woche kann das Kind die Augen seiner Mutter im Blick festhalten, es fixiert, dabei stehen die Augen offen und leuchten.

Am Ende des dritten Monats wird die „20-cm-Nische" zunehmend erweitert. Die visuelle Wahrnehmung erreicht schließlich im Alter von 18–24 Monaten die Sehfähigkeit eines Erwachsenen.

Hörsinn

Der Hörsinn ist bei der Geburt ausgereift und funktionsfähig, die akustische Wahrnehmung aber noch eingeschränkt. Es können Tonhöhen unterschieden werden. Das Empfindlichkeitsmaximum liegt bei etwa 4 000 Hz. Intuitiv wählen wohl deshalb Erwachsene Säuglingen gegenüber eine hohe Stimmlage.

Über das, was Neugeborene hören, entscheidet nicht die Lautstärke. Wahrgenommen wird, was biologisch zum Erhalt des Lebens wichtig ist. Geräusche, die im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme auftreten, wie die Stimme der Pflegefachkraft, Türgeräusche, die sie ankündigen oder das Geklapper von Flaschen lösen kindliche Reaktionen aus, weniger dagegen das Flugzeug, das über das Haus fliegt oder der Staubsauger vor der Türe, obwohl sie viel stärkere akustische Reize darstellen.

Geruchssinn

Schon bei der Geburt ist der Geruchssinn weitgehend vorhanden; so können Neugeborene und Säuglinge in ihrer unmittelbaren Umgebung schon den Geruch der Mutter oder des Vaters wahrnehmen und in ihren „Erfahrungsschatz" einordnen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Später, wenn die visuelle und die auditive Wahrnehmung besser ausgeprägt sind, tritt die Bedeutung des Riechens in den Hintergrund. Der erwachsene Mensch hat im Vergleich zu vielen Säugetieren eine ausgesprochen schlechte Geruchswahrnehmung.

Geschmackssinn

Neugeborene unterscheiden klar die Geschmacksrichtungen süß, sauer, bitter, jedoch noch keine Vielfalt nuancenreicher Unterschiede. Aus diesem Grunde bevorzugt der Säugling anfänglich die ihm bekannte, eintönige Kost (Muttermilch, Säuglingsnahrung) gegenüber der beim 1- bis 2-jährigen Kind wachsenden Nahrungsvielfalt, die in der folgenden Zeit zunehmend an die Erwachsenennahrung angeglichen wird. Es ist mehr die kindliche Neugierde als der Wunsch nach abwechslungsreicher Speise, die das Kind schließlich an die in seinem sozialen Umfeld üblichen Nahrungsmittel und Essgewohnheiten anpasst.

Gleichgewichtssinn

Auch über den Gleichgewichtssinn erkennt das Kind vertraute Personen an der Art, wie sie es halten und tragen. Der Säugling kann unterscheiden, ob es sich dabei um eine vertraute oder fremde Person handelt. Bekannte Bewegungsabläufe wirken so spannungs- und angstabbauend.

In den ersten Lebensmonaten sind bei Lageveränderungen auch noch ursprüngliche Reflexmechanismen auslösbar. So dient der Moro-Reflex zum Klammern des Säuglings an die Mutter; dies hat jedoch für die Sicherheit des Kindes beim Menschen heute keine Bedeutung mehr.



Aufgabe

3 Wenn Sie wissen wollen, ob Sie einen bekannten Menschen erkennen, ohne ihn zu sehen oder zu hören, dann machen Sie in der Gruppe folgende kleine Erfahrung: Einige von Ihnen verteilen sich im Raum, setzen sich auf den Boden, mit verbundenen Augen. Andere versuchen nun, sie hochzuheben und auf die Beine zu stellen, ohne dabei einen Laut von sich zu geben. Können Sie an der Art, wie Sie gehalten und getragen werden, am Geruch, an der Berührung erkennen, wer Sie hochhebt? Als Säugling konnten Sie es.

Berührungssinn

Die Hautsinne für Berührung, Schmerz und Temperatur sind gut entwickelt. Sie sind weitgehend für die Lebenserhaltung und -sicherung zuständig. Dabei schützen zahlreiche Reflexe. Die große Bedeutung von Berühren, Streicheln und Wärmen für das Wohlbefinden des Kindes darf nicht unterschätzt werden.

Soziale Entwicklung

Der Mensch als soziales Wesen ist besonders am Anfang auf mitmenschliche Beziehungen angewiesen, weil sein Leben auf dem Spiel steht. Sie sind für die Erhaltung des Lebens und eine gesunde psychische Entwicklung unverzichtbar. Das Kleinkind bringt wichtige beziehungsstiftende Fähigkeiten mit auf die Welt. Seine soziale Ausstattung ist außerordentlich gut. Es ist, was lange Zeit unterschätzt blieb, aktiv als Partner an der Gestaltung der ersten zwischenmenschlichen Beziehungen beteiligt (▶ Abb. 9.2). Psychologen sprechen deshalb auch vom „kompetenten Säugling".

Die „sozialen Instrumente" des kleinen Kindes

Das Neugeborene verfügt schon früh über sensorische und motorische Fähigkeiten, die es ihm ermöglichen, in sozialen Kontakt zu seiner Umwelt zu treten.

Am Anfang sind es das Blickverhalten, die Kopfhaltung und das Weinen, dann das Lächeln und das Lachen, später die Sprache. Wenn das kleine Kind um die 6. Lebenswoche beginnt, den Blick der Mutter oder des Vaters länger festzuhalten, da-



Abb. 9.2 Der „kompetente Säugling" ist aktiv an der Gestaltung der ersten zwischenmenschlichen Beziehungen beteiligt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

bei mit geöffneten, leuchtenden Augen schaut (Aktivität des Säuglings), ruft das bei den Eltern das Gefühl hervor, dass sie mit dem Kind verbunden sind. Sie beginnen fast unweigerlich mit dem Kind zu reden. Das Verhalten von Mutter bzw. Vater und Kind wird von diesem Zeitpunkt an mit differenzierterem und lebhafterem Mienenspiel und Lautäußerungen merklich sozialer. Es beginnen echte soziale Spielinteraktionen.

Am Ende des dritten Lebensmonats verfügt das Kind über das Mittel des Anschauens oder Wegguckens, jetzt können beide Kommunikationspartner Kommunikation suchen, sie aufrechterhalten oder abbrechen.

▸ **Blickverhalten und Kopfhaltung.** Die Kopfhaltung, das Zu- und Wegwenden, hat auch bei Erwachsenen starken Signalwert. Mit den Blicken und der Kopfhaltung kann das Kind schon sehr bald zu den Geschehnissen in seiner unmittelbaren Umgebung Stellung nehmen:

- Das der Mutter (oder einer anderen Bezugsperson) frontal zugewandte Gesicht mit Blickkontakt bedeutet: „Ich möchte Kontakt mit dir“ (Bereitschaft, ▸ Abb. 9.3).
- Das frontal zugewandte Gesicht ohne Blickkontakt drückt aus: „Ich weiß noch nicht recht, ob ich wirklich Kontakt will, vielleicht“ (Ambivalenz).
- Bei einer Abwendung von 15 bis 90 Grad vom Gesicht der Mutter ist kein Formsehen mehr möglich; aber mit dem Blick aus den Augenwinkeln werden Bewegungen und Veränderungen im Gesicht der Mutter bemerkt. Kontakt bleibt bestehen, Austausch wird vielleicht noch gewünscht (Ambivalenz).
- Beträgt die Abwendung mehr als 90 Grad, ist die Form- und Bewegungswahrnehmung unmöglich. Es ist ein Fluchtsignal und bedeutet: „Ich will nicht mehr“ (Kontaktabbruch).
- Hinzu kommen Kopfsenken als Vermeidungsverhalten (der Kontakt soll abgebrochen werden) und Kopfheben, was Annäherung meint und zum Kontakt auffordert.



Abb. 9.3 Blickkontakt und frontale Zuwendung des Kopfes bedeuten: Ich möchte Kontakt!

Merke

Das Kind kann im Alter von 3 Monaten mitbestimmen, was es sehen will und was nicht. Es wählt nun weitgehend selbst aus. Es kann kritisch prüfen, dosieren und ablehnen. So kann es auch selbst die Intensität einer Beziehung mit beeinflussen. Es wird zu einem echten Partner. Es kommt nun darauf an, die Zeichen des Kindes wahrzunehmen und zu verstehen. Begegnen die Erwachsenen dem Kind mit Sensibilität, Akzeptanz und Wertschätzung, wirkt sich dieser einfühlsame Erziehungsstil positiv auf die kindliche Entwicklung aus.

Das Lächeln

Aufgabe

4 Nehmen Sie bei der nächsten Gelegenheit mit einem Baby Kontakt auf. Bemühen Sie sich, auf ein Lächeln des Kleinen nicht zu reagieren, sondern ein ernstes Gesicht zu behalten. Tauschen Sie später aus, wie es Ihnen erging.

Jeder kennt den bezwingenden Charme, der von einem Säuglingslächeln ausgeht. Man braucht äußerste Entschlusskraft und größte willentliche Anstrengung, ein solches Lächeln unbeantwortet zu lassen. Lächeln fordert den das Kind betreuenden Menschen vehement zu einer Antwort heraus und damit in die Beziehung hinein.

▸ **Formen des Lachens.** Folgende Formen lassen sich unterscheiden:

- **reflektorisches Lächeln:** in den ersten Wochen im Verlauf der Funktionsübung der Gesichtsmuskulatur,
- **exogenes und soziales Lächeln:** ab etwa der 6. Woche als Antwort auf ein menschliches Gesicht,
- **instrumentelles Lächeln:** vom Kind selbst herbeigeführt (Aktivität des Kindes), um bei ande-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

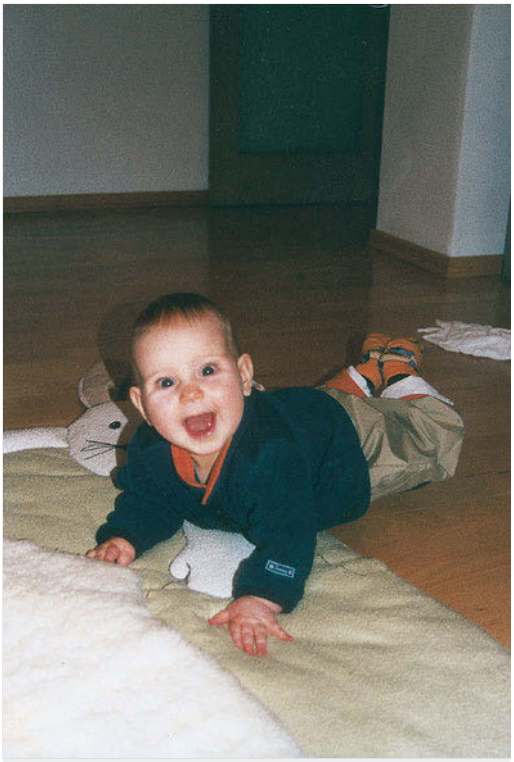


Abb. 9.4 Lachen hat Beziehung stiftende Funktion.

ren Menschen eine Reaktion (Zurücklächeln, Sprechen) zu bewirken,
- **Lachen:** ab dem 4. Lebensmonat (▶ Abb. 9.4).

Zuwendung und soziale Förderung

Das körperliche und psychische Gedeihen eines Kindes hängt von der stabilen, gelungenen Beziehung zur Mutter oder einer Pflegefachkraft ab. Dabei ist weniger die leibliche, als die faktische Elternschaft wichtig. Häufig gelingt es, Entwicklungsrückstände, die aufgrund sozialer Defizite entstanden sind, durch Zuwendung und gezielte Förderung zu kompensieren.

Fallbeispiel

Soziale Förderung. Familie Graf adoptierte die kleine Jana aus einem Kinderheim im Alter von 11 Monaten. Das Kind ist sehr ruhig und bewegungsarm, dreht sich selten vom Rücken auf den Bauch; manchmal lächelt es ein bisschen. Jana isst noch nicht vom Löffel, man hört noch keine Lallmonologe. In den Wachzeiten spielt sie nicht mit Händen und Füßen, sie liegt auf dem Rücken, guckt ruhig vor sich hin und scheint überwiegend zufrieden. Es ist deutlich, dass hier ein erheblicher Entwicklungsrückstand vorliegt.

In der Familie, die schon 2 Kinder hat, wird Jana liebevoll aufgenommen und versorgt. Im Alter von 2 Jahren läuft und spricht sie wie andere 2-Jährige, sie macht einen wachen Eindruck, spielt gerne und ist auch schon mal trotzig, wenn ihr etwas verwehrt wird. Der Entwicklungsrückstand wurde vollkommen aufgeholt.

▶ **Visuelle Rückmeldung.** Ab einem Alter von 4–6 Monaten hören blinde Kinder auf, strahlend zu lächeln. Das Lächeln wird blasser und ausdrucksloser. Es scheint also eine visuelle Rückmeldung nötig zu sein. Das aktive Verhalten bedarf unbedingt einer Antwort, um beibehalten zu werden.

▶ **Fremdeln.** In der zweiten Hälfte des ersten Jahres kann das Kind vertraute Personen von Fremden unterscheiden. Lächelte es früher jedes Gesicht an, wird es jetzt beim Anblick unbekannter Personen weinerlich und ängstlich. Das sog. Fremdeln ist jedoch auch Ausdruck dafür, dass Wahrnehmung und kognitive Entwicklung gute Fortschritte machen.

▶ **Trennungsangst.** Die etwa um den 9. Monat auftretende Trennungsangst, oft gekennzeichnet durch nächtliche Schreiattacken, ist Ausdruck der fortgeschrittenen Gedächtnisentwicklung: Das Kind vermisst nun die abwesende Bezugsperson, an die es sich erinnert, auch wenn sie nicht zu sehen ist.

Aufgabe

5 Welche Mittel stehen dem Kind im ersten halben Jahr zur Verfügung, um sich aktiv an einer zwischenmenschlichen Beziehung zu beteiligen?
6 Welchen Entwicklungsfortschritt kündigt das „Fremdeln“ an?
7 Erwachsene haben in der ersten Zeit die Aufgabe, die Bedürfnisse des Kindes zu verstehen, sensibel für seine Zeichen zu sein. Was bedeutet es, wenn das Kind das Gesicht frontal zuwendet, den Blickkontakt aber abbricht?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Motorik

Nachdem sich die erste Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind gefestigt hat, zeigt das Kind im Alter von etwa 6 Monaten vermehrt Interesse an der gegenständlichen Umwelt.

▶ **Feinmotorik.** Mit der Entwicklung des Greifverhaltens wird aus der Zweierbeziehung von Bezugsperson und Kind eine Dreierbeziehung von Bezugsperson, Kind und Objekt (▶ Abb. 9.5). Im Rahmen der Entwicklung der Feinmotorik verschwindet mit zunehmender Reifung des Nervensystems der anfängliche Greifreflex und macht einem aktiven Greifverhalten Platz. Allmählich gelingt es Hand und Auge zu koordinieren (▶ Abb. 9.6). Zunächst werden mit der ganzen Hand (Faustgriff), dann mit Fingern und Daumen, schließlich gezielt mit Zeigefinger und Daumen (Pinzettengriff) möglichst handliche Gegenstände „begriffen".

▶ **Ganzkörpermotorik.** Im Bereich der Ganzkörpermotorik erschließt sich das Kind durch Drehen, Sitzen, Krabbeln, Stehen und erste Schritte einen größeren Bewegungs- und Erlebensraum (▶ Abb. 9.7). Damit wird es zunehmend unabhängiger. Es kann mehr und mehr darüber entscheiden, was es erfahren und was es meiden will. Es kann sich selbst abwenden oder zuwenden und macht davon Gebrauch.



Abb. 9.6 Beginnende Koordination von Hand und Auge.



Abb. 9.5 Aus der Mutter-Kind-Beziehung wird eine Dreierbeziehung: Bezugsperson, Kind und Objekt.



Abb. 9.7 Die Entwicklung der Ganzkörpermotorik erweitert den Erlebensraum.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Am Ende des ersten Lebensjahres sind wichtige Weichen gestellt. Das Kind hat einen Erfahrungsschatz, der es im Zustand der Zufriedenheit und Lebenslust oder im Zustand innerer Unsicherheit und Störbarkeit in die nächsten Lebensjahre entlässt.

9.2.2 Entwicklungsverläufe mit Beginn in der frühen Kindheit

In diesem Lebensabschnitt findet bereits in sehr kurzen Zeiträumen auf vielen Gebieten deutlich erkennbar Entwicklung statt. Hat man ein Kind in dieser Zeit einige Tage oder Wochen nicht gesehen, so kann man oft mit Erstaunen deutliche Veränderungen feststellen.

Exemplarisch für viele andere Prozesse werden im Folgenden 3 Entwicklungsverläufe beschrieben:

- Sprache,
- Spiel,
- Wille.

Sprache

Bei der Entwicklung der Sprache kann unterteilt werden in:

- Gesten und Laute,
- Wörter und Sätze.

Gesten und Laute

Schon bevor kleine Kinder anfangen zu sprechen, kommunizieren sie sehr erfolgreich mit Weinen, Lächeln und Gesten. Schon das kräftige Schreien in den ersten beiden Lebensmonaten hat eindeutig Beziehung herstellenden Charakter. Es ist unmissverständlich und bewirkt, dass man sich dem Kind zuwendet.

Im 3. und 4. Monat treten neue Lautäußerungen auf, die nichts mit Schreien oder Weinen zu tun haben. Das bevorzugte „rrr rrr rrr“, das sich wie Gurgeln anhört, bereitet dem Kind eindeutig Freude. Es fängt an, mit seinen Sprechwerkzeugen Kehlkopf, Zunge, Stimmbändern und Lippen zu spielen und sie immer wieder auszuprobieren. Diese Art Funktionsübung geht in jedem Entwicklungsprozess der endgültigen Beherrschung einer neuen Fähigkeit voraus. Neben Äußerungen negativer Befindlichkeit kommt es immer mehr zum Ausdruck von Zufriedenheit und Wohlbefinden, was unterstützt und provoziert wird durch häufiges „Plaudern“ mit Mutter oder Vater. Am Ende des 4. Monats kann das Kind richtig juchzen, womit es seinerseits die Eltern zu immer neuen Späßen anregt.

Bevor das Kind die Sprache erlernt, die in seiner Umwelt gesprochen wird, kann es potenziell alle Sprachen der Welt, alle noch so „schwierigen“ Lautkombinationen erlernen. Es lernt schließlich die Sprache, die es um sich herum hört oder eine Gebärdensprache. Die anderen Sprachlaute verlieren sich und können, oft mühsam, in einem späteren Alter wieder erlernt werden. Im frühen Kindesalter ist der Mensch ein Sprachexperte. Nie mehr fällt es ihm so leicht, eine Sprache zu lernen. Viele Kinder lernen in dieser Zeit 2 Sprachen, die in der Familie gesprochen werden.

Um den 9. Monat beginnt das Kind, Lautkombinationen zu vervielfältigen („mamama“, „papapa“), aus denen sich die ersten Wörter bilden, die in der Umgangssprache gebräuchlich sind (Mama, Papa).

Wörter und Sätze

Ein erstes Wortverständnis geschieht schon vom 6. Lebensmonat an. Auf die Frage: „Wo ist der Teddy?“ wendet sich das Baby und sucht oder zeigt ihn. Es versteht die Bedeutung, wenn ihm das Wort „Teddy“ schon oft im Zusammenhang mit seinem Spielzeugbär genannt wurde.

Zwischen 1½ und 6 Jahren steigt die Anzahl der gesprochenen und verstandenen Wörter enorm an (▶ Abb. 9.8).

▶ **Einwort- und Zweiwortsätze.** Mit etwa anderthalb Jahren spricht das Kind Einwortsätze, das heißt ein Wort meint einen Satz. „Hoppe!“ heißt: „Ich will reiten!“, „Wasser!“, „da ist Wasser“. Von den ersten Worten bis zum Zweiwortsatz vergehen oft Monate, bis die Sprache merkliche Fortschritte macht. „Baby ada!“ heißt: „Das Baby will spazieren gehen.“ Dann erscheinen Substantive, Verben und Adjektive. Die Wörter werden aneinandergereiht, ohne grammatisch verändert zu werden. Kinder erfinden selbst – oft treffende – Wortneuschöpfungen und verwenden besonders gerne Lautmalereien wie „tick tack“ (Uhr) oder „muh muh“ (Kuh).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

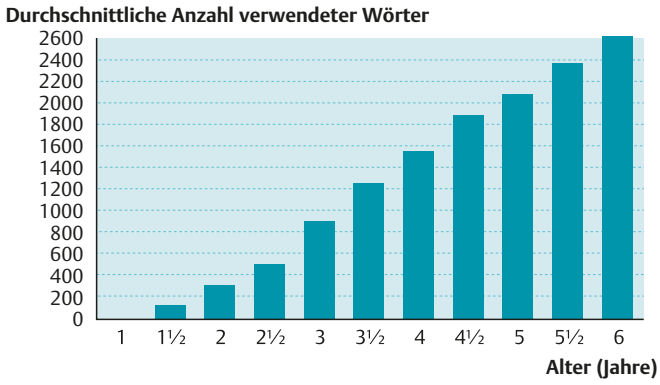


Abb. 9.8 Durchschnittlicher Wortschatz im Kindesalter (nach Zimbardo, Gerrig, 1999).

► **Grammatische Formen.** Später weist die kindliche Sprache den Gebrauch von grammatischen Formen auf, immer vorausgesetzt, die Umgebung spricht richtig und behindert die kindliche Sprachentwicklung nicht, indem sie selbst auf kindliche Sprache zurückgreift. Im Alter von 6 Jahren sollte sich das Kind mit einem reichen Wortschatz und grammatikalisch richtig verständigen.

Spiel

Es gibt verschiedene Spielformen, die vom frühen bis zum späteren Lebensalter auftreten. ▶ Tab. 9.1 gibt einen Überblick über die verschiedenen Spielformen und deren Bedeutung für die Entwicklung.

► **Beispiele.** Beispiele für verschiedene Spielformen sind:

- Peterchen liegt auf dem Rücken in seinem Bett, ist wach und hat ausreichend Bewegungsfreiheit. Er versucht immer wieder die Füße beim Strampeln mit seinen Händen zu erwischen, er hält sie fest, er führt sie an den Mund und lutscht vergnügt an den Zehen. Wenn sie ihm wieder entgleiten, sucht er sie erneut zu fassen.
- Die kleine Ruth baut aus Holzklötzen einen Turm. Wenn er einstürzt, fängt sie wieder unten an und setzt einen Baustein auf den anderen.
- Tim formt aus Knetmasse bunte Kugeln.
- Heiner füttert seinen Teddy mit einem gelben Klötzchen und gibt ihm mit einem roten zu trinken.
- Thea verkauft eine Tüte voller Knöpfe an Suse und sagt: „Hier sind Ihre Bonbons. Die kosten 3 Euro.“ Suse gibt 3 Blätter ab.
- Sven, Kevin, Laura, Simon, Leon, Nina und Leonie spielen im Garten Verstecken.
- Stefanie und Heike treffen sich einmal in der Woche mit anderen jungen Frauen zum Volleyballspiel.

Tab. 9.1 Spielformen und ihre Bedeutung für die Entwicklung.

Spielform	Kennzeichen	Beispiele	Bedeutung für die Entwicklung
Funktionsspiele	Eine bestimmte Tätigkeit wird mehrmals mit Freude wiederholt und abgewandelt	Spiele mit dem eigenen Körper, mit dem Löffel auf einen Tisch schlagen	Übung von Bewegungsabläufen und Fertigkeiten
Illusionsspiele	Gegenstand wird so behandelt, als ob er etwas anderes wäre	Eisenbahn spielen mit Stühlen	Entwicklung von Fantasie und Vorstellungsvermögen
Konstruktionsspiele	Etwas herstellen, konstruieren, darstellen	Türme bauen, Modellbau, Lager oder Baumhaus bauen	Empfinden für Stabilität, Materialverständnis, Probleme lösen, Fantasie umsetzen
Rollenspiele	Sich in eine andere soziale Rolle versetzen, Handlungsabläufe nachahmen	Astronaut, Tierarzt, Lehrer, Frisör, Vater, Mutter, Kind	soziale Fertigkeiten üben, Perspektiveübernahme
Regelspiele	Spiele mit festen, vorgegebenen Regeln	Brettspiele, Kartenspiele, Versteckspiel	eigene Bedürfnisse zurückstellen, Geduld, Einordnen in soziale Gesellschaft

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Die Herren Schmidt, Wagner und Mack spielen einmal im Monat Skat.
- Frau Sander legt täglich Patiencen.
- Herr Merk ist Tennislehrer. Er unterrichtet seine Schüler, wie man richtig Tennis spielt.

Aspekte des Spielens

Gespielt wird in jedem Alter, vor allem während der Kindheit nimmt das Spiel einen wichtigen Stellenwert ein. Es ist so vielgestaltig, je nachdem wer spielt, mit welchem Material und was gespielt wird. Spielen hat viele Aspekte, z. B.:

- Selbstzweck,
- Freude,
- Wechsel von Realitäten,
- Wiederholungen,
- Übung von Funktionen,
- Wünsche ausleben,
- Problembewältigung.

► **Selbstzweck und Freude.** Spielen um des Spielens Willen, Spielen als Selbstzweck. Es muss nichts erreicht werden für das Leben außerhalb des Spiels. Spielen macht Freude, im Spiel fühlt man sich ausgeglichen, funktionstüchtig, man geht in der Spielhandlung auf. Das Spiel hat einen Anfang und ein Ende. Das alltägliche Zeiterleben bleibt außen vor.

► **Wechseln von Realitäten.** Im Spiel wechselt der Realitätsbezug. Kinder schaffen sich mit Fantasie neue Rollen. Innerhalb der Spielsituation haben die Dinge und Personen ihre eigene Bedeutung. Spielen mehrere Kinder zusammen, treffen sie darüber Vereinbarungen: „Ich bin der Bäcker. Du kaufst bei mir ein." Für das Spiel wird also eine eigene Realität konstruiert.

► **Wiederholungen.** In fast allen Spielweisen spielen Wiederholungen eine Rolle. Immer wieder werden Handlungen wiederholt, oft in genau festgelegter Form. Wiederholungen verleihen einerseits Sicherheit und ermöglichen andererseits das Ausprobieren von Spielvarianten.

► **Übung von Funktionen.** Im Spiel werden Funktionen geübt. Das Greifen, das Kommunizieren, das Klavierspielen, das Turnen, die Koordination von Hand und Auge und viele andere Verläufe werden durch Wiederholungen immer sicherer ausgeführt und schließlich beherrscht (▶ Abb. 9.9). Spielen beinhaltet wichtige Funktionsübungen.



Abb. 9.9 Kinderspiele. **a** Funktionsspiel. **b** Rollenspiel. **c** Rollenspiel.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

▸ **Wünsche.** Im Spiel werden Wünsche erfüllt, auch unrealistische. Das Kind kann im Spiel groß und stark und mächtig sein und Tätigkeiten übernehmen, die sonst nur Erwachsene ausüben. Es kann Rollenverhaltensweisen wie „die Schöne", „der Starke", „der Vernünftige" erleben. Berufsrollen, mit denen es in Berührung kommt, Getränkehändler, „Müllmann", Polizist, Arzt, werden im Spiel durchprobiert, und in das Weltbild des Kindes aufgenommen.

▸ **Problembewältigung.** Im Spiel werden Probleme bearbeitet. Unangenehme und schmerzhafte Erfahrungen kann das Kind im Spiel thematisieren und besser einordnen. Im Spiel mit der Puppe kann es den gleichen scharfen Ton anschlagen, den es von der gestressten Mutter hören muss. Es kann die Puppe in strengem Ton ins Bett schicken und bestrafen, nimmt sie aber bald wieder liebevoll in den Arm. Indem das Kind eine häusliche Situation in sein Spiel bringt, beherrscht es sie besser. Es schafft eine Realität, die es überschauen kann und die berechenbar ist. Mit Handpuppen kann ein Kind im Spiel seine Ängste ausdrücken und zugleich als listiger Kasper oder bärenstarker Polizist alle Schwierigkeiten meistern. Spielen hat eine psychohygienische und therapeutische Wirkung.

Fallbeispiel

Spiel. In den Sommerferien bauen sich Suse und Lise auf dem Fußboden ihres großen Spielzimmers mit Plastikfiguren eine Farm mit Reitbetrieb auf. Die Rollen von Bauer und Bäuerin, Reitlehrer, Tierarzt und Reitschülern werden verteilt. Die Pferde werden mit Namen versehen und haben Ställe und Koppeln. Es besteht ein Reitstundenplan, ein genauer Tagesablauf und Regeln für die Pferdehaltung. Der ganze Betrieb wird von den Spielerinnen fachmännisch geleitet. Jede gibt in ihrem Bereich Anweisungen, lässt überraschende Ereignisse geschehen und führt Problemlösungen herbei. Zwischendurch verständigen sich die Mädchen über den Fortgang des Geschehens. „Soll jetzt mal ein Gewitter kommen oder nicht?" oder: „Jetzt spielen wir noch diesen Tag fertig, dann schauen wir Sesamstraße!" Über viele Stunden und Tage wird mit großem Ernst und viel Spaß gespielt.

Aufgabe

8 Analysieren Sie das Spiel von Suse und Lise. Welche der oben genannten Aspekte des Spielens erkennen Sie in dem Beispiel? Verwenden Sie dabei die Fachbegriffe.

9 ▸ Tab. 9.1 gibt einen Überblick über die verschiedenen Spielformen und ihre Bedeutung für die Entwicklung. Finden Sie weitere Beispiele für die angegebenen Spielformen.

Bedeutung des Spielens

Die Bedeutung des Spiels kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Es bietet so viele Möglichkeiten des Lernens, der Erprobung, der Bewältigung der Wirklichkeit, dass es noch lange über die Kindheit hinaus positive Wirkung hat. Für die Entwicklung des sozialen Verhaltens ist die Gelegenheit, Spielregeln zu erfinden und einzuhalten und Rollenverhaltensweisen zu erleben, unverzichtbar.

Für Erwachsene hat das Spiel heute als Ausgleich zum Arbeitsleben große Bedeutung bei der Freizeitgestaltung gewonnen. Hier kann man sich in einer selbst gewählten und konstruierten Realität bewegen, oft wirklich bewegen: gerade Bewegungssportarten erfreuen sich bei jungen Erwachsenen großer Beliebtheit. Beim Gesellschaftsspiel kann man vor allem von Zwängen des Berufslebens und von den Sorgen des Alltags „abschalten" (▸ Abb. 9.10). Junge Mütter und Väter freuen sich offen oder insgeheim, dass sie mit ihren Kindern noch einmal ohne Scheu nach Herzenslust spielen können (▸ Abb. 9.11). Es gibt heute Berufe, die das Spielen lehren: Animateur, Tennislehrer, Fußballtrainer.



Abb. 9.10 Spielen bringt Ablenkung von den Sorgen des Alltags mit sich. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 9.11 Spielen hat für Erwachsene und Kinder viele Funktionen. (Foto: PhotoAlto)

Wille

Ein besonders spannendes Alter ist die Zeit, in der das Wollen erlernt wird. Im wahren Sinne des Wortes ist es voller Spannungen.

Wollen und Trotzen

Erste Anzeichen, dass die Entwicklung des Willens beginnt, können sich bereits nach dem ersten Geburtstag einstellen. Die meisten Kinder treten im Alter von eineinhalb Jahren in ein Vorstadium des Wollens und Trotzens ein. Ohne ersichtlichen Grund treten Eigenschaften auf, die das friedliche Zusammenleben in der Familie stören. Zwischen 2 und 3 Jahren liegt der Höhepunkt dieser „Trotzphase". Am offensichtlichsten ist zunächst das neue, aggressive Verhalten: Das Kind ist unfolgsam, widerspenstig, zornig, rechthaberisch und eigensinnig; es tyrannisiert die anderen, ist trotzig und egoistisch.

Die Stimmung des Kindes ist jetzt labil: Das Kind verhält sich launisch und oft wütend. Lachen und Weinen wechseln rasch und oft. Es ist nicht mehr so natürlich und spontan, sondern geziert, wirkt berechnend, kann sich verstellen, ist auch einmal unehrlich und will seine kleinen Übeltaten verheimlichen. Wer sein Kind aufmerksam beobachtet, wird bemerken, dass es auch ängstlich und kontaktscheu geworden ist, aber gleichzeitig auch vermehrt liebebedürftig. Es wirkt verlegen, befangen und kann sich schämen.

Sein ganzes Verhalten ist in sich widersprüchlich geworden. Es ist voller Aggressionen und voller Ängste. Einem Anfall von Zerstörungswut, dem das Spielzeug der Geschwister zum Opfer fällt, oder bei dem wütend auf die Mutter losgegangen wird, folgt das klägliche Weinen und Suchen nach Geborgenheit in den Armen der Mutter. Dieses Verhalten wechselt so rasch, dass Eltern oft erschrocken sind und psychologischen Rat suchen. Tatsächlich stehen sie in dieser Zeit einer schwierigen pädagogischen Aufgabe gegenüber.



Abb. 9.12 Aus Leibeskräften schreien ist eine von vielen möglichen Trotzäußerungen.

► **Willens- und Trotzäußerungen.** Je nach Temperament des Kindes, nach der Stärke seiner Bedürfnisse und nach dem Druck, den die Eltern ausüben, gestalten sich die Willens- und Trotzäußerungen durch:

- Ablehnung, irgendetwas zu tun, Hände auf den Rücken als Zeichen der Verweigerung, schweigen, sich steif machen und sich fallen lassen,
- Kopf zurückwerfen und Schnute ziehen,
- Ablehnung durch Worte, „nein" sagen,
- Trotzschreien ohne Tränen (► Abb. 9.12),
- Angriff gegen den Erwachsenen, um sich schlagen, mit Füßen strampeln,
- aus Leibeskräften schreien, Steif- und Blauwerden des Körpers, treten, kaputt machen, sich

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

hinwerfen, hin und her wälzen, sich nicht aufheben lassen.

Das Verhalten des Kindes im Trotzanfall ist ungerichtet und ziellos. Das Kind macht irgendwelche Dinge kaputt oder greift an, was ihm gerade über den Weg läuft, oder wendet sich ganz ab. Im Augenblick des Trotzens will es nichts Bestimmtes mehr erreichen und nimmt z. B. den vorher ersehnten Gegenstand nicht mehr an. Es ist keinem Zureden zugänglich. Der Kontakt zur Umwelt ist in diesem Zustand abgerissen.

Fallbeispiel

Wollen und Trotzen. Die 3-jährige Katharina sieht im Warenhaus einen Korb voller Überraschungseier. Sie greift hinein und nimmt eines mit. Die Mutter nimmt das Ei und legt es in den Korb zurück, woraufhin das kleine Mädchen weint. Als die Mutter es weiterzieht und erklärt, sie habe noch einen Termin in der Stadt, und der Bus käme gleich, lässt sich das Kind unter großem Geschrei fallen. Als die Mutter das Ei kauft und es ihr hinhält, um nicht noch mehr Aufsehen zu erregen, schreit Katharina mit zugekniffenen Augen und schlägt um sich.

Katharina kann die Verknüpfung von bestimmten Tatsachen, insbesondere zeitliche Zusammenhänge, noch nicht verstehen und sieht sie nicht als Realität. Dazu kommt, dass sie sich noch nicht sprachlich ausdrücken kann. Sie ist noch nicht in der Lage, ihr Bedürfnis zu formulieren: „Das Überraschungsei schmeckt mir so gut, und ich kann mit dem, was darin ist, spielen. Es liegt doch da in dem Korb offen zum Mitnehmen."

Das Trotzverhalten ist auf dem Hintergrund der gesamten psychologischen Entwicklung des 2- bis 3-Jährigen zu sehen. In der Sprache des Kindes hat das „Nein" jetzt große Bedeutung; neu treten das „Ich" und das „Selbst" auf. Das Kind löst sich aus der Einheit mit der Mutter und drückt das entstehende Ich-Bewusstsein sprachlich in der Verwendung von „ich" und später „du" aus.

Definition

In der **Trotzphase** beginnt der Wille, das kindliche Verhalten zu steuern; dadurch wird eine Abgrenzung vom elterlichen Verhalten erreicht. Es entstehen Wünsche und Bedürfnisse nach Aktivität, Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und Besitz, sowie das Begreifen von komplexen Zusammenhängen. Das Sprachvermögen und die Einsichtsfähigkeit sind dagegen noch nicht entsprechend ausgeprägt. Erst wenn dieses Missverhältnis der einzelnen Entwicklungsbereiche aufgehoben ist, hört die Trotzphase auf.

Umgang mit Kindern in der „Trotzphase"

Eine gute Kenntnis verschiedener Entwicklungsvorgänge (Wille, Sprache, Identität, Intelligenz) ist Voraussetzung, um den Umgang mit dem Kind im Trotzalter entwicklungsfördernd zu gestalten und um dem Kind in seinem labilen Verhalten eine Hilfe sein zu können. Es gilt vor allem, dem sich entwickelnden Willen ein Feld für Funktionsübungen zu bieten. „Wollen lernen lassen" ist das Erziehungsziel dieser Zeit: Das heißt dem Wollen in einem vertretbaren Rahmen zu gestatten, dass es ausprobiert und geübt wird, dass Fehler dabei vorkommen dürfen, Erfolge erlebt und Grenzen wahrgenommen werden.

► **2. und 3. Lebensjahr.** Mit dem eigenen Willen umgehen zu können, gehört zur Identität einer Persönlichkeit und ist das zentrale Thema im 2. und 3. Lebensjahr. In der Wechselwirkung zwischen Kind und Erwachsenen wird sich der neue erweiterte Spiel- und Lebensraum in der folgenden Zeit ausgestalten und seine Grenzen finden.

► **4. Lebensjahr.** Im Alter von vier Jahren soll die Willensentwicklung so weit fortgeschritten sein, dass sich das Kind in eine Gruppe einordnen kann, dabei aber auch seine eigenen Bedürfnisse vertritt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

9.3 Das Kind im Alter von 4 bis 12 Jahren

„Plötzlich flog ein düsterer Schatten über Thomas' Gesicht. ‚Ich will niemals groß werden', sagte er bestimmt. ‚Ich auch nicht', sagte Annika. ‚Nein, das ist etwas, um das man sich nicht reißen soll', sagte Pippi. ‚Große Menschen haben niemals etwas Lustiges. Sie haben nur einen Haufen langweilige Arbeit und komische Kleider und Hühneraugen und Kumminalsteuern.' ‚Kommunalsteuern heißt es', sagte Annika. ‚Ja, der gleiche Unsinn ist es in jedem Fall', sagte Pippi. ‚Und dann sind sie voll von Aberglauben und Verrücktheiten. Sie glauben, es passiert ein großes Unglück, wenn sie beim Essen das Messer in den Mund stecken, und all solch dummes Zeug.' ‚Und spielen können sie auch nicht', sagte Annika. ‚Uch, dass man gezwungen werden soll, groß zu werden!'" Astrid Lindgren: Pippi Langstrumpf, Friedrich Oetinger, Hamburg 1969

Heute ist es ganz selbstverständlich, von der Kindheit als einer eigenen Lebensphase zu sprechen. Wie Bilder vom Leben in früheren Zeiten zeigen, wurde Kindern nicht immer ein eigener Status zugeordnet, sondern man sah sie als kleine Erwachsene an. Bei uns gelten die Jahre der Kindheit als weitgehend frei von der Verantwortung Erwachsener (▶ Abb. 9.13). In anderen Kulturen müssen Kinder am Arbeitsleben teilnehmen und sich um ihren Lebensunterhalt kümmern.

Zahlreiche entwicklungsfördernde Bedingungen, wie Förderung in Kindergarten und Vorschule sowie die Teilnahme an Sportgruppen, unterstützen in unserer Kultur die Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben. Im Bereich der körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung schreitet die Entwicklung mit ihren enormen Veränderungen, der Erweiterung des Handlungs- und Erlebnisraums und der Differenzierung des Selbst- und Weltbilds schnell und oft stürmisch voran.



Abb. 9.13 Die Jahre der Kindheit sind in unserer Kultur i. d. R. frei von der Verantwortung Erwachsener *(Symbolbild)*. (Foto: JackF – stock.adobe.com)

9.3.1 Persönlichkeitsentwicklung – Selbstkonzept

Das 4-jährige Kind verfügt in seiner Sprache schon über den sicheren Gebrauch der Worte „ich" und „du". Es unterscheidet sich von anderen Personen und bildet vor dem Hintergrund unterschiedlicher Bezugsgruppen (Eltern, Geschwister, Kindergartengruppe, Mitschüler) in der Folgezeit ein immer differenzierteres und stabiles Selbstkonzept aus.

Definition

Unter **Selbstkonzept** versteht man die Vorstellungen, die eine Person von den eigenen Eigenschaften und Fähigkeiten hat.

Untersuchung zum Aufbau des Selbstkonzepts

An einer Untersuchung über den Aufbau eines Selbstkonzepts während der Kindheit nahmen 5- bis 8-jährige Kinder teil (Schneider, Lindenberger, 2012). Ihnen wurde ein Selbstbeschreibungsfragebogen (Marsh, Self-Description Questionnaire) vorgelegt. Die Fragen bezogen sich auf folgende Bereiche:

- **Körperliche Fähigkeiten:** Selbstwahrnehmung der Fähigkeiten und Interessen für Sport, Spiel und körperliche Aktivitäten.
- **Körperliche Erscheinung/das Aussehen:** Wahrnehmung der eigenen Attraktivität, Einschätzung der Bewertung der eigenen Attraktivität durch andere.
- **Beziehungen zu Gleichaltrigen:** Einschätzung des Kindes, wie leicht es Freundschaften schließen kann, wie beliebt es bei anderen ist und ob andere es zum Freund haben möchten.
- **Beziehungen zu den Eltern:** Einschätzung des Kindes, wie gut es mit den Eltern zurechtkommt, ob es seine Eltern liebt und ob es von seinen Eltern geliebt und anerkannt wird.
- **Lesen:** Selbsteinschätzung der Lesefähigkeit sowie der Freude und des Interesses am Lesen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 9.14 Selbstvertrauen ist ein wichtiger Bestandteil des kindlichen Selbstkonzepts *(Symbolbild)*.

- **Mathematik:** Selbsteinschätzung der mathematischen Fähigkeiten sowie der Freude und des Interesses an der Mathematik.
- **Schule allgemein:** Selbsteinschätzung der Leistung in Schulfächern generell sowie der Freude und des Interesses an bestimmten Schulfächern.
- **Selbstwert:** Selbsteinschätzung der Effektivität, der Tüchtigkeit, des Selbstvertrauens und der Selbstachtung (▶ Abb. 9.14).

Die erstaunlichen Ergebnisse dieser Untersuchung belegen zweierlei:

- eine frühe Ausprägung eines differenzierten Selbstkonzepts,
- eine wachsende Festigung dieses Selbstkonzepts im Laufe von etwa 3 Jahren.

Während jüngere Kinder die Frage „Kannst du das?“ viel häufiger bejahen, als es dem tatsächlichen Können entspricht, schätzen Kinder ab etwa 9 Jahren sich selbst und die eigenen Fähigkeiten oft erstaunlich zutreffend ein.

Merke

Im Alter von 5 bis 8 Jahren verfügen Kinder schon über ein differenziertes, relativ stabiles Selbstkonzept. Mit zunehmendem Alter wird es ausgebaut und immer realistischer.

Geschlechterrolle

Ein Bereich der Persönlichkeitsentwicklung ist die Übernahme der Geschlechterrolle. In unserer Gesellschaft werden die jeweils geschlechtstypischen Verhaltensweisen, auch Kleidung und Haartracht, i. d. R. im Vorschulalter durch Belohnung oder Vorbild geschaffen und verstärkt. Ab dem 7. Lebensjahr übernehmen Kinder ganz deutlich ihre Geschlechterrolle (▶ Abb. 9.15). Dabei wollen Mädchen noch länger wie Jungen sein als umgekehrt. So gilt jungenhaftes Verhalten wie körperliche Kräfte zeigen, mutig sein, sich durchsetzen, forsches Auftreten und angstfreies Verhalten eines Mädchens noch länger als „normal“ als mädchenhaftes, gefühlsbetontes und anlehnungsbedürftiges Verhalten bei Jungen.

In der Identifikation mit dem eigenen Geschlecht spielen nun neben dem gleichgeschlechtlichen Elternteil auch gleichgeschlechtliche außerfamiliäre Erwachsene eine Rolle. Gegen Ende dieser Zeit, also etwa mit 8 oder 9 Jahren, spielen Jungen lieber mit Jungen und Mädchen mit Mädchen, die Geschlechtertrennung zeigt sich deutlich. So ist lange vor dem Eintritt der biologischen Reife die psychosexuelle Entwicklung bedeutsam für die Persönlichkeitsentwicklung.

Selbst bei einer genauen Aufklärung über geschlechtliche Unterschiede entwickeln Kinder vor dem 5. bis 7. Lebensjahr keine klare Vorstellung der genitalen Unterschiede. In der Erziehung erstreckt sich eine sinnvolle, kontinuierliche Information über Jahre hinweg: Vom Benennen der Geschlechtsorgane entsprechend der Sprachfähigkeit im 2. Lebensjahr über ein natürliches Eingehen auf das kindliche Neugierverhalten im Vorschulalter bis hin zu beratenden und antwortenden Gesprächen in der Jugendzeit.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.


a


b

Abb. 9.15
a Jeans und Hemd sind typische Kleidungsstücke für Jungen *(Symbolbild)*. (Foto: Syda Productions – stock.adobe.com)
b Ab dem 7. Lebensjahr übernehmen Kinder deutlich ihre Geschlechterrolle.

9.3.2 Einschulung und Schulzeit

In den hier betrachteten Lebensabschnitt fällt das einschneidende Ereignis der Einschulung und damit die Schulzeit (▶ Abb. 9.16).

Schulfähigkeit

Der Schulalltag stellt eine psychophysische Beanspruchung dar, deshalb hat es sich bewährt, die Schulfähigkeit eines Kindes zu überprüfen:

- **Ärztliche Einschulungsuntersuchung:** Schutz vor den Folgen einer körperlichen Überforderung; dabei wird außer der allgemeinen körperlichen Entwicklung vor allem die Seh- und Hörfähigkeit aufmerksam überprüft.
- **Psychologische Einschulungsuntersuchung:** Beurteilung des intellektuellen, motivationalen und sozialen Entwicklungsstands.

Anhand des schulärztlichen und psychodiagnostischen Befunds können in Verbindung mit weiteren Informationen Fragen der Schulfähigkeit entschie-



Abb. 9.16 Mit der Einschulung beginnt eine Zeit neuer Entwicklungsanreize.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

den werden. Das geschieht in der Absicht, einem Kind in den Anfangsklassen Misserfolge und Frustrationen mit ihren psychologischen Folgeproblemen zu ersparen.

Befürchtungen dieser Art bewegen Eltern heute oft dazu ihre Kinder erst 7-jährig einzuschulen. Dabei wird oft etwas Entscheidendes übersehen: Was sich vor allem in Schulfähigkeitstests niederschlägt, ist die persönliche 6- oder 7-jährige Lernerfahrung eines Kindes. Sie steht in enger Beziehung zu einer das Lernen fördernden oder das Lernen einschränkenden familiären Situation. Lässt man nun ein 6-jähriges Kind aus einem an Entwicklungsreizen armen Milieu noch ein Jahr zu Hause, wird es dann 7-jährig seine Schullaufbahn mit den wenig veränderten intellektuellen und sozialen Fähigkeiten beginnen. Die enormen Entwicklungsanreize, die das erste Jahr Schulunterricht beinhaltet hätte, wurden ihm vorenthalten. So kann eine Zurückstellung nur sinnvoll sein, wenn eine gezielte Förderung in den noch nicht ausreichend entwickelten Fähigkeiten erfolgt.

Fallbeispiel

Schulfähigkeit. Jan ist 6 Jahre alt, körperlich ist er in der Lage, die Schulzeit zu beginnen. Jedoch ist er in seinen sozialen Fähigkeiten noch nicht schulfähig: Er kann nicht warten, bis er an die Reihe kommt, und er hat eine extrem niedrige Frustrationstoleranz. In Absprache mit der Erzieherin wird Jan erst ein Jahr später eingeschult. Das Jahr soll aber gezielt zur Förderung seiner sozialen Kompetenz genutzt werden. Jan wird in einen Sportverein und in die Musikschule gehen, seine Mutter will sich verstärkt darum kümmern, dass Jan sich mit Gleichaltrigen trifft.

Optische Gliederungsfähigkeit

Während der Kleinkindzeit und der beginnenden Schulkindzeit entwickelt sich die Fähigkeit, ein Ganzes in seinen Teilen wahrzunehmen, z. B. ein Bild oder eine Schrift. Früher wurde die optische Gliederungsfähigkeit als Voraussetzung für Schulfähigkeit angesehen, da sie für das Lesen, Schreiben und Rechnen gebraucht wird. Inzwischen wurde der Versuch gemacht, Kinder, die in einem Schulfähigkeitstest einen sehr niedrigen Wert an visueller Differenzierungsfähigkeit erreichten, trotzdem einzuschulen. Durch die vielgestaltigen Entwicklungsreize des Schulunterrichts hatte die teilinhaltliche Wahrnehmung nach 6 Wochen eine solche Verbesserung erfahren, dass die Schulfähigkeit auf diesem Gebiet ohne weiteres erreicht war.

Merke

Über die Schulfähigkeit wird aufgrund der schulärztlichen und schulpsychologischen Untersuchung sowie der Einschätzungen der Eltern und der Erzieherinnen entschieden. Der weitere Schulerfolg hängt u. a. von der Art des Schulsystems, von der Lehrerpersönlichkeit, vom Unterrichtsstil und von der Zusammensetzung der Schulklasse ab.

Schulbereitschaft

Schulfähigkeit eines Kindes, so zeigen viele Beispiele, sichert noch keinen dauerhaften Schulerfolg. Hinzu muss noch die Gesamtheit der Einstellungen, der Interessen, der Motivation und der Gefühle kommen, die „Schulbereitschaft“ genannt wird. So stellt man heute auch dem Kind die Frage: „Möchtest du in die Schule gehen?“ Hier zeigt sich wieder der aktive Anteil des Kindes am Entwicklungsgeschehen, es ist kein passives, manipulierbares Objekt im Entwicklungsprozess, sondern setzt sich (lern-)aktiv mit seiner Umwelt auseinander.

Merke

Insgesamt wird das Schulkind nach seinem Entwicklungsstand in verschiedenen Bereichen beurteilt:

- körperlich (Gesundheit, Behinderung),
- intellektuell (Wahrnehmung, Sprache, Denken),
- sozial (Durchsetzung und Einordnung in der Gruppe, Lösung von den Eltern),
- motivational (Anstrengungsbereitschaft, Ausdauer, Aufmerksamkeit und Interesse).

Das alles kann durch einen emotional zugewandten, verständnisvollen, gut strukturierten Unterrichtsstil gesteigert werden, der zu einer positiven Einstellung zu Schule und Lernen beiträgt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Soziales Verhalten

Im Bereich der sozialen Entwicklung vollziehen sich zwischen dem 5. und 12. Lebensjahr weitreichende Veränderungen. Schon mit 4 Jahren steht die kindliche Persönlichkeit in vielfältigen sozialen Beziehungen mit jüngeren, gleichaltrigen und älteren Menschen beiderlei Geschlechts, innerhalb und außerhalb der Familie. Das Kind ist in den folgenden Jahren weiter auf dem Weg, über Nachahmung und Abgrenzung seine eigene Identität zu finden. Die allmähliche Loslösung von der Bindung an die Eltern wird meist mit dem Besuch des Kindergartens gefördert und in der Grundschulzeit vorangetrieben. Jetzt bestimmen die sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen (Peers) über den häuslichen und nachbarlichen Bereich hinaus die nun folgende Entwicklung entscheidend mit.

▶ **Spielregeln.** Das Kind lernt Spielregeln des sozialen Verhaltens:
- eine Rolle zu übernehmen,
- sich durchzusetzen,
- nach Anerkennung zu streben,
- sich einzuordnen.

Es trainiert im Spiel die Übernahme verschiedener Rollen der Erwachsenenwelt und wächst kontinuierlich in die Welt der Arbeit und Leistung hinein. Im Wechselspiel der Beziehungen mit anderen Kindern in Kindergarten, Schule und Freizeitgruppen bildet es seine Identität immer mehr aus (▶ Abb. 9.17). Die Entwicklung von Sprache und Denken ermöglicht intensive geistige Betätigung. Mit Neugier und großem Interesse wenden sich Kinder in dieser von Entwicklungskrisen meist eher freien Zeit der Entdeckung der Welt zu. Dies schlägt sich oft in der Beliebtheit der naturwissenschaftlichen Schulfächer Sachkunde, Biologie, Technik und Physik nieder.



Abb. 9.17 Die sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen (Peers) bestimmen die Entwicklung mit *(Symbolbild)*. (Foto: pololia – stock.adobe.com)

Fallbeispiel

Soziales Verhalten. Karla, 11 Jahre alt, schreibt einen Brief: „Lieber Onkel Klaus, ich bin jetzt 11 Jahre alt und gehe in die 5. Klasse im Schiller-Gymnasium. Ich kann gut rechnen und in Erdkunde bin ich die beste Schülerin der Klasse. In Sport ist meine Freundin Trudi viel besser als ich. Ich habe viele Freundinnen. Am liebsten spiele ich draußen; bei uns im Dorf treffen sich die Jungen und Mädchen jeden Nachmittag am Brunnen. Wir spielen meistens Verstecken. Einmal in der Woche spiele ich im Schulorchester Geige. Du weißt ja, dass ich Geige spiele. Dort sind auch die Großen von unserer Schule dabei. Ich darf jetzt auch Reitstunden nehmen, dienstags um 16 Uhr. Ich kann mit dem Fahrrad dorthin fahren. Wir sind meistens sechs Mädchen und ein Junge. Mein Lieblingspferd heißt ‚Mecki'. Vielen Dank für die 10 Euro, die du mir geschickt hast. Viele Grüße von deiner Karla."

Aufgabe

10 Legen Sie eine Skizze an: Karla in ihrem Netz von sozialen Beziehungen und vergleichen Sie die Situation mit dem sozialen Umfeld von Karla im Alter von einem Jahr.
11 Können Sie in dem Brief Merkmale von Karlas Selbstkonzept entdecken?

In der ersten Grundschulzeit durchläuft das Kind eine Zeit des Umlernens. Es muss sich an neue Regeln, an eine veränderte Zeiteinteilung, an neue Personen und Räumlichkeiten gewöhnen. Es muss lernen, sich auch über längere Zeit zu konzentrieren und eine zunehmend eigenverantwortliche Arbeitshaltung zu entwickeln.

In vielen kleinen und großen Schritten baut sich das Kind ein recht realistisches Weltbild auf. Im Lesen, Spielen, Gestalten und in der Wahrnehmung anderer Menschen spiegelt sich eine überwiegend sachliche Einstellung.

Die Welt der Fantasie und die reale kindliche Welt bleiben jedoch noch lange nebeneinander be-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

stehen: Märchen, Sagen, geschichtliche Jugendromane, aber auch Sachbücher aus der Welt der Technik und der Biologie werden von vielen Kindern gerne gelesen.

Im Bereich mitmenschlicher Beziehungen setzt sich zunehmend eine sachliche Grundhaltung durch. Die Kinder gehen vom kritiklosen Neugierverhalten zu einer mehr kritisch-distanzierten Haltung über. Die moralische Beurteilung anderer Kinder und Erwachsener erfolgt nach dem Motto: Gleiches Recht gilt für alle! Das jüngere Schulkind erkennt Ausnahmen oder mildernde Umstände kaum an. Schwächen und Mängel werden sicher registriert und benannt.

Mit vielen verschiedenen Menschen kommt das Kind im Lebensalter vor dem Eintreten der Pubertät gut zurecht. Nach einem störungsfreien Entwicklungsverlauf verfügt es auch über Verhaltensstrategien für das Kennenlernen und den Umgang mit neuen Personen in seinem Umfeld.

Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes kommen ihm die Erfahrungen mit Menschen außerhalb des häuslichen Bereichs zugute. Pflegende erleben Kinder dieser Altersstufe meist kooperativ, sachlich interessiert und unkompliziert. Die Kinder können oft schon gut ohne Eltern auskommen, wenn die Mütter es manchmal auch nicht wahrhaben wollen und ihre Kinder nicht loslassen können.

Eine erfahrene Pflegefachkraft: „Die Kinder in diesem Alter sind mir die liebsten. Sie sind meistens ehrlich, unkompliziert, machen gut mit und sind einfach herzerfrischend!“

Lernen und Leistungsmotivation

Die Auseinandersetzung mit der Welt findet hauptsächlich als Tun noch nicht, wie im Jugendalter, vermehrt durch Nachdenken statt: ausprobieren, manipulieren und aktives Handeln sind wichtig.

Wichtig für das Lernen in dieser Zeit ist, dass ein Stadium eigener Lösungsversuche durchlaufen wird. Auch beim Lernen des Erwachsenen scheint das an Handeln gekoppelte Lernen, z. B. im Rollenspiel etwas ausprobieren, einen weitaus dauerhafteren Lernerfolg zu haben als nur verbale Darbietung oder verbale und optische Darbietung. Die aktive Beteiligung bei der Problemlösung gehört zur Entwicklung der Selbstständigkeit.

In der Entwicklung des Schulkindes spielt ein Faktor eine wichtige Rolle, der lange Zeit in der Forschung zu wenig beachtet wurde: die Lern- und Leistungsmotivation (S. 47).

► **Gütemaßstab.** Voraussetzung für die Entwicklung der Leistungsmotivation ist die Entwicklung eines persönlichen Gütemaßstabs, den ein Mensch an seine Leistungen anlegt. Er entwickelt sich etwa ab dem 4. Lebensjahr. Auf die Frage „Willst du lieber jetzt eine kleine Belohnung mit Süßigkeiten oder später eine größere Belohnung?“ bevorzugen Erstklässler die sofortige Gabe der kleineren Portion vor der in Aussicht gestellten größeren nach einem Tag. Ältere Kinder (5.- bis 6.-Klässler) verzichten auf die unmittelbare, zugunsten der in 14 Tagen zu erwartenden größeren Belohnung. Ihr Anspruchsniveau liegt höher als das der 6-Jährigen. Intelligente Kinder sind eher bereit, auf die größere Belohnung zu warten als weniger intelligente, nicht zuletzt wegen der besseren Fähigkeit des Zeitverständnisses in die Zukunft hinein.

Merke

Der Maßstab, auf den ein Mensch seine Leistungen bezieht und sie mit gut oder schlecht beurteilt, ist im Jugendalter weitgehend entwickelt und bleibt oft ein recht überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal im Erwachsenenalter.

► **Beeinflussende Faktoren.** Die tatsächliche Lernmotivation in der Schule wird von weiteren Faktoren beeinflusst:

- Art des Lernmaterials (bekannter oder neuer, interessierender oder als langweilig empfundener Lernstoff),
- Lehrkraft (sind Lehrerin oder Lehrer sympathisch, werden sie vom Kind gemocht?),
- Unterrichtsstil (Maß an erlaubter Selbstständigkeit, Art der Kommunikation, die Art der Rückmeldung über Gelerntes, also Lob und Kritik),
- Schwierigkeitsgrad des Lernstoffs (er darf gemessen am Anspruchsniveau des Kindes nicht zu leicht oder zu schwer sein).

Denken

Im Verlauf des Schulkindalters setzt sich auch die Entwicklung des Denkens fort. Probleme werden nun aus dem Bereich praktischer Handlungen herausgehoben und auf der Ebene der Vorstellungen und sprachlichen Begriffe gelöst. Es wird auf der

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Grundlage von anschaulichen, sprachlich fassbaren Vorstellungen gedacht. In den ersten Schuljahren ist das Denken noch an konkrete Erfahrungen gebunden und wird durch eigenes, ausprobierendes Tun unterstützt. Immer mehr kann das Kind dann Lösungen unabhängig von Handlungen gedanklich vorwegnehmen, zunächst in einfachen, überschaubaren, dann in schwierigeren Zusammenhängen:

- Das Denken löst sich von der Anschaulichkeit, findet Gesetzmäßigkeiten und Verallgemeinerungen. Das abstrakte logische Denken entwickelt sich weitgehend bis zur Pubertät.
- Zum Handlungslernen kommen symbolisches und verbal begriffliches Problemlösen auch ohne handelnden Umgang mit Objekten hinzu (Lese-/Schreibunterricht).
- Das mehr zufällige spielerische Lernen wird langsam abgelöst von planmäßigem Lernen. Es gibt nun komplexere Lerninhalte und vielschichtige Probleme, bei denen mehrere Dimensionen gleichzeitig beachtet werden müssen (Strategiespiele am Ende des Schulalters).

Insgesamt finden fortschreitende Entwicklungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit und Verbesserung der Gedächtnisleistungen statt. Der Lernerfolg hängt darüber hinaus, wie schon im Kleinkind- und Vorschulalter, von emotionalen Faktoren wie Freude über Erfolg und eigene Zufriedenheit ab.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © byswat – stock.adobe.com

Kapitel 10

Entwicklung in der Jugend

10.1 Einführung *162*

10.2 Kognitive und körperliche Veränderungen *162*

10.3 Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz *165*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

10 Entwicklung in der Jugend

„Ich soll erst vierzehn Jahre sein? Nein, vierzehn Jahre und sieben Wochen!“ Christian Fürchtegott Gellert (1715–1769), deutscher Erzähler, Fabel- und Liederdichter

Examensschwerpunkte

Kognitive und körperliche Veränderungen im Jugendalter (S. 162), Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz (S. 165)

10.1 Einführung

Zwischen Kindheit und Erwachsensein erstreckt sich beim Menschen die Jugendzeit (ca. 13–17 Jahre). Das Eintreten der Geschlechtsreife, die Pubertät, kennzeichnet das Ende der Kinderzeit und den Anfang des Jugendalters. Für das Jugendalter ist entwicklungspsychologisch der Begriff Adoleszenz gebräuchlich.

Über diesen Zeitraum ereignen sich qualitativ und quantitativ sehr verschiedene Entwicklungsprozesse, z. B. die Übernahme bestimmter sozialer Verhaltensweisen wie berufsbezogene Aufgaben, neue Rollen, Rechte und Verpflichtungen. Am Ende dieser Phase steht als biologisches Ereignis das Ende des körperlichen Wachstums. Das Jugendalter kann in vieler Hinsicht als eine Zeit der Orientierung betrachtet werden (▶ Abb. 10.1).



Abb. 10.1 Das Jugendalter ist eine Zeit der Orientierung. (Foto: WavebreakmediaMicro – stock.adobe.com)

10.2 Kognitive und körperliche Veränderungen

10.2.1 Kognitive Entwicklung

Während des Jugendalters entwickeln und differenzieren sich die intellektuellen Fähigkeiten. Denkfähigkeit und Denkstrukturen bilden sich weiter aus, die Informationsverarbeitung und die Fähigkeit zur Selbstreflexion werden verbessert und es kommt zu einem erheblichen Wissenszuwachs.

Intellektuelle Fähigkeiten

Die Entwicklung der folgenden intellektuellen Fähigkeiten stellt eine Voraussetzung für die Bewältigung vieler weiterer Entwicklungsaufgaben dar:

- abstraktes Denken,
- Metakognition,
- Umgang mit Relativität,
- Einnahme verschiedener Perspektiven.

▶ **Abstraktes Denken.** Das abstrakte Denken wird sicherer gehandhabt. Jugendliche sind nun in der Lage, sich von der konkreten Erfahrung zu lösen, das heißt sie können abstrahieren, also in theoretischen Möglichkeiten denken, z. B.: „Angenommen, die Lehre verläuft wie erwartet, dann werde ich mich weiterbilden; wenn es unlösbare Probleme gibt, wähle ich einen anderen Ausbildungsgang.“

▶ **Metakognition.** Über die eigenen Gedanken kann nachgedacht werden (Metakognition): „Waren meine Überlegungen zu dem Thema oder der Situation richtig? Kann ich das nächste Mal etwas verbessern? Habe ich zu stark vereinfacht oder zu kompliziert gedacht?“ Der Jugendliche beginnt auch über sich selbst differenzierter zu reflektieren: „Früher dachte ich, andere könnten alles besser als ich. Heute weiß ich, dass ich damals falsch gedacht habe.“

▶ **Relativität.** In den Denkprozessen kann mit Relativität umgegangen werden. Ereignisse werden nicht mehr für sich alleine (absolut) beurteilt, sondern im Verhältnis zu anderen (relativ). Es kann nun bei Entscheidungen besser abgewogen werden. „In dieser Klinik verläuft zwar einiges nicht

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

optimal, verglichen mit anderen Kliniken ist es hier jedoch recht gut."

► **Perspektiven.** In das Denken können jetzt mehr Aspekte einbezogen werden. Es kann aus verschiedenen Perspektiven heraus argumentiert werden. „Wenn ich die Sache so sehe, halte ich das Vorhaben für eine große Chance. Wenn ich mich vom Standpunkt der Sicherheit leiten lasse, halte ich sie für ein Risiko." Oder: „Aus der Sicht der Mitarbeiterin ärgert es mich, dass ich am nächsten Wochenende nicht frei bekomme. Aus der Sicht der Stationsleitung kann ich es nachvollziehen, die Station ist sonst unterbesetzt."

Aufgabe

1 Viele in der Ausbildung vermittelte Inhalte erfordern abstraktes Denkvermögen. Sammeln Sie hierzu Beispiele.

2 Finden Sie weitere Beispiele für kognitive Entwicklung in den Bereichen von abstraktem Denken, Metakognition, Relativität und perspektivischer Argumentation.

Soziale Fähigkeiten

Die kognitive Entwicklung im Jugendalter betrifft neben dem intellektuellen auch den sozialen Bereich:

- Die Wahrnehmung anderer Personen wird differenzierter: Ein jüngeres Kind bezeichnet ein anderes Kind „pauschal", z. B. „Max ist blöd". Ein Jugendlicher ist in der Lage gute und schlechte Seiten einer Person zu sehen.
- Die Einschätzungen von Situationen werden verfeinert: Während jüngere Kinder die Risiken einer Situation oft nicht erkennen, hat der Jugendliche hier eine treffendere Einschätzung der Situation.
- Die moralische Beurteilung wird differenzierter: Ausnahmefälle können relativiert betrachtet werden. „Lügen ist nicht in Ordnung. Es gibt jedoch Situationen, in denen eine Lüge vertretbar ist."
- Perspektiven können übernommen werden: Man kann sich jetzt die eigene Sichtweise bewusstmachen und die einer anderen Person (zumindest vorübergehend) verstehen oder übernehmen.

Merke

Der Jugendliche gewinnt in der Adoleszenz neue Fähigkeiten, die ihm gestatten, selbst aktiv an der weiteren Gestaltung der Entwicklung teilzunehmen und auf die Umwelt einzuwirken. Die Fähigkeit abstrakt zu denken eröffnet viele neue Möglichkeiten.

10.2.2 Körperliche Entwicklung

Deutlich bemerkbar tritt das Längenwachstum bei Mädchen meistens zwischen 12 und 13, bei Jungen zwischen 14 und 15 Jahren ein. Die endgültige Körpergröße wird etwa mit 17 bzw. 19 Jahren erreicht. Dabei erstreckt sich das Wachstum nicht gleichmäßig über alle Körperbereiche, sondern es wachsen zuerst Kopf, Hände und Füße, dann Arme und Beine, zuletzt der Rumpf. Dabei entsteht vorübergehend das bekannte unproportionale Bild mit den schlaksigen, unkoordinierten Bewegungen, die die Leistungen in bestimmten Sportarten vorübergehend mindern können.

Sexuelle Reifung

In den ersten Jahren der Adoleszenz reifen und wachsen die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale. Beim Jungen beginnt etwa zwischen 12 und 13 Jahren das Wachstum der Hoden und des Penis, danach der Schamhaare, der Achselhaare und des Bartes. Mit dem Stimmwechsel ist mit etwa 18 Jahren dieser Reifeprozess abgeschlossen.

Im Alter von 10 bis 14 Jahren, beginnend mit der Rundung der Hüften, setzt beim Mädchen das Wachstum der Schamhaare, der Eierstöcke, der Gebärmutter, danach der Brust und der Achselbehaarung ein. Jungen haben den ersten Samenerguss (Ejakulation) mit etwa 13 bis 16 Jahren und Mädchen die erste Regelblutung (Menarche) mit etwa 11 bis 14 Jahren.

Mit dem Beginn der sexuellen Reife und der Zeugungsfähigkeit ist die Ausbildung der Geschlechtsorgane noch nicht beendet. Deren Wachstum setzt sich im späten Jugendalter fort und ist erst im frühen Erwachsenenalter abgeschlossen. Vom Anfangsstadium der sexuellen Reifung bis zur sexuellen Vollreife vergehen bei beiden Geschlechtern mehrere Jahre.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Entwicklung des Gehirns

Die Hirnforschung hat in den letzten Jahren mithilfe bildgebender Verfahren überraschende Erkenntnisse über Veränderungen des Gehirns im Jugendalter gewonnen. Hielt man bisher das Gehirn des Jugendlichen für nahezu vollständig entwickelt, sah man nun, dass noch massive Veränderungen stattfinden, z. B.:

- Wachstum,
- Wandel im Aufbau des Gehirns,
- Veränderung chemischer Prozesse.

Wegen der erstaunlichen Umstrukturierung in einigen Teilen dieses Organs sprechen die Wissenschaftler von „einer einzigen Baustelle". Heute sieht die Hirnforschung deutliche Zusammenhänge zwischen der Entwicklung des Gehirns im Jugendalter und dem Verhalten der Jugendlichen. So bringt man heute die bekannte Risikobereitschaft der Teenager in Zusammenhang mit Veränderungen des Stirnhirns. Auch sollten Gefühlsturbulenzen vor dem Hintergrund des sich noch entwickelnden Gehirns betrachtet werden.

Die Hirnforschung lässt noch viele spannende Ergebnisse erwarten, die vermutlich weit reichende Folgen für den Umgang mit Jugendlichen haben werden.

10.2.3 Psychosexuelle Entwicklung

Überall auf der Welt verläuft die biologische Reifeentwicklung ähnlich. Psychologisch gibt es jedoch sehr unterschiedliche Auswirkungen der Pubertät: Jugendliche in anderen Kulturen, z. B. auf Samoa, erleben einen unproblematischeren Übergang vom Kindes- zum Erwachsenenalter; allerdings nehmen sie vom 6. Lebensjahr an am Leben der Erwachsenen teil.

Das für die Eltern oft anstrengende Verhalten ihrer Kinder ist in unserer Kultur eher auf die unklare Definition der Rolle des Jugendlichen zurückzuführen: Da wird einerseits Selbstständigkeit und Verantwortungsübernahme gefordert (Erwachsenenrolle), andererseits soll der Jugendliche brav das tun, was die Eltern ihm sagen (Rolle des Kindes). Diese teils widersprüchlichen Erwartungen führen zu einer Rollenunsicherheit, die sich im Verhalten vieler Jugendlicher ausdrückt.

Körperselbstbild

Während der Zeit des Wachstums und der sexuellen Reifung richtet sich das Interesse des Jugendlichen zunehmend auf den eigenen Körper (Fitness, Körperpflege, „Figurprobleme"). Gemessen an der Zeit, die Jugendliche vor dem Spiegel verbringen, hat das körperliche Erscheinungsbild in diesem Alter eine wichtige Bedeutung. Zufriedenheit und Wohlbefinden sind vom eigenen und von dem Urteil des kulturellen Umfeldes (insbesondere von dem der Altersgenossen) abhängig.

Das Körperselbstbild von Jungen und Mädchen unterscheidet sich. Tendenziell werden Mädchen in dieser Phase immer unzufriedener mit ihrer Figur, Jungen immer zufriedener. Demnach scheint die Pubertätsentwicklung in dieser Hinsicht für Mädchen kritischer zu sein als für Jungen.

Kulturelles Umfeld

Menschen aus dem sozialen Umfeld nehmen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, sei es kommentierend, aufklärend oder hänselnd. Das Ganze geschieht hier in einem kulturellen Umfeld, das Schönheit, Jugendlichkeit und Sexualität einen relativ hohen Stellenwert zumisst.

Partnerkontakte

Jungen verhalten sich – genetisch und hormonell, ebenso wie durch die Erziehung bedingt – anders als Mädchen. Entsprechend unterscheiden sich Spiele und Aktivitäten: Im Grundschulalter halten sich Mädchen mehr an Mädchen und Jungen eher an Jungen. Die Kinder wählen sich Spielkameraden, die gleiches Spielverhalten zeigen; anderes wirkt fremd und wird deshalb oft gemieden. Vielleicht ist diese Entfernung der Geschlechter voneinander eine notwendige Voraussetzung für die spätere gegenseitige Attraktivität in der Adoleszenz.

Die große Anzahl an Verabredungen von Mädchen und Jungen (Kino, Diskothek, sonstige Unternehmungen) zeigt im Jugendalter deren Interesse am anderen Geschlecht. Das sog. Dating ist eine erste Strategie, Partnerkontakte zu suchen. Dabei geht es zunächst um kurzfristige Beziehungen und wechselnde „Partnerschaften". Umfragen haben ergeben, dass Mädchen dabei auf Liebe und Zärtlichkeit, Verlässlichkeit und sexuelle Treue, Verständnis und Vertrauen Wert legen. Jungen liegt vor allem an gutem Aussehen der Mädchen. Sie erleben Sexualität oft weitgehend unabhängig von

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

der Art der Beziehung. Für die meisten Mädchen ist eine gute Partnerbeziehung die Grundlage für sexuelle Beziehungen.

Wenn auch während der Adoleszenz mehr kürzere Beziehungen stattfinden, denken doch Jungen und Mädchen auch an die Langzeitperspektiven. Für eine dauerhafte Partnerbeziehung haben konservative Werte wie Treue, Verlässlichkeit und Bindung für Jungen und Mädchen einen hohen Stellenwert.

Merke

Es ist nicht so, dass Kinder von der sexuellen Reife plötzlich überrascht würden und die neue Sexualität für alle Schwierigkeiten im Jugendalter verantwortlich ist. Vielmehr spielen hier auch die Reaktionen des Umfeldes eine wichtige Rolle. Die gravierenden körperlichen Veränderungen sind im Zusammenhang mit psychologischen, sozialen und kulturellen Elementen zu betrachten.

10.3 Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz

Kinder und Jugendliche zeigen sich heute weitgehend informiert über die bevorstehende Entwicklung. Klara, 13 Jahre alt, und ihre Großmutter haben sich lange nicht gesehen. Sie unterhalten sich. Als es ans Abschiednehmen geht, fragt die Großmutter: „Was hast du denn noch so vor?“ „Ach, jetzt kommt erst mal die Pubertät“, antwortet Klara.

Mit großem Interesse beschäftigen sich Jugendliche mit Entwicklungsaufgaben ihrer eigenen Altersstufe. Sie nutzen die Thematik zum Lernen in eigener Sache. Die Zeit der Adoleszenz ist eine Art Spiel- und Lernraum zum Ausprobieren und Einüben verschiedener Veränderungen. Viele Entwicklungsaufgaben hält dieser Lebensabschnitt bereit:

- den veränderten Körper kennen lernen und akzeptieren,
- Beziehungen zu Gleichaltrigen (Peers) in Schule und Freizeit gestalten,
- tiefere Beziehungen zu Freundin oder Freund aufbauen,
- geschlechtstypische Eigenschaften annehmen, sich wie ein Mann bzw. eine Frau verhalten,
- sich von den Eltern lösen, innerlich und äußerlich unabhängiger werden,
- eigene Werte und Ziele finden, die man in seinem Leben erreichen möchte, andere verwerfen,
- Berufsplanung und Karriere vorbereiten,
- offen sein für Überlegungen, ob man als Single, in einer Partnerschaft oder Familie leben will,
- die eigene Identität finden und leben.

10.3.1 Identitätsfindung als eine Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz

Wer bin ich? Und wie sehen mich die anderen?

Die Suche nach der eigenen Identität ist das Leitthema der Jugendzeit. Der Wunsch sich selbst zu kennen und sich selbst zu formen, treibt den Entwicklungsprozess über Jahre voran. Jedoch findet niemand im Alleingang zu seiner Identität. Der Mensch lebt immer in sozialen Beziehungen; seine Identität entwickelt sich hauptsächlich durch Interaktion mit anderen Menschen (▶ Abb. 10.2).

Identitätssuche verläuft in 2 Richtungen:

- nach innen: „Wer bin ich?“, „Wer will ich sein?“
- nach außen: „Wie sehen mich die anderen?“, „Wie unterscheide ich mich von anderen?“

Phasen der Identitätsentwicklung

Die Phasen der Identitätsentwicklung lassen sich unterteilen in:

- übernommene Identität,
- diffuse Identität,
- eigene, erarbeitete Identität.

In Romanen, Filmen und Jugendfernsehserien wird die Adoleszenz als turbulente, emotional aufgewühlte, manchmal äußerst problematische Zeit dargestellt. Jedoch scheinen nicht alle Jugend-



Abb. 10.2 Niemand findet seine Identität im Alleingang. Sie entwickelt sich durch Interaktion mit anderen Menschen *(Symbolbild)*. (Foto: oneinchpunch – stock.adobe.com)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

lichen diesen Lebensabschnitt als Krisenzeit zu erleben. Wie Identität gewonnen wird, zeigt folgendes kleine Interview. Je nach dem Stand der Identitätsentwicklung gaben Jugendliche auf die Frage „Was hältst du davon, dich in deiner Schule aktiver an Pflichten und Initiativen zu beteiligen?“ folgende Antworten (Oerter u. Montada, 1998):

- „Das ist doch klar. Einsatz für das Allgemeinwohl ist in unserer Familie selbstverständlich. Meine Eltern und Geschwister engagieren sich auch in sozialen Aufgaben“ (übernommene Identität).
- „Ich weiß noch nicht, manche tun es, manche nicht. Jeder soll es so machen, wie er will, vielleicht versuche ich es später einmal.“ „Mit dem Gedanken beschäftige ich mich gerade, ich überlege noch, was ich übernehmen will und was nicht“ (an der Identität wird noch gearbeitet, diffuse Identität).
- „Ich habe darüber nachgedacht und mich mit der Thematik „Engagement in der Schule“ auseinandergesetzt. Ich werde mich in einem bestimmten Maße an Aktivitäten beteiligen, und zwar auf dem Gebiet der Klassenraumgestaltung“ (erarbeitete Identität).

Merke

Am Anfang der Adoleszenz herrscht die übernommene oder diffuse Identität, am Übergang zum jungen Erwachsenenalter sollte die eigene, erarbeitete Identität überwiegen.

Aufgabe

3 Fragen Sie sich im Rückblick auf Ihre Adoleszenz: An welche der im Text beschriebenen Entwicklungsaufgaben erinnern Sie sich noch heute? Welche haben sich „wie von selbst“ erledigt?

10.3.2 Peer-Gruppen

Definition

Unter **Peer-Gruppe** versteht man eine Gruppe etwa gleichaltriger Jugendlicher, die zur Orientierung für das Erwachsenwerden herangezogen wird.



Abb. 10.3 Jugendliche orientieren sich oft stark an ihrer Peer-Gruppe *(Symbolbild)*. (Foto: ccvision)

Die Peer-Gruppen (Cliquen) sind neben der Familie von besonderer Bedeutung für die Entwicklung der Jugendlichen. Peer-Gruppen haben meist eine lose Struktur. Jugendliche können gleichzeitig verschiedenen Gruppen angehören. Es gibt keine allgemeingültigen Verhaltensregeln und Rollen. Was zum Funktionieren einer Clique nötig ist, resultiert aus Absprachen. In der Peer-Gruppe wird ein bestimmter Lebensstil gelebt. Sie dient dazu, Kontakte mit dem anderen Geschlecht aufzunehmen und neue soziale Verhaltensweisen und Aktivitäten auszuprobieren (▶ Abb. 10.3). Die Identitätssuche wird dabei angeregt.

Bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben löst die Peer-Gruppe die Familie zwar nicht ab, sie bekommt jedoch einen hohen Stellenwert, weil sie ergänzend dazu beiträgt. Von Jugendlichen wird bestätigt, dass die Bindung an die Eltern bis mindestens in der frühen Adoleszenz für ihre psychische Entwicklung wichtig bleibt. Es kommt jedoch häufig zu Auseinandersetzungen, wenn die Jugendlichen die Normen und Werte der Peer-Gruppe in das Familienleben übertragen wollen. Für eine Konfliktlösung ist hier die kognitive Fähigkeit der Perspektivübernahme gefragt. Die in der Peer-Gruppe gelebten Lebensstile der Jugendzeit werden beim Eintreten in das Erwachsenenalter meistens erstaunlich leicht aufgegeben.

10.3.3 Junge Erwachsene/ Generationen

Die psychologische und soziologische Forschung wirft heute ein neues Licht auf den Lebensabschnitt zwischen 18 und 30 Jahren. Die Zeit des Erwachsenwerdens hat sich in den letzten Jahr-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

zehnten immer mehr ausgedehnt. Es dauert heute einige Jahre länger bis aus Kindern erwachsene Menschen werden. Die Phase ungefähr vom Ende der Schulzeit bis zum Berufseintritt und zur Übernahme von Verantwortung in Partnerschaft, Familie und Gesellschaft zieht sich heute in die Länge, häufig bis ins 40. Lebensjahr hinein. Psychologen haben noch keinen Namen für sie gefunden. Bei gezielten Beobachtungen gehen Forscher zum Beispiel von der Frage aus: Wie unterscheiden sich Jüngere und Ältere, Angehörige verschiedener Generationen in Bezug auf die Arbeitswelt? Der Vergleich der vergangenen 3 Generationen X, Y, Z erlaubt einen Überblick darüber, wie sich die Situation der Jugendlichen bzw. der jungen Erwachsenen verändert hat.

Generation X

Zwischen 1965 und 1980/83 Geborene sind die Generation X. Heute (2018) sind sie 35/38 bis 53 Jahre alt. Sie wuchsen in einer durch die Elterngeneration gesicherten finanziellen Situation auf. Sie sind gut ausgebildet und das berufliche Vorankommen ist ihnen wichtig. Sie arbeiten, um sich eine gute Lebensqualität zu sichern. Sie achten darauf, dass sich privates und berufliches Leben im Gleichgewicht befinden (Work-Life-Balance). Als Kinder spielten sie mit Lego und Playmobil. Der Computer hatte noch nicht ins Kinderzimmer Einzug gehalten. Sie erlebten als Erwachsene die rasante Entwicklung der digitalen Medien. Kommunikation findet über Mobiltelefon und E-Mail statt. Da es immer wieder vorkam, dass Eltern ihren Kindern zum Abitur ein Auto schenkten, wurde diese Generation in Deutschland auch – etwas überzeichnet – Generation Golf genannt. (Illies, 2001).

Generation Y

Wer in der Zeit von ca. 1984–2000 geboren ist, gehört zur Generation Y. Das Ypsilon leitet sich von dem englischen Wort „why“ ab, das für „Y“ = „warum“ steht. Einige Katastrophen, Kriege und Terror (Fukushima, März 2011; New York, 11. September 2001) haben ihrer Welt die verlässliche Sicherheit genommen. Sie erleben, dass die Arbeitswelt nicht auf sie wartet, Bewerbungen eher abgelehnt als freudig begrüßt werden. Das alles lässt sie fragen: „Warum?“ und bringt ihnen den Namen – neben „Millennials“ (Jahrtausender) – „Generation Y“ ein.

Es sind heute (2018) die 18- bis 34-Jährigen. Als die ersten digital Aufwachsenden erlebten sie den Internetboom und die Globalisierung der Welt. Das Berufsleben bietet nicht mehr die festen Strukturen (eine Wunsch-Ausbildung, ein Wunsch-Beruf, möglichst unbefristete Arbeitsverträge). Es kommt zu Ausbildungs- und Stellenwechseln. Dabei spielen auch ihre Ansprüche an die Qualität der Arbeit eine Rolle: sie soll sinnvoll sein und Freude machen. Das Ziel ist nicht nur, zu arbeiten, sondern gerne zu arbeiten. Dabei ist das Interesse an Bildung und Fortbildung groß.

Die berufliche Situation dieser Generation verlangt die Bereitschaft zu Veränderung und Neuorientierung. Die Fähigkeit, sich immer wieder auf Neues einzustellen, weiter zu suchen, neu zu planen bis der passende Weg gefunden ist, zeichnet die Generation Y aus, eine Kompetenz, die allerdings ihre Zeit braucht. Bis man schließlich einen Beruf ausübt, eine Familie gründet und Verantwortung für sich und andere übernimmt – kurz: erwachsen wird – dauert es oft vom Ende der Pubertät bis ins 4. Lebensjahrzehnt.

Generation Z

Die Generation Z (auch Generation YouTube genannt) ist in den Jahren von 1995 bis 2010 geboren. Sie sind heute (2018) 8 bis 23 Jahre alt. Für sie ist der Umgang mit Internet und Smartphone von Kindheit an selbstverständlich. Sie sind in einer digitalen Welt aufgewachsen und bewegen sich in einem digitalisierten Alltag, Kontakte werden gleichermaßen online und in der Realität geknüpft. Tatsächliche Treffen mit Freunden finden neben ständigem Austausch in sozialen Netzwerken statt. Virtuelle und reale Welt gehen ineinander über.

Nach dem Schulabschluss steht ihnen die Welt offen – mit Vor- und Nachteilen. Die berufliche Laufbahn ist nicht mehr vorgezeichnet, wie sie es bei der Großelterngeneration noch war. Aber sie gehen selbstbewusster mit der neuen Situation um als ihre Eltern. Die finanzielle Sicherheit der Generation Y werden sie durch die Veränderungen der Arbeitswelt nicht mehr erreichen. Insgesamt ist es noch zu früh, ein konkretes Bild dieser jungen Generation zu entwerfen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Bedeutung für die Pflege

In der Pflege begegnen sich diese 3 Generationen. Die Teams werden dadurch bunter und vielfältiger. Die Pflegenden können sich in verschiedenen Bereichen gegenseitig unterstützen und ergänzen. Die Älteren (Generation X) tragen durch die in ihrer kontinuierlichen Berufsarbeit erworbenen Erfahrungen zum Erreichen von Standards bei (Arbeitsabläufen, spezifischen Maßnahmen bei seltenen Krankheiten, Patientenaufnahmen und -entlassungen). Die etwa 18- bis 34-Jährigen (Generation Y) bringen ihre Vorstellungen ein, dass Arbeiten und Leben verträglich gestaltet werden können. Ihre Werte kommen bei der Arbeitseinteilung und der Dienstplangestaltung zum Tragen. Wer heute in einem Team 23 Jahre und jünger ist (Generation Z), in allen PC-Angelegenheiten versiert, ist oft ein gefragtes Mitglied und gilt als große Stütze. Kommt es zu einem guten Austausch über die unterschiedlichen Einstellungen verschiedener Generationen hinweg, werden sie nicht trennend, sondern für die Pflegearbeit bereichernd wirken.

► **Lesenswert.** Von dem Lebensabschnitt, der das Alter von 18 bis 30 Jahre umfasst, zeichnet Claus Koch ein lebendiges und eindrückliches Bild. Sein Buch „Pubertät war erst der Vorwaschgang – wie junge Menschen erwachsen werden und ihren Platz im Leben finden“ (2016) lädt zu informativer und bereichernder Lektüre ein.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © CandyBox Images, Fotolia.com

Kapitel 11

Entwicklung im frühen und mittleren Erwachsenenalter

11.1 Einführung *170*

11.2 Frühes Erwachsenenalter (ca. 18–29 Jahre) *170*

11.3 Das mittlere Erwachsenenalter (ca. 30–59 Jahre) *178*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

11 Entwicklung im frühen und mittleren Erwachsenenalter

„Mark Twain tröstet einen jungen Freund, der Schwierigkeiten mit seinen Eltern hat: Mit sechzehn sei es nicht zum Aushalten gewesen, mit vierundzwanzig habe er sich ganz gut unterhalten, mit dreißig schon viel besser und jetzt – ob der junge Freund es glaube oder nicht – vierzigjährig, hole er sich sogar einen Rat bei seinem Vater – so können sich die Zeiten ändern!“ (nach Arbeitsgemeinschaft missionarische Dienste, Stuttgart 1977)

Examensschwerpunkte

Frühes Erwachsenenalter (S. 170) (ca. 18–29 Jahre), mittleres Erwachsenenalter (S. 178) (ca. 30–59 Jahre)

11.1 Einführung

Durch die gestiegene Lebenserwartung ist man in der Entwicklungspsychologie dazu übergegangen, das Erwachsenenalter in verschiedene Abschnitte zu unterteilen. Diese Einteilung in Altersstufen dient (wie auch in den vorangegangenen Kapiteln) lediglich einer Orientierung und markiert nicht scharfe Anfangs- und Endpunkte von Entwicklungsphasen:

- frühes Erwachsenenalter: 18–29 Jahre,
- mittleres Erwachsenenalter: 30–59 Jahre,
- frühes Alter: 60–69 Jahre,
- mittleres Alter: 70–79 Jahre,
- hohes Alter: ab 80 Jahre.

11.2 Frühes Erwachsenenalter (ca. 18–29 Jahre)

Der Eintritt in das frühe Erwachsenenalter wird als deutlicher Einschnitt in der Biografie erlebt, weil er mit der Loslösung von der Ursprungsfamilie verbunden ist. Aber auch beim Erwachsenwerden gibt es keine „typische Entwicklung“. Jeder entwickelt sich anders, jeder wird anders erwachsen.

Entwicklungsaufgaben im frühen Erwachsenenalter:

- vom Elternhaus lösen, unabhängiger werden,
- einen Lebensstil finden, z. B. in einer festen Partnerschaft leben, in wechselnden Beziehungen oder alleinlebend,
- gegebenenfalls Familie gründen, Geburt von Kindern,
- Arbeit und Beruf finden und darin „vorankommen“,
- Stressbewältigungsstrategien entwickeln.

In dieser Lebensphase werden Entscheidungen mit langfristiger Bedeutung für die Zukunft getroffen.

11.2.1 Lösung vom Elternhaus

Beim Auszug aus dem Elternhaus spielen äußere Faktoren wie Arbeits- und Wohnungsmarkt eine Rolle. Männliche Jugendliche bleiben durchschnittlich etwas länger im Elternhaus als weibliche, die bei Aufnahme einer festeren Partnerschaft in der Regel jünger sind. Oft zieht sich der Auszug über eine Zeit des Pendelns zwischen 2 Wohnungen hin. In dieser Zeit des „Auszugs auf Probe“ können junge Menschen die neue Lebensform einüben und beobachten, ob die Eltern ohne sie zurechtkommen.

Psychologisch spielen der Erziehungsstil und das Familienklima bei der Loslösung eine Rolle: Sie wird gefördert durch Flexibilität und Offenheit und eine Atmosphäre der emotionalen Unabhängigkeit. Bei stressreichen Familienbeziehungen kommt es oft zum vorzeitigen Auszug der Kinder.

Merke

Aus einer komplementären, hierarchischen Beziehung zwischen Eltern und Jugendlichem entwickelt sich eine symmetrische Beziehung zwischen Erwachsenen.

Aufgabe

1 Tauschen Sie sich mit Ihren Mitschülern über Erfahrungen beim Auszug von Zuhause aus. Verlief dieser einfach oder problematisch? War es für die Eltern oder für die Kinder schwieriger? Gab es Zeiten des „Pendelns“ oder „des Auszugs auf Probe“?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

11.2.2 Berufswahl

Die Berufswahl gestaltet sich z. T. nach persönlicher Eignung und Neigung, aber nicht selten zufällig und kurzfristig. Wichtige Faktoren sind hierbei der Arbeitsmarkt, die Lebensregion, der Schulabschluss und der Status der Eltern.

Nach ersten Berufsjahren der Orientierung setzt im 4. und 5. Lebensjahrzehnt eine Phase der Stabilisierung, meist mit beruflichen Verbesserungen, ein. Wenn sie aufrechterhalten werden kann, kommt es schließlich bis zum Ruhestand zu Spezialisierung und Konzentration auf bestimmte Bereiche. Der Arbeitsmarkt erfordert heute eine größere Bereitschaft zum Wechsel und zur Neuorientierung als noch vor Jahren, als es noch ausreichte, in einem einmal gewählten Beruf Erfahrungen zu sammeln und ihn mithilfe von Fortbildungen zeitgemäß auszuüben.

11.2.3 Freizeitverhalten

Im Freizeitverhalten junger Erwachsener spielen soziale Aktivitäten (Telefon- und Internetkontakte, soziale Netzwerke, Verabredungen, Feste feiern, gemeinsam bummeln gehen, „etwas trinken gehen“, Sport treiben) gegenüber Einzelbeschäftigungen (Lesen, Handarbeiten, Handwerken) meist eine größere Rolle. Die meisten jungen Erwachsenen sind heute sehr gesellig, mehr mit Freunden als mit Familienangehörigen.

11.2.4 Rollenprofil

Das Rollenprofil des jungen Erwachsenen erweitert sich. Er ist jetzt eine berufstätige Person mit Haushalts- und Bürgerpflichten und eventuell mit Elternaufgaben. Alle Rollen bringen ihre Erwartungen und Anforderungen mit sich; der Verantwortungsbereich wird größer. Die Rolle des Kindes wird weiter reduziert und mit ihr die Freizeit.

11.2.5 Partnerwahl

Früher sagte man „verliebt, verlobt, verheiratet, erstes Kind …“ und gab damit dem Bewusstsein Ausdruck, dass für Partnerschaft und Familiengründung eine relativ feste Ordnung bestand, Regeln, die die übliche Abfolge zuverlässig bestimmten. Kann man heute schon fast von einer „normalen“ Folge „verliebt, ein Kind, Partnerschaft auf Zeit“ reden? Eindeutig ist, dass heute verschiedenartigere Abläufe denkbar sind. Abweichungen vom herkömmlichen Regelablauf werden heute toleranter betrachtet als vor einigen Jahren. Die Paarbeziehungen verlaufen zunächst in 3 Schritten: Kennen lernen, beginnende Paarbeziehung, gefestigte Paarbeziehung.

Für das erste Verliebtsein geben Mädchen in westlichen Industrieländern durchschnittlich geringfügig frühere Zeitpunkte an als Jungen. Den ersten festen Freund haben sie mit etwa 16 Jahren und den ersten Sexualkontakt (laut Umfragen, nach eigenen Angaben) mit etwa 16,6 Jahren. Für Jungen gelten geringfügig spätere Angaben. Insgesamt gibt es hier jedoch eine breite Streuung der Altersangaben.

► **Beeinflussende Faktoren.** Bei der Partnerwahl spielen folgende Faktoren eine Rolle:

- Attraktivität,
- Verfügbarkeit,
- Ähnlichkeit äußerer Merkmale wie Wohngegend, Ausbildungs- und Gruppenzugehörigkeit,
- Freizeitinteressen (► Abb. 11.1),
- Status der Familie,
- Zufallsfaktoren.

Worauf Frauen und Männer bei der Partnerwahl achten, ist sicher individuell sehr unterschiedlich. Insgesamt zeigen sich hier jedoch recht eindeutige geschlechtstypische Tendenzen: Frauen achten bei der Partnerwahl vorwiegend auf Intelligenz und Charakter, sozioökonomischen Status und Leistungsverhalten, Männer dagegen auf „gutes Aussehen“ und Attraktivität.



Abb. 11.1 Freizeitinteressen spielen bei der Partnerwahl eine Rolle *(Symbolbild)*. (Foto: ACP prod – stock.adobe.com)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Bei der weiteren Gestaltung der Partnerschaft spielt einerseits „Gleich und Gleich gesellt sich gern“ andererseits auch „Gegensätze ziehen sich an“ eine Rolle. Es hat sich gezeigt, dass sich Ähnlichkeit, bezogen auf gemeinsame Interessen, Werte, Ansprüche und Umgangsformen, i. d. R. günstig auf die Stabilität und Dauer einer Beziehung auswirkt. Gegensätze in bestimmten Persönlichkeitseigenschaften wirken sich dann günstig aus, wenn sie sich gegenseitig ergänzen.

Fallbeispiel

Partnerwahl. Frieda und Wilhelm S. feiern diamantene Hochzeit. Auf die Frage eines Journalisten, was sie eigentlich die lange Ehezeit über zusammengehalten habe und warum er, Wilhelm S., damals gerade Frieda unter den anderen Mädchen ausgewählt habe, antwortet er: „Mir hat an meiner Frau immer schon gefallen, dass sie so temperamentvoll, fröhlich und spontan ist. Sie hat ständig neue Ideen, mit ihr bleibt man immer in Schwung.“ „Und mir hat an meinem Mann gefallen,“ meldet sich Frau S. zu Wort, „dass er so ruhig und besonnen und verlässlich ist. Bei ihm weiß man immer, woran man ist.“

Aufgabe

2 Von welchen Kriterien wurde Ihre Berufswahl bestimmt?
3 Welche Merkmale spielen für Frauen vorwiegend eine Rolle bei der Partnerwahl, welche für Männer?

11.2.6 Partnerschaft

Partnerschaft hat heute viele Gesichter: verheiratet sein, ledig zusammenlebend oder in getrennten Wohnungen, gleich- oder heterogeschlechtlich. Das eröffnet viele neue Möglichkeiten der Lebensgestaltung, führt aber auch zu Verunsicherung. Beziehungsstörungen in der Partnerschaft sind ein Thema geworden. Paartherapie als ein bedeutender Teil der Psychotherapie wird immer häufiger eingesetzt, um Beziehungsstörungen zu behandeln.

Am Anfang von Partnerschaften steht meistens das Verliebtsein; im weiteren Verlauf entwickelt sich gegebenenfalls Liebe. Sie wird in zwischenmenschlicher Begegnung erlebt und gestaltet. Sie macht aus 2 Einzelwesen ein Paar, 2 Menschen gehen eine Beziehung ein.

Im Verlauf der Partnerschaft werden auf der Grundlage von Ähnlichkeiten, Übereinstimmungen und emotionaler Nähe auch Unterschiede und Konflikte wahrgenommen und es wird versucht diese zu bewältigen. Erste Abgrenzungen erfolgreich zu ziehen und gegenseitig zu akzeptieren, ist für den Fortbestand der Beziehung notwendig. In der ersten Zeit einer festen Beziehung werden zahlreiche Weichen gestellt: Was tut wer für wen? Wer deckt welche Tätigkeitsfelder ab? Wer räumt wessen Socken auf? Wer ist in welchem Ausmaß für Emotionen oder Vernunft zuständig?

Der Verlauf von Zweierbeziehungen kann sich so vielfältig gestalten, wie Menschen verschieden sein können. Vom einen Extrem der kämpferisch destruktiven, kurz- oder langlebigen Beziehung bis zum anderen Extrem der lebenslangen, glücklichen Partnerschaft ist die Variabilität groß.

Statistische Daten zur Partnerschaft

Die statistischen Daten (Quelle: Statistisches Bundesamt) sprechen eine deutliche Sprache: Ehe und Familie sind in die Krise geraten. Jährlich werden inzwischen mehr als halb so viele Scheidungen wie Eheschließungen vollzogen, die Zahl der Eheschließungen pro Jahr ist rückläufig (▶ Tab. 11.1).

Das durchschnittliche Heiratsalter steigt und lag für Männer 2016 bei 34,0 Jahren, für Frauen bei 31,5 Jahren.

Tab. 11.1 Anzahl der Eheschließungen und Scheidungen ausgewählter Jahre (Statistisches Bundesamt).

Jahr	Eheschließungen	Scheidungen
1950	750 452	84 674
1970	575 233	76 520
1990	516 388	122 869
2010	382 047	187 027
2016	410 426	162 397

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Das durchschnittliche Alter der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes lag 2016 bei 29,6 Jahren.

Beziehungspflege

Zwischenmenschliche Beziehungen brauchen Pflege. Eine gute Pflege beugt – genau wie bei der Körperpflege – auch in diesem Bereich Schäden vor und hilft Schäden zu beheben. Werden Beziehungen nicht gepflegt, verkümmern sie, werden „krank" und verursachen Schmerzen. Gespräche, die bestimmte Grundprinzipien berücksichtigen, sind ein wichtiger Bestandteil der Beziehungspflege. Erkenntnisse aus der psychologischen Arbeit mit Paaren beschreiben diese Grundprinzipien:

- Miteinander reden und zuhören,
- Rückmeldung geben und einholen,
- Zeit und Raum für Begegnung zur Verfügung stellen,
- Wünsche äußern.

Miteinander reden und zuhören

Dies ist wohl das wichtigste Prinzip. Viele Partnerschaften – ob ehelich oder freundschaftlich – enden mit der Feststellung: „Eines Tages hatten wir uns nichts mehr zu sagen." Was Paare zusammenhält, sind vor allem Gespräche. Dabei ist es wichtig, sich aufmerksam auf den Gesprächspartner einzustellen. Dies bedeutet, sowohl die sachlichen Informationen aufzunehmen als auch wahrzunehmen, wie der Partner das Gesagte emotional erlebt (Aktives Zuhören (S. 224)).

► **Sachliche Informationen.** Einerseits darf nicht gespart werden, sachliche Informationen weiterzugeben. Gerade über die Zeiten, die Partner getrennt voneinander verbringen, gibt es viel Mitteilenswertes, z. B. wen man getroffen hat, welche Arbeiten zu erledigen waren oder sind, was man gelesen, gehört und gesehen hat. Es geht nicht darum, dass minutiös über den Tagesablauf Rechenschaft abgelegt und dieser zur Kontrolle offengelegt wird. Eher gilt: Mitgeteiltes ist Geteiltes und gehört dann beiden Partnern; man weiß voneinander, nimmt Anteil am Leben des Partners. Der Lebensraum des anderen wird einem vertrauter und nicht immer fremder. So entsteht ein Stück gegenseitiger Beheimatung.

► **Emotionale Informationen.** Einerseits erfolgt also gegenseitige sachliche Information, andererseits werden Gespräche erweitert, wenn emotionale Informationen hinzukommen, z. B. lassen beide Partner immer wieder einfließen: „Das hat mich geärgert", „Darüber habe ich mich sehr gefreut", „Das hat mir so leidgetan", „Ich war dabei so aufgeregt", „Ich habe mich so wohl gefühlt, wie schon lange nicht mehr". Das Mitteilen von Gefühlen, sprachlich in der Ich-Form ausgedrückt, führt zu einem tieferen gegenseitigem Verständnis und erweitert den Dialog um eine wichtige Dimension.

Auf dem Gebiet der Kommunikation ist vieles erlernbar. Kommt es zu Störungen der Kommunikation, die Paare aus eigener Kraft nicht beheben können, besteht die Möglichkeit an Kursen zur Verbesserung der Gesprächsfähigkeit teilzunehmen, die häufig von großem Nutzen sind.

Rückmeldung

Gespräche bleiben lebendig, wenn die Partner kleine „Haltestellen" einrichten. Das kann geschehen, indem einer, wenn es sich im natürlichen Verlauf ergibt, zusammenfasst, was er verstanden hat, und dabei besonders auf den emotionalen Teil der Botschaften achtet. „Da hast du also tatsächlich im letzten Moment noch den Arzt erreicht? (Sache, Inhalt); da warst du doch sicher ganz erleichtert (Gefühl)." Oder: „Du hast mir deine Überlegungen zu diesem Schritt mitgeteilt; nicht wahr, er ist dir sehr schwer gefallen!". Auch sich selbst zu vergewissern, ob der Partner verstanden hat, was man meint, kann das Gefühl des gegenseitigen Verstehens verbessern: „Verstehst du, wie ich das meine?" (s. Kap. Kommunikation (S. 222))

Zeit und Raum für Begegnung zur Verfügung stellen

Heute sind beide Partner häufig in einem anspruchsvollen Beruf oder in Haushalts- und Familienmanagement derart engagiert und zeitlich ausgefüllt, dass Zeit für partnerschaftliche Begegnungen wie für andere Termine organisiert werden muss. Dasselbe gilt für den räumlichen Aspekt: Einmal ohne Kinder, ohne Kollegen zu zweit irgendwo Gelegenheit haben, Zeit miteinander zu verbringen und sich wieder als Paar zu erleben (► Abb. 11.2).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 11.2 Beziehungspflege hält eine Partnerschaft lebendig *(Symbolbild)*. (Foto: nd3000 – stock.adobe.com)

Fallbeispiel

Grundprinzipien der Beziehungspflege. Gabi und Klaus hatten es sich am Anfang ihrer Beziehung zur Gewohnheit gemacht einmal in der Woche nach der Arbeit in einem Restaurant zu essen. Sie bemerkten nach einiger Zeit, dass oft „etwas dazwischen kam". Seitdem sie ein Baby haben, wird es noch schwieriger, abends auszugehen. Sporadisch springen die Großeltern ein. Gabi und Klaus vermissten „ihren" Abend und beschlossen, etwas zu investieren.

Sie organisieren einen Babysitter Dienst für einen Abend in der Woche und können seitdem regelmäßig und ohne großen Aufwand einige Zeit und einen Ort für sich als Paar in Anspruch nehmen. Sie erzählen sich von den vielen Stunden, die sie am Tag ohne den Partner verbringen, was sie erlebt haben, welche Gedanken und Ideen sie haben. Sie diskutieren verschiedene Standpunkte und suchen nach Lösungen. Sie lachen miteinander und fühlen sich nicht mehr „nur" als Eltern, sondern auch wieder als Paar.

Wünsche äußern

Partnerschaftliche Beziehung wird gepflegt und verbessert, wenn beide in der Lage sind, Wünsche zu äußern anstatt stillschweigend darauf zu hoffen, dass sie einem vom Munde abgelesen werden. Das gilt auch für den Bereich der Sexualität. Es gibt für beide Partner mehr Freude und Genuss, wenn verbal oder nonverbal geäußert wird, was als angenehm oder unangenehm empfunden wird. Wer Wünsche nicht formuliert, sondern stillschweigend erwartet, dass sie selbstverständlich erfüllt werden, wird Enttäuschungen erleben, die vermieden werden könnten.

Fallbeispiel

Wünsche äußern. Gabi und Klaus erleben seit einigen Jahren das „Drama" um die Feier des Hochzeitstages. Gabi lebt wochenlang auf das Datum des 20. Mai hin und erinnert sich gerne an Einzelheiten des großen Festtages vor 8 Jahren. Wie in jedem Jahr malt sie sich aus, welche Überraschung Klaus sich für sie ausdenkt. Wie in jedem Jahr hat er den Hochzeitstag vergessen. Am 20. Mai frühstücken beide zusammen wie jeden Tag. Klaus verlässt das Haus und Gabi denkt sich: „Na, heute Abend wird er einen Strauß Rosen mitbringen." Dabei sinkt die Stimmung schon beträchtlich; verbringt sie doch den Tag mit dem Gedanken: „Wenn er es nun wieder vergisst. ... Bedeute ich ihm überhaupt noch etwas? An uns beide verschwendet er keinen Gedanken mehr!" Am Abend ist die Enttäuschung vollkommen und der Tag endet mit Vorwürfen und Kränkungen.

Aufgabe

4 Wie kann das Paar im kommenden Jahr eine für beide Partner befriedigende Lösung herbeiführen?

Partnerschaftliches Gesprächsverhalten

Zum partnerschaftlichen Gesprächsverhalten gehört, dass Wünsche und Erwartungen in der Ich-Form ausgedrückt werden und die Übereinstimmungen und Differenzen immer wieder zur Sprache kommen. Gerade in einer Zeit, die Rollenerwartungen an Frau und Mann in der Partnerschaft nicht mehr verbindlich vorgibt, ist Absprache Voraussetzung für gegenseitiges Verstehen.

Die Überzeugung, dass in einer glücklichen Paarbeziehung beide gleich denken und fühlen sollten, stellt sich oft als Irrtum heraus. Das Gleichheitsideal macht den Dialog überflüssig. Die Differenzierung von Ich und Du, der Austausch über die Verschiedenheiten zweier Personen hingegen macht eine Beziehung spannend und lebendig.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Die Forschung zeigt: Günstig für die Stabilität einer Beziehung sind ähnliche Einstellungen, verbunden mit sich ergänzenden Persönlichkeitseigenschaften.

Fallbeispiel

Ergänzende Persönlichkeitseigenschaften. Gabi und Klaus wünschen sich Kinder; eine intakte Familie ist ihnen sehr wichtig. Beide haben ähnliche Ziele: sie planen gerade den Kauf eines alten Bauernhofes, den sie renovieren wollen. Gabi ist sehr temperamentvoll, will alles sofort und am besten noch vieles mehr erledigen, sodass sie abends oft ganz erschöpft ist. Da tut ihr die Ruhe, die ihr Mann ausstrahlt, gut. Klaus genießt das Temperament seiner Frau und bietet der Familie und seiner Frau gleichzeitig Ruhe und Sicherheit.

Eine weitere Beziehungsfalle ist die Annahme, alles über den Partner zu wissen. Wenn ein Partner schon weiß, was der andere denkt, wie er fühlt, wie er sich verhalten wird, dann erübrigt sich jede Kommunikation; dann hat sich ein Paar nichts mehr zu sagen. Die vermeintliche Kunst des Gedankenlesens tötet jedes echte Interesse am Partner.

In eine Sackgasse geraten Paarbeziehungen, die mit einem pauschalen Urteil den Partner auf bestimmte Merkmale festlegen: „Du bist genau wie deine Mutter!“ Es gibt dann kaum mehr die Möglichkeit einer solchen Festschreibung zu entrinnen und sich als Individuum darzustellen, das sich durchaus von dieser Mutter unterscheidet. Etikettierungen verhindern Entwicklung und Veränderung einer Person und der Paarbeziehung.

Aufgabe

5 Heike und Peter sind seit 12 Jahren verheiratet. Sie haben 3 Kinder im Alter von 10, 8 und 4 Jahren. Heike ist Hausfrau, Peter arbeitet als Pflegefachkraft auf einer Intensivstation. Erarbeiten Sie Vorschläge für das Paar, ihre Beziehung zu beiderseitiger Zufriedenheit zu gestalten.

11.2.7 Familienentwicklung

Jeder Mensch ist auf irgendeine Weise ein Familienmensch; die meisten Menschen kennen eine Herkunftsfamilie, mit der sie zumindest eine Zeit lang gelebt haben. Viele gründen eine eigene Familie und leben in der kleineren Gruppe der Kernfamilie oder in einer erweiterten Form der mehrere Generationen umfassenden Großfamilie. Nach Trennungen kommt es vor, dass sich Teilfamilien zusammenfinden und eine neue Familienbindung eingehen. Man spricht hier von „Patchwork-Familien“.

Auch Familien verändern sich im Ablauf ihres Daseins, ähnlich wie sich ein Individuum im Laufe des Lebens entwickelt. Am Anfang steht die Partnerschaft, weitere Entwicklungsstufen folgen: Eltern von einem oder mehreren Kindern werden, dann Familie sein mit kleinen, später mit großen Kindern; danach kommt das „Familienalter“ mit sich loslösenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ein Leben wieder als Paar oder zuletzt alleine sind die Familienabschnitte im höheren Lebensalter.

Eltern werden

Eine besondere Entwicklungsaufgabe des jungen Erwachsenenalters ist die Übernahme der Elternrolle. Eine große Anzahl der jungen Erwachsenen treffen um den 30. Geburtstag herum diese Entscheidung. Frauen sind heute bei der Geburt des ersten Kindes durchschnittlich etwa 30 Jahre alt.

Die Elternrolle übernimmt man nicht von einem Tag auf den anderen, es ist eher so, dass man über eine Spanne von etwa einem Jahr, und zwar vom Bewusstsein der Schwangerschaft an, in sie hineinwächst. Eine wesentliche Hilfestellung gibt das Kind; aktiv und deutlich gestaltet es die Beziehung zu den Eltern mit, wenn es erst einmal geboren ist.

Veränderte Rollen

Die Geburt des ersten Kindes in einer Familie ist ein einschneidendes und veränderungswirksames Ereignis. Mit dem ersten Kind wird die Familie geboren. Das erste Kind verändert nicht nur den Stand des Paares, das nun Eltern wird, sondern auch den Stand aller Personen, die zur Familie gehören; alle werden in eine neue Rolle „befördert“: der Mann wird Vater, die Frau wird Mutter, das Paar wird Eltern. Geschwister werden Tanten und Onkel; Die Eltern des Paares bekommen zusätzlich

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

die neue Rolle der Großeltern. Viele Menschen empfinden die Geburt des ersten Kindes als Ende ihrer eigenen Kindheit.

Aufgabe

6 Welche Erwartungen werden in unserer Gesellschaft an die Rolle der Eltern gestellt?

Veränderte Paarbeziehung

Mit dem ersten Kind wird aus der Zweierbeziehung der Partner eine Dreierbeziehung. Das ist der Beginn einer veränderten Paarbeziehung und zweier neuer Beziehungen in dieser Lebensgemeinschaft: Die individuelle Beziehung zwischen Mutter und Kind und zwischen Vater und Kind beginnen sich aufzubauen (▶ Abb. 11.3). Alle 3 sind aktiv an der Beziehungsgestaltung beteiligt. Der Säugling drückt durch Schreien, Weinen, ab dem 2. Monat auch durch Lächeln Kontaktbedürfnis aus; er kann ab dem 3. Lebensmonat durch Blickverhalten und Kopfhaltungen Kontaktwünsche vermitteln oder ablehnen (S. 144).

Erwartungen an das Kind

Bei problematischen Familienverhältnissen kommt es vor, dass an das Kind offene oder unausgesprochene Erwartungen gerichtet werden: „Wenn das Kind erst da ist, kann ich mich aus der belastenden Beziehung zu meinen Eltern befreien." Manche Menschen knüpfen an das Neugeborene die Hoffnung: „Das Kind soll unser Sonnenschein sein!" In einer konfliktreichen Paarbeziehung legen die Partner möglicherweise dem Kind sozusagen den Auftrag in die Wiege, Friedensbringer zu werden: „Dieses Kind wird unsere Ehe retten!" Solche „Hypotheken" kann das Leben des Kindes über Jahre schwer belasten.

Merke

In der frühen Familienzeit werden für Kinder, die ohne Bedingung akzeptiert werden, die Wurzeln für Selbstvertrauen und Kompetenz statt für Versagensgefühle gelegt.



Abb. 11.3 Die individuelle Beziehung zwischen Vater und Kind baut sich auf.

Verändertes Zeitmanagement

Um allen Beteiligten möglichst gerecht zu werden, müssen in der neuen Konstellation als Familie sowohl die Bedürfnisse des Kindes als auch die der beiden Erwachsenen als Einzelwesen, als Paar und als Eltern beachtet werden. Mit diesen Überlegungen werden für die kommenden Jahre Weichen gestellt bezüglich der Arbeitsteilung des Paares, der Pflichten und Rechte der Partner; es wird geklärt, wer welche Aufgaben in Beruf, Familie und Erziehung übernimmt. Die Eltern müssen ihr Zeitmanagement verändern. Meistens geschieht das auf Kosten von Freizeit, persönlicher Zeit und Peer-Aktivitäten.

Das zweite Kind

Wenn das zweite Kind geboren wird, verändern sich erneut die Positionen in der Familie. Das erste Kind wird nun das ältere oder das „große" Kind. Die Mehrarbeit muss umverteilt werden. Oft engagiert sich der Vater, wenn er anwesend ist, jetzt mehr bei der Versorgung der Kinder.

Geschwisterbeziehung

Die Integration des neuen Kindes in die Dreiergruppe wird zum Familienthema. In jungen Familien wird nach der Geburt oft ängstlich die Eifersucht des älteren Kindes auf das neue Familienmitglied erwartet. Dabei ist Geschwisterrivalität zur Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit in Mehr-Kind-Familien normal. Sie trägt dazu bei, dass sich jedes Kind als Individuum mit einer eigenen Identität entwickeln kann und sich von den

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Geschwistern unterscheidet und abgrenzt. So wird es seinen Platz innerhalb des Familiensystems finden. Für die Entwicklung einer guten Geschwisterbeziehung ist es von großer Bedeutung, wie die Kinder miteinander bekannt und vertraut gemacht werden (▶ Abb. 11.4).

Fallbeispiel

Geschwisterbeziehung. Während die Mutter den 1-jährigen Philipp badet, blättert die 3-jährige Silke in einem Bilderbuch. Sie kommt zur Mutter: „Da ist der Bauer, da Kühe, Schafe". „Ja," sagt die Mutter, „wo sind denn die Pferde?" Dabei hebt sie den kleinen Bruder aus der Wanne und trocknet ihn ab. „Da sind die Pferde. Hopp, hopp, hopp" ruft sie und hüpft davon.

Trotz der Beschäftigung mit dem Baby können Vater und Mutter dem erstgeborenen Kind zeigen, dass die Beziehung zu ihm nicht weniger wichtig ist.

Die Eingliederung des zweiten Kindes beschäftigt Vater und Mutter. Die Elternbeziehung wird durch den gemeinsamen Einsatz für beide Kinder gestärkt. Die Paarbeziehung tritt in dieser Zeit häufig in den Hintergrund.

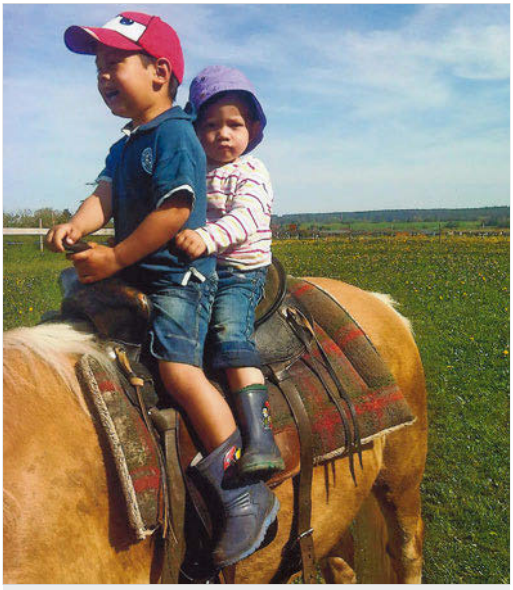


Abb. 11.4 Geschwisterbeziehung beeinflusst die Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit.

Erziehungskonzept

Wenn die Kinder größer werden, beginnt die Zeit der Erziehungsfragen. Die beiden Familiengründer sind wieder stark als Eltern gefragt. Sie entwickeln ein Erziehungskonzept, das sich aus Erfahrungen z. B. aus ihren Herkunftsfamilien zusammensetzt: „Bei uns wurde immer auf Tischmanieren, Ehrlichkeit, Pünktlichkeit und Hilfsbereitschaft Wert gelegt. Das sollen unsere Kinder auch lernen." „Meine Mutter hat uns Kinder ständig kontrolliert. So werde ich es nicht machen, unsere Kinder sollen früh selbstständig werden".

Generationengrenzen

Durch Hilfegesuche oder Hilfsangebote treten nun auch Großeltern und andere Verwandte auf den Plan. Nicht selten geben sie Ratschläge oder beteiligen sich aktiv an der Erziehung der Kinder (▶ Abb. 11.5). Wenn daraus Konflikte entstehen, wird es Zeit, auf die Grenzen zwischen den Gene-



Abb. 11.5 Zu den ersten sozialen Beziehungen gehören für viele Kinder die zu den Großeltern.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

rationen zu achten und ihre Aufgaben und Befugnisse zu klären.

▸ **Grenze zwischen Kindern und Eltern.** Es ist nicht die Aufgabe des ältesten Kindes, jüngere Geschwister zu erziehen. Von dieser Verantwortung ist ein Kind frei zu stellen. Kinder können miteinander spielen oder etwas Gemeinsames unternehmen, oder andere kindgemäße Dinge tun; Erziehung ist Sache der Eltern und sie tragen dafür die Verantwortung.

▸ **Grenze zwischen Eltern und deren Eltern.** In Absprache mit den Eltern können sich Großeltern und Verwandte an der Erziehung der Kinder beteiligen. Wieder liegt die Wahl der Erziehungsmethoden und -ziele bei den Eltern. Sie sind die Verantwortlichen.

Wenn zunächst die Eltern, später die heranwachsenden Kinder und andere Personen im Familienverband darauf achten, dass klare Generationengrenzen eingehalten werden, trägt das zur Vermeidung von Konflikten bei. Kindern gibt dies Orientierungshilfe und ein Stück Sicherheit in der Vielfalt der ersten sozialen Beziehungen.

Fallbeispiel

Generationengrenzen. Paul, 6 Jahre und Peter, 5 Jahre alt, verbringen das Wochenende bei den Großeltern. Am Samstagabend möchten sie eine Showsendung im Fernsehen anschauen. Der Großvater stimmt zu: „Ich hole eine Tüte Chips und Limonade für alle!“ Großmutter hat Bedenken: „Ich weiß nicht, ob das richtig ist.“ Sie ruft die Eltern an und erfährt: „Nein, das ist ausgeschlossen; die Kinder dürfen nachmittags ein wenig fernsehen, abends nicht.“ Schließlich öffnet der Großvater den Schrank mit den Spielsachen; sie verbringen den Abend mit Würfelspielen.

Aufgabe

7 Wie wäre es weitergegangen, wenn hier die Generationengrenze nicht so klar beachtet worden wäre? Welche Folgen hätten entstehen können?

Persönlichkeitsentwicklung bei Geschwistern

In der Zeit der Erziehungsfragen stellt sich immer wieder die Frage nach der Gerechtigkeit. Wie können wir allen Kindern gerecht werden?

Die Familie mit mehreren Kindern hat die Aufgabe, Unterschiede zu erkennen und zuzulassen. Vater und Mutter denken, fühlen und handeln verschieden; Geschwister unterscheiden sich. Nur der Mensch, der sich in seiner Einmaligkeit klar von anderen unterscheidet, kann seine Identität finden. Für die Persönlichkeits- und die weitere Familienentwicklung ist es wichtig, Anderssein und Differenzierung zu ermöglichen.

Fallbeispiel

Persönlichkeitsentwicklung bei Geschwistern. Anna und Thea sind 9 und 10 Jahre alt. Ihrer Mutter gefällt es, die beiden Mädchen so oft wie möglich gleich zu kleiden. So erleben sie häufig, verwechselt zu werden. Sie helfen sich zunächst, indem sie verbessern: „Ich bin doch Thea und das da ist Anna!“ Später lassen sie es einfach geschehen. In der Pubertät schockieren sie ihre Mitwelt dadurch, dass Anna ein auffälliges Gesichts-Piercing trägt, Thea ihre Haare grün färbt. Sie verleihen damit ihrem Wunsch nach Identität Ausdruck.

11.3 Das mittlere Erwachsenenalter (ca. 30–59 Jahre)

Der Mensch steht im jungen Erwachsenenalter mit weiter Zukunftsperspektive vor einer Vielzahl von offenen Lebensbereichen, an denen er teilhaben kann. Vom jüngeren Erwachsenenalter gleitet er in den nächsten Lebensabschnitt, dem mittleren Erwachsenenalter, ohne dass es einen biologisch bedingten Einschnitt gibt. Diese Lebensphase ist geprägt von der Vertiefung oder Veränderung vieler begonnener Entwicklungen, z. B. im Bereich der Familien- und Partnerbeziehungen und des Berufes. Im späten Erwachsenenalter werden einige Bereiche verabschiedet, andere gewinnen an Bedeutung.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

11.3.1 Entwicklungsaufgaben

Zu den Aufgaben des mittleren Erwachsenalter gehört das Ausbauen von Ressourcen.

Definition

Unter **Ressourcen** versteht man Kraftquellen und Fähigkeiten. Sie können materieller, psychischer und sozialer Art sein: Zeit, Geld, Eigentum, Wissen, Intelligenz, soziale Netzwerke wie Peers, Partner, Familie, emotionale Stabilität, erlernte Bewältigungsstrategien.

Die in dieser Lebensphase anstehenden Entwicklungsaufgaben sind z. B.:

- Fähigkeiten und Aufgaben erweitern und spezialisieren,
- einen eigenen Haushalt führen,
- Kinder großziehen,
- Freundschaften pflegen (▶ Abb. 11.6),
- Beruf ausbauen,
- private und öffentliche Verantwortung übernehmen,
- materielle Absicherung aufbauen und erhalten,
- sich von den Kindern ablösen,
- subjektives Wohlbefinden erhalten und erweitern,
- Gleichgewicht von Geben und Nehmen anstreben,
- Persönlichkeit entwickeln und festigen,
- Selbstpflege,
- mit körperlichen Veränderungen umgehen,
- Haushalt reduzieren (Empty Nest), ggf. Wohnung verändern.



Abb. 11.6 Zu den Entwicklungsaufgaben im Erwachsenenalter gehört das Pflegen von Freundschaften *(Symbolbild)*. (Foto: Syda Productions – stock.adobe.com)

11.3.2 Ablösung von den Kindern und „Empty Nest“

Kommt das erste Kind in die Pubertät wird Ablösung oft ein Familienthema. An diesem Prozess sind beide Generationen, Eltern und Kinder, beteiligt. Kinder lösen sich leichter, wenn in der Familie schon immer genug Möglichkeit zur Entwicklung von Identität und Autonomie für jeden Einzelnen bestand. Eine klare Abgrenzung des Lebensraums von Jugendlichen und Erwachsenen hilft dabei.

Schließlich sind die Hochzeiten der Kinder gefeiert oder ihr Leben als Single hat sich etabliert. Wenn das letzte Kind geht, stehen sich die Eltern – ohne Kinder dazwischen – gegenüber. Manche Paare lernen sich nach all den Erziehungsjahren wieder neu kennen und bauen eine neue Zweierbeziehung auf, andere trennen sich oder leben „nebeneinander her“. Die Ablösung der Eltern gelingt besser, wenn sie sich eine funktionierende Beziehung als Paar erhalten haben. Wurde die Paarbeziehung über Jahre vernachlässigt, muss sie neu – jetzt ohne Kinder – gestaltet werden. Oft wird dieser Prozess erschwert, wenn in dieser Zeit die eigenen Eltern pflegebedürftig werden und so neue Aufgaben hinzukommen.

In den meisten Familien mit mehreren Kindern verlassen die Kinder eines nach dem anderen das Haus, sodass sich der Ablösungsprozess über Jahre hinzieht. Kinder halten häufig auch trotz großer Entfernung an der kindlichen Bindung zu ihren Eltern fest, wenn es den Eltern nicht gelingt, zu einer neuen ehelichen Beziehung oder gegebenenfalls zu einer befriedigenden Trennung zu finden.

Definition

Mit dem Begriff **Empty Nest** (leeres Nest) wird die Situation der Eltern beschrieben, wenn alle Kinder endgültig das Haus verlassen haben.

Vielfach wird angenommen, dass der Auszug des letzten Kindes zu einer Krise der Eltern führt. Diese Interpretation konnte empirisch nicht belegt werden. Die Schwierigkeiten, wenn sie überhaupt als Krise auftreten, sind häufig die Folge

- fehlender eigener Interessen und Aktivitäten der Eltern oder
- einer Belastungsanhäufung in dieser Lebensphase (Pflege der Eltern, Neuorientierung in Haushalt und Partnerbeziehung).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

11.3.3 Die „Midlife-Crisis“

Eine weitere viel diskutierte Krise im mittleren Erwachsenenalter ist die sog. Midlife-Crisis.

Definition

Unter dem Begriff **Midlife-Crisis** fasst man die bei manchen Menschen in der Lebensmitte auftretenden Krisenzustände zusammen, die entstehen können, wenn Menschen eine negative Bilanz über ihre Lebenssituation ziehen und sich dabei gleichzeitig der zeitlichen Begrenztheit ihrer Lebensdauer bewusst werden.

Diese Krisen stehen mit dem Wechsel der Zeitperspektiven in Zusammenhang: Als Kind glaubt man, unendlich viel Lebenszeit zu haben. Jetzt wird dem Erwachsenen deutlich, dass die vor ihm liegende Zeit kürzer als die schon gelebte Zeit sein kann. Die Midlife-Crisis scheint vor allem diejenigen zu treffen, die sich nicht in der Lage sehen, ihre Situation zu ihrer Zufriedenheit zu verändern.

11.3.4 Großeltern werden

Mit der Geburt des ersten Enkelkindes werden alle Familienmitglieder in eine neue Position „befördert“. Die bisher die Kinder in der Familie waren, werden Eltern oder Onkel und Tanten. Die Eltern werden Großeltern, ein Ereignis, das von manchen lange herbeigesehnt, von anderen mit Erschrecken erlebt wird.

Für alle Familienangehörigen erweitert sich mit dem Blick auf das neugeborene Kind die Zeitdimension um eine Generation. Mit der neuen Rolle der Großeltern wird ganz unterschiedlich umgegangen: in manchen Familien, z. B. wenn die jungen Eltern berufstätig sind, werden die Großeltern in die Betreuung und Erziehung der Enkelkinder mit eingebunden. Sie werden ein neuer, wesentlicher Lebensinhalt für die ältere Generation. Zu eher sporadischem Zusammensein von Großeltern und Enkeln kommt es, wenn Eltern selbst für ihre Kinder da sind und die Großeltern ihren Lebensbereich weiter unabhängig von der jungen Familie gestalten.

Häufig verhalten sich Großeltern, in dem Gefühl nun nicht die Hauptverantwortung zu tragen, in Erziehungsfragen toleranter; sie gehen mit den Enkelkindern nachgiebiger um als damals mit den eigenen Kindern.

Die Erlebniswelten und Entwicklungsaufgaben im frühen und späten Erwachsenenalter sind so vielfältig, dass sich hier sehr unterschiedliche Lebensläufe entwickeln.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © zinkevych, Fotolia.com

Kapitel 12

Entwicklung im höheren Lebensalter

12.1 Soziologische Alterstheorien *182*

12.2 Biologische Alterstheorien *191*

12.3 Frühes Alter (60–69 Jahre) *192*

12.4 Mittleres und hohes Alter (ab 70. bzw. 80. Lebensjahr) *196*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

12 Entwicklung im höheren Lebensalter

„Das alte Holzpferd“

Das Holzpferd lebte länger in dem Kinderzimmer als irgendjemand sonst. Es war so alt, dass sein Stoffüberzug ganz abgeschabt war. „Was ist wirklich?“, fragte eines Tages der Stoffhase, als sie Seite an Seite in der Nähe des Laufställchens lagen. „Bedeutet es, Dinge in sich zu haben, die summen, und mit einem Griff ausgestattet zu sein?“ „Wirklich“, antwortet das Holzpferd, „ist nicht, wie man gemacht ist. Es ist etwas, was an einem geschieht. Wenn ein Kind dich liebt für eine lange Zeit, nicht nur, um mit dir zu spielen, sondern dich wirklich liebt, dann wirst du wirklich.“ „Tut es weh?“, fragte der Hase. „Manchmal“, antwortete das Holzpferd, denn es sagte immer die Wahrheit. „Geschieht es auf einmal oder nach und nach?“ „Du wirst“, sagte das Holzpferd. „Es dauert lange. Darum geschieht es nicht oft an denen, die leicht brechen oder die scharfe Kanten haben oder die schön gehalten werden müssen. Im Allgemeinen sind zu der Zeit, wenn du wirklich sein wirst, die meisten Haare verschwunden, deine Augen ausgefallen; du bist wackelig in den Gelenken und sehr hässlich. Aber das ist überhaupt nicht wichtig; denn, wenn du wirklich bist, kannst du nicht hässlich sein, ausgenommen in den Augen von Leuten, die keine Ahnung haben.“ „Ich glaube, du bist wirklich“, meinte der Stoffhase. Das Holzpferd lächelte. (M. Williams)

Examensschwerpunkte

Soziologische Alterstheorien (S. 182), Biologische Alterstheorien (S. 191), höheres Alter (S. 196), Psychohygiene des Alterns (S. 192)

12.1 Soziologische Alterstheorien

In unserer Gesellschaft gibt es sehr unterschiedliche Vorstellungen vom Alter. Da gibt es die aktiven, schwungvollen, selbstbestimmten älteren Menschen, aber auch die kranken, pflegebedürftigen, hilflosen sowie viele Facetten dazwischen. In Umfragen, in denen Menschen zu ihren Vorstellungen vom Altsein befragt werden, überwiegt noch immer ein negatives Altersbild: Schwach, hilfsbedürftig, gebrechlich, traurig und sich nutzlos fühlend sind häufig genannte Assoziationen.

In einer auf Leistung und Produktivität ausgerichteten Welt spiegelt dieses negative Altersbild verschiedene Ängste vor dem Altwerden wider.

Altersbilder sind schon immer abhängig von der jeweiligen zeitlichen Epoche und der Kultur. So gibt es Kulturen, in denen alte Menschen aus der Gesellschaft ausgegrenzt werden und andere, in denen alte Menschen als weise Ratgeber oder Stammesführer gelten.

Aufgabe

1 Malen Sie ein Bild von einem alten Menschen. Malen Sie das, was Ihnen zuerst zu diesem Thema einfällt. Vergleichen Sie anschließend mit den Bildern Ihrer Mitschüler. Ähneln sich die Bilder oder sind sie sehr verschieden? Diskutieren Sie, woran das liegen könnte.
2 Sammeln Sie in Gruppen:
Gruppe 1: Welche „Bilder“ von alten Menschen begegnen Ihnen im Alltag (z. B. auf der Straße, in der Familie, in der Bekanntschaft)
Gruppe 2: Welche alten Menschen sind/waren im Fernsehen zu sehen? Denken Sie dabei an die Bereiche Filme, Serien, Nachrichten, Werbung.
Gruppe 3: Welche „Bilder“ alter Menschen kennen Sie aus der Literatur? Denken Sie an Märchen, Geschichten, Erzählungen, Romane, Zeitungen.
3 Informieren Sie sich über Altersbilder in verschiedenen Ländern oder Kulturen.

12.1.1 Was versteht man unter Theorien?

Definition

Unter **Theorien** werden Vorstellungen über Zusammenhänge verstanden, die unter bestimmten Gesichtspunkten versuchen, einen Wirklichkeitsbereich zu beschreiben und verständlich zu machen. Sie dienen dazu, bestimmte Bereiche der Wirklichkeit besser wahrnehmen, beobachten und beschreiben zu können. Ein Bereich wird analysiert und kann besser verstanden werden, wodurch eine verbesserte Reflexion, Planung und Gestaltung möglich werden. Theorien können eine Entscheidungshilfe bieten und neue Perspektiven aufzeigen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Persönliche Theorien. Im Café des Krankenhauses treffen sich 3 Patienten. Sie kennen sich schon und vertreiben sich auch heute wieder bei Kaffee und Tee mit einer Unterhaltung ein wenig die Zeit. „Heute Morgen bin ich schon mit Kopfschmerzen aufgewacht," sagt Frau Kern, „obwohl ich eine Tablette genommen habe, ist es noch nicht besser geworden. Das Wetter soll sich ja ändern und daher kommen die Kopfschmerzen."

Herr Steiner berichtet: „Ich bekomme Kopfschmerzen, wenn ich in Stress gerate, wenn ich eine wichtige Arbeit oder einen öffentlichen Auftritt vor mir habe. Da hilft am besten: raus ins Freie und joggen! Danach ist der Kopf wieder klar."

„Bei mir ist es gerade andersherum", entgegnet Frau Weller, „wenn ich so ein Projekt, was mich ganz in Anspruch nahm, hinter mir habe, wenn der ganze Stress abfällt, dann bekomme ich Kopfschmerzen. Ich lege mich dann hin, verdunkele das Zimmer, und wenn ich tief geschlafen habe, geht es mir wieder gut."

„Sehen Sie", meint Frau Kern, „so hat jeder seine persönliche Theorie!"

Aufgabe

4 Welche Theorien kennen Sie?
5 Erläutern Sie die im Text geschilderten Funktionen von Theorien anhand konkreter Beispiele.

Definition

Soziologische Alterstheorien versuchen, das Verhalten und Erleben älterer Menschen unter gesellschaftlichen Aspekten zu beschreiben und zu erklären.

Soziologische Alterstheorien wollen die Lebensphase des höheren Alters erfassen: Sie wollen altersbedingte Veränderungen im gesellschaftlichen Kontext aufzeigen, die Möglichkeiten und Grenzen des Alters beschreiben und daraus abgeleitet Hinweise geben, wie das Lebensumfeld älterer Menschen gestaltet und wie mit älteren Menschen umgegangen werden soll. Da dieser Lebensabschnitt jedoch sehr individuell ist und von verschiedenartigen Einflüssen geprägt wird, kann es kein einheitliches Altersbild geben. Verschiedene Theorien versuchen dennoch, diese Lebensphase zu beschreiben und zu erklären:

- Defizitmodell,
- Disengagement-Theorie,
- Aktivitätstheorie,
- Kontinuitätstheorie,
- kognitive Persönlichkeitstheorie,
- Kompetenzmodell.

12.1.2 Defizitmodell

Aussage des Defizitmodells

Das Defizitmodell geht davon aus, dass die geistige Leistungsfähigkeit in der Kindheit ansteigt, im frühen Erwachsenenalter ihren Höhepunkt erreicht und anschließend ein unaufhaltsamer Abbau dieser Fähigkeiten erfolgt (▶ Abb. 12.1).

Fallbeispiel

Vorstellungen des Defizitmodells. Zwei Auszubildende im ersten Ausbildungsjahr unterhalten sich über das Altwerden. Susanne: „Wenn ich so sehe, wie viele Heimbewohner leiden, will ich nie alt werden. Sie werden langsam, das Gedächtnis lässt nach, sie kommen in ihrer Umgebung oft nicht mehr zurecht, einige sind desorientiert."

Julia: „Wenn ich mir vorstelle, dass diese Menschen voll im Leben standen, Beruf und Familie hatten, sich im Krieg durchgeschlagen haben ... Und was bleibt ihnen heute? Schmerzen, Abbau und ständig zu merken, dass alles nicht mehr so ist, wie es einmal war. Nein, alt werden möchte ich auch auf keinen Fall."



Abb. 12.1 Das Defizitmodell beschreibt einen unaufhaltsamen Abbau der Fähigkeiten im Alter *(Symbolbild)*. (Foto: Sondem – stock.adobe.com)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Pflegeverständnis des Defizitmodells

Auch wenn das Modell in der Wissenschaft als überholt gilt, ist es doch in der Denkweise vieler Menschen vorhanden. Schwierig kann es werden, wenn Pflegende, Angehörige, Therapeuten oder Ärzte diese Denkweise umsetzen. Würde ein unaufhaltsamer Abbau doch jedes Training und jede aktivierende Pflege in Frage stellen! Aussagen wie „das lohnt sich nicht mehr, der Patient ist doch schon so alt“ können die Lebensqualität der Patienten beeinträchtigen. So werden bei älteren Patienten möglicherweise Operationen oder therapeutische Maßnahmen unterlassen, die durchaus erfolgversprechend wären.

Fallbeispiel

Pflege nach dem Defizitmodell. Pflegefachkraft Inge: „Wenn man mit viel Mühe erreicht hat, dass ein Bewohner sich Oberkörper und Gesicht wieder selbst waschen kann, dann hält das meist nicht lange an. Da wasche ich die Bewohner lieber selbst, das geht schneller.“

Pflegefachkraft Inge denkt nach dem Defizitmodell. Sie nimmt dadurch den pflegebedürftigen Menschen die Chance, wieder mehr Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu erreichen, was sich negativ auf deren Selbstwertgefühl auswirken kann.

Stellungnahme und Kritik am Defizitmodell

Die Vorstellung, Alter sei mit intellektuellem Abbau verbunden, ist in der Bevölkerung noch immer weit verbreitet. Lange Zeit glaubte man, in Untersuchungen zur Intelligenz an amerikanischen Rekruten im ersten Weltkrieg einen Beleg für diese These gefunden zu haben. Tatsächlich hatten Männer Anfang 20 in Intelligenztests mehr Punkte als ältere. Man schloss daraus (fälschlicherweise!) auf einen generellen altersbedingten Abbau geistiger Fähigkeiten.

Richtig ist zwar, dass alte Menschen im Durchschnitt weniger Testpunkte bei Intelligenztests erreichen. Falsch wäre jedoch, dies auf einen generellen altersbedingten intellektuellen Abbau zurückzuführen. Hier sind vielmehr die Abnahme der Sinnesleistungen und der Reaktionsgeschwindigkeit als Ursachen heranzuziehen. Diese Intelligenzunterschiede verschwinden weitgehend, wenn die Testpersonen keinen Zeitbegrenzungen ausgesetzt sind und die Tests unter bestimmten Bedingungen (S. 480) durchgeführt werden.

Manche Alltagsbeobachtungen zeigen, dass ältere Menschen Schwierigkeiten haben, sich in dieser sich schnell wandelnden Welt zurechtzufinden. Aber der Eindruck täuscht: Tatsächlich kommt ein großer Teil der älteren Menschen bis ins hohe Alter gut damit zurecht.

Falsch ist auch die Annahme, dieser Abbau sei nicht beeinflussbar. Die Bedeutung von Trainingseffekten im Bereich intellektueller Anforderungen ist heute unbestritten. Gesunde Menschen, die bis ins hohe Alter geistig gefordert sind, zeigen weniger intellektuelle Abbauerscheinungen.

Die Gerontologie lehnt das Defizitmodell inzwischen ab, da es Alterungsprozesse zu wenig differenziert betrachtet und zudem für die Entwicklung und für den Umgang mit älteren Menschen wenig nützlich ist.

Aufgabe

6 Welche Aussagen macht das Defizitmodell? Nehmen Sie Stellung zu diesen Aussagen.
7 Malen Sie ein Bild, das Altern nach den Vorstellungen des Defizitmodells zeigt.
8 Welche Auswirkungen kann die Denkweise des Defizitmodells auf das Pflegeverständnis haben? Zeigen Sie anhand von 3 konkreten Beispielen, dass die Denkweise des Defizitmodells sowohl bei Ärzten als auch bei Pflegenden und Angehörigen noch immer vorhanden ist.

12.1.3 Disengagement-Theorie: Rückzugstheorie nach Cumming und Henry 1962

Aussage der Disengagement-Theorie

Die Disengagement-Theorie (nach Cumming u. Henry, 1962) geht davon aus, dass ältere Menschen sich freiwillig und im Interesse der Gesellschaft aus ihren sozialen Rollen und Kontakten zurückziehen (▶ Abb. 12.2). Dieser Rückzug sei also ein Bedürfnis des älteren Menschen. Diese Theorie nimmt an, dass der ältere Mensch durch die Loslö-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 12.2 Pflegekräfte sollten älteren Menschen immer wieder soziale Angebote machen. Besteht der Wunsch nach Rückzug, sollte er akzeptiert werden *(Symbolbild)*. (Foto: De Visu – stock.adobe.com)

sung von den bisherigen Lebensbezügen und die gleichzeitige Hinwendung zur eigenen Persönlichkeit Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit gewinnt.

Das Modell ist vor dem zeitlichen und kulturellen Hintergrund der 1960er-Jahre zu betrachten, einer Zeit des Jugendkultes.

Pflegeverständnis der Disengagement-Theorie

Für das Pflegeverständnis bedeutet die Theorie, den freiwilligen Rückzug der Älteren zu akzeptieren oder zu unterstützen.

Fallbeispiel

Disengagement-Theorie. Herr Weber, 84-jähriger Bewohner eines Pflegeheimes, verweigert die Teilnahme an den im Pflegeheim angebotenen Aktivitäten. Auch möchte er nicht im Speisesaal essen. Er verbringt den Tag weitgehend alleine in seinem Einzelzimmer. Herr Weber kann ohne Hilfsmittel laufen und leidet auch sonst nicht unter Einschränkungen, die soziale Aktivitäten erschweren. Vor der Aufnahme in das Pflegeheim war er in verschiedenen Seniorenkreisen aktiv.

Die Pflegefachkräfte fragten ihn in der ersten Woche zu jeder Mahlzeit, ob er zum Essen in den Speisesaal kommt. Man informierte ihn über jedes Aktivierungsangebot. Beides lehnte Herr Weber ab. Inzwischen lebt er ein halbes Jahr in dem Haus, er wird nicht mehr danach gefragt.

Stellungnahme und Kritik an der Disengagement-Theorie

Nach dieser Theorie hieße dies, dass der Wunsch, alleine zu sein, respektiert werden sollte. Das kann positiv sein, wenn der Rückzug tatsächlich ein Wunsch des älteren Menschen ist. Positiv ist sicher auch, dass die verminderten Kräfte Älterer berücksichtigt werden und eine Entlastung aus bestimmten sozialen Rollen möglich wird. Aber wie freiwillig ist der Rückzug wirklich? Liegt die Ursache vielleicht in der Angst, sich zu blamieren, nicht mehr richtig hören zu können, was andere sprechen? Rückzug dient oft als Selbstschutz, um nicht mit den eigenen Defiziten konfrontiert zu werden.

Zu kritisieren ist aber Folgendes:

- Der Rückzug aus sozialen Rollen geschieht oft nicht freiwillig. So werden Menschen auch gegen ihren Willen berentet, Aufgaben und Funktionen werden ihnen oft nicht mehr zugetraut, sie werden durch Jüngere „ersetzt".
- Häufig ist der Rückzug nicht wirklich gewollt, sondern geschieht aus anderen Gründen: aus Angst oder Scham sich zu blamieren, nicht mithalten zu können oder aus Mangel an Personen, mit denen der ältere Mensch sich unterhalten will. So bleibt mancher Pflegeheimbewohner lieber in seinem Zimmer als mit demenziell erkrankten Bewohnern zusammenzusitzen.
- Rückzug aus sozialen Aktivitäten ist häufig mit Funktionsverlust und Unzufriedenheit verbunden.
- Die Theorie berücksichtigt nicht, dass auch bei abnehmenden Kräften eine (zumindest passive) Teilnahme am gesellschaftlichen Leben möglich und oft erwünscht ist.
- Biografische Faktoren und individuelle Unterschiede werden nicht berücksichtigt. Es gibt sicher ältere Menschen, die gerne alleine sind, andererseits aber auch Menschen, die ihr Leben lang sozial integriert waren und dies auch weiterhin sein möchten.

Merke

Ziehen ältere Menschen sich zurück, muss das immer wieder hinterfragt werden. Nur wenn der Rückzug ein wirkliches Bedürfnis ist, sollte er akzeptiert werden. Trotzdem muss dem älteren Menschen immer wieder neu angeboten werden, soziale Kontakte aufzunehmen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

9 Welche Aussagen macht die Disengagement-Theorie?
10 Nehmen Sie Stellung zu den Aussagen der Disengagement-Theorie. Welche Aussagen halten Sie für gut? Welche Aussagen kritisieren Sie?
11 Malen Sie ein Bild, das Altern nach den Vorstellungen der Disengagement-Theorie zeigt.
12 Welche Gefahren bestehen, wenn Pflege nach den Vorstellungen der Disengagement-Theorie erfolgt? Zeigen Sie anhand von konkreten Beispielen, dass die Denkweise der Disengagement-Theorie bei manchen Pflegenden oder Angehörigen noch immer vorhanden ist.



Abb. 12.3 Wohlbefinden entsteht, wenn Menschen auch im Alter aktiv sind (Aktivitätstheorie) *(Symbolbild)*. (Foto: MEV)

12.1.4 Aktivitätstheorie

Aussage der Aktivitätstheorie

Wohlbefinden entsteht, wenn Menschen auch im Alter aktiv bleiben können. Aktivität im Alter wird als Voraussetzung für Wohlbefinden betrachtet; nur wer aktiv ist, kann sich wohlfühlen. Wohlbefinden wird somit stark mit Gesundheit und Mobilität in Verbindung gebracht. Diese auf den amerikanischen Psychologen Robert Havighurst zurückgehende Theorie stellt gewissermaßen das Gegenstück zur Disengagement-Theorie dar (▶ Abb. 12.3).

Aktivierende Pflege

Aktivierende Pflege wirkt sich i. d. R. positiv auf das Wohlbefinden aus. So ist es durchaus erfreulich, dass sie mittlerweile in den meisten Leitbildern der Pflegeeinrichtungen ein fester Bestandteil ist. Auch die Umsetzung aktivierender Pflege hat sich ausgeweitet, sodass das Wohlbefinden älterer Menschen in vielen Bereichen gesteigert werden konnte.

Falsch wäre es jedoch anzunehmen, dass ältere Menschen umso glücklicher sind, je mehr sie an Aktivierungsangeboten teilnehmen. Aktivierungen, die bei älteren Patienten oder Pflegeheimbewohnern gegen ihren Willen und entgegen eigener Interessen gerichtet sind, steigern das Wohlbefinden i. d. R. nicht.

Fallbeispiel

Aktivierung. Frau M. ist Patientin in einer psychiatrischen Klinik. In der abklingenden Phase einer depressiven Störung nimmt sie mehrmals wöchentlich an einer Aktivierungsgruppe teil. Hier wird in einer Gruppe von 4–5 Personen gemeinsam aus der Zeitung vorgelesen, es werden Gesellschaftsspiele gespielt, bei schönem Wetter werden Spaziergänge unternommen. Anfangs saß Frau M. passiv dabei, inzwischen nimmt sie aktiv teil und ermutigt neue Gruppenmitglieder, bei den angebotenen Aktivitäten mitzumachen.

Fallbeispiel

Falsch verstandene Aktivierung. Frau Albrecht bastelt nicht gerne. Pflegefachkraft Karin redet so lange auf sie ein, bis sie resigniert und sich zur Bastelstunde bringen lässt. Dort wirkt sie nicht sehr glücklich, als sie einen Joghurtbecher bemalen soll.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Stellungnahme und Kritik an der Aktivitätstheorie

Diese Theorie führte in den 1980er-Jahren zu mehr Aktivierungsangeboten für Ältere: Seniorencafé, Seniorenreisen, Seniorentreffs, Volkshochschulangebote für Senioren. Die richtige Umsetzung der Aktivitätstheorie kann durchaus das Wohlbefinden der älteren Menschen steigern. Leider wird das in unserer Gesellschaft wenig unterstützt; ältere Menschen werden oft aus Beruf und Familie ausgegliedert, ohne dass neue Rollen zur Verfügung gestellt werden.

Richtig ist, dass eigene Aktivität Unabhängigkeit und Selbstwertgefühl steigern kann, jedoch gibt es auch Menschen, die mit wenigen Aktivitäten zufrieden sind. Die Gewohnheiten und der bisherige Lebensstil der älteren Menschen werden hier kaum berücksichtigt.

Merke

Es kommt nicht nur auf die Menge, sondern auch auf die Art der Aktivität an. Aktivierung sollte den Interessen der Personen und ihren Fähigkeiten entsprechen.

In der Pflegeausbildung ist aktivierende Pflege ein wichtiger Lerninhalt, auch wenn sie im Krankenhaus- und Pflegeheimalltag manchmal aus „Zeit- und Kostengründen“ zu wenig praktiziert wird. Hierbei wird jedoch übersehen, dass aktivierende Pflege oft nicht mehr Zeit erfordert und wenn doch, dass der anfangs erhöhte Zeitaufwand sich lohnt, wird doch langfristig die Pflege zufriedener Patienten und Bewohner wesentlich leichter.

Fallbeispiel

Ablehnung aktivierender Maßnahmen. Auszubildende Svenja berichtet: „Ich habe wochenlang mit Frau Schwarz das Essen geübt. Sie konnte schließlich selbstständig essen. Als ich das bei der Übergabe erzählte, wurde ich gerügt, solche Aktionen hätte ich zu unterlassen, am Ende würde Frau Schwarz in eine niedrigere Pflegestufe eingestuft!“

Bei Frau Schwarz wird also entgegen besserem Wissen und auf Kosten ihres Wohlbefindens aus finanziellen Gründen auf aktivierende Pflege verzichtet. Hoffentlich eine Ausnahme!?

Aufgabe

13 Schildern Sie die Aussagen der Aktivitätstheorie und nehmen Sie Stellung dazu.
14 Malen Sie ein Bild, das Altern nach den Vorstellungen der Aktivitätstheorie darstellt.
15 Diskutieren Sie in der Gruppe Ihre Erfahrungen mit aktivierender Pflege. Wird aktivierende Pflege praktiziert und gefördert? Geben Sie Beispiele für gelungene und für misslungene Aktivierungsversuche. Überlegen Sie, woran das Gelingen bzw. das Misslingen liegen kann.

12.1.5 Kontinuitätstheorie

Aussagen der Kontinuitätstheorie

Die von dem amerikanischen Soziologen R. C. Atchley entwickelte Theorie besagt: Menschen können zufrieden altern, wenn sie den Lebensstil des mittleren Erwachsenenalters beibehalten können, ob es nun viel oder wenig Aktivität beinhaltet (▶ Abb. 12.4). Das bezieht sich nicht nur auf soziale Aktivitäten, sondern auf verschiedene Bereiche.

Atchley unterscheidet zwischen:

- **innerer Kontinuität:** Gelingt es, eigene Werte, Interessen und Einstellungen im Alter beizubehalten, erhöht dies die Zufriedenheit;
- **äußerer Kontinuität:** Ist es im Alter möglich, die gewohnte Umgebung beizubehalten, steigert dies das Wohlbefinden (z. B. Verbleiben in der bisherigen Wohnung, Beibehalten von sozialen Kontakten und Behalten von Geld und Eigentum).



Abb. 12.4 Menschen können zufrieden altern, wenn sie den Lebensstil des mittleren Lebensalters beibehalten *(Symbolbild)*.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Pflegeverständnis der Kontinuitätstheorie

Pflege nach der Kontinuitätstheorie bedeutet, Menschen zu ermöglichen, dass bisherige Werte, Einstellungen, Interessen, Gewohnheiten und ihre Umgebung, soweit es geht, bestehen bleiben. Eine solche Pflege ist sehr individuell und erfordert gute biografische Kenntnisse.

Fallbeispiel

Pflege nach der Kontinuitätstheorie. Vor dem Einzug ins Pflegeheim hatte Frau Blum viel in ihrem kleinen Garten gearbeitet. Sie hatte Gemüse angepflanzt und Blumen gezüchtet. Als dies im Pflegeheim bekannt wurde, wurde sie gefragt, ob sie sich um die Pflanzen des Wohnbereiches kümmern möchte. Frau Blum übernahm diese Aufgabe gerne. Auch war es möglich, dass Frau Blum ihr Zimmer mit ihren eigenen Möbeln einrichtete. Da das Heim in der Nähe ihrer vorigen Wohnung liegt, kann Frau Blum weiterhin Kontakte zu ihren Nachbarn pflegen. Frau Blum lebte sich sehr schnell ein.

Stellungnahme und Kritik zur Kontinuitätstheorie

Die Theorie geht davon aus, dass ältere Menschen ihre Einstellungen und Lebensumstände nicht ändern wollen. Das trifft häufig zu. So führt ein Umzug in ein Pflegeheim oder der Verlust von Gewohnheiten und sozialen Kontakten oft zu Traurigkeit und Unzufriedenheit. Als Kritik sei jedoch angemerkt, dass es auch Beispiele dafür gibt, dass Einstellungs- oder Wertewandel im Alter zu Zufriedenheit führen können.

Kritiker argumentieren mit einem erhöhten Zeitaufwand, es sei schwierig und aufwendig, jeden Patienten seiner Biografie entsprechend individuell zu pflegen. Dem ist entgegenzusetzen, dass ein anfangs möglicherweise erhöhter Aufwand sich langfristig „auszahlt“ durch zufriedenere Patienten bzw. Bewohner.

Aufgabe

16 Stellen Sie die Aussagen der Kontinuitätstheorie dar und nehmen Sie Stellung dazu.
17 Malen Sie ein Bild, das die Aussagen der Kontinuitätstheorie darstellt.

18 Zeigen Sie anhand verschiedener konkreter Beispiele, wie Pflege nach der Kontinuitätstheorie gestaltet werden kann. Welche Möglichkeiten gibt es, auf Gewohnheiten von Bewohnern einzugehen?

12.1.6 Kognitive Persönlichkeitstheorie

Aussagen der kognitiven Persönlichkeitstheorie

Der ältere Mensch kann Wohlbefinden erleben, wenn es ihm gelingt, ein Gleichgewicht zwischen seinen Bedürfnissen und dem subjektiven Erleben seiner Situation herzustellen. Dieses Gleichgewicht kann sich durch Veränderung der äußeren Gegebenheiten oder durch Veränderung von Bedürfnissen, Interessen und Einstellungen ergeben.

Der deutsche Psychologieprofessor Hans Thomae (1915–2001) entwickelte eine Alterstheorie, die ihren Schwerpunkt darauf legt, wie der ältere Mensch seine Situation erlebt. Dies hängt von seinen Bedürfnissen und Erwartungen ebenso wie von den Bedürfnissen und Erwartungen seiner Bezugsgruppe ab. Konkret soll dies an 2 Beispielen erklärt werden.

Fallbeispiel

Kognitive Persönlichkeitstheorie (1). Herr Schiller hat immer gerne gelesen. Altersbedingte Veränderungen seines Sehvermögens machen ihm das Lesen inzwischen unmöglich. Auch Brille oder Lupe helfen nicht mehr. Es gibt nun verschiedene Möglichkeiten, ihm dennoch zu Wohlbefinden zu verhelfen: Ihm können Hörbücher angeboten werden. Das ist vermutlich das Einfachste. Eine andere Möglichkeit wäre, ihn zu unterstützen, seine Bedürfnis- oder Interessenlage zu verändern, also nach anderen Tätigkeiten oder nach Hobbys zu suchen, die einen Ausgleich schaffen.

Diese Theorie kann erklären, warum Menschen in objektiv schlechten Lebensverhältnissen trotzdem zufrieden sein können, während andere, die scheinbar alles haben, unzufrieden sind. Entscheidend ist also das Erleben der Situation. Eine kognitive Umbewertung kann zu einem veränderten Erleben führen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Kognitive Persönlichkeitstheorie (2). Herr Claus wurde von seinem Hausarzt zu einer Routineuntersuchung für 3 Tage in ein Krankenhaus überwiesen. Er ist schmerzfrei und wird täglich von seiner Frau und seinen Kindern besucht. Herr Claus ist äußerst unzufrieden, nichts kann man ihm recht machen. Als vorübergehend ein neuer Patient zu ihm ins Zimmer gelegt wird, der unter starken Schmerzen leidet und keinerlei Besuch bekommt, denkt Herr Claus über seine eigene Situation nach. Er beginnt, sie neu zu bewerten und merkt, dass es ihm vergleichsweise gut geht. Er verändert daraufhin sein Verhalten.

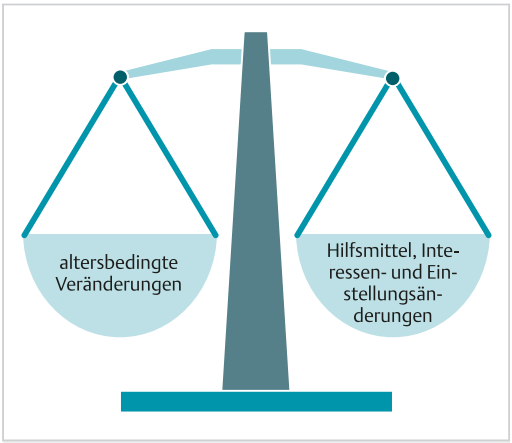


Abb. 12.5 Gelingt es, altersbedingte Veränderungen auszugleichen, steigt das Wohlbefinden.

Pflegeverständnis der kognitiven Persönlichkeitstheorie

Pflege nach der kognitiven Persönlichkeitstheorie bedeutet, die Situation aus Sicht des Betroffenen zu beurteilen: Wie erlebt der Betroffene die Situation und wie kann sein Erleben so verändert werden, dass Wohlbefinden entsteht.

Ältere Menschen müssen mit alters- und krankheitsbedingten Veränderungen zurechtkommen. Pflegende können dabei oft helfen. Die Situation kann man sich als Waage vorstellen: In der einen Waagschale liegen oft „schwerwiegende", altersbedingte Veränderungen. In der anderen Waagschale muss nun durch den Einsatz von Hilfsmitteln oder durch Veränderung der Einstellungen oder der Interessen ein Ausgleich geschaffen werden (▶ Abb. 12.5).

- Kann z. B. ein Patient/Bewohner nicht mehr gut sehen oder hören, können Brille, Lupe oder Hörgerät das Wohlbefinden steigern.
- Fällt das Gehen schwer, können Gehstock, Rollator oder Rollstuhl hilfreich sein.
- Bei Einsamkeit kann die Zimmerbelegung oder die Freizeitgestaltung verändert werden.

Auch eine Veränderung der Bedürfnislage oder des Erlebens steigert in vielen Fällen das Wohlbefinden:

- Von manchen Interessen muss man sich im Alter verabschieden. Wenn neue Interessen gefunden werden, wirkt sich dies positiv auf das Wohlbefinden aus.
- Wenn alle diese Möglichkeiten nicht greifen, kann versucht werden, die eigene Einstellung zu verändern, wie im Fall von Herrn Claus.

Stellungnahme und Kritik zur kognitiven Persönlichkeitstheorie

Die kognitive Persönlichkeitstheorie des Alterns fordert eine personenzentrierte Pflege. Diese individuelle Pflege ist zunächst zeitintensiv, muss doch erst herausgefunden werden, wie der einzelne Patient/Bewohner seine Situation erlebt und welche Bedürfnisse er hat. Standardisierte Vorgehensweisen in der Pflege müssen oft aufgegeben werden, was sicher auch Gefahren birgt.

Insgesamt ist die Theorie eine gute Möglichkeit, die Individualität des Alters darzustellen und bietet konkrete, hilfreiche Ansätze für den Umgang mit älteren Menschen.

Aufgabe

19 Stellen Sie die Aussagen der kognitiven Persönlichkeitstheorie dar und nehmen Sie Stellung.
20 Malen Sie eine Waage mit 2 Waagschalen. Schreiben Sie in eine Schale verschiedene alters- oder krankheitsbedingte Veränderungen, in die andere Möglichkeiten der Pflegenden oder des Betroffenen ausgleichend etwas entgegenzusetzen.
21 Schildern Sie konkrete Möglichkeiten, die Erkenntnisse der kognitiven Persönlichkeitstheorie bei bestimmten Bewohnern/Patienten anzuwenden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

12.1.7 Kompetenzmodell

Aussagen des Kompetenzmodells

Der ältere Mensch wird als eine Person mit Kompetenzen betrachtet, also als jemand, der über viele Fähigkeiten verfügt und in der Lage ist, mit Verlusten umzugehen. Auch können bereits existierende Einschränkungen zum Teil wieder rückgängig gemacht werden, es bestehen somit (in gewissem Maße) Besserungsfähigkeit und Reversibilität der Pflegebedürftigkeit. Das Kompetenzmodell betont das Vorhandensein von Ressourcen und die Lern- und Veränderungsfähigkeit bis ins hohe Alter.

Das Kompetenzmodell ist gewissermaßen das Gegenstück zum Defizitmodell. Während das Defizitmodell das Altern als Abbau betrachtet und den Blick auf das lenkt, was möglicherweise nicht mehr geht, betrachtet das Kompetenzmodell das Alter als eine Lebensphase, in der Fähigkeiten vorhanden sind und Entwicklungsfähigkeit besteht (▶ Abb. 12.6).

Definition

Kompetenz wird dabei als die Fähigkeit definiert, Anforderungen zu meistern. So kann unterschieden werden zwischen körperlicher, intellektueller und sozialer Kompetenz.

Einbußen in einem Kompetenzbereich können unter Umständen durch andere Kompetenzen kompensiert werden. So beruhen Kompetenzmodelle auf der Erkenntnis, dass sich Fähigkeiten im Alter zwar unterschiedlich verändern können, in ihrer Summe aber nicht zwangsweise weniger werden müssen.

Pflegeverständnis des Kompetenzmodells

Das Kompetenzmodell beinhaltet ein für die Pflege hilfreiches Menschenbild. Dem pflegebedürftigen Menschen wird (in realistischem Maße) etwas zugetraut. Er darf und soll Entscheidungen selbst treffen, er kann (mit-)bestimmen. Alles, was die Erhaltung der Selbstständigkeit unterstützt, wirkt sich günstig auf die Lebensqualität aus. Das Modell will für die Wahrnehmung vorhandener Fähigkeiten des älteren Menschen sensibilisieren.



Abb. 12.6 Kompetenzen bestehen bis ins hohe Alter *(Symbolbild)*. (Foto: Gerhard Seybert – stock.adobe.com)

Fallbeispiel

Kompetenzmodell. Herr Friedrich, 78 Jahre, ist Patient einer chirurgischen Station. Nach mehreren Operationen an Knien und Hüftgelenk ist er auf den Rollstuhl angewiesen. Herr Friedrich bewegt sich schon wenige Tage nach der Operation recht selbstständig in seinem Rollstuhl auf der Station, nach einer Woche gelangt er selbstständig in die Cafeteria und in den Park des Krankenhauses. Als die Ärzte ihn über anstehende Rehabilitationsmaßnahmen informieren wollen, sind sie überrascht: Er hat sich bereits erkundigt, lehnt bestimmte Rehabilitationseinrichtungen und -maßnahmen ab und hat sich in Absprache mit der Krankenkasse auf die Warteliste einer selbst gewählten Einrichtung setzen lassen.

Aufgabe

22 Schildern Sie die Aussagen des Kompetenzmodells.
23 Malen Sie ein Bild, das Altern nach dem Kompetenzmodell darstellt.
24 Überlegen Sie konkret am Beispiel eines Bewohners/Patienten, wie Pflege nach dem Kompetenzmodell aussehen könnte.
25 Betrachten Sie abschließend noch einmal das von Ihnen zu Beginn der Einheit gemalte Bild. Ordnen Sie es einer der geschilderten Alterstheorien zu.
26 Suchen Sie aus den verschiedenen Alterstheorien die Aussagen heraus, die Sie für zutreffend und hilfreich für die Pflege halten.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

12.2 Biologische Alterstheorien

Altern findet nicht nur im sozialen Kontext statt, auch körperliche Veränderungen verlangen nach Erklärung. Fortschritte der Genforschung brachten hier vielversprechende Ansätze. Die folgenden Theorien schildern exemplarisch 3 verschiedene Ansätze:

- allgemeine Erblichkeitstheorien,
- Mutationstheorie,
- Abnutzungstheorien.

12.2.1 Allgemeine Erblichkeitstheorien

Aufgrund von Beobachtungen, die zeigen, dass es „langlebige“ und „weniger langlebige“ Familien“ gibt, gehen Erblichkeitstheorien davon aus, dass Intensität und Geschwindigkeit des normalen Alterns von Erbeinflüssen abhängen. Das heißt, es ist genetisch mitbestimmt, wie stark und wie schnell ein Mensch altert.

Diese Beobachtungen konnten rechnerisch belegt werden: Die Lebenserwartung eines Menschen ist statistisch umso höher, je älter die Eltern bzw. Großeltern wurden. Diese Beobachtungen wurden im Tierexperiment bestätigt.

Nicht berücksichtigt werden hier andere, das Lebensalter mitbestimmende Faktoren. So hilft es wenig, wenn Eltern und Großeltern sehr alt waren, wenn z. B. durch ungesunde Ernährung, Rauchen oder hohen Alkoholkonsum diese genetischen Faktoren nicht wirksam werden können.

Aufgabe

27 Fassen Sie die Aussagen der Erblichkeitstheorien zusammen. Gibt es in Ihrem persönlichen Umfeld langlebige Familien?
28 Nehmen Sie Stellung zu der Aussage der allgemeinen Erblichkeitstheorien.

12.2.2 Mutationstheorie

Definition

Unter **Mutationen** versteht man Veränderungen der Gene, also der in den Zellkernen auf den Chromosomen liegenden Erbinformationen.

Eine wichtige Aufgabe der Gene besteht in der Bioproteinsynthese. Die in den Genen gespeicherten Informationen beinhalten „Baupläne“ für die vom Organismus zum Zellaufbau und Zellregeneration benötigten Eiweiße. Werden die Baupläne zerstört, können Zellen nicht repariert oder korrekt neu gebildet werden. An der Haut sind die Folgen zum Beispiel schnell sichtbar – sie altert. Weil Zellen nicht mehr so schnell und korrekt erneuert werden, ist bei älteren Menschen auch die Wundheilung verlangsamt.

Mutationen können spontan auftreten, d. h. ohne erkennbare Ursache. In Tierexperimenten konnte gezeigt werden, dass solche Spontanmutationen mit steigendem Lebensalter häufiger auftreten.

Mutationen können aber auch durch Strahlen (z. B. Röntgenstrahlen), chemische Einflüsse oder durch eine starke Änderung der Umgebungstemperatur hervorgerufen werden. Sie führen im Allgemeinen zu einer Abnahme der Funktionstüchtigkeit der Zelle. Experimente zeigen, dass bei älteren Tieren geringere Strahlendosen tödlich sind als bei jüngeren. Tierarten mit niedriger Lebenserwartung weisen höhere Mutationsraten auf als Tiere mit hoher Lebenserwartung.

Alle diese Erkenntnisse legen einen Zusammenhang von Mutationen und Alterungsprozessen nahe. Mutationen können eine Erklärung für eine abnehmende Vitalität und für eine schlechtere Anpassungsfähigkeit des Organismus im Alter darstellen.

Aufgabe

29 Welche Funktionen haben Gene?
30 Nennen Sie verschiedene Ursachen für Mutationen. Welche Folgen können Mutationen haben?
31 Fassen Sie die Aussagen der Mutationstheorie zusammen und nehmen Sie dazu Stellung. Welche Zusammenhänge zwischen Mutationen und Alterung werden angenommen?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

12.2.3 Abnutzungstheorien (z. B. nach Pearl, 1927)

Merke

Vorstellungen, dass Menschen, die ein „intensives Leben“ führen, schneller altern, sind weit verbreitet. Abnutzungstheorien gehen davon aus, dass Alterung eine Folge von Abnutzungsprozessen ist und die Abnutzung bzw. der Verbrauch bestimmter Stoffe den Gesamtenergieumsatz eines Menschen begrenzt.

Für diesen Ansatz sprechen viele biologische Daten, die mit dem Lebensalter in Zusammenhang stehen, auch wenn ein Beweis letztendlich nicht erbracht wurde. Es zeigt sich z. B., dass die durchschnittliche Gesamtzahl der Herzmuskelkontraktionen während der Lebensspanne für Mäuse und Elefanten durchschnittlich annähernd gleich ist. So haben Mäuse etwa 520–780 Schläge pro Minute bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 3,2 Jahren, Elefanten etwa 25–28 Schläge pro Minute bei einer statistischen Lebenserwartung von etwa 70 Jahren.

Es gibt jedoch auch Beobachtungen, die gegen die Abnutzungstheorien sprechen. Es kann nicht bestätigt werden, dass Menschen, die sich schonen und wenig bewegen, eine höhere Lebenserwartung haben.

Eine Variante der Abnutzungstheorien geht davon aus, dass sich während des Lebensprozesses immer mehr Abfallprodukte in den Zellen anhäufen und sie vergiften, bis sie schließlich nicht mehr funktionstüchtig sind. Auch hier steht ein Beweis noch aus.

Aufgabe

32 Fassen Sie die Aussagen der Abnutzungstheorien zusammen und nehmen Sie Stellung. Schildern Sie Belege für die Abnutzungstheorien sowie dagegen sprechende Befunde.

12.3 Frühes Alter (60–69 Jahre)

Alter ist heute, unter anderem wegen der gestiegenen Lebenserwartung und dem steigenden Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ein zentrales und vielschichtiges Thema geworden. Das Älterwerden ist – wie in den anderen Lebensphasen – ein komplexes Geschehen. Körperliche, psychische und soziale Veränderungen (biopsychosoziale Veränderungen) des Menschen laufen in dieser Zeit derart individuell ab, dass keine einheitliche Beschreibung des älteren Menschen möglich ist. Auf der großen Skala von Einschränkung, Krankheit und Abbau bis zu Lebenserfüllung, Gesundheit, geistiger, künstlerischer und politischer Höchstleistung findet sich eine Vielzahl von Bildern alternder Menschen. Namen wie Immanuel Kant, Albert Schweitzer und Albert Einstein erinnern daran, dass ein Lebenswerk seine Krönung oft erst im hohen Alter erlangt.

Auch die Verschiedenartigkeit älterer Menschen im Krankenhaus und im Pflegeheim gibt einen Eindruck von den vielfältigen Facetten des Alters. So werden auch in diesem Abschnitt nur allgemeine Tendenzen dargestellt, bei denen breite Variationen im individuellen Ausprägungsgrad und im Lebensalter bestehen.

12.3.1 Psychohygiene des Alterns

Wie das Altern ein mehrdimensionales Geschehen ist, so umfasst die Vorbereitung auf das Alter auch mehrere Bereiche. Sie beginnt i. d. R. schon viele Jahre vor dem Erreichen des Ruhestandes mit:

- Nachdenken über die Gestaltung des Ruhestandes,
- finanziellen Vorbereitungen,
- gesundheitlichen Vorbereitungen wie richtige Ernährung, regelmäßige Bewegung und angemessenem Training,
- psychologischer Vorbereitung wie Selbstbestimmung, Identitätsfindung, Selbstpflege, Verantwortungsübernahme für das eigene Leben,
- Aufbau und Pflege von Beziehungen zu jüngeren und älteren Menschen,
- dem Bemühen, einen Lebenssinn zu finden.

Erfahrungen wie Erfolge und Misserfolge, Gesundheit und Krankheit, Freude und Leid, Leistung und Versagen, Freiheit und Begrenztheit sind als Ganzes, nämlich als das Leben selbst zu sehen. Besteht diese Sichtweise, kommt das Altwerden nicht als gänzlich neue Lebensform hinzu, sondern gehört zu den Erfahrungen des Lebens.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Eine bewährte, gute psychohygienische Maßnahme ist es, nicht das negative, noch weit verbreitete Altersbild des Defizitmodells zu übernehmen und ängstlich das Verstreichen der Zeit zu beobachten, sondern ein positives Bild von einem aktiv mitgestalteten Leben im Alter in die Zukunftsperspektive aufzunehmen.

12.3.2 Entwicklungsaufgaben

Im frühen Alter verschieben sich die Entwicklungsaufgaben von der Expansion zur Konzentration. Kräfte werden in der ersten Zeit des Lebens in Wachstum und Erweiterung von Möglichkeiten, z. B. Fähigkeiten, Gesundheit und Bildung investiert. Jetzt heißt es:

- Lebensschwerpunkte pflegen,
- Kraftquellen nutzen und gezielt investieren,
- berufliche Projekte und Aufgaben abschließen,
- neue Aufgaben finden,
- Freundschaften pflegen,
- Gleichgewicht von Geben und Nehmen erhalten oder ausbauen,
- letzte Schritte bei der Ablösung von den Kindern gehen,
- Finanzen ordnen,
- Gesundheit erhalten und Selbstpflege.

12.3.3 Ende der Berufstätigkeit

Bis zum Beginn der Industrialisierung gab es keinen Ruhestand im heutigen Sinn. Es wurde gearbeitet, solange es möglich war. Anschließend wurde die Versorgung des alten Menschen durch die Familie geregelt. Während der Industrialisierung kam es zu einer Trennung von Familie und Arbeitsplatz. Seitdem gibt es familienunabhängigere Formen der Altersversorgung: 1889 wurden verschiedene Sozialversicherungen eingeführt; eine Berentung war dabei ab dem 70. Lebensjahr vorgesehen.

1923 wurde die Altersgrenze für die Regelaltersrente auf das 65. Lebensjahr herabgesetzt. Aufgrund der sinkenden Geburtenraten und der gestiegenen Lebenserwartung beschloss die Bundesregierung 2006, die Regelaltersgrenze stufenweise auf 67 Jahre zu erhöhen.

Persönlicher Aspekt des Ruhestandes

Der Eintritt in den Ruhestand wird von Mensch zu Mensch ganz unterschiedlich erlebt. Für viele ein lang ersehnter Tag, für andere ein Alptraum. Wie die Menschen ihrer Berentung entgegensehen hängt oft davon ab, wie engagiert und mit wie viel Freude sie ihren Beruf ausgeübt haben. Generell kann man sagen: Je größer das Engagement und die Freude an dem Beruf waren, umso mehr ist er Teil der Identität eines Menschen geworden. Mit der Aufgabe des Berufs wird dann befürchtet, einen Teil dieser Identität zu verlieren, es fällt schwerer, in den Ruhestand zu gehen. Leichter fällt die Berufsaufgabe bei:

- geringer Verbundenheit mit der Arbeit und dem Betrieb,
- geringem beruflichen Engagement und belastendem Betriebsklima,
- körperlich anstrengender Arbeit und körperlichen Beschwerden,
- tragfähigen sozialen Beziehungen und sozialen Kontakten außerhalb des Berufs,
- einer Vielfalt von Hobbys und außerberuflichen Interessen.

Ruhestand kann als Entlastung erlebt werden, als Chance, einen neuen Lebensabschnitt neu zu gestalten (▶ Abb. 12.7). Oft finden Menschen in diesem Lebensabschnitt eine neue Aufgabe in der kommunalen oder kirchlichen Gemeinde, sie übernehmen Ämter in Vereinen, die bald wieder viel Zeit ausfüllen und neue Funktionen und Rollen zur Verfügung stellen oder beginnen, Freundschaften aufzufrischen und zu pflegen.

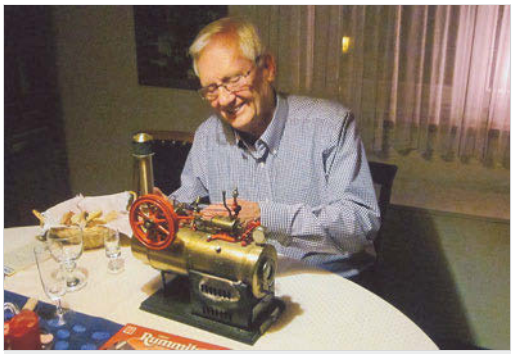


Abb. 12.7 Der Ruhestand kann als Chance erlebt werden, einen neuen Lebensabschnitt zu gestalten *(Symbolbild)*.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Soziologische Aspekte des Ruhestandes

Die Beendigung des Berufslebens ist, wie sich in unserer Gesellschaft auch am sinkenden Einkommen zeigt, mit einem Statusverlust verbunden und wirft die Frage nach dem Selbstwert auf, die in der Gestaltung der neu gewonnen Zeit beantwortet werden kann. Es ist ein Unterschied, ob der ältere Mensch seinen Tag mit Gedanken beginnt wie: Es ist gleichgültig, ob ich aufstehe, oder: Es ist sinnvoll und nötig, dass ich aufstehe.

Aus soziologischer Sicht bedeutet der Eintritt in den Ruhestand:

- **Funktionsverlust:** Berufliche Aufgaben entfallen, das kann zu Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls führen.
- **Finanzielle Veränderungen:** Bei der Berentung entsteht i. d. R. ein Einkommensverlust.
- **Veränderungen der Paarbeziehungen bzw. des familiären Systems:** Aufgaben im Haushalt und die gemeinsame Zeit müssen überdacht und meist neugestaltet werden.
- **Kontaktverluste:** Kontakte zu Arbeitskollegen werden weniger.
- **Status- und Prestigeverlust:** Mit der Berentung sinkt häufig das gesellschaftliche Ansehen einer Person.
- **Veränderung der Tagesstruktur:** Entgegen der Annahme, dass im Ruhestand viel Zeit zur Verfügung steht, ergeben Untersuchungen ein ganz anderes Bild. So äußern viele Rentner, dass sie nie Zeit haben, immer viel zu tun sei. Tatsächlich fällt die durch den Arbeitgeber bestimmte Zeit (Determinationszeit) weg. Trotzdem bleibt die eigentliche Freizeit (Dispositionszeit) bei den meisten Rentnern annähernd gleich wie im mittleren Lebensalter. Eine Erklärung dafür liegt im deutlichen Anstieg der Obligationszeit, der Zeit für alltägliche „Pflichten" wie Einkaufen, Haushalt, Behördengänge oder Arztbesuche (▶ Abb. 12.8).

Vermutlich wird es in den nächsten Jahren eine weitere Veränderung der Tagesstruktur geben: Die zukünftige Rentnergeneration hat in ihrem Leben ein anderes Verständnis von Freizeit gehabt als frühere Generationen. Freizeit durfte genossen werden, die meisten Menschen haben Hobbys gepflegt und werden vermutlich einen größeren Teil der frei werdenden Zeit mit Hobbys und Freizeitgestaltung verbringen. Andererseits ist in Anbetracht sinkender Renten anzunehmen, dass viele Menschen auch im Rentenalter arbeiten müssen, um einen gewissen Lebensstandard zu erhalten.

Aufgabe

33 Wie stellen Sie sich Ihren Tagesablauf im Alter vor?
34 Beobachten Sie das Einkaufsverhalten älterer Menschen und versuchen Sie, dieses zu erklären.
35 Wie verläuft ein Tag bei alten Menschen, die Sie kennen? Verwenden Sie Fachbegriffe.

12.3.4 Produktivität im Alter

Wenn man gewohnt ist, mit dem Eintritt in den Ruhestand auch das Ende der Produktivität eines Menschen zu verbinden, erscheint das Thema Produktivität im Alter ein Widerspruch in sich zu sein. Obwohl ältere Menschen auch Objekte herstellen (Großvater schnitzt Kinderspielzeug, Großmutter versorgt die Familie mit ihrer selbstgekochten, unnachahmlichen Marmelade oder strickt Pullover und Socken für die Enkel), liegt der Schwerpunkt im Alter auf der psychologischen Produktivität.

Entgegen noch immer weit verbreiteter Vorurteile sind die meisten älteren Menschen nach der Berufstätigkeit nicht nutzlos und untätig, sondern in unterschiedlichen Formen produktiv. Das Erfahrungswissen steigt beim gesunden Menschen bis ins

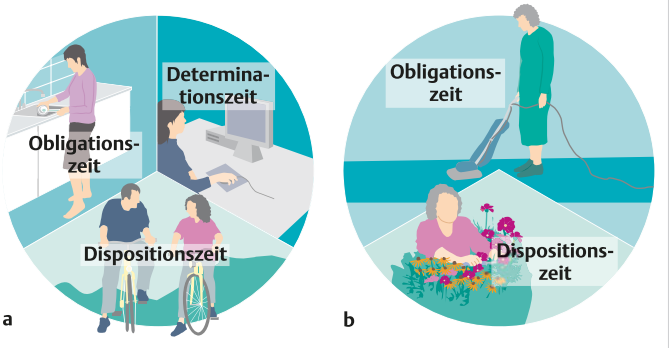


Abb. 12.8
a Tagesstruktur während der Berufstätigkeit
b Tagesstruktur im Ruhestand.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

hohe Alter an. Hier liegt die Domäne von psychologischer Produktivität. Sie kann sich äußern durch:

- Erfahrungen weitergeben,
- Ratschläge anbieten,
- Probleme durch Erfahrung lösen,
- geistige Produkte herstellen, z. B. Bücher, Zeitungsartikel, Briefe schreiben,
- über die Vergangenheit berichten, Geschichten erzählen, Zeitzeuge sein,
- Vorbild für die jüngere Generation sein.

Informationen über die Vergangenheit weiterzugeben ist eine Aufgabe älterer Menschen (▶ Abb. 12.9). Sie haben sowohl geschichtliche Ereignisse selbst erlebt, als auch Zeit gehabt, darüber nachzudenken und sie von verschiedenen Seiten zu betrachten. Gerade die Emotionalität des selbst Erlebten beeindruckt die jüngere Generation weit mehr als manche im Geschichtsunterricht vermittelte Fakten.

Seit jüngster Vergangenheit und auch heute wird das Weitergeben von Erfahrungen beruflicher Art praktiziert: Viele Fachleute, die schon im beruflichen Ruhestand leben, stellen ihre Kenntnisse beim Aufbau von Betrieben, z. B. in Entwicklungsländern, zur Verfügung.

Indem der ältere Mensch in psychologischer Produktivität bei gleichzeitiger Einschränkung von Sinnesfunktionen und kognitiven Leistungen lebt, steht er als Modell für junge Menschen bereit, die daran erfolgreiches Altern lernen können. Durch Modelllernen (S. 238) können sie sich auf das eigene Altern vorbereiten. Neuere generationenübergreifende Wohnprojekte knüpfen hier an.

Weitere produktive Tätigkeitsformen sind z. B.:

- Kochen, Backen, Stricken (▶ Abb. 12.10),
- Kinder betreuen (meistens die Enkel),
- Angehörige oder Bekannte pflegen,
- Hausmeister-, Gärtner-, Botentätigkeiten.



Abb. 12.9 Erfahrungen weiterzugeben ist eine Aufgabe älterer Menschen (psychologische Produktivität) *(Symbolbild)*. (Foto: YakobchukOlena – stock.adobe.com)



Abb. 12.10 Produktive Tätigkeit besteht im Alter auch in der Führung des Haushalts *(Symbolbild)*. (Foto: Rawpixel.com – stock.adobe.com)

Merke

Es wird eine Aufgabe der Gesellschaft sein, ihr Bild vom alten Menschen zu verändern, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit des Körpers nicht mehr gleichzusetzen mit Nutzlosigkeit und fehlender Produktivität. Es gilt, mit geeigneter Unterstützung und Pflege, trotz der gesundheitlichen Einbußen, die psychologische Produktivität zu erhalten, abzurufen und zu nutzen.

Fallbeispiel

Produktivität im Alter. Frau und Herr Altmeister sind 78 Jahre alt. Von ihrer Enkelin sind sie gebeten worden, vor der Schulklasse aus ihrem Leben zu erzählen, besonders von den Ereignissen der Jahre 1935 bis 1950. Herr Altmeister kann sich noch gut an die politische Situation vor dem Ausbruch des zweiten Weltkrieges und an die Zeit als junger Soldat erinnern. Frau Altmeister erzählt von den Nöten der Kriegsjahre, aber auch von dem Einsatz als Trümmerfrau, von dem unbedingten Willen zum Wiederaufbau und von den ersten Jahren des Wirtschaftswunders. Die Schulklasse hat so begeistert von diesen „Unterrichtsstunden" weitererzählt, dass sie jetzt zu einer festen Einrichtung an der Schule geworden sind. Herr und Frau Altmeister kommen ihrer neuen Aufgabe mit Fleiß und großer Verantwortung nach

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

36 Überlegen Sie Situationen, in denen alte Menschen Ihnen Erfahrungen oder Wissen über frühere Zeiten weitergegeben haben.

12.4 Mittleres und hohes Alter (ab 70. bzw. 80. Lebensjahr)

12.4.1 Entwicklungsaufgaben

Auch im mittleren und hohen Alter stehen Entwicklungsaufgaben an:

- körperliche Veränderungen wahrnehmen und akzeptieren,
- Kenntnisse über den Umgang mit körperlichen Leistungseinbußen erwerben,
- entsprechende Maßnahmen der eigenen Anpassung an die Umwelt (Akkommodation) ergreifen oder Angleichung der Umwelt an die reduzierten Kräfte (Assimilation) organisieren,
- Gesundheit schützen und erhalten,
- kognitive Leistungsfähigkeit erhalten und trainieren,
- einen strukturierten Tagesablauf einhalten,
- familiäre und freundschaftliche Beziehungen aufrecht halten,
- ideelle und materielle Werte an die nächste Generation weitergeben,
- Themen wie Tod und Sterben zulassen,
- Lebensbilanz ziehen.

12.4.2 Biopsychosoziale Veränderungen

Biopsychosoziale Veränderungen werden eingeteilt in:

- körperliche Veränderungen,
- soziale Veränderungen,
- psychische Veränderungen.

Körperliche Veränderungen

Der Körper signalisiert beim Übergang in das Alter, dass der Mensch in eine neue Stufe eintritt, und fordert zum Nachdenken über das eigene Altern auf. Für das subjektive Erleben dieses Übergangs wird fast immer der Zeitpunkt der ersten körperlichen Einschränkungen angegeben.

Sinnesorgane

Im Bereich der Sinnesorgane kommt es mit zunehmendem Alter häufig zu Seh- und Hörbeeinträchtigungen. Hinzu kommen Einschränkungen des Tast-, Geruchs- und Geschmacksinns. Die Einschränkung der Sehfähigkeit (etwa ab dem 50. Lebensjahr) wird normalerweise problemlos durch das Tragen einer Brille korrigiert. Mit der Schwerhörigkeit aber scheinen auch psychische Probleme einherzugehen. Für eine schwerhörige Person muss extra laut gesprochen werden, oft mit frontaler Gesichtszuwendung. Es müssen Gespräche, denen sie nicht mehr folgen kann, „übersetzt" werden. Das bringt Gefühle der Abhängigkeit von anderen, der eigenen Minderwertigkeit und vielleicht des Misstrauens mit sich. Die Beeinträchtigung des Hörens wird dann oft von dem betroffenen Menschen geleugnet, und er beginnt sich zurückzuziehen. Schwerhörigkeit (S. 38)

Merke

Schwerhörigkeit ist oft der erste Schritt in die Isolation des Alters.

Herz-Kreislauf-System

Das Risiko für Herzinsuffizienz, Bluthochdruck und Arteriosklerose steigt an. Dies zwingt meist zu einer Veränderung des bisherigen Lebensstils.

Bewegungsapparat

Im Bereich des Bewegungsapparats treten vor allem an den Gelenken Abnutzungserscheinungen auf. Arthrose und Osteoporose mit der Folge von Knochenbrüchen sind bekannte Altersleiden. Das Nachlassen der Muskelkraft führt zu schneller Ermüdung; die Bewegungen werden vorsichtiger und langsamer; man ist nicht mehr so kräftig und wendig. Die Geschwindigkeit von Ausgleichsbewegungen sinkt.

Zentrales Nervensystem

Altersbedingte Veränderungen des zentralen Nervensystems haben wohl die offensichtlichsten psychischen Folgen. Die Arteriosklerose der Hirngefäße kann ebenso wie andere hirnorganische Veränderungen zu einem Abbau von kognitiven Fähigkeiten z. B. in Form von Merkfähigkeits-, Konzentrations- und Wortfindungsstörungen führen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Reaktionsgeschwindigkeit

Ein Nachlassen der Reaktionsgeschwindigkeit geschieht vor allem durch Einschränkungen der Sinnesorgane und des Bewegungsapparates, aber auch aufgrund zentralnervöser Veränderungen.

Sexualität

Auf dem Gebiet der Sexualität geschieht Einschränkung in einigen Bereichen oft nur, um den gesellschaftlichen Erwartungen des Umfelds zu entsprechen. Ältere Menschen, die in einer befriedigenden Partnerbeziehung leben, können bis ins Alter hinein sexuell aktiv sein. Die Menopause der Frau und damit das Ende der Fortpflanzungsfähigkeit tritt meist zwischen 45 und 60 Jahren ein. Beim Mann bleibt die Fortpflanzungsfähigkeit i. d. R. bis ins hohe Alter erhalten. Sexuelles Interesse und Aktivität hängen mit einer Reihe von Faktoren zusammen, die keineswegs nur den körperlichen Bereich betreffen. Eine angeblich körperlich bedingte Abnahme des sexuellen Verlangens mit der Menopause konnte nicht nachgewiesen werden. Ursachen sind vor allem psychische Faktoren wie

- das Gefühl nachlassender Attraktivität,
- eigene Befürchtungen und Ängste und
- Monotonie und Fantasielosigkeit im (ehelichen) Zusammenleben.

Emotionale Zärtlichkeit und Nähe gelten auch im Alter als Ausdruck von Übereinstimmung und Zufriedenheit in der Partnerbeziehung. Die weibliche oder männliche Anlage erschöpft sich schließlich nicht im Unterschied der Geschlechtsorgane; die Differenzierung geht viel weiter, bis hinein in die Chromosomenanlage jeder einzelnen Körperzelle. Sie besteht ein Leben lang und geht auch im Alter nicht verloren, ebenso wenig wie die im Verlauf der Sozialisation erlernte Geschlechterrolle (▶ Abb. 12.11).

Merke

Kein Mensch vergisst jemals, ob er männlich oder weiblich ist. Die ganze Persönlichkeit ist davon durchdrungen und geprägt. Es besteht daher während des ganzen Lebens ein Spannungszustand zum anderen Geschlecht. Im Alter noch einmal zu lieben ist nicht lächerlich oder beschämend. Die Beziehung zwischen Mann und Frau kann bis ins hohe Alter erfüllend und beglückend sein.



Abb. 12.11 Diese Dame drückt durch Schmuck, Kleidung und Frisur aus, dass sie sich auch im hohen Alter noch als Frau erlebt *(Symbolbild)*. (Foto: Hunor Kristo – stock.adobe.com)

Soziale Veränderungen

Von Anfang an steht der Mensch in sozialen Beziehungen, so auch im Alter. Die Haltung der Mitmenschen ist von großer Bedeutung, aber auch der ältere Mensch wirkt aktiv auf seine Umwelt ein und gestaltet so seine Situation mit. All die bekannten Signale des Rückzugs, wie „Lasst mich in Ruhe!“ „Ich verstehe euch nicht mehr!“, mürrisches und ablehnendes Verhalten bewirken oft, dass sich Menschen von ihm zurückziehen.

Kommunikation kann längerfristig nicht einseitig geschehen. Jeder kennt alte Menschen, die sich schon so weit aus dem Leben zurückgezogen haben, dass ihr Tod kaum mehr Schmerz hervorruft. Diese Menschen sind schon viele kleine Tode gestorben. Das Sich-Lösen, das Abschiednehmen fand schon statt, als die Beziehungen verkümmerten.

Noch vor 100 Jahren war ein 80-jähriger Mensch eindeutig alt, oft gebrechlich oder krank, höchst-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

wahrscheinlich verwitwet und in finanziell eher schlechten Verhältnissen lebend, in seiner Lebensqualität stark eingeschränkt und hatte meist wenig soziale Kontakte. Heute weisen die sozialen Lebenssituationen erheblichere Unterschiede auf bezüglich der Anzahl und Intensität familiärer oder freundschaftlicher Kontakte: Der eine Mensch lebt noch in seiner Partnerschaft und hat viele Angehörige, Bekannte und Freunde, der andere ist allein. Ausschlaggebend dafür können folgende Faktoren sein:

- Persönlichkeit,
- Interessen,
- bisherige Teilnahme am sozialen Leben in der Familie, im Bekanntenkreis oder in der kommunalen oder kirchlichen Gemeinde,
- Verfügbarkeit von Rollen oder Aufgaben,
- Bewegungsradius (besteht z. B. die Fähigkeit, mit dem Auto oder öffentlichen Verkehrsmitteln bestimmte Ziele zu erreichen oder ist nicht einmal das Verlassen von Wohnung oder Bett möglich?)
- Kommunikationsmöglichkeiten und -fähigkeiten (z. B. Internet),
- finanzielle Situation,
- sozialer Status,
- Abhängigkeit von anderen Menschen, z. B. durch Pflegebedürftigkeit.

Die Gruppe der hochaltrigen Menschen ist sehr heterogen. Ungünstige soziale Bedingungen können im Alter erneut zu Identitätsfragen führen. Vgl. die 5 Säulen der Identität nach Petzold (S. 114).

▶ **Aktuelle Tendenzen.** Aktuelle Tendenzen zeigen, dass bei steigender Anzahl hochaltriger Menschen, die auf staatliche Hilfen angewiesen sind (vor allem Frauen), gleichzeitig mehr alte Menschen finanziell unabhängig, wenn nicht sogar vermögend sind. Neben einem starken Anstieg an pflegebedürftigen älteren Personen steigt auch die Zahl der gesunden, vitalen, reisefreudigen älteren Menschen. Häufiger werden auch soziale Kontakte aufrechterhalten, ehrenamtliches und soziales Engagement werden weiter gepflegt.

Merke

Die Vorstellung von den älteren Menschen als Problemgruppe in der Gesellschaft ist nicht mehr zeitgemäß. Die Gruppe der älteren Menschen ist sehr heterogen. Sie umfasst ein breites Spektrum von Leistungsabbau und Pflegebedürftigkeit bis hin zu Leistungsfähigkeit, Aktivität und Unabhängigkeit.

▶ **Die Zeit alleine.** Viele Menschen erleben heute 2 oder mehrere langjährige Partnerschaften. Nach der Trennung vom Partner durch eine Scheidung oder durch den Tod sind eines Tages die Weichen für ein Leben alleine zu stellen. Vorbereitungen dazu, die schon während der noch bestehenden Partnerschaft getroffen wurden, erleichtern den Übergang. Die Beziehungen zu Freunden, zu den erwachsenen Kindern und zur folgenden Generation werden neu geordnet. Es gilt jetzt, die neue Identität als alleinstehende Frau oder als alleinstehender Mann – jetzt ohne Familie – zu finden und zu leben.

Psychische Veränderungen

▶ **Emotionalität.** Während viele Menschen im höheren Lebensalter eine gewisse Gelassenheit entwickeln, kommt es im Bereich der Emotionalität auch häufig zu einer sinkenden emotionalen Belastbarkeit und einer verstärkten affektiven Labilität mit Weinen, Verstimmungen, Reizbarkeit und Gefühlsschwankungen. Verhaltensweisen, die man früher im Berufsleben nicht so zeigte. In diesem Zusammenhang ist auch auf die erhöhte Suizidrate (S. 366) in dieser Altersgruppe hinzuweisen.

▶ **Persönlichkeit.** Persönliche Eigenheiten können mit dem Alter abflachen oder verstärkt hervortreten. So wird mancher strengere Vater zum sanften Großvater, Sparsamkeit kann sich im Alter zu Geiz entwickeln. In der Persönlichkeit des alten Menschen kann eine Abnahme der Steuerungs- und Kontrollfähigkeit affektiver Impulse auftreten, es kann zu einer Toleranzminderung kommen. Die Fähigkeit, auf körperliche, psychische und soziale Einflüsse angemessen zu reagieren, nimmt bei manchen älteren Menschen ab, so kann es zu einer länger anhaltenden Trauerreaktion kommen, wenn der Verlust eines Menschen oder einer lieben Gewohnheit, eines Gegenstandes oder der Tod eines Tieres zu beklagen ist.

Hinweis: Auf kognitive Veränderungen im Alter wird in den Kapiteln Intelligenz (S. 90) und Gedächtnis (S. 70) detailliert eingegangen.

12.4.3 Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden

Ältere Menschen geben in den meisten Fällen bis zum 75. Lebensjahr mehr Unterstützung als sie bekommen. Etwa ab dem 85. Lebensjahr brauchen

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 12.12 Eine hohe Lebenszufriedenheit besteht oft bis ins hohe Alter *(Symbolbild)*. (Foto: Monkey Business – stock.adobe.com)

sie mehr Hilfe als sie geben. Auch bei gesunden älteren Menschen lassen die Körperkräfte ab diesem Alter deutlich nach, die Einbußen nehmen zu.

Es hat sich herausgestellt, dass die Lebenszufriedenheit trotz zunehmender gesundheitlicher Probleme über viele Jahre des hohen Alters unverändert gut bleiben kann (▶ Abb. 12.12). Wie ist das möglich? Viele Menschen sind fähig, ein einmal erreichtes Selbstverständnis („Mir geht es gut“) zu schützen und aufrecht zu halten, und damit für ein stabiles subjektives Wohlbefinden zu sorgen. Hierzu werden (auch im Rahmen des SOK-Modells (S. 308)) vor allem 2 Strategien eingesetzt:

1. Absenken des Anspruchsniveaus: die Zufriedenheit steigt, wenn Ziele nicht zu hoch gesteckt sind („Ich muss nicht alles auf einmal machen, ich kann mir Zeit lassen“, „Es ist in Ordnung, Hilfe anzunehmen“).
2. Änderung der Vergleichsgruppe: die Unzufriedenheit sinkt, wenn ältere Menschen sich mit Menschen vergleichen, denen es schlechter geht als ihnen.

Aufgabe

37 Wie gelingt es vielen Menschen im Alter trotz gesundheitlicher Einschränkungen ihre Lebenszufriedenheit zu erhalten? Erläutern Sie in diesem Zusammenhang die im Kapitel Krisen und Krisenbewältigung (S. 297) beschriebenen Strategien des SOK-Modells und die Begriffe Assimilation und Akkommodation.

Merke

Die 3 Strategien des SOK-Modells, Akkommodation, Assimilation, Veränderung des Anspruchsniveaus und der Vergleichsgruppe können zu einer Erhöhung der Lebenszufriedenheit führen.

Hinweis: Krisen im Alter werden im Teil V Krisen und Krisenbewältigung (S. 297) dargestellt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Teil III: Sozialpsychologie – Miteinander leben und arbeiten

13 Grundlagen der Sozialpsychologie *203*

14 Kommunikation *222*

15 Sexualität *234*

16 Aggression und Gewalt in der Pflege *246*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © Olesya Shelomova – stock.adobe.com

Kapitel 13

Grundlagen der Sozialpsychologie

13.1 Einführung *203*

13.2 Normen und Werte *203*

13.3 Soziologische Rollen und Rollenkonflikte *205*

13.4 Soziale Gruppe *214*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

13 Grundlagen der Sozialpsychologie

„Verantwortlich ist man nicht nur für das, was man tut, sondern auch für das, was man nicht tut!“
(Laotse)

Examensschwerpunkte

Normen und Werte (S. 203), Soziologische Rollen, Rollenselbstbild und Rollenkonflikte (S. 205), Soziale Gruppe (S. 214), Team und Teamentwicklung (S. 217), Führungsstile (S. 216)

Aufgabe

1 Beschreiben Sie, inwiefern Pflegende Teil von sozialen Systemen sind.
2 Erläutern Sie Beispiele dafür, dass Menschen ihr Verhalten ändern, je nachdem, welche Menschen sie umgeben.
3 Zeigen Sie, dass Menschen unterschiedlicher Kulturen zum Teil sehr verschiedenartige Verhaltensweisen aufweisen.

13.1 Einführung

Jeder Mensch hat seine eigenen Bedürfnisse, Motive, Persönlichkeitsmerkmale und seine eigene Lerngeschichte. Alles zusammen wirkt mitbestimmend auf sein Verhalten und Erleben. Verhalten wird aber auch von den Sichtweisen und Erwartungen der Menschen, die uns umgeben, beeinflusst. Vom Anfang des Lebens bis zum Ende umgeben uns Menschen; wir stehen in sozialen Beziehungen, die von Anfang an ein notwendiges Lebenselement sind. Ohne sie kann ein Mensch sich nicht gesund entwickeln. Der Mensch muss also als Teil eines sozialen Systems betrachtet werden. Seine Gedanken, Gefühle, Motive und Wahrnehmungen werden von der jeweiligen sozialen Situation mitbestimmt. Schon eine einzige Person kann das Verhalten eines oder mehrerer Gruppenmitglieder verändern.

Fallbeispiel

Sozialpsychologie. Sobald Frau Krieg anwesend ist, spricht niemand mehr frei und offen. Übernimmt Herr Fröhlich die Gesprächsleitung, beteiligen sich alle, auch die Schüchternen, und es kommt zu einer erfreulichen Gesprächsrunde.

Wie menschliches Verhalten von verschiedenen sozialen Faktoren beeinflusst wird, erforscht und lehrt die Sozialpsychologie. Begriffe wie „Gruppen“, „Normen“, „Rollen“, „Konflikte“ beschreiben solche sozialen Faktoren.

13.2 Normen und Werte

13.2.1 Normen

Definition

Unter **Normen** versteht man Richtlinien, Verhaltensregeln, die normales bzw. akzeptables Verhalten beschreiben.

Fallbeispiel

Normen. Auszubildende Gabriela bereitet sich auf ihren ersten Arbeitstag auf der Pflegegruppe vor. Sie betritt in weißer Dienstkleidung das Stationszimmer und wird von Pflegefachkraft Hanna, ihrer Mentorin, begrüßt und informiert: „Seien Sie pünktlich, ordentlich, freundlich und fragen Sie, wenn Sie etwas nicht wissen oder nicht verstehen.“

Hanna teilt Auszubildende Gabriela mit, wie sie sich zu verhalten hat. Diese Normen dienen Gabriela zur Orientierung und sollen auf der Pflegegruppe für einen geordneten Ablauf sorgen. Solche Richtlinien können von Institutionen, Gruppen oder Personen vorgegeben werden.

Arten von Normen

Je nachdem, von wem bestimmte Normen ausgehen, unterscheidet man folgende Arten:
- gesellschaftliche Normen,
- institutionelle Normen,
- Gruppennormen,
- eigene, persönliche Normen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

▸ **Gesellschaftliche Normen.** Darunter versteht man z. B. Umgangsformen und das Einhalten von Gesetzen. Die Gesellschaft erwartet, dass Menschen sich ihren Unterhalt verdienen, sich an Verkehrsregeln halten und nicht stehlen.

▸ **Institutionelle Normen.** Dies sind Richtlinien, die von einer Einrichtung ausgehen. In der Schule gelten Unterrichts- und Pausenzeiten und Verhaltensregeln, die beschreiben, was erlaubt oder verboten ist. Im Krankenhaus gelten Arbeitszeitbestimmungen, Hygienevorschriften und Besuchszeiten.

▸ **Gruppennormen.** Auch Gruppen haben ihre eigenen Regeln. So gelten in manchen Jugendgruppen Richtlinien für Kleidung, Frisur und Verhalten.

▸ **Persönliche Normen.** Außerdem hat jeder Mensch noch seine eigenen, persönlichen Normen. Für manche Menschen ist absolute Pünktlichkeit „normal", andere finden eine halbstündige Verspätung in Ordnung. Für viele junge Menschen gehört tägliches Duschen zur Körperpflege, für manche ältere Menschen ist es normal, lediglich einmal in der Woche ein Bad zu nehmen. Manche Frauen haben es sich zur Regel gemacht, nie ungeschminkt aus dem Haus zu gehen.

Aufgabe

4 Finden Sie verschiedene Beispiele für gesellschaftliche Normen.

5

a) Welche institutionellen Normen gibt es in Ihrer Einrichtung?

b) Reflektieren Sie: Inwieweit sind diese Normen wichtig und hilfreich? Gibt es auch Normen, die sich negativ auf das Wohlbefinden von Bewohnern auswirken und Ihnen die Arbeit erschweren?

6 Nennen Sie Gruppennormen, die in Ihrem Team gelten.

7 Tauschen Sie sich über eigene, persönliche Normen aus.

Altersnormen

Definition

Sind Normen an eine bestimmte Altersgruppe gerichtet, spricht man von **Altersnormen**.

Altersnormen sind an bestimmte Lebensphasen gebunden. So gelten je nach Lebensalter unterschiedliche Vorstellungen darüber, wie sich ein Mensch zu verhalten hat:

Kleinen Kindern ist vieles erlaubt, was Erwachsenen verboten ist. Sie dürfen Erwachsene mit „Du" anreden und sich auf deren Schoß setzen. Auch für Jugendliche gelten Regeln, sie dürfen zum Beispiel keine alkoholischen Getränke kaufen, und auch der Discobesuch ist an bestimmte Altersvorgaben gebunden. Erwachsene sollen arbeiten und ihren Lebensunterhalt verdienen, bis sie das Rentenalter erreichen.

Auch für ältere Menschen gibt es Richtlinien für akzeptables Verhalten. So gibt es z. B. bestimmte Vorstellungen, wie ein älterer Mensch sich verhalten oder kleiden sollte und wie nicht. Der Film Harold and Maude (S. 491)" spiegelt die Reaktion der Umwelt auf diesbezügliche Normabweichungen wider.

Fallbeispiel

Altersnormen. Als Katrins Oma in einem tief ausgeschnittenen roten Minikleid und Schuhen mit hohen Absätzen das Haus verlassen will, ist Katrin entsetzt: „Oma, das geht nun wirklich nicht!"

Aufgabe

8 Suchen Sie weitere Beispiele für Altersnormen bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen.

9 Mit einem Wechsel der Umgebung ändern sich häufig auch die Normen und damit die an eine Person gestellten Erwartungen. Dies geschieht z. B. beim Einzug in ein Pflegeheim oder bei der Aufnahme in ein Krankenhaus. Beschreiben Sie, wie sich Normen verändern, wenn ein Mensch in ein Pflegeheim einzieht bzw. in ein Krankenhaus kommt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

13.2.2 Werte

Definition

Werte sind Vorstellungen über erstrebenswerte Zustände.

Fallbeispiel

Werte. Auszubildende Gabriela hat ihre Berufswahl getroffen, weil es ihr wichtig ist, anderen Menschen zu helfen. Sie hat sich vorgenommen, den Menschen bei ihrer Arbeit respektvoll zu begegnen und die Würde kranker Menschen zu wahren. Hilfsbereitschaft, Respekt und ein würdevoller Umgang sind für Gabriela wichtige Werte.

Arten von Werten und Wertehierarchie

Unterschieden werden materielle und ideelle Werte:

- **Materielle Werte:** In unserer Gesellschaft sind z. B. Geld, Schmuck, Immobilien, Wertpapiere, ein teures Auto, eine Segelyacht oder andere Statussymbole materielle Werte.
- **Ideelle Werte:** Dies können z. B. Freiheit, Demokratie, Selbstbestimmung, Unabhängigkeit, Liebe, Treue, Familie sein.

Jeder Mensch hat eine persönliche Rangfolge seiner Werte: Für viele Menschen sind Geld, Besitz, Gesundheit, Partnerschaft oder Freundschaft höchste Werte. Nonnen und Mönche hingegen verzichten beim Eintritt in einen Orden weitgehend auf persönlichen Besitz, dieser hat für sie einen niedrigen Stellenwert.

Definition

Unter einer **Wertehierarchie** versteht man die Rangfolge der Werte.

Fallbeispiel

Wertehierarchie. Frau Peters leidet unter einem starken Tremor. Infolgedessen hat sie Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme. Sie möchte trotzdem gerne selbstständig essen. Wenn ihre Tochter da ist, reicht sie ihrer Mutter das Essen. Sie gibt es ihr mit dem Löffel, mit den Worten: „Ich mache das schon, dann bist du nachher schön sauber!“ Frau Peters ist dabei sehr unglücklich.

Während für Frau Peters Selbstständigkeit ein ganz hoher Wert ist, steht Sauberkeit hoch in der Wertehierarchie der Tochter. In unterschiedlichen Werten kann Konfliktpotenzial liegen.

Aufgabe

10 Häufig verändern sich Werte mit zunehmendem Alter. Erläutern Sie dies anhand von Beispielen. Haben sich auch Ihre eigenen Werte im Verlauf Ihres Lebens gewandelt?
11 Erläutern Sie anhand von Beispielen, wie sich die Wertehierarchien von Mensch zu Mensch unterscheiden können.
12 Welche Werte sollten Pflegende bezogen auf den Pflegeberuf Ihrer Meinung nach haben?

13.3 Soziologische Rollen und Rollenkonflikte

(nach Hornung u. Lächler, 1999)

13.3.1 Soziologische Rollen

Definition

In der Sozialpsychologie versteht man unter dem Begriff **Rolle** die Summe der Erwartungen, die an den Inhaber einer bestimmten sozialen Position gerichtet werden.

Fallbeispiel

Rollen. Auf dem Stationsflur wird Gabriela von einer Patientin angesprochen: „Sie können mir doch sicher sagen, wann der Arzt kommt!“

Aufgrund der weißen Dienstkleidung erwartet die Patientin, dass Gabriela ihr Auskunft geben kann.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

► **Rollenverhalten und Rollenattribute.** Die Erwartungen, die an einen Rolleninhaber gerichtet werden, können von verschiedenen Personengruppen ausgehen, z. B. von Patienten, Bewohnern oder Angehörigen, von der Stationsleitung, dem Einrichtungsträger, von Kollegen und von der Person selbst. Sie alle haben Erwartungen an die Pflegenden.

Die Erwartungen beziehen sich auf das Verhalten des Rolleninhabers (Rollenverhalten) und auf seine Erscheinung (Rollenattribute). Von dem Verhalten eines Polizisten wird z. B. erwartet, dass er sicher auftritt, den Straßenverkehr regelt und sich an Gesetze hält. Zu seinen Rollenattributen gehören Uniform, Waffe, Streifenwagen.

Definition

Rollenverhalten beinhaltet Erwartungen an das Verhalten eines Rolleninhabers, **Rollenattribute** sind Erwartungen an die äußere Erscheinung eines Rolleninhabers.

► **Biografische Veränderung von Rollen.** Im Laufe des Lebens nimmt ein Mensch verschiedene Rollen ein. Mit zunehmendem Alter wechselt er von der Rolle des Kindes in die Rolle des Jugendlichen, des Erwachsenen und schließlich des alten Menschen.

Zudem verändern sich die Rollen während der beruflichen Laufbahn. Begonnen wird als Schüler, während der Ausbildungszeit ist man Auszubildender oder Student, dann Fachkraft und schließlich vielleicht Inhaber einer Leitungsposition.

Aufgabe

13 Beschreiben Sie Rollenverhalten und Rollenattribute für verschiedene Berufe.
14 Zeigen Sie, wie sich die Rollen eines Menschen im Verlauf des Lebens verändern können.

Rollenselbstbild

Definition

Das **Rollenselbstbild** enthält die Erwartungen, die der Rolleninhaber selbst an die eigene Rolle stellt. Hier fließen seine Wertvorstellungen ein.

Fallbeispiel

Rollenselbstbild. Gabriela erwartet von sich als angehende Pflegefachkraft einen guten Umgang mit den Patienten. Sie will eine fachlich korrekte, bedürfnisorientierte Pflege leisten und sich auch Zeit für Gespräche nehmen. Sie merkt schon bald, dass sie sich viel vorgenommen hat und strengt sich sehr an. Es kommt zu Konflikten mit anderen Mitarbeitern, da diese erwarten, dass Gabriela schnell die ihr aufgetragenen Tätigkeiten erledigt. Sie stellt fest: „Für Gespräche mit den Patienten ist hier keine Zeit." Manchmal ist sie sehr entmutigt und weiß nicht, ob sie weiter in diesem Beruf arbeiten kann. Dennoch bemüht sie sich, ihre Vorstellungen beizubehalten.

Aufgabe

15 Welche Werte von Gabriela schlagen sich in ihrem Rollenselbstbild nieder?

Dem Rollenselbstbild kommt eine große Bedeutung zu. Es wirkt sich aus auf:

- das eigene Verhalten: Es dient zur Orientierung, indem es eigene Verhaltensrichtlinien beinhaltet;
- die Motivation: Die eigenen Erwartungen können ein großer Ansporn sein, sie können ein Antrieb für das Herbeiführen von Veränderungen sein oder bei Nichterfüllbarkeit zu Resignation und Motivationsverlust führen;
- die Entstehung von Stress und Konflikten: Oft sind es vor allem die persönlichen Erwartungen, die Menschen unter Druck setzen; kommt es zu Situationen, in denen sich der Rolleninhaber durch eigene oder fremde Erwartungen überfordert fühlt, entsteht Stress. Möglicherweise kommt es auch zu Konflikten, z. B. wenn eigene Ansprüche nicht erfüllt werden bzw. sich mit den Vorstellungen des Umfeldes nicht vereinbaren lassen;
- das Rollenfremdbild: Wie Pflegeberufe von der Gesellschaft betrachtet werden, hängt auch davon ab, wie Pflegende selbst ihre Rolle sehen und darstellen. Wenn Pflegende sich selbst als kompetente Pflegespezialisten sehen, wirken sie auch entsprechend auf Angehörige, Ärzte, Patienten und Bewohner.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

16 An die Rolle der Pflegefachkraft werden von verschiedenen Personengruppen Erwartungen gestellt. Stellen Sie grafisch die Erwartungen dar, die verschiedene Personengruppen an eine Pflegefachkraft stellen.
17 Welche Auswirkungen kann das Rollenselbstbild der Pflegenden auf die Patienten und die Angehörigen haben?
18 Ein Rollenselbstbild ist sehr individuell, jeder Mensch sieht seine Rolle etwas anders. Zeigen Sie, dass das auch für Patienten/Bewohner gilt.

Konsequenzen bei nicht erfüllten Erwartungen

Wenn Erwartungen nicht erfüllt werden, hat das häufig negative Konsequenzen. Wie gravierend diese Konsequenzen sind, hängt auch davon ab, welche Art der Erwartung nicht erfüllt wurde. Unterschieden werden:

- Muss-Erwartungen,
- Soll-Erwartungen,
- Kann-Erwartungen.

▶ **Muss-Erwartungen.** Dies sind Erwartungen, die unbedingt erfüllt werden müssen. Kommt es hier zu Verstößen, können schwerste Sanktionen wie Abmahnung, Kündigung oder Berufsverbot die Konsequenzen sein. Eine Muss- Erwartung ist z. B. die Einhaltung von Hygienevorschriften im Operationssaal.

▶ **Soll-Erwartungen.** Pflegende sollen pünktlich und in sauberer Arbeitskleidung zum Dienstbeginn erscheinen. Auch hier kommt es bei Nichterfüllung zu Sanktionen wie z. B. einer Zurechtweisung.

▶ **Kann-Erwartungen.** Hierunter versteht man Erwartungen, die nicht grundsätzlich vorausgesetzt werden dürfen. Sie werden, wenn sie nicht erfüllt werden, nicht sanktioniert, bei Erfüllung aber wertgeschätzt.

Fallbeispiel

Kann-Erwartung. Pflegefachkraft Carolin arbeitet bei einem ambulanten Pflegedienst. Samstags versorgt sie Frau Becker. Carolin weiß, dass sich Frau Becker sehr für Blumen interessiert. Da Carolin sich auch für Blumen interessiert und in ihrem Garten immer wieder neue Blumenzüchtungen ausprobiert, bringt sie Frau Becker manchmal eine schöne Blume mit. Frau Becker freut sich dann sehr.

13.3.2 Rollenkonflikte

Fallbeispiel

Rollenkonflikte. Pflegefachkraft Sonja steht in ihrem Beruf oft vor schwierigen Entscheidungen. So brauchen häufig mehrere Bewohner gleichzeitig Hilfe oder Zuwendung, doch die Zeit erlaubt nicht, allen Bewohnern gerecht zu werden. Manchmal bleibt Sonja nach Dienstschluss noch auf dem Wohnbereich, um sich um eine Bewohnerin zu kümmern. Doch zu Hause wartet ihr Freund und ist enttäuscht, wenn der gemeinsame Abend wieder einmal verkürzt wird.

Wenn an einen Rolleninhaber Erwartungen gerichtet werden, die sich für ihn subjektiv gegenseitig ausschließen, entsteht ein Rollenkonflikt (▶ Tab. 13.1 u. ▶ Abb. 13.1).

▶ **Intrarollenkonflikt.** Entsteht ein Konflikt durch Erwartungen, die an eine Rolle des Rolleninhabers gerichtet werden, spricht man von einem Intrarollenkonflikt. Dies ist der Fall, wenn eine Pflegefachkraft gleichzeitig verschiedene Bewohner zur Toilette bringen soll, ein Angehöriger informiert werden will und der Arzt Assistenz von ihr erwartet. Alle Erwartungen werden hier an eine Rolle – die der Pflegefachkraft – gestellt.

▶ **Interrollenkonflikt.** Ein Konflikt, der durch unvereinbare Erwartungen an verschiedene Rollen einer Person entsteht, heißt Interrollenkonflikt. Dies ist der Fall, wenn Sonja einerseits Erwartungen in ihrer Rolle als Pflegende erfüllen soll, gleichzeitig aber Erwartungen an ihre Rolle als Tochter, Freundin oder Partnerin bestehen und sie diese nicht miteinander vereinbaren kann.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

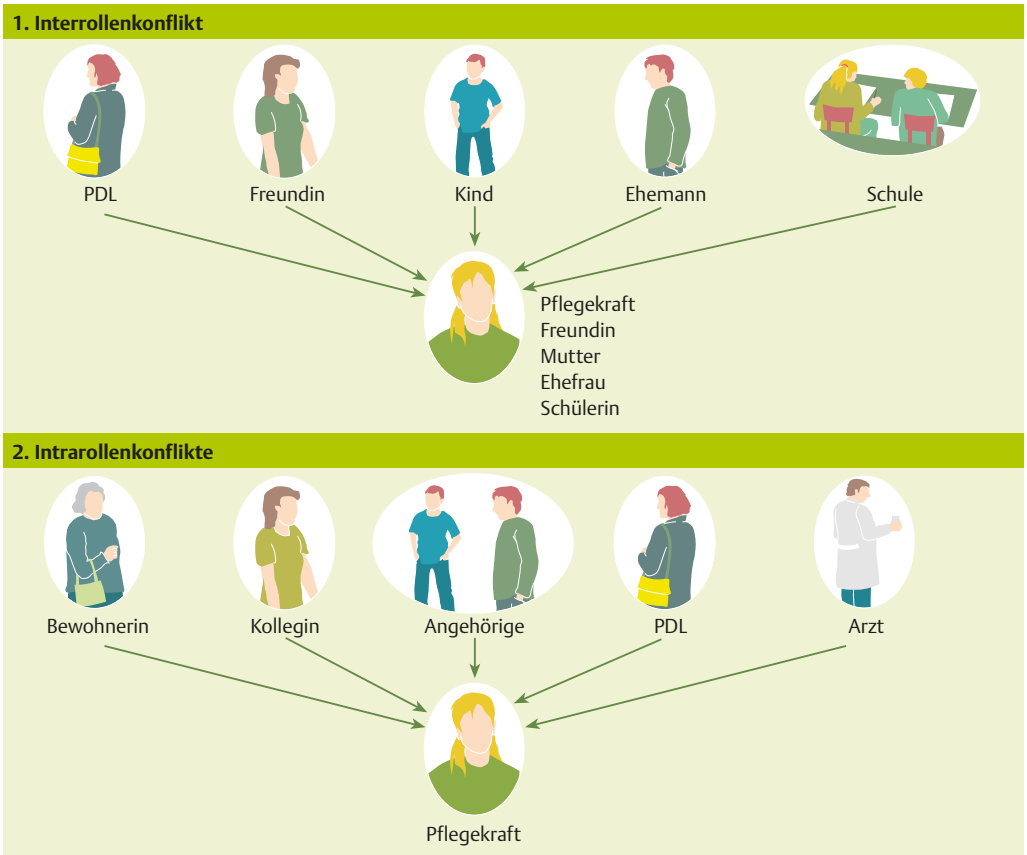


Abb. 13.1 Interrollenkonflikte und Intrarollenkonflikte (nach Hornung, Lächler).

Tab. 13.1 Verschiedene Typen von Rollenkonflikten (Hornung u. Lächler, 1999; ▶ Abb. 13.2).

Konflikt-Typ	Beispiel Intrarollenkonflikt	Beispiel Interrollenkonflikt
Typ I: Verschiedene Rollensender senden unvereinbare Erwartungen.	Ein Bewohner, ein Angehöriger und ein Arzt rufen gleichzeitig die Pflegefachkraft.	Die Kollegen erwarten, dass Pflegefachkraft Anja am Wochenende einspringt, ihre Tochter erwartet, dass sie mit ihr etwas unternimmt.
Typ II: Ein Rollensender stellt widersprüchliche Erwartungen.	Der Inhaber des Pflegeheimes erwartet eine gute Wundversorgung, jedoch soll die Pflegefachkraft auch Kosten sparend arbeiten. Dies ist nicht immer möglich.	Als Ehemann erwartet Herr M., dass seine Frau den Abend mit ihm verbringt, als Vater erwartet er, dass sie sich um die Kinder kümmert. Wenn die Kinder abends wieder einmal nicht ins Bett wollen, gerät Frau M. in einen Konflikt.
Typ III: Die Erwartungen des Rollensenders sind unvereinbar mit dem Rollenselbstbild.	Die Pflegefachkraft erwartet von sich eine Grundpflege, bei der sich der Patient wohl fühlt, die Kolleginnen erwarten, dass sie bis 8:00 Uhr 5 Patienten gewaschen hat.	Eine Bewohnerin erwartet, dass Anja sich auch nach Dienstschluss noch um sie kümmert. Anja will aber als gute Mutter abends zuhause sein.
Typ IV: Der Rolleninhaber stellt unvereinbare Erwartungen an seine Rolle(n).	Eine Schülerin möchte im Pflegeheim bei Engpässen aushelfen, sie möchte aber auch in allen anstehenden Klassenarbeiten sehr gute Noten haben. Sie kann jedoch nicht für die Arbeiten lernen, wenn sie so viel Zeit im Heim verbringt.	Pflegefachkraft Anja will für eine erkrankte Kollegin am Wochenende einspringen, allerdings erwartet sie gleichzeitig von sich als Tochter, dass sie ihre Mutter besucht.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

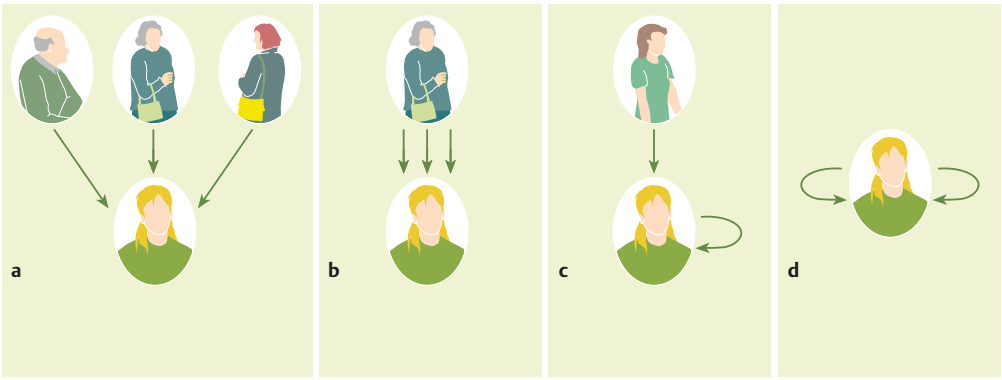


Abb. 13.2 Subtypen von Rollenkonflikten (nach Hornung, Lächler)
a Verschiedene Rollensender senden unvereinbare Erwartungen.
b Ein Rollensender sendet unvereinbare Erwartungen.
c Eigene und fremde Erwartungen sind unvereinbar.
d Eigene Erwartungen sind unvereinbar.

Definition

Ein Konflikt, der durch subjektiv nicht miteinander zu vereinbarende Erwartungen an eine Rolle eines Rolleninhabers entsteht, wird als **Intrarollenkonflikt** bezeichnet. Ein Konflikt, der durch subjektiv nicht miteinander zu vereinbarende Erwartungen an verschiedene Rollen eines Rolleninhabers entsteht, wird als **Interrollenkonflikt** bezeichnet.

Im täglichen Leben werden viele Erwartungen an eine Person gestellt. Diesen Ansprüchen nachzukommen und gleichzeitig den eigenen Erwartungen zu entsprechen, ist oft eine hohe Anforderung. Angesichts der Vielzahl von Erwartungen ist es erstaunlich, wie gut viele Menschen damit umgehen können.

Aufgabe

19 Finden Sie weitere Beispiele für Intrarollenkonflikte und Interrollenkonflikte.
20 Entscheiden Sie für die folgenden Konflikte, ob es sich jeweils um einen Interrollenkonflikt oder einen Intrarollenkonflikt handelt. Begründen Sie Ihre Entscheidung.

a) Tina muss für die in 10 Minuten stattfindende Besprechung die Unterlagen vorbereiten. Als sie gerade damit anfangen will, bittet ein Arzt sie, ihm bei der Untersuchung eines Patienten zu helfen. Im gleichen Moment klingelt ein Patient. Tina hat einen Konflikt.
b) Herr Krämer ist Patient einer inneren Abteilung. Die Pflegenden sagten ihm, er müsse klingeln, wenn er zur Toilette muss. Einerseits möchte er selbstständig zur Toilette gehen, andererseits möchte er die Pflegenden nicht verärgern. Er hat einen Konflikt.
c) Auszubildende Tanja gerät immer wieder in eine Konfliktsituation, wenn sie Frau Schneiders Wünsche erfüllen will. Am Nachmittag, wenn Frau Schneider vom Mittagsschlaf aufsteht, will sie sich nicht anziehen, gleichzeitig aber ist sie traurig, da sie gerne an der Gymnastik teilnehmen will, was ihr dadurch aber nicht möglich ist.
d) Vor dem Eintritt ins Pflegeheim war Frau Gerte jahrzehntelang in ihrer eigenen Wäscherei tätig. Nun ist sie Bewohnerin eines Pflegeheims und würde dort gerne auch in der Wäscherei mithelfen, was jedoch nicht erlaubt ist.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

13.3.3 Ursachen für Rollenkonflikte

► **Zu viele oder überhöhte Erwartungen.** Rollenkonflikte können entstehen, wenn Menschen sich selbst unter Druck setzen und in einer oder mehreren Rollen eigenen, sehr hohen Ansprüchen gerecht werden wollen. Ebenso kann es zu Rollenkonflikten kommen, wenn Menschen in ihrem Umfeld zu viele oder überhöhte Erwartungen an sie stellen.

► **Unklare Erwartungen: Rollenunsicherheit.** Vor allem wenn eine neue Rolle übernommen wird oder wenn der Arbeitsplatz gewechselt wird, kann es sein, dass unklar ist, was von dem Rolleninhaber erwartet wird. Wenn eine neue Praktikantin oder eine Auszubildende an ihrem ersten Arbeitstag nicht ausreichend eingearbeitet wird, sie also gar nicht weiß, was sie tun darf, soll oder muss und vor allem was sie nicht darf, entsteht Rollenunsicherheit.

Merke

Rollenunsicherheit entsteht, wenn Erwartungen nicht eindeutig sind (► Abb. 13.3).

Fallbeispiel

Rollenkonflikt durch Rollenunsicherheit. Praktikantin Agnes wartet am Morgen ihres ersten Praktikumstages vor dem Dienstzimmer, als eine Bewohnerin sie bittet, ihr von dem auf dem Teewagen stehenden Zucker 2 Löffel in ihren Tee zu tun. Als Agnes diesem Wunsch gerade nachkommt, wird sie von einer vorbeikommenden Pflegefachkraft angeschrien: „Was machen Sie denn da? Wer hat Ihnen erlaubt, das zu tun?“ Noch vor dem Dienstbeginn hat Agnes nun ihren ersten Rollenkonflikt.

Rollenunsicherheit entsteht auch dadurch, dass viele Rollen sich mit der Zeit verändern: Die Rollen von Mann und Frau sind heute weniger eindeutig als früher. Was zu den jeweiligen Aufgaben gehört, wird von den Partnern ausgehandelt und ist weniger von gesellschaftlichen Erwartungen bestimmt. Auch die Rollen von Vater und Mutter sind nicht eindeutig festgelegt: Soll eine Mutter arbeiten gehen oder nicht? Ist es für einen Vater in Ordnung, zuhause bei den Kindern zu bleiben anstatt dem Beruf nachzugehen?



Abb. 13.3 Am ersten Tag auf der Station besteht auch für Patienten oft Rollenunsicherheit. (Foto: K. Oborny, Thieme)

► **Fehlende Rollentrennung.** Wenn Menschen ihre Rollen nicht klar trennen und Verhaltensweisen aus einer Rolle mit in eine andere Rolle nehmen, kann es zu Rollenkonflikten kommen.

Fallbeispiel

Rollenkonflikt durch fehlende Rollentrennung. Sibylle ist Mutter von 2 kleinen Kindern und Pflegefachkraft. Gedanklich ist sie auch während ihrer Arbeit oft bei ihren Kindern und fragt sich, ob daheim wohl alles klappt. Sie kann sich dann nicht ganz auf die Arbeit konzentrieren, ihr unterlaufen Fehler und sie gerät in Konflikte mit Patienten und Vorgesetzten. Häufig passiert es ihr, dass sie Patienten „bemuttert“ und mit ihnen spricht wie mit kleinen Kindern. Diese möchten das oft gar nicht. Nach Feierabend „pflegt“ sie ihren Mann und reibt ihm den Rücken ein. Er möchte das eigentlich nicht, würde lieber mit seiner Frau etwas unternehmen. Die Nachbarin erwartet von Sibylle, dass diese nach Dienstschluss nach ihrer kranken Mutter sieht.

Sybille vermischt ihre Rollen und gerät dadurch in verschiedene Konflikte.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

21 Schildern Sie Beispiele für fehlende Rollentrennung und erläutern Sie mögliche, daraus entstehende Konflikte.
22 Überlegen Sie Situationen, in denen Rollenunsicherheit zu Konflikten führen kann.

13.3.4 Umgang mit Rollenkonflikten

Grundsätzlich gibt es verschiedene Möglichkeiten, mit Rollenkonflikten umzugehen (Hornung u. Lächler, 1999):

- Selbstreflexion,
- Kommunikation,
- eigene Einstellung ändern,
- kollegiale oder professionelle Hilfe in Anspruch nehmen,
- Situation verändern, Umgebung wechseln.

Selbstreflexion

Fallbeispiel

Selbstreflexion. Gleich nach dem Abschluss ihrer Ausbildung beginnt Pflegefachkraft Sandra in einem Pflegeheim zu arbeiten. Schon nach den ersten Tagen kritisieren ihre Kolleginnen sie, weil sie zu viel Zeit darauf verwendet, um die ihr zugeteilten Bewohner zu versorgen. Sandra hatte sich für diesen Beruf entschieden, weil ihr gerade die Beziehungsgestaltung zu den Bewohnern wichtig war. Abends reflektiert sie: Erwarte ich unrealistische Arbeitsbedingungen? Ist es zu viel verlangt, wenn ich sage, dass ich eine halbe Stunde für die Morgentoilette bei Frau Wacker benötige? Ist das unkollegial, wenn ich nicht früh genug fertig bin, um mit den Kolleginnen Pause zu machen? Wie wirkt es auf die Kolleginnen, wenn ich meinen Arbeitsstil beibehalte, der von ihren abweicht?

Sandra überlegt lange, was sie von sich in ihrer Rolle erwartet und wie weit sie bereit ist, von ihren Erwartungen abzuweichen. Sie macht sich eine Liste, auf der sie aufschreibt, wie sie als Pflegefachkraft sein will und wie sie arbeiten möchte. Als sie ihre Position dazu für sich geklärt hat, fühlt sie sich dazu bereit, ein offenes Gespräch mit den Kolleginnen zu führen.

Gerät eine Person in einen Konflikt, ist es oft sinnvoll, zunächst das eigene Verhalten, die eigene Sichtweise und die eigenen Ansprüche zu betrachten, bevor es zu einem klärenden Gespräch kommt. In erster Linie geht es darum, das eigene Rollenselbstbild zu klären und zu überdenken. Dazu kann man sich z. B. folgende Fragen stellen:

- Was erwarte ich von mir?
- Entspricht mein Verhalten meinen Ansprüchen an mich?
- Sind meine Erwartungen realistisch und umsetzbar, ohne dass ich mich überfordere oder andere negativ beeinträchtige?
- Wie sieht mein Verhalten aus dem Blickwinkel meines Gegenübers aus?

Die Klärung der eigenen Position ermöglicht es, diese dem Konfliktpartner klar mitzuteilen und gut zu argumentieren.

Merke

Das Rollenselbstbild zunächst für sich zu reflektieren ist eine gute Voraussetzung, um ein konstruktives Gespräch mit dem Konfliktpartner zu führen.

Kommunizieren

Nachdem die Person ihre Position und ihre Erwartungen für sich reflektiert hat, kann ein offenes Gespräch mit dem Konfliktpartner erfolgen. Ein erstes Ziel solcher Gespräche ist die Rollenklärung: Alle beteiligten Personen erläutern offen, was jeder von der eigenen Rolle und von den anderen Personen erwartet.

Diese Erwartungen werden dann besprochen, wobei oft klar wird, dass viele Erwartungen dem Gegenüber gar nicht bekannt waren. Es wird geklärt, welchen Erwartungen nachgekommen werden kann und welchen nicht.

Ziele können sein:

- den Konfliktpartner zu überzeugen,
- eine Einigung, z. B. in Form einer gemeinsamen neuen Lösung oder eines Kompromisses,
- das Erreichen gegenseitiger Akzeptanz, sodass verschiedene Meinungen, Arbeits- oder Verhaltensweisen akzeptiert werden und eine kreative Ergänzung oder zumindest eine friedliche Koexistenz möglich ist.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Eigene Einstellung ändern

Leider kommt es vor, dass auch ein klärendes Gespräch die Situation nicht verändern kann. In diesem Fall kann die Veränderung der eigenen Einstellung eine Möglichkeit darstellen, mit dem Konflikt umzugehen oder ihn zu lösen.

Zunächst kann es hilfreich sein, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und zu versuchen, das Verhalten des anderen zu verstehen. Es ist dann möglich, ihm mit einer anderen Einstellung gegenüber zu treten.

Darüber hinaus gibt es weitere Möglichkeiten, durch die Änderung der eigenen Einstellung einen Rollenkonflikt zu lösen. Dazu gehören:

- Prioritäten setzen,
- Rollentrennung,
- Humor,
- Rollentoleranz,
- routiniertes Handeln,
- Rollenkonformität.

Prioritäten setzen

Im Zuge einer Einstellungsänderung gilt es immer wieder, Prioritäten zu setzen oder zu verschieben. Pflegende müssen sich immer wieder entscheiden, was im Moment das Wichtigste ist. Wenn Bewohner oder Patienten klingeln, muss schnell entschieden werden, wohin man zuerst läuft. Manchmal muss überlegt werden, ob Patienten/Bewohner, Kollegen oder das Privatleben jetzt Vorrang hat.

Rollentrennung

Oft können Konflikte vermieden oder gelöst werden, wenn es gelingt, Rollen klar zu trennen. Immer wieder muss man sich entscheiden, ob die Partnerschaft, die Familie oder der Beruf im Moment Vorrang hat. Es ist wichtig, klar zu unterscheiden, in welcher Rolle man sich gerade befindet.



Fallbeispiel

Rollentrennung. Die Mutter von Andrea liegt im Krankenhaus. Sie erwartet von ihrer Tochter nicht nur täglichen Besuch, sondern will auch im Krankenhaus von ihr gepflegt werden. Versucht Andrea, dem Wunsch nachzukommen und ihrer Mutter beim Waschen zu helfen, ist es der Mutter auch nicht recht. Andrea hat daraufhin beschlossen, lediglich als Tochter zu Besuch zu kommen, nicht aber die Rolle der Pflegenden zu übernehmen.

Humor

Mancher Konflikt kann entschärft werden, wenn es gelingt, das Geschehen mit Humor zu sehen.



Fallbeispiel

Humor. Seit Tagen wird im Pflegeheim Sonnenschein alles auf Hochglanz poliert, weil im Rahmen einer Zertifizierungsmaßnahme eine Begehung stattfinden wird. Das Personal ist angehalten für äußerste Sauberkeit zu sorgen und dafür, dass alle Bewohner gut versorgt und zufrieden sind, wenn das Haus beurteilt wird.

Heute ist es so weit: Während das Prüfkomitee durch die Wohnbereiche läuft, versucht Pflegefachkraft Katja Herrn Walther im Bett zu waschen. Herr Walther leidet unter einer demenziellen Erkrankung. Als Herr Walther die Waschschüssel umstößt, muss Katja ins Badezimmer gehen, um neues Wasser zu holen. Als sie zurückkommt hat Herr Walther das ganze Gesicht und die Haare voller Creme. Entsetzt stellt Katja die Waschschüssel ab und versucht, die Creme aus den Haaren zu entfernen. Herrn Walther gefällt das gar nicht, er macht heftige Armbewegungen und stößt dabei erneut die Waschschüssel um, sodass er und Katja nass werden. In diesem Moment klopft es an die Tür und das Komitee tritt ein. Katja fängt an zu lachen und sagt: „Guten Tag, darf ich vorstellen: das ist Herr Walther. Er hat sich für Sie heute besonders schöngemacht."



Merke

Gut eingesetzter Humor kann Rollenkonflikte entschärfen.

Rollentoleranz

Eine weitere Möglichkeit, Konflikte zu reduzieren oder zu vermeiden, besteht in der Erhöhung der Rollentoleranz: Wenn dem Gegenüber gestattet wird, in einem gewissen Maße von Rollenerwartungen abzuweichen, können manche Konflikte vermieden oder entschärft werden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Rollentoleranz. Petra kommt heute 3 Minuten nach Schichtbeginn auf die Station. Während das auf anderen Stationen schon mehrmals zu Konflikten geführt hat, wird es hier toleriert, da Petra nach Schichtende häufig etwas länger bleibt. Die Toleranz der Stationsleitung gegenüber der Abweichung von der Rollenerwartung entspannt hier die Situation. Auch wird eigentlich erwartet, dass Pflegende keinen Schmuck an den Händen tragen, ein Ehering wird hier jedoch toleriert.

Rollentoleranz kann jedoch nicht immer eine Lösung sein. Insbesondere dann nicht, wenn es zu gefährdenden Situationen kommen würde: Über einen kleinen Fleck auf der Dienstkleidung, der beim Waschen nicht mehr entfernt werden kann, kann hinweggesehen werden, nicht aber über unsaubere Hände bei der Versorgung einer Wunde.

Definition

Unter **Rollentoleranz** versteht man, manche Abweichungen von einer Rollenerwartung zuzulassen.

Routiniertes Handeln

Innerhalb einer Rolle müssen manchmal Tätigkeiten ausgeführt werden, von denen man nicht vollkommen überzeugt ist. Um die dadurch entstehenden emotionalen Belastungen zu reduzieren, kann eine verstärkte Distanzierung von der Rolle (Rollendistanz) eingesetzt werden.

Fallbeispiel

Routiniertes Handeln. Andrea arbeitet seit 5 Jahren auf der chirurgischen Station. Morgens muss sie einige Patienten wecken, was ihr bei manchen sehr leidtut, da diese vor Schmerzen nachts kaum schlafen konnten. Trotzdem muss sie es tun, da sonst der Stationsablauf nicht aufrechterhalten werden kann. Früher stand sie mit schlechtem Gewissen vor der Zimmertür, bevor sie eintrat, um die Patienten zu wecken. Heute denkt sie nicht mehr darüber nach, sondern geht gewohnheitsmäßig in das Zimmer, wünscht einen guten Morgen und beginnt mit der Morgentoilette der Patienten. Der Vorgang ist zur Routine geworden.

Andrea schützt sich durch die Entwicklung einer gewissen Routine.

Rollenkonformität

Um Konflikte zu vermeiden oder zu reduzieren, passen sich manche Menschen so an die gestellten Erwartungen an, dass sie genau das erwartete Verhalten zeigen. Dies kann durch Überzeugung erfolgen oder aber auch entgegen der eigenen Einstellung. Man spricht hier von Rollenkonformität, wenn das gezeigte Verhalten mit den Erwartungen übereinstimmt. Dies ist mittlerweile auch bei Andrea der Fall, sie macht, was von ihr erwartet wird.

Definition

Rollenkonformität bedeutet die Übereinstimmung des gezeigten Verhaltens mit den Rollenerwartungen.

Kollegiale oder professionelle Hilfe in Anspruch nehmen

Mancher Konflikt lässt sich leichter lösen, wenn eine unparteiische Person dabei hilft. So können Kollegen oder Vorgesetzte hinzugezogen werden, die moderierend das Konfliktgespräch steuern und helfen, Eskalationen zu vermeiden. Die Unparteilichkeit eines schlichtenden Moderators kann den streitenden Parteien das Gefühl geben, dass ihre Interessen gehört und so weit wie möglich beachtet werden. Außerdem kann er aus seiner Erfahrung Anregungen zu neuen Lösungsmöglichkeiten geben.

Zu einer Veränderung von Einstellungen können auch psychologische Beratung oder Supervision beitragen. Hier kann erlernt werden, andere Perspektiven, die von den verschiedenen Teilnehmern oder von dem Supervisor eingebracht werden, einzunehmen und evtl. für sich anzunehmen. So kann die eigene Sichtweise verändert und Verständnis für andere Ansichten erreicht werden. Das Erlernen von Gesprächsführungstechniken ermöglicht, den Konflikt in angemessener Weise auszutragen. Sind Konflikte schon so eskaliert, dass sonst nichts mehr hilft, kann auch das Hinzuziehen eines Rechtsbeistands nötig werden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Situation verändern, Umgebung wechseln

Wenn ein Rollenkonflikt weder durch Kommunikation oder Einstellungsänderung gelöst werden kann, und auch die Einbeziehung anderer Personen erfolglos verlief, bleibt oft nur die Möglichkeit, die konfliktauslösende Situation zu verändern oder sich von der Konfliktsituation zu entfernen. Das kann bedeuten, den Raum zu verlassen, auf eine andere Pflegegruppe zu wechseln, den Arbeitsplatz zu kündigen oder auch eine Partnerschaft zu beenden.

Pflegende können sich mit anderen zusammentun, z. B. in Mitarbeitervertretungen oder in Berufsverbänden, und sich gemeinsam für veränderte Arbeitsbedingungen einsetzen.

Gibt es Schwierigkeiten zwischen Pflegendem und Patient/Bewohner, kann eine Kollegin gebeten werden, die Pflege bei einem Bewohner zu übernehmen, mit dem man selbst Schwierigkeiten hat.

Das Verlassen einer Konfliktsituation ist meist die letzte Möglichkeit, nachdem alles andere erfolglos blieb.

Fallbeispiel

Veränderung der Umgebung. Auszubildende Silke hat seit längerer Zeit Schwierigkeiten mit ihrer Vorgesetzten. Sie hatte viele Gespräche mit ihr, auch unter Einbeziehung der Pflegedienstleitung. Sie hat versucht, sich von ihrer Arbeit zu distanzieren und ihre Einstellung zu verändern, was ihr jedoch nicht gelang. Als sie das Angebot bekam, auf eine andere Station zu wechseln, entschloss sie sich, es anzunehmen. Jetzt arbeitet sie seit einigen Monaten zufrieden auf der neuen Station.

13.4 Soziale Gruppe

Definition

Wenn zwischen mehreren Personen wechselseitige Beziehungen bestehen, sie ein gemeinsames Ziel haben und sich selbst als zu der Gruppe gehörend wahrnehmen, spricht man von einer **sozialen Gruppe** (▶ Abb. 13.4).



Abb. 13.4 Das Gefühl der Zusammengehörigkeit ist ein Merkmal einer sozialen Gruppe *(Symbolbild)*. (Foto: Robert Kneschke – stock.adobe.com)

Fallbeispiel

Soziale Gruppe. Pflegefachkraft Tim staunt über sich selbst. Er hat 3 Wochen auf Gruppe 25 gearbeitet. Obwohl die Versorgung der Schwerkranken und die Personalknappheit ihn an manchem Tag an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit brachten, tat er seinen Dienst gerne und wurde mehr als einmal wegen seines guten Einsatzes von den Kollegen gelobt. Nun ist er seit einer Woche auf der chirurgischen Gruppe 15. Er weiß nicht warum, aber es gefällt ihm nicht. Die Arbeit kommt ihm nicht besonders schwierig vor, die Patienten sind in Ordnung. Mehrmals fällt ihm auf, dass er nach wenigen Stunden Dienstzeit auf die Uhr schaut, den Feierabend sehnlichst erwartet und pünktlich zum Dienstschluss, sozusagen mit dem Glockenschlag die Arbeit abbricht und die Station verlässt. Dieses Verhalten kannte er nicht, als er noch auf Gruppe 25 war. Dort führte er eine angefangene Arbeit zu Ende und es kam ihm auf eine halbe Stunde nicht an. „Was ist mit mir los?“, fragt er sich.

Wer in seiner beruflichen Laufbahn schon Arbeitsgruppen gewechselt hat, konnte bemerken, dass er in einer Gruppe leistungsfähig ist und Freude an der Arbeit hat, in einer anderen geht es ihm schlecht, er macht Fehler, ist froh, wenn die Arbeitszeit beendet ist. Um dieses merkwürdige Verhalten und Erleben zu verstehen, lohnt es sich, einen Blick auf das Phänomen „Gruppe“ zu werfen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

13.4.1 Gruppenphänomene

Menschen leben in Gruppen. Die Gruppe beeinflusst das Verhalten des einzelnen Mitglieds und der Einzelne hat oft Einfluss auf das Gruppenverhalten. Personen, die sich zur gleichen Zeit am gleichen Ort befinden, bilden im psychologischen Sinne noch keine Gruppe. Treten sie aber miteinander in soziale Interaktion, um einem gemeinsamen Ziel oder einem gemeinsamen Interesse nachzugehen, dann bilden sich über kurze oder lange Zeit Strukturen heraus: Rollen werden verteilt, und es entstehen Kommunikationsmuster.

▶ **Primärgruppen.** Primärgruppen sind kleine Gruppen, deren Mitglieder sich sehen können, wenn sie es wünschen, deshalb werden sie auch „face-to-face-groups" genannt. Familie, Spielgruppe, Freunde, Interessengruppe, Schulklasse und Arbeitsteam sind Primärgruppen (▶ Abb. 13.5).

▶ **Sekundärgruppen.** Darunter versteht man Großgruppen wie Deutsche, Amerikaner, Christen, Muslime oder politische Gruppen und größere Parteien.

Jeder Mensch ist zugleich Mitglied von Primär- und von Sekundärgruppen. Die Primärgruppen üben als sog. Bezugsgruppen den größeren Einfluss auf Verhalten und Erleben des einzelnen Mitglieds aus. Ein Teil einer Sekundärgruppe kann zur Primärgruppe werden, wenn sich jemand persönlich in ihr engagiert; sie gewinnt dann an Bedeutung für das eigene Verhalten.

Aufgabe

23 Zählen Sie einmal alle Primärgruppen auf, zu denen Sie gehören, sowie einige Sekundärgruppen. Finden Sie ein Beispiel für die Umwandlung einer Sekundärgruppe in eine Primärgruppe.



Abb. 13.5 Arbeitsteam und Freunde zählen zu den Primärgruppen. (Foto: A. Fischer, Thieme)

▶ **Gruppenstrukturen.** Gruppen haben meistens eine offizielle Struktur. So hat ein Dorf den Bürgermeister, Verwaltung, Bürger; ein Krankenhaus hat eine Leitungsebene, verschiedene Abteilungen, eine ganz bestimmte Hierarchie; eine Schulklasse setzt sich aus Lehrern und Schülern, aus einheimischen und auswärtigen, evangelischen, katholischen und muslimischen Schülern zusammen. Sind Personen über einige Zeit Mitglied in einer Gruppe, bildet sich eine inoffizielle Struktur heraus. Sie ist gekennzeichnet durch eine eigene Rollenverteilung und eigene Normen.

▶ **Gruppenatmosphäre.** Gruppen unterscheiden sich durch ihr „Klima". Die Gruppenatmosphäre schlägt sich in Arbeitsgruppen im Grad der Zufriedenheit und der Leistungsfähigkeit der Mitglieder nieder. Sie hängt oft eng mit dem Führungsstil zusammen, der in einer Gruppe praktiziert wird.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

13.4.2 Führungsstile

Fallbeispiel

Führungsstile. Herr Steiner unterrichtet eine 4. Klasse im Werkunterricht. Die Kinder sitzen frontal nach vorne ausgerichtet in Reihen hintereinander. Vorne in der Mitte des Klassenzimmers steht sein Tisch. Wenn er zum Unterricht kommt, setzt er sich auf seinen Stuhl hinter den Tisch. Die Kinder sind es gewohnt, sich zu melden, ehe sie sprechen. Herr Steiner erteilt dann das Wort. Sie reden nicht untereinander. Wenn ein Junge einen anderen etwas fragen möchte, fragt er erst den Lehrer: „Herr Steiner, darf ich von Peter einen Pinsel leihen?“

Heute bringt der Lehrer verschiedene Materialien mit, die er auf seinen Tisch legt. „Nehmt euch alle ein paar Zeitungen und weicht sie in Wasser ein“, beginnt er den Unterricht. Die Schüler handeln nach seinen Anweisungen. Erst als alle Kinder soweit fertig sind, geht es weiter: „Jetzt drückt das nasse Papier aus und formt Puppenköpfe daraus.“ Wieder führen es alle durch. So geht es schrittweise weiter.

Herr Schulz hält sich im Werkunterricht in der 4. Klasse selten an seinem Tisch auf, er wandert herum und steht den Schülern als Berater zur Verfügung. Die Schüler sitzen in Gruppen im Raum verteilt. Er beginnt: „Heute basteln wir im Werkunterricht Kasperlepuppen. Wenn man Zeitungspapier einweicht und ausdrückt, ist es formbar, daraus können die Köpfe entstehen. Hier sind Stoffreste, Garn und Nadeln, daraus näht ihr die Kleider. Ihr könnt anfangen.“ Die Schüler holen sich Material, sie können beim Basteln mit dem Lehrer oder den Tischnachbarn reden.

Die beiden Lehrer unterrichten in 2 unterschiedlichen Führungsstilen:
- autokratischer Führungsstil (▶ Abb. 13.6),
- demokratischer Führungsstil (▶ Abb. 13.7).

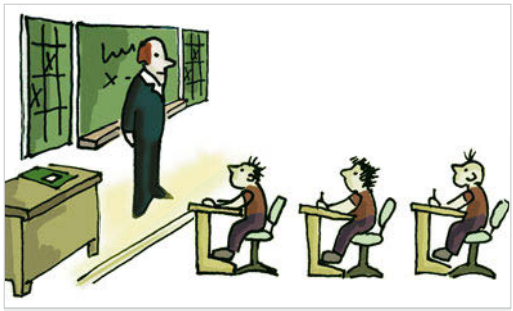


Abb. 13.6 Autokratischer Führungsstil.



Abb. 13.7 Demokratischer Führungsstil.

▶ **Autokratischer Führungsstil.** Zu diesem gehört, dass:
- sich die leitende Person äußerlich und räumlich abgrenzt, sich von den Gruppenmitgliedern unterscheidet,
- die Kommunikation über die Führungsperson läuft,
- Informationen schrittweise weitergegeben werden,
- individuelle Unterschiede nicht berücksichtigt werden, z. B. dass das Arbeitstempo vorgegeben wird.

▶ **Demokratischer Führungsstil.** Er ist dadurch gekennzeichnet, dass:
- die leitende Person als kompetenter Berater und Partner auftritt,
- eine natürlichere und persönlichere Kommunikation in der Gruppe möglich ist,
- Informationen am Anfang umfassend gegeben werden, z. B. über Programm und Material,
- individuelle Verschiedenheiten berücksichtigt werden, z. B. das persönliche Arbeitstempo oder individuelle Interessen.

Fallbeispiel

Führungsstile und Verhalten. Während des Unterrichts verlassen beide Lehrer für eine bestimmte Zeit den Klassenraum. Herrn Steiners Schüler lassen sofort die Arbeit fallen und ruhen sich aus. In der Klasse von Herrn Schulz wird das Fehlen des Lehrers kaum bemerkt. Die Schüler arbeiten weiter. Am Ende des Schuljahres zeigen sie bessere Leistungen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Auswirkungen des Führungsstils

In einer klassischen Studie (nach Lewin, 1963) wurde untersucht, wie sich ein demokratischer und ein autokratischer Führungsstil auf das Verhalten der Gruppenmitglieder auswirken. Die Ergebnisse dieser Studie wurden in weiteren Untersuchungen immer wieder bestätigt.

► **Autokratischer Führungsstil.** Danach verhalten sich Gruppenmitglieder in einer autokratisch geführten Gruppe eher
- aggressiv,
- an der Sache selbst wenig interessiert und
- insgesamt erbringen sie schlechtere Leistungen.

► **Demokratischer Führungsstil.** In einer im demokratischen Stil geleiteten Gruppe sind die Mitglieder
- eher in der Lage ihre Forderungen und Wünsche zu äußern,
- mehr an der Sache interessiert,
- sozial reifer, da sie sich gegenseitig helfen und sich auch untereinander loben und auch kritisieren.

Manche Gruppen benötigen eine Führung mit engen Vorgaben, andere bringen unter einer „lockeren Führung" bessere Leistungen.

In bestimmten Situationen kann ein klarer autokratischer Führungsstil sehr sinnvoll sein, z. B. in Gefahrensituationen, in denen lange Diskussionen der Gruppenmitglieder aufgrund der drohenden Gefahr nicht aufkommen dürfen (z. B. bei Feueralarm).

Merke

Der beste Führungsstil ist der, der je nach Situation und Gruppe Elemente des autokratischen und des demokratischen Führungsstils einsetzt (situativer Führungsstil). Die situationsangemessene Flexibilität in der Führung zeichnet eine gute Führung aus.

Aufgabe

24 Übertragen Sie die Erkenntnisse der sozialpsychologischen Studie zu verschiedenen Führungsstilen und dem dazugehörigen Verhalten der Personen in einer Gruppe auf Ihren Arbeitsbereich. Wie verhält sich eine Stationsleitung, die ihre Abteilung „demokratisch" bzw. „autokratisch" führt? Wie verhalten sich die Mitglieder des Pflegeteams möglicherweise in einer „demokratisch" und einer „autokratisch" geleiteten Station?

13.4.3 Team und Teamentwicklung (nach M. Vergnaud)

In der Pflege arbeiten Mitarbeiter meist in bestimmten Gruppen. Das können Gruppen sein, die nur für eine relativ kurze, befristete Zeit miteinander arbeiten, oder Gruppen, die längerfristig zusammenarbeiten.

Vergleichsweise kurze, befristete Zusammenarbeit findet z. B. in Projektgruppen statt. Hier spricht man von temporären Gruppen.

Arbeitet eine Gruppe für eine lange, zeitlich unbefristete Zeit zusammen, wie z. B. die Mitarbeiter eines Wohnbereichs in der stationären Altenpflege, spricht man von dauerhaften Gruppen.

In Pflegeberufen wird fast immer in sog. Pflegeteams gearbeitet. Um Pflege effizient und für die zu Pflegenden und auch für die Mitarbeiter positiv zu gestalten, ist es wichtig, in gut funktionierenden Teams zu arbeiten.

Aber was unterscheidet ein Team von einer Arbeitsgruppe? Und was kennzeichnet ein gut funktionierendes Team?

Abgrenzung der Begriffe Arbeitsgruppe und Team

Auch wenn die Begriffe Arbeitsgruppe und Team häufig synonym verwendet werden, ist in der Praxis eine Unterscheidung sinnvoll.

Definition

Mit dem Begriff **Arbeitsgruppe** werden Gruppen bezeichnet, die ein gemeinsames Arbeitsziel erreichen sollen. Hier stehen sachlich betrachtet Arbeitsinhalt und Arbeitsziel, und demnach eine Aufgabenorientierung im Vordergrund.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. 13.2 Pflegeteams sind selten wirkliche Teams.

Kriterien für „echte Teams“	Häufige Realität in Pflegeberufen
Es besteht ein deutliches Gefühl der Zugehörigkeit.	In vielen Institutionen besteht dieses Zugehörigkeitsgefühl, oft jedoch distanzieren sich die Arbeitnehmer (z. B. über Aussagen wie: „Ich würde meine Angehörigen nicht in dieses Pflegeheim bringen!“).
Jeder einzelne übernimmt Verantwortung für die eigene und für die Gruppenleistung.	Oft arbeiten Mitarbeiter mehr nebeneinander als miteinander, häufig fehlt ein Verantwortungsgefühl für das Gesamtergebnis.
Teammitglieder unterstützen und ergänzen sich. Es wird offen kommuniziert, es besteht das Gefühl der Zusammengehörigkeit.	Oft herrschen Neid und Konkurrenzdenken. Informationen werden einander vorenthalten. Oft wird über die Kollegen anstatt mit den Kollegen gesprochen. Nicht immer besteht ein wirklicher Gruppenzusammenhalt.
Neben Erfolgen des Teams sind auch Erfolge einzelner Teilnehmer möglich und willkommen.	Oft stehen Einzelerfolge für die Gruppenmitglieder im Vordergrund, während die Motivation für den Erfolg der Gruppe sekundär ist.
Teammitglieder engagieren sich entsprechend ihrer Fähigkeiten in gleichem Ausmaß und zeigen hohe Motivation.	Oft sehr unterschiedliches individuelles Engagement. Oft werden die jeweiligen Fähigkeiten nicht ausreichend berücksichtigt.
Zielorientierte und effiziente Zusammenarbeit der Gruppe.	Nicht jede Arbeit verläuft zielorientiert, oft wird parallel oder sogar gegeneinander gearbeitet, was zu einer verminderten Effizienz der Arbeitsleistung führt.

Ein Team hingegen ist mehr als eine Anzahl von zusammenarbeitenden Menschen. Es entsteht erst durch die Entwicklung bestimmter sozial-emotionaler Gruppenstrukturen. Mit dem Begriff Team werden spezielle Gruppen bezeichnet, die sowohl Arbeitsinhalte bearbeiten und Arbeitsziele erreichen sollen, als auch sozial und emotional bestimmte Kennzeichen aufweisen.

Sozial-emotionale Kennzeichen eines Teams:

- emotionale Bindung an die Gruppe und starker Zusammenhalt („Wir-Gefühl“),
- gemeinsame Leistungsverantwortung,
- wechselseitige Beziehungen zwischen den Teammitgliedern,
- teaminterne Rollen, Positionen, Normen und Kommunikationsformen.

Definition

„Ein **Team** ist eine leistungsfähige Gruppe mit gemeinsamer Zielsetzung und der Verantwortung für einen geschlossenen Arbeitsprozess. Zudem weist ein Team intensive wechselseitige Beziehungen und Interaktionen sowie einen ausgeprägten Gemeinschaftssinn und einen starken Gruppenzusammenhalt auf“. (Nach Vergnaud, 2004)

Kennzeichen von Teamarbeit

Es stellt sich die Frage, ob es sich bei sog. Pflegeteams wirklich um Teams handelt oder doch eher um Arbeitsgruppen.

Kriterien für echte Teamarbeit:

- Jedes Teammitglied übernimmt Verantwortung, und zwar nicht nur für die eigene, sondern auch für die Gruppenleistung.
- Zielorientierte und effiziente Zusammenarbeit, sodass das Gruppenergebnis besser ist als die Summe der Leistung der einzelnen Mitarbeiter.
- Teammitglieder engagieren sich entsprechend ihrer Fähigkeiten in gleichem Ausmaß.
- Teammitglieder unterstützen und ergänzen sich und zeigen hohe Motivation.
- Es wird offen kommuniziert.
- Es besteht ein deutliches Gefühl der Zugehörigkeit und Zusammengehörigkeit.
- Neben Erfolgen des Teams sind auch Erfolge einzelner Teilnehmer möglich und willkommen.

Nach der obigen Definition und den beschriebenen Kriterien wird deutlich, dass sog. Pflegeteams selten wirklich Teams sind (▶ Tab. 13.2).

Merke

Um die Effizienz der Arbeitsleistung sowie die Zufriedenheit der Arbeitnehmer und der Patienten und Bewohner zu erhöhen, ist es wichtig, Arbeitsgruppen weiter zu entwickeln zu echten Teams.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

25 Reflektieren Sie für Ihre Station bzw. für Ihren Wohnbereich, inwieweit die Kriterien eines echten Teams vorliegen.

Teamfähigkeit

Um in der Pflege leistungsstark in Gruppen arbeiten zu können, ist die Teamfähigkeit der einzelnen Gruppenmitglieder eine wichtige Voraussetzung. Teamfähigkeit ist in Pflegeberufen eine Schlüsselqualifikation, die auch bei Stellenbesetzungen einen wichtigen Stellenwert hat. Aber was genau bedeutet Teamfähigkeit?

Definition

Teamfähigkeit ist die Fähigkeit, sich in eine Gruppe konstruktiv und sozial zu integrieren, und somit die eigenen Kompetenzen in Zusammenarbeit mit den Gruppenmitgliedern zugunsten des Gruppenziels und des Gruppenzusammenhalts einzusetzen.

Was beinhaltet der Begriff „Teamfähigkeit"?

Teamfähigkeit beinhaltet viele soziale Fähigkeiten, die auch unter dem Begriff „soziale Kompetenz" beschrieben werden:

- sprachliche Kompetenz,
- Interaktions- und Konfliktfähigkeit,
- Kooperations- und Konsensfähigkeit: die Fähigkeit zusammenzuarbeiten, Toleranz, Rücksicht zu nehmen, Engagement für das Gruppenziel,
- Integrationsfähigkeit: Die Fähigkeit in der Gruppe integrierend zu wirken.

Teamentwicklung

Um leistungsstarke Teams zu bilden, reicht es nicht aus, teamfähige Einzelpersonen zusammenzuführen. Oft arbeiten Pflegende in Gruppen, die zwar einige Merkmale eines Teams aufweisen, in denen jedoch die mögliche Effizienz unerreicht bleibt, da die Mitglieder noch damit beschäftigt sind, ihre Beziehungen untereinander zu klären.

Damit Pflege effizient und für die zu Pflegenden und auch für die Mitarbeiter positiv zu gestaltet werden kann, ist es wichtig, in gut funktionierenden, echten Teams zu arbeiten. Hier setzen Instrumente der Teamentwicklung an.

Ziele der Teamentwicklung

- Reduzierung von Konflikten und Optimierung der Kooperation.
- Den Anforderungen der Vernetzung vieler Berufsgruppen und Leistungen, und somit den Kundeninteressen, durch klare Organisationsstrukturen gerecht werden.
- Dem hohen Bedarf an neuen Entwicklungen in der Alten- und Krankenpflege gerecht werden.
- Hohe Kompetenzen und Motivation der einzelnen Teammitglieder erreichen und dadurch Krankheitszeiten und hohe Fluktuationsraten reduzieren.
- Die Effizienz der Arbeit erhöhen und somit ökonomisch Potenziale für neue Aufgaben freisetzen.

Phasen der Teamentwicklung (nach B. Tuckmann)

Die Entwicklung von einer Arbeitsgruppe zu einem leistungsstarken Team verläuft in vier Phasen, die alle durchlaufen werden müssen, bis sich echte Teams bilden. Der Teamleiter bzw. die Organisation sollten diesen Prozess gezielt steuern und unterstützen. Je nach Gruppe verlaufen diese Entwicklungen jedoch sehr unterschiedlich, was die Verweildauer in bestimmten Phasen betrifft. Die Übergänge von einer Phase in die nächste können fließend sein.

1. **Orientierungsphase (Forming):** Wird ein neues Team gebildet oder eine bestehende Gruppe verändert, besteht anfangs meist Unsicherheit. Zunächst findet in dieser Phase ein erstes Kennenlernen der Gruppenmitglieder, der Rahmenbedingungen und der Aufgabenstellungen statt. Es erfolgen erste grobe Einschätzungen der anderen Mitglieder und es bilden sich erste lose Verbindungen. Die eigene Position in der neuen Gruppe wird sondiert. Bereits jetzt können erste Grenzen abgesteckt und Erwartungen geäußert werden. Mit welchen Gefühlen und mit welcher Offenheit sich die Gruppenmitglieder begegnen, hängt stark von den individuellen Erfahrungen und Vorinformationen über die Mitglieder, sowie der Art der Zusammenführung ab.
   Praxistipp: Hilfreich ist es in dieser Phase, das

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

gegenseitige Kennenlernen zu fördern und erstes Vertrauen aufzubauen.

2. **Kampf- oder Konfliktphase** (**Storming**): Nachdem in der ersten Phase ein vorsichtiges Herantasten an die neuen Kollegen stattfand, erfolgt meist eine kurz anhaltende, recht harmonische Arbeitsphase. Dann entwickeln sich erste Frustrationen, wenn anfängliche Erwartungen nicht erfüllt oder verschiedene Arbeitsweisen nicht akzeptiert werden. Es kommt zu Krisenstimmungen, Konflikten und Machtkämpfen, bei denen die Sachlichkeit oft verloren geht. Häufig bilden sich Koalitionen bzw. Cliquen. In welcher Stärke Konflikte auftreten ist unter anderem davon abhängig, wie gelungen in der ersten Phase Erwartungen formuliert und erste Strukturen gelegt wurden.
   Praxistipp: Auf die Nützlichkeit der verschiedenen Arbeitsweisen für eine gemeinsame Lösung hinweisen. Ziel ist die Nutzung der Verschiedenartigkeit der Ansätze. Es ist auf eine angemessene, sachliche Kommunikation zu achten. Die Teammitglieder lernen, selbst mit Konflikten im Team umzugehen. Die Gruppe merkt schließlich, dass sie Regeln vereinbaren muss, um langfristig konstruktiv miteinander zu arbeiten.
3. **Normierungsphase** (**Norming**): In dieser Phase werden Umgangsformen, Rollen und Aufgabenverteilungen entwickelt und festgelegt, sodass die unterschiedlichen Fähigkeiten und Arbeitsweisen für eine produktive Zusammenarbeit genutzt werden können. Basis dafür ist eine Wertschätzung der Teammitglieder und deren gegenseitige Ergänzung. Die Leistungen der anderen werden anerkannt, Vertrauen wird aufgebaut. Das Team arbeitet nun kooperativer und mit zunehmender Effizienz zusammen und orientiert sich immer weniger am Teamleiter. Es organisiert sich zunehmend selbst.
   Praxistipp: Wichtig ist hier, dass der Teamleiter im Umgang mit den Teammitgliedern Vorbild ist, und die kooperativen Umgangsformen und eine langsame Übernahme der Selbstorganisation durch die Gruppe ermöglicht.
4. **Integrationsphase:** Jetzt besteht ein starkes Wir-Gefühl, die Mitglieder unterstützen sich und setzen sich füreinander ein. Guter Informationsfluss, Toleranz, Offenheit und hohe Motivation prägen diese Phase. Die Gruppenstruktur ist nun geklärt, sodass nun die gesamte Energie für die Aufgabenbewältigung genutzt werden kann. Die Gruppe spürt den Zusammenhalt und die sichtbare Leistungssteigerung, was zu einer weiterhin hohen Motivation führt.



Aufgabe

26 Reflektieren Sie für Ihr „Team“, in welcher Phase es sich befindet, und überlegen Sie, wie eine Weiterentwicklung in eine folgende Phase stattfinden kann.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © pio3 – stock.adobe.com

Kapitel 14

Kommunikation

14.1 Einführung und Grundregeln *222*

14.2 Gesprächsformen *228*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

14 Kommunikation

„Das echte Gespräch bedeutet aus dem Ich heraustreten und an die Tür des Du klopfen." Albert Camus (1913–1960), franz. Schriftsteller

Examensschwerpunkte

Grundregeln der Kommunikation (nach Watzlawick (S. 222), Gesprächsführung (S. 224), Gesprächsformen (S. 228), Kommunikation mit Kindern (S. 277)

14.1 Einführung und Grundregeln

Definition

Kommunikation ist die Übertragung von Informationen. Findet ein gegenseitiger Austausch von Informationen statt, spricht man von **Interaktion.**

Menschen sind die meiste Zeit ihres Lebens in Kontakt mit anderen Menschen. Viel Zeit wird damit verbracht, Informationen aufzunehmen oder weiterzugeben. Dieser Austausch ist vom Anfang des Lebens an für eine gesunde Entwicklung des Menschen nötig. Der große Bereich der menschlichen Kommunikation ist deshalb in verschiedener Hinsicht ein wichtiger Forschungsgegenstand der Psychologie.

In Pflegeberufen gehören Kenntnisse auf diesem Gebiet zum täglichen „Handwerkszeug". Sie erhöhen die soziale Handlungskompetenz und verringern zwischenmenschliches Fehlverhalten und damit verbundene Konflikte. Gute Kommunikationsstrukturen können die Liegezeiten in Krankenhäusern verringern. Sie unterstützen das Wohlbefinden der Patienten bzw. der Bewohner und unterstützen dadurch die Genesung und erhöhen die Lebensqualität.

14.1.1 Die Grundregeln der Kommunikation (nach Watzlawick)

Wichtige Erkenntnisse über die Kommunikation liefern die wissenschaftlichen Arbeiten von Paul Watzlawick (Psychologe, 1921–2007). Er befasst sich darin mit Fragen wie:

- Nach welchen Regeln verläuft menschliche Kommunikation?
- Wie führen Fehler bei der Verständigung zu Missverständnissen?

Er beschreibt die Grundregeln der Kommunikation auch in zahlreichen in Deutschland erschienenen Veröffentlichungen:

- **Grundregel 1:** Zwei Personen, die sich in einem Raum befinden, können nicht nicht kommunizieren. Jedes Verhalten hat Mitteilungscharakter.
- **Grundregel 2:** Kommunikation läuft auf verschiedenen Informationsebenen ab.
- **Grundregel 3:** Jeder Teilnehmer ist zugleich Sender und Empfänger. Das Verhalten des einzelnen Teilnehmers ist sowohl Reaktion auf das Verhalten des anderen, als auch gleichzeitig Reiz für das Verhalten des anderen.

Grundregel 1

Merke

Zwei Personen, die sich in einem Raum befinden, können nicht nicht kommunizieren (▶ Abb. 14.1). Jedes Verhalten hat Mitteilungscharakter.

Ein Mann, der im Wartezimmer des Arztes steht und nur zum Fenster hinaus oder in die Zeitung schaut, kommuniziert. Er sagt durch sein Schweigen und durch seine Haltung deutlich, dass er nicht angesprochen werden will.



Abb. 14.1 Jedes Verhalten hat Mitteilungscharakter. Hier: „Ich möchte jetzt nicht mit Dir reden!" *(Symbolbild)* (Foto: Monkey Business – stock.adobe.com)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Viele Menschen verbinden mit „Kommunikation“ die Bedeutung, durch Sprache oder Mimik und Gestik aktiv Kontakt aufzunehmen oder zu erhalten. Kommunikation ist jedoch definiert als ein Prozess, bei dem Informationen übertragen werden. So genügt schon allein die Körperhaltung um zu kommunizieren, denn auch sie beinhaltet für andere sichtbare Information (Körpersprache).

Fallbeispiel

Grundregel 1. Frau M. hat starke Schmerzen. Pflegefachkraft Johannes möchte sie auf ihre Schmerzen ansprechen, sie wendet sich jedoch von ihm ab und schließt die Augen. Mit diesem Verhalten vermittelt sie eine deutliche Information, die Johannes versteht: Sie will jetzt nicht mit ihm über ihre Schmerzen sprechen.

Grundregel 2

Merke

Kommunikation läuft auf verschiedenen Informationsebenen ab.

Verbal wird der Inhalt, die Information, die sachliche Aussage vermittelt. Das geschieht durch Wörter. Nonverbal und paraverbal wird die Beziehung, innerhalb der die Kommunikation stattfindet, ausgedrückt. Es wird mitgeteilt, wie das Gesagte erlebt wird, und wie das Gesagte zu verstehen ist.

► **Nonverbale Kommunikation.** Diese Form der Kommunikation drückt sich durch die Körpersprache aus. Es gibt viele Möglichkeiten des nonverbalen Ausdrucks: In Mimik, Gestik, Blickkontakt, Haltung, Gang, Berührung, Distanz, Schweigen, in vegetativen Zeichen (z. B. Erröten), in Frisur, Kleidung, Schmuck oder in anderen Statussymbolen.

► **Paraverbale Ausdrucksformen.** Menschen geben jedoch auch durch die Art und Weise *wie* etwas gesagt wird Informationen weiter. Dazu gehören Stimmmerkmale wie Lautstärke, Klangfarbe, Tonlage, Tonfall und die Sprechgeschwindigkeit. Sie teilen mit, wie das Gesagte zu verstehen ist.

Fallbeispiel

Grundregel 2. Frau Richter, eine ältere Patientin, freut sich am Besuch ihres Sohnes Konrad, den sie schon lange nicht gesehen hat. Sie erzählt schnell und aufgeregt, was sie erlebt hat. Nach 15 Minuten bewegt sich der Sohn unruhig auf seinem Stuhl, schaut öfter zum Fenster hinaus und steht schließlich auf. Es gelingt ihm nicht wirklich, seine Mutter in ihrer Redefreude zu unterbrechen. Erst als er den Stuhl aufräumt und ihr zum Abschied die Hand hinhält, realisiert sie, dass er gehen möchte. So verabschieden sie sich. In dem Moment fällt Frau Richter noch eine Begebenheit ein, die sie unbedingt mitteilen will. Dabei macht der Sohn einige Schritte rückwärts auf die Türe zu. Erst als er die Hand auf die Türklinke legt, hört sie auf zu erzählen.

Aufgabe

1 Welche nonverbalen Signale sendet der Sohn in Fallbeispiel 2?
2 Sie betreten ein Dreibettzimmer. Zwei der Frauen sitzen auf den Betten und schauen Sie erwartungsvoll an: „Schön, dass Sie kommen!“ sagen sie wie aus einem Mund. Die Patientin im hinteren Bett hat sich zum Fenster hin gedreht, die Decke bis zum Kopf hochgezogen und liegt mit offenen Augen schweigend da. Welche Informationen der 3 Frauen nehmen Sie wahr?
3 Ein Patient sagt: „Morgen werde ich entlassen.“ Unterlegen Sie den Satz mit Stimme (paraverbal) und Körpersprache (nonverbal) so, dass er einmal als freudige und einmal als traurige, problematische Botschaft zu verstehen ist.

Grundregel 3

Merke

Jeder Teilnehmer ist zugleich Sender und Empfänger. Das Verhalten des einzelnen Teilnehmers ist sowohl Reaktion auf das Verhalten des anderen, als auch gleichzeitig Reiz für das Verhalten des anderen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Wenn 2 Personen miteinander kommunizieren, verursacht nicht die eine Person das Verhalten der anderen, sondern jedes Verhalten ist zugleich Ursache und Folge des Verhaltens der anderen.

Fallbeispiel

Grundregel 3. Ein Ehepaar kann seine immer wieder auftretenden Streitigkeiten nicht lösen, weil es sich in einem Teufelskreis festgefahren hat. Er sagt: „Ich rede nicht mit dir, weil du so gereizt bist." Sie sagt: „Ich bin so gereizt, weil du nicht mit mir redest."

Fallbeispiel

Grundregel 3. Frau Sauter und Frau Roth unterrichten an der Krankenpflegeschule. Sie treffen sich zur wöchentlichen Schlussbesprechung. Frau Sauter bemerkt den aufgebrachten und verärgerten Gesichtsausdruck ihrer Kollegin und denkt „Wie unfreundlich und unkooperativ Frau Roth heute wieder ist!". Daraufhin verhält sie sich reserviert und wortkarg und beschließt, ihre neuen und kreativen Vorschläge für die Gestaltung der Unterrichtsräume heute nicht zu äußern. Frau Roth wundert sich über ihre heute so wortkarge Kollegin. Sie vermutet, dass sie heute in Ruhe gelassen werden möchte und verlässt nach der Besprechung still den Raum. Frau Sauter verhält sich – als Reaktion auf den Gesichtsausdruck von Frau Roth – abweisend. Dieses Verhalten ist zugleich die Folge und die Ursache von Frau Roths Verhalten.

14.1.2 Prinzipien der Gesprächsführung

Fallbeispiel

Unbefriedigendes Gespräch. Zwei Frauen treffen sich auf dem Wochenmarkt. Die eine geht mühsam am Stock. Fragt die andere: „Ja, was haben Sie denn gemacht?" „Ich hatte eine Knieoperation, es klappt noch gar nicht gut mit dem Gehen ..." „Ich hatte vor 3 Jahren auch eine Knieoperation", unterbricht die erste und erzählt ausführlich die Details. Die andere wendet sich bald ab und verabschiedet sich.

Gespräche dieser Art sind wenig hilfreich und bringen niemanden weiter. Das Muster „Wie geht es dir? Mir geht es schlecht." verhindert einen Austausch der Gesprächspartner. Es läuft darauf hinaus, dass ein Gesprächsteilnehmer zuerst aufgefordert wird, von sich zu erzählen, zugleich aber in die Rolle des Zuhörers gedrängt wird. Je stärker er diesen Verlauf als unbefriedigend erlebt, umso eher wird er das Gespräch abbrechen; bei häufigen Wiederholungen dieses Musters wird er dem Gesprächspartner sogar aus dem Weg gehen. Es gibt andere Möglichkeiten miteinander, für beide Partner befriedigend zu sprechen.

Aktives Zuhören

Wer professionell und hilfreich Gespräche führen will, kann sich einer Methode bedienen, die Aktives Zuhören genannt wird. Dabei kommt es darauf an, bewusst und konzentriert 2 Ebenen der Kommunikation wahrzunehmen:

- die Inhaltsebene und die
- Erlebens- oder Beziehungsebene, d. h. den emotionalen Anteil einer Botschaft.

Es ist sinnvoll, dem Gesprächspartner zu vermitteln, ihn auch auf dieser zweiten Ebene verstanden zu haben. Es kann auch sein, dass zurückgefragt werden muss, ob dieser Anteil der Aussage richtig verstanden wurde. So können falsche Interpretationen und Missverständnisse vermieden werden. Wer das Aktive Zuhören beherrscht und in diesem Sinne aufmerksam mit Menschen reden kann, baut eine gute, tragfähige Gesprächsbeziehung auf und erlebt Gespräche, die einen Menschen weiterbringen (▶ Abb. 14.2).



Abb. 14.2 Zu einer guten professionellen Gesprächsführung gehört das Aktive Zuhören. (Foto: P. Bläfield, Thieme)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

In der Alltagssprache wird oft gefordert, sich in einen anderen einzufühlen. Jeder Mensch kann aber nur seine eigenen Gefühle fühlen, nicht die eines anderen. Wohl aber kann er sich von ihnen erzählen lassen und wiedergeben, was er verstanden hat.

Fallbeispiel

Aktives Zuhören. Frau Betzner berichtet Pflegefachkraft Katja, wie sehr sie sich vor der ersten Chemotherapie geängstigt hat, welche Befürchtungen sie hatte und wie sie schließlich versuchte, sich das Leben zu nehmen. Katja gibt wieder, was sie verstanden hat: „Sie hatten wohl damals sehr große Angst. Wenn Sie Ihre Lebenssituation so aussichtslos erlebt haben, waren Sie sicher sehr verzweifelt, dann war das wohl Ihr letzter Versuch zurechtzukommen …". „Ja", erwidert Frau Betzner, sie fühlt sich verstanden.

Kein Mensch kann sich „in einen Menschen hineinversetzen". Wie soll das gehen? Richtiger ist es, die Sichtweise des anderen einzunehmen, so wie er die Situation erlebt. Dann ist es möglich, dem Gegenüber ein Verständnis mitzuteilen: Menschen, mit denen so geredet wird, fühlen sich verstanden. Das bedeutet, das Gespräch kann weitergehen und wird nicht wie im Beispiel der beiden Frauen auf dem Wochenmarkt abgebrochen.

Aufgabe

4 Rufen Sie sich die Ereignisse der vergangenen 3 Tage ins Gedächtnis. Notieren Sie 5 kurze Sätze, die etwas Erlebtes ausdrücken, wie etwa: „Am Sonntag traf ich zufällig nach vielen Jahren eine Schulfreundin aus der Grundschule" oder „Freitag habe ich die ganze Nacht ferngesehen, was ich öfters tue". Lassen Sie unter jedem Satz einige Zeilen frei.

Bilden Sie nun Gruppen zu je 2 Personen, A und B. Nun soll Person A die 5 Sätze auf ihrem Blatt mit emotionalem Anteil sprechen. Mit Stimme, Sprechweise, Mimik und Gestik soll sie in die Aussage etwas von dem hineinlegen, wie sie sie erlebt hat. Person B hört zu und notiert sich, welchen emotionalen Anteil sie auf der Erlebensebene wahrgenommen hat. Danach gehen beide noch einmal Gesagtes und Verstandenes durch, dabei kann Person A bestätigen oder korrigieren, wo sie nicht richtig verstanden wurde. Anschließend können die Rollen getauscht werden.

Vier-Ohren-Modell

Das Vier-Ohren-Modell ist ein Kommunikationsmodell von Friedemann Schulz von Thun. Es analysiert noch genauer, was geschehen kann, wenn Menschen miteinander kommunizieren. Das Vier-Ohren-Modell leitet zu vierfachem Hören an und hilft Kommunikationsstörungen zu erkennen und zu vermeiden (▶ Abb. 14.3). Die zugrundeliegende Theorie besagt, dass jede Nachricht Botschaften auf verschiedenen Ebenen beinhaltet. Sie betreffen:

1. **Sachinhalt:** Die Sachebene gibt an, über welche Fakten informiert wird.
2. **Selbstoffenbarung:** Sie enthält Informationen über die Sichtweise oder die Gefühle des Senders.
3. **Beziehungsbotschaft:** Sie sagt aus, wie Sender und Empfänger zueinanderstehen.
4. **Appell:** Er enthält eine Aufforderung. Er beinhaltet, was der Empfänger tun soll, was der Sender sich von ihm wünscht.

Fallbeispiel

Vier-Ohren-Modell. Ein Ehepaar sitzt abends beim Fernsehen. Die Frau sagt zu ihrem Mann: „Es ist kalt hier."

So kurz dieser Satz auch ist, ist er keineswegs eindeutig zu verstehen. Theoretisch könnte er auf 4-fache Weise verstanden werden. In diesem kurzen Satz stecken 4 verschiedene Botschaften der Nachricht:

1. Der Sachinhalt gibt die Information an: „Die Zimmertemperatur ist niedrig."
2. Die Selbstoffenbarungsbotschaft teilt mit: „Ich friere."
3. Die Beziehungsbotschaft sagt: „Du bist in unserer Beziehung dafür zuständig, dass es mir gut geht."
4. Der Appell heißt: „Schalte die Heizung höher."

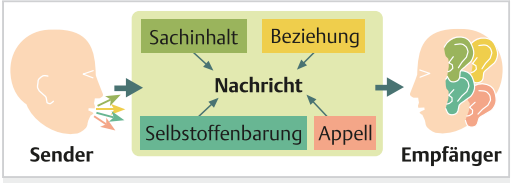


Abb. 14.3 Die 4 Aspekte einer Botschaft.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

5 Analysieren Sie die folgenden Aussagen bezüglich der 4 Botschaften. Welche Aussagen könnten auf den verschiedenen Ebenen dahinterstehen?

a) Chef zum Angestellten: „Beeilen Sie sich, der Auftrag muss fertig werden. Bei Ihrem Kollegen geht das viel schneller!“
b) Mutter zur Tochter: „Zieh dich warm an, draußen ist es kalt!“
c) Bewohner eines Pflegeheims zur Pflegefachkraft: „Ich fühle mich heute nicht wohl.“
d) Ehefrau im Streit zu ihrem Mann: „Dann pack’ doch deine Sachen und geh’!“
e) Pflegefachkraft zu einem Kollegen: „Ich habe schon alles erledigt, du warst ja wieder nicht da.“

Kommunikationsstörungen aus der Sicht des Vier-Ohren-Modells

Im beruflichen Alltag von Pflegeheim und Krankenhaus erschweren Kommunikationsstörungen das Zusammenleben und Zusammenarbeiten. Fehlinterpretationen und Missverständnisse ziehen oft weitere Kommunikations- und Beziehungsstörungen nach sich.

Kommunikationsstörungen entstehen dadurch, dass Sender und Empfänger die 4 Botschaften unterschiedlich gewichten. Die 4 Botschaften sind meist gleichzeitig, jedoch unterschiedlich stark wirksam. Zu Missverständnissen und Konflikten kommt es dadurch, dass der Zuhörer eine Ebene wichtig nimmt (z. B. die Beziehung), während der Sprecher auf eine andere Wert legt (z. B. den Inhalt). Die Frage aber ist: Wie gewichtet der Hörende? Und was antwortet er entsprechend auf dieser Ebene?

Je nachdem welche Botschaft der Nachricht „gesendet“ wird und welches Gewicht ihr verliehen wird, erwartet der Sender i. d. R. folgende Reaktionen:

1. Steht der Sachinhalt im Vordergrund, wird eine Reaktion auf der Sachebene erwartet.
2. Wird in erster Linie eine Selbstoffenbarung gesendet, wird erwartet, dass der Empfänger sich dazu äußert.
3. Wird eine Beziehungsbotschaft gesendet, wird eine Reaktion darauf erwartet.
4. Geht ein Appell vom Sender aus, so wird erwartet, dass der Empfänger diesen ausführt oder sich zumindest zu dem Wunsch des Senders äußert.

Es ist wichtig, immer wieder mit den verschiedenen „Ohren“ zu hören, um so zu verstehen, wie die Nachricht gesendet wurde. Auch hier ist das Nachfragen eine gute Möglichkeit, Fehlinterpretationen und Missverständnissen vorzubeugen. Der Sprecher kann dann korrigieren: „Nein, so habe ich es nicht gemeint!“ Oder bestätigen: „Ja, genau so ist es!“ Der Hörer kann sich nun sicher sein, wie die Aussage gemeint war und das Gespräch kann ungestört weitergeführt werden.

Fallbeispiel

Vier-Ohren-Modell. Die Patientin sagt freudig: „Haben Sie schon gehört? Ich werde am Montag entlassen.“ Die Pflegefachkraft reagiert mit „allen 4 Ohren“:

1. **Sachinhalt:** „Verstehe ich das richtig? Der Termin steht also fest?“
2. **Selbstoffenbarung:** „Sie freuen sich, dass Sie es endlich geschafft haben und heim dürfen!“
3. **Beziehungsaspekt:** „Also, dann trennen sich ja unsere Wege. Wer betreut Sie zu Hause?“
4. **Appellaspekt:** „Ja, ich werde Ihre Papiere rechtzeitig fertigmachen.“

14.1.3 Feedback

Ein wesentlicher Faktor einer gelingenden Kommunikation ist die Rückmeldung des Hörers auf die Nachricht des Sprechers (engl.: Feedback). Der Sender muss sich vergewissern: Wie kommt das, was ich sage und wie ich mich verhalte, bei dem Empfänger an? Um Missverständnisse und andere Kommunikationsstörungen zu vermeiden, sollte man immer wieder Feedback einholen und zwar auf der Sachebene und auf der Beziehungsebene. Das kann geschehen durch (▶ Abb. 14.4):

- Rückfragen,
- Kommentieren.

Merke

Jeder Gesprächsteilnehmer kann ein Feedback geben und sich Feedback holen, um Kommunikationsstörungen zu vermeiden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

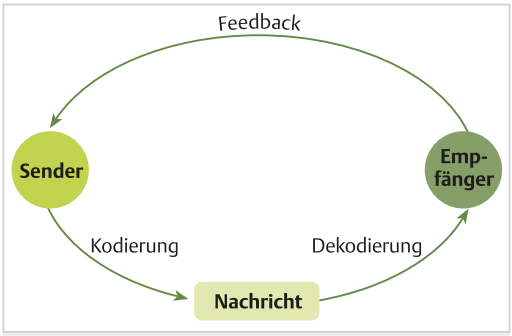


Abb. 14.4 Feedback beugt Kommunikationsstörungen vor.

Feedback Sachinhalt

Es wird Feedback darüber eingeholt, ob die inhaltlichen Fakten der Aussage richtig verstanden wurden, z. B.:

- Ich soll also in das erste Untergeschoss fahren und dort links herum den Gang entlanggehen?
- Das Untersuchungszimmer ist dann Zimmer Nummer 144, ist das richtig?
- Sie sind also zum Bahnhof gerannt und haben im letzten Moment noch den Zug erreicht?

Kommt bei einem der Gesprächsteilnehmer ein Gefühl der Unsicherheit auf (Was meint der Sprecher genau? Ich weiß nicht, was jetzt gemeint ist, alle anderen wissen es vielleicht!), ist es Zeit, inhaltliches Feedback einzuholen, um nicht aneinander vorbei zu reden.

Fallbeispiel

Feedback Sachinhalt. Am Ende der Visite sagt der Arzt zum Patienten: „Dann kommen Sie morgen also zur Untersuchung." „Ja", sagt er. Dabei fühlt er sich aber nicht wohl, denn er weiß eigentlich nichts Genaues. So holt er sich noch die nötigen Informationen, ehe der Arzt das Zimmer verlässt: „Welche Untersuchung meinen Sie, Herr Doktor? Wann soll ich kommen und wohin?" Der Arzt gibt Auskunft, der Patient muss sich keine unnötigen Sorgen machen.

Merke

Mit Feedback auf der Inhaltsebene lässt sich die Verständigung bezüglich der Fakten überprüfen. So können Missverständnisse und Unklarheiten beseitigt werden.

Feedback Selbstoffenbarung

Es wird ein Feedback darüber eingeholt, ob die Gefühle und das Erleben des Senders richtig verstanden wurden:

- Habe ich das richtig verstanden, dass Sie darüber traurig waren?
- Wollen Sie damit sagen, Sie freuen sich gar nicht auf ihre Entlassung?
- Das hört sich so an, als ob es Ihnen nichts ausmacht, ein paar Tage im Krankenhaus zu sein.

Um sicher zu gehen, die Gefühle des anderen richtig verstanden zu haben, kann das Verstandene mit eigenen Worten wiederholt werden, sodass der Sprecher verbessernd eingreifen kann. Unklarheiten werden durch Kommentieren, wie es verstanden wurde, geklärt.

Feedback Beziehungsbotschaft

Rückmeldung kann auch klären, wie Gesprächspartner zu einander stehen, was sie von einander halten, z. B.:

- Bei mir kommt das so an, als ob Sie lieber auf einer anderen Station eingesetzt werden möchten. Sehe ich das richtig?
- Ich habe den Eindruck, es gefällt Ihnen bei uns.

Fallbeispiel

Feedback Beziehungsbotschaft. Im Pflegeheim ist heute besonders viel zu tun. Mehrere Bewohner werden neu aufgenommen.

Paula, die Pflegedienstleitung, schaut kurz ins Stationszimmer und sagt zu ihrer Kollegin Kati: „Ich kann Ihnen ein wenig helfen, Kati." „Oh, nein danke, Paula. Trauen Sie mir so wenig zu?" „Ich weiß, wie viel Sie leisten können. Ich dachte nur: Der Tag ist noch lang und ich habe gerade etwas Zeit." Kati freut sich und nimmt nun die Hilfe gerne an.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Feedback zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung

Neben dem Feedback über die 4 Ebenen der Kommunikation kann es hilfreich sein ein Feedback über das eigene Verhalten einzuholen. Wer die Gelegenheiten wahrnimmt, eine Rückmeldung über sein eigenes Verhalten zu bekommen, kann mehr über sich selbst erfahren. Er erweitert dadurch sein Wissen darüber, wie er auf andere wirkt, und das gibt nicht selten Anlass zum Staunen. Feedback kann die Selbstwahrnehmung verbessern.

Fallbeispiel

Verbesserung der Selbstwahrnehmung. Im Stationszimmer ist folgender Dialog zu hören. Anna, die Stationsleitung, sagt: „Laura, ich möchte Ihnen gerne sagen, was mir eben im Zimmer 18 aufgefallen ist: Die Patientin hat sich mehrmals an Sie gewendet und wollte etwas mit Ihnen besprechen. Sie schienen ganz in das Betten und Waschen vertieft zu sein." „Oh, das habe ich gar nicht bemerkt. Es stimmt, ich war mit meinen Gedanken bei dem Unfall, den ich heute früh erlebt habe." „Ach so, das war es. Ich würde mir wünschen, dass Sie beim nächsten Mal Ihre Arbeit kurz unterbrechen und vor allem mit der Patientin Blickkontakt halten." „Ich habe mich auch nicht wohl gefühlt, aber danke für den Hinweis. Ich werde darauf achten."

Merke

Feedback hilft, Beziehungen zu klären und trägt zu einer guten Kommunikation bei. Feedback kann auch die eigene Wahrnehmung verbessern.

▶ **Feedback-Regeln.** Wer seinen Gesprächsstil verbessern möchte, kann folgende Feedback-Regeln beachten:

- eigene Wahrnehmung ins Gespräch bringen,
- eigene Gefühle äußern,
- in der Ich-Form sprechen (Ich-Botschaften),
- Wünsche formulieren,
- sich echt und ehrlich verhalten,
- Interesse an der anderen Person und den Gesprächsinhalten rückmelden,
- durchgehend eine Haltung der Achtung und Wertschätzung des Partners einnehmen.

14.2 Gesprächsformen

Verschiedene Gesprächsformen können unterschieden werden:

- persönliche Gespräche,
- Informationsgespräche,
- Alltagsgespräche,
- Gespräche am Telefon.

14.2.1 Persönliche Gespräche

Aufgabe

6 Pflegefachkraft Bruno hat heute einen Gesprächstermin mit seiner Chefin, der Pflegedienstleitung Klara. Er möchte mit ihr eine persönliche Angelegenheit, die ihm berufliche Probleme verursacht, in aller Ruhe besprechen. Bruno kennt Klara schon seit Jahren, als sie noch beide auf einer Station arbeiteten.

Im Vorzimmer muss er 10 Minuten warten. Als sie sich endlich im Büro gegenübersitzen, will Bruno nach ein paar Minuten sein Thema ansprechen, als das Telefon klingelt. Pflegedienstleitung Klara murmelt eine Entschuldigung und bittet Bruno, einige Minuten draußen zu warten. Dort beschließt er, an diesem Tag sein Anliegen nicht vorzubringen.

Haben die beiden eine Chance, durch Feedback-Holen und Feedback-Geben das Gespräch doch noch in Gang zu bringen? Versuchen Sie es mit einem Rollenspiel (▶ Abb. 14.5).

Voraussetzungen für persönliche Gespräche

Soll ein persönliches Gespräch erfolgreich sein, müssen sowohl äußere als auch innere Voraussetzungen gegeben sein.

Äußere Voraussetzungen

Wenn im Augenblick keine Zeit ist, muss ein Termin vereinbart werden. Im Gesprächszimmer sollte für Ordnung und eine gewisse Harmonie gesorgt sein. Dazu gehört es, den PC-Bildschirm abzuschalten und nicht über den voll beladenen Schreibtisch hinweg miteinander zu reden. Besser ist es, Gespräche in einer Sitzecke zu führen, die eine angenehme Atmosphäre ermöglicht. Für die Dauer des Gesprächs sollte Störungsfreiheit garan-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 14.5 Rollenspiel zu einem persönlichen Gespräch. (Fotos a–f: K. Oborny, Thieme)
- **a** Pflegehelferin Sabine hat um ein Gespräch bei der Pflegedienstleitung gebeten.
- **b** Die hereingetretene Pflegerin Anja wartet. Pflegehelferin Sabine versucht, ihre Ungeduld zu beherrschen.
- **c** Die Pflegedienstleitung Frau Meier versucht, den Faden wiederzufinden und macht einen neuen Anfang ...
- **d** Da wird das Gespräch erneut gestört. Das Telefon von Frau Meier klingelt.
- **e** Pflegehelferin Sabine verlässt verärgert den Raum. Frau Meier bittet sie nach einigen Minuten wieder herein.
- **f** Pflegehelferin Sabine möchte nicht noch einmal von vorn anfangen. Sie hat genug für heute. Sie verabschiedet sich und verlässt enttäuscht den Raum.

tiert sein. Der Termin und die voraussichtliche Dauer sollten vorher klar abgesprochen werden. Das Ende des Gesprächs wird angekündigt, evtl. wird zusammengefasst, was erreicht wurde. Falls nötig, wird ein neuer Termin vereinbart.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Die in dieser Weise gestalteten äußeren Gegebenheiten eines Gesprächs haben einen deutlichen Aussagecharakter und spiegeln die innere Einstellung wider: „Ich habe Zeit für dieses Gespräch, es ist mir wichtig!“

Innere Voraussetzungen

Die Faktoren der inneren Haltung hat Carl Rogers (1902–1987) für die Gesprächstherapie herausgearbeitet. Danach ergeben sich folgende inneren Voraussetzungen für ein erfolgreiches Gespräch:

- **Akzeptanz:** Der Gesprächspartner wird ohne Bewertung so angenommen, wie er ist.
- **Wertschätzung:** Dem Gesprächspartner wird mit Achtung und Höflichkeit begegnet. Er wird darin bestärkt, eigene Vorstellungen und Ideen zur Problemlösung zu entwickeln. Dadurch bleibt er eigenständig.
- **Empathie:** Die Gefühle des Gesprächspartners werden wahrgenommen und akzeptiert. Seine Sichtweise wird angenommen (nicht unbedingt übernommen!).
- **Emotionale Wärme:** Sie begleitet den ganzen Prozess, sodass ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit geschaffen wird.
- **Echtheit:** Die das Gespräch leitende Person verhält sich ehrlich und echt, sodass auch der andere sich nicht verstellen muss.

Die Gesprächsführung sollte klar strukturiert sein. Hilfreich ist auch, zu Beginn klare Gesprächsziele zu formulieren und am Ende des Gesprächs Ergebnisse (ggf. schriftlich) festzuhalten.

Merke

Gute und hilfreiche Gespräche kann jeder führen, der die äußeren Faktoren der Gesprächssituation und die inneren Faktoren der eigenen Haltung beachtet und Gesprächstechniken wie das Aktive Zuhören und das Vier-Ohren-Hören einsetzt.

„Wie geht es Ihnen?“

Die im Krankheitsfall wohl am häufigsten gestellte Frage leitet sehr unterschiedliche Gespräche ein.

Fallbeispiel

„Wie geht es Ihnen?“. Gespräch zweier Patientinnen: Frau S.: „Wie geht es Ihnen, Frau T.? Ich habe die ganze Nacht nicht geschlafen. Es war so warm im Zimmer und ich mache mir solche Sorgen um meinen Mann, der jetzt allein zu Hause ist. Wissen Sie, er kann ja nichts im Haushalt. Ich will ihm, wenn ich wieder zu Hause bin, unbedingt die Kaffeemaschine und die Mikrowelle erklären.“ Frau T. isst inzwischen ihr Brötchen.

Professionelles persönliches Gespräch

Das professionell geführte persönliche Gespräch darf nicht – wie im Fallbeispiel beschrieben – nach dem Muster „Wie geht es Ihnen, mir geht es schlecht (beziehungsweise gut)“ geführt werden. Wer die Frage stellt, sollte dem Gegenüber eine echte Chance zum Antworten geben.

► **Setting.** Die Frage „Wie geht es Dir?“ braucht ein bestimmtes „Setting“. Dazu gehört:

- ausreichend Zeit für eine Antwort geben,
- räumliche Voraussetzung schaffen, um die Antwort auch ungestört hören zu können,
- Interesse an der Antwort zeigen.

Mit Hilfe von Aktivem Zuhören kann das Gespräch weitergeführt werden.

14.2.2 Informationsgespräche

Zu den vielen sich alltäglich wiederholenden Aufgaben im Pflegeberuf gehört es, Informationen einzuholen und weiterzugeben.

► **Zu berücksichtigende Aspekte.** Um ein Informationsgespräch mit einem Patienten erfolgreich zu führen, muss bezüglich des Patienten Folgendes berücksichtigt werden:

- Gesundheitszustand,
- Stimmung,
- Sprache,
- Bildungsstand bzw. seine intellektuellen Fähigkeiten,
- Inhalt des Gespräches.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 14.6 Im Informationsgespräch wird Neues in kleinen Schritten vermittelt und Gelegenheit zu Rückfragen gegeben. (Foto: A. Fischer, Thieme)

Der Inhalt der Information, ob sie eher allgemein oder folgenschwer für den Patienten ist, ist für die Gesprächsführung ausschlaggebend. Im Verlauf des Gesprächs ist darauf zu achten, dass Neues in angemessenen Schritten vermittelt wird (▶ Abb. 14.6).

Die Person, die das Gespräch führt, muss sich vergewissern, ob die Information verstanden wurde, Teile evtl. wiederholen und Zeit zum Nachfragen geben. Sie kann Beispiele anführen und die Information veranschaulichen. Fachwörter sind gegebenenfalls zu vermeiden oder zu übersetzen.

Fallbeispiel

Informationsgespräch. Ein junger Mann wird nach einem Reitunfall ins Krankenhaus eingeliefert. Der aufnehmende Arzt diagnostiziert einen Wadenbeinbruch. Der Patient verbringt die erste Nacht auf der chirurgischen Station mit hochgelagertem, schmerzendem Bein. Am nächsten Tag bei der Stationsvisite untersucht eine Oberärztin das Bein. Mit Blick auf die Röntgenbilder stellt sie fest: „Das ist keine dislozierte Fraktur!“ Kaum ist die Visite vorbei, ruft der junge Mann bei seiner Mutter an und teilt ihr erfreut mit: „Das Bein ist doch nicht gebrochen!“ Dass eine Fraktur ein Bruch ist, hatte er schon gelernt. Das Wort dislozierte kannte er nicht und versteht deshalb nur: „Das ist doch keine Fraktur.“

Aufgabe

7 Eine junge Frau wird 3 Tage nach der Entbindung mit ihrem Säugling entlassen. Informieren Sie die Mutter über die weitere Betreuung des Kindes zu Hause.

Spielen Sie im Rollenspiel das Informationsgespräch nach, bei dem Sie auf die spezielle Situation der Patientin eingehen. Beschreiben Sie dazu die Voraussetzungen der Patientin (Gesundheitszustand, Fähigkeiten usw.) sowie die Schritte, wie Sie im Gespräch vorgehen.

14.2.3 Alltagsgespräche („Small Talk“)

Pflegende sollten sich nicht scheuen, auch ganz alltägliche „kleine“ Gespräche zu führen, wie es Menschen überall tun. Die Patienten im Krankenhaus und die Bewohner eines Pflegeheims bieten immer wieder das kleine Gespräch über Themen des täglichen Lebens wie Wetter, Fernsehen, Familie, Mode, Krankheiten oder Ernährung an.

▶ **Bedeutung von Alltagsgesprächen.** Man darf diese Gespräche nicht unterschätzen, denn sie haben ihren eigenen Zweck und sind aus verschiedenen Gründen sinnvoll (▶ Abb. 14.7):

- Selbstwertgefühl: Alltagsgespräche dienen dazu, dass sich der Patient auch als Wissender geben kann. Er kann von Themen sprechen, bei denen er sich besser auskennt als der Pflegende. Hier kann er sich als gesunder und nicht nur als kranker Mensch darstellen.
- Ablenkung: Alltagsgespräche können eine willkommene Ablenkung von den Sorgen und Ängsten eines Patienten sein. Sie können ein wenig Normalität in eine mit Anspannung und Angst verbundene Situation bringen.
- Nähe: Alltagsgespräche können ein Gefühl der Nähe erzeugen und die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten verbessern. Hat man doch Themen, an die immer wieder angeknüpft werden kann.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 14.7 Alltagsgespräche können ein Gefühl der Nähe erzeugen. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Fallbeispiel

Alltagsgespräch. Auszubildende Anna liebt es, sich neue Frisuren zu machen. Mal sind die Haare blau, mal grün oder ganz bunt gefärbt, mal macht sie sich viele kleine Zöpfe, mal eine Hochsteckfrisur. Wenn Anna für die morgendliche Grundpflege zu Frau Bittner kommt, ist diese schon gespannt, wie Anna heute wohl aussieht: „Das sieht ja lustig aus, so viele Zöpfe! Wie lange haben Sie denn gebraucht um die alle zu flechten?“ Anna: „Das hat in der Tat eine Weile gedauert. Fast eine Stunde haben meine Freundin und ich dazu gebraucht. Gefällt es Ihnen?“ Frau Bittner: „So was gab es früher nicht. Aber es sieht lustig aus. Stecken Sie mir meine Haare heute hoch?“

Anna und Frau Bittner kommen sofort ins Gespräch. Frau Bittner interessiert sich für Anna und ist abgelenkt von ihrer Krankheit. Gemeinsame Themen erzeugen ein Gefühl der Nähe.

14.2.4 Gespräche am Telefon

Im Altenpflegeheim und im Krankenhaus laufen viele Kontakte über das Telefon. Bei dieser Kommunikation entfallen alle Begleitsignale der Körpersprache. Weder Mimik, noch Gestik, noch die Körperhaltung können wahrgenommen werden. Dafür kommt den paraverbalen Ausdrucksmöglichkeiten der Stimme und der Sprechweise große Bedeutung zu. Werden diese beachtet, ist es auch am Telefon möglich, Menschen in der emotionalen Situation abzuholen, in der sie sich gerade befinden.

Fallbeispiel

Telefongespräch. Das Telefon klingelt. Anja, Auszubildende im 3. Ausbildungsjahr, meldet sich: „Gruppe 18, Auszubildende Anja.“

„Anja, Sie kennen doch meine Mutter, die gestern erst entlassen wurde. Hier spricht Frau Kläger“, hört sie eine aufgeregte Stimme, „sie ist aus dem Bett gefallen, ich weiß nicht, was ich machen soll. Wir haben sie wieder hingelegt, aber sie spricht ganz wirr, ich bin allein zu Hause.“

„Frau Kläger, Sie sind ja ganz aufgeregt. Ja, ich kenne Ihre Mutter. Sie haben sie gestern hier abgeholt.“

„Ja, und jetzt ist das passiert.“

„Frau Kläger, Sie machen sich sicher große Sorgen, aber beruhigen Sie sich ein wenig. Durch die Umstellung vom Krankenhaus, wo sie gerade einige Zeit war, auf zu Hause wird Ihre Mutter beunruhigt sein. Ältere Menschen brauchen Zeit dafür. Das Beste wird sein, Sie rufen Ihren Hausarzt an, er wird sich Ihre Mutter anschauen und wissen, was zu tun ist. Haben Sie seine Telefonnummer?“

„Ja, richtig, das mache ich, die Nummer finde ich. Warum habe ich daran nicht gedacht? Sie sind mir in meinem Schrecken zuerst eingefallen! Vielen Dank.“

Anja entnimmt der Stimme am Telefon, dass Frau Kläger aufgebracht, in großer Sorge und im Moment hilflos ist. Indem sie die Anruferin immer wieder mit Namen anspricht, gewinnt sie deren Aufmerksamkeit. Indem sie formuliert, was sie vom emotionalen Zustand wahrgenommen hat, erreicht sie die Zustimmung und kann so helfen.

Merke

Beim Gespräch am Telefon kann das Aktive Zuhören so gut wie bei jedem anderen Gespräch eingesetzt werden. Da nonverbale Signale vom Gegenüber nicht wahrgenommen werden können, gewinnen die paraverbalen Anteile der Kommunikation an Bedeutung.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © STUDIO GRAND OUEST – stock.adobe.com

Kapitel 15

Sexualität

15.1 Die Bedeutung von Sexualität *234*

15.2 Soziologische Aspekte *234*

15.3 Psychologische Aspekte *238*

15.4 Physische Aspekte *240*

15.5 Bedeutung der Sexualität im Alter *242*

15.6 Sexualität im Pflegeheim *242*

15.7 Konfrontation der Pflegenden mit sexuellen Bedürfnissen *242*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

15 Sexualität

„Alter schützt vor Liebe nicht, aber Liebe schützt bis zu einem gewissen Grade vor Alter." Jeanne Moreau, franz. Schauspielerin

Examensschwerpunkte

Bedeutung von Sexualität (S. 234), Soziologische Aspekte (S. 234), Psychologische Aspekte (S. 238), Physische Aspekte (S. 240), Sexualität im Alter (S. 242), Sexualität im Pflegeheim (S. 242), Konfrontation der Pflegenden mit sexuellen Bedürfnissen (S. 242)

15.1 Die Bedeutung von Sexualität

Die eigene Sexualität begleitet einen Menschen ein Leben lang. Sie ist ein wichtiger Teil seiner Persönlichkeit und beinhaltet bestimmte Normen, Werte, Einstellungen, Verhaltensweisen und Interaktionen und wirkt so auf fast alle Bereiche des alltäglichen Lebens.

In diesem Kapitel wird exemplarisch für viele Lebens- und Pflegesituationen ganz deutlich, wie individuell Menschen sind und wie individuell Pflege gestaltet werden muss.

Jeder Mensch kommt mit einer individuellen genetischen Ausstattung als Junge oder als Mädchen auf die Welt. Im Laufe seines Lebens erlernt er durch eigene Erfahrungen, durch individuelle Vorbilder und geprägt durch die Zeit, in der er lebt, wie er dieses Geschlecht empfindet, wie er seine Rolle leben will und wie er Kontakte und Beziehung gestaltet. Bei der Ausführung dieser Rolle sind Alter, gesundheitlicher Zustand und soziale/gesellschaftliche Gegebenheiten zu berücksichtigen (▶ Abb. 15.1).

15.2 Soziologische Aspekte

15.2.1 Der Begriff „Sexualität"

Vielfach wird Sexualität ausschließlich mit dem Geschlechtsakt in Verbindung gebracht. Das ist zu eng gedacht. Sicher hat Sexualität etwas mit Zärtlichkeit, Berührungen, Umarmungen, Streicheln, Küssen und Erotik zu tun. Aber sie ist mehr. Sexualität ist ein Teil der Persönlichkeit. Sie beinhaltet Gefühle und Nähe und sollte viel mit Geborgenheit, Vertrauen, Selbstbestimmung und Würde zu tun haben. Sexualität beinhaltet, sich als Mann oder Frau zu fühlen und ein Selbstverständnis für die eigene Geschlechtsrolle zu entwickeln.

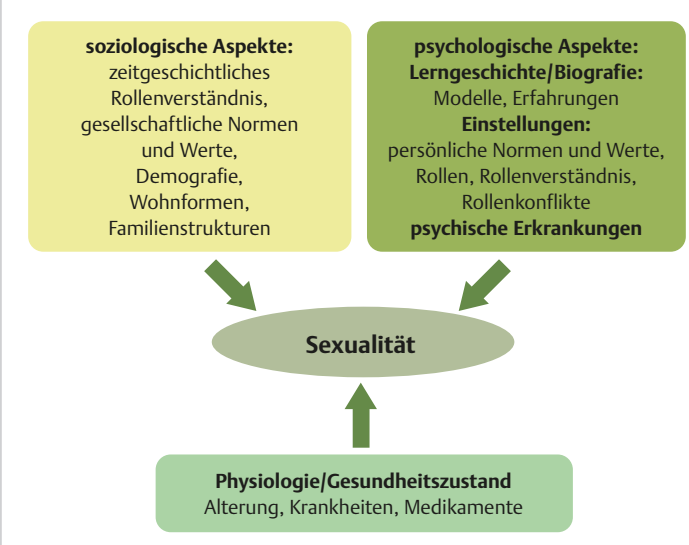


Abb. 15.1 Sexualität im Alter: Einflussfaktoren.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Definition

Sexualität bezeichnet im weiteren Sinn alle Lebensäußerungen, Verhaltensweisen, Empfindungen und Interaktionen in Bezug auf die Geschlechtlichkeit.

15.2.2 Rollenverständnis im Wandel der Zeit: Werte, Normen, Rollen in Familie, Gesellschaft, Partnerschaft

Im Krankenhaus, im Pflegeheim und im ambulanten Dienst begegnen Ihnen Menschen, die in einer Zeit aufgewachsen sind, in denen die Rollen von Mann und Frau sich von der heutigen unterschieden. Für einen wertschätzenden und individuellen Umgang ist es wichtig, ihre Normen und Werte zu kennen.

Das Rollenbild der Frau in der Generation der heute hochaltrigen Menschen

Fallbeispiel

Rollenbild der Frau in der Generation der heute Hochaltrigen. Die 1920 geborene Frau Gerke erzählt: „... da war meine Mutter sehr streng! Als ich mich einmal heimlich verliebt hatte, musste ich mich immer unter einem Vorwand aus dem Haus schleichen. Hinter der nächsten Hausecke wartete er dann schon auf mich und weg waren wir. Aber nicht so wie heute: Wir fuhren heraus aus dem Ort, schließlich durften das die Nachbarn nicht sehen, wir waren ja noch nicht offiziell verlobt. Dann gingen wir spazieren und manchmal haben wir uns sogar an den Händen gehalten.

Irgendwann hat er dann bei meinen Eltern vorgesprochen, es gab eine Verlobungsfeier bei Kaffee und Kuchen, und ein Jahr später haben wir geheiratet. Ja, er war mein erster und einziger Mann...

Nach der Heirat bekam ich 3 Kinder und blieb zuhause. Das wurde von einer verheirateten Frau auch erwartet."

Die Verlobung unserer Tochter Agnes mit Herrn Walter Thiel beehren sich anzuzeigen

Dr. Johann Bender u. Frau Ruth geb. Hansen

Laubenheim, den 29. April 1949
Rheinstr. 10

Agnes Bender
Walter Thiel
Verlobte

Mainz

Abb. 15.2 Eine Verlobung war eine offizielle Angelegenheit.

In dieser Generation herrschten noch andere Normen: Vorehelicher Geschlechtsverkehr galt als moralisch verwerflich, sollte dieser doch lediglich der Fortpflanzung dienen. Verschiedene Beziehungen vor der Ehe wurden nicht gerne gesehen. Sich in der Öffentlichkeit zu küssen war schon fast skandalös. Eine junge Frau konnte nicht alleine mit einem anderen Mann ausgehen ohne ihren „guten Ruf" zu schädigen. Eine offizielle Verlobung war eine wichtige Voraussetzung, um die Ehe einzugehen (▶ Abb. 15.2). Die Hochzeit sollte dann innerhalb eines Jahres stattfinden.

Viele junge Menschen, die im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts geboren wurden, wurden nicht richtig aufgeklärt. Eine Aufklärung durch die Medien oder in der Schule war undenkbar. Die Kleidung spiegelte die Einstellung der Gesellschaft zur Sexualität wider: Sie hatte hochgeschlossen zu sein und möglichst viel vom Körper zu bedecken. Religiöse Normen, die in dieser Generation oft einen hohen Stellenwert haben, und z. B. Vorstellungen von ewiger Treue beinhalten, hinderten daran, neue Bindungen einzugehen.

Die Umgangsformen mit dem anderen Geschlecht unterscheiden sich von den heutigen zum Teil erheblich: so hatte die Initiative, einen Partner zu finden und anzusprechen vom Mann auszugehen. Es wäre unmöglich gewesen, dass eine Frau dem Mann einen Heiratsantrag macht. In der Ehe hatte der Mann deutlich mehr Rechte als die Frau, die fast immer auch finanziell von ihm abhängig war. Eine Frau sollte sich zu sexuellen Themen nicht äußern.

Viele Merkmale dieser Rollenbilder spiegelten sich in der Gesetzeslage wider, die zum Teil noch lange darüber hinaus bestand: So galt bis 1957/1958 das sog. Letztentscheidungsrecht des Mannes. Er durfte in allen wichtigen Fragen das letzte

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Wort haben, das betraf z. B. den Haushalt, Erziehungsfragen und Geldfragen. Er durfte auch über das Geld der Frau entscheiden. Bis 1977 galt bei Scheidungen das Schuldprinzip (Unterhaltsansprüche nach Schuldanteil) anstatt wie heute das Zerrüttungsprinzip.

Aufgabe

1 Ergänzen Sie weitere auf das Geschlecht bezogene Normen und Werte dieser Generation.

Das Rollenbild der Frau in der Generation der „jungen Alten“

Fallbeispiel

Rollenbild der Frau in der Generation der „jungen Alten“. Frau S., 1955 geboren, erzählt der Auszubildenden Sandra: „Das war eine interessante, aber auch konfliktreiche Zeit: Während meine Eltern noch sehr streng erzogen wurden und meine Mutter noch die klassische Rolle der ‚guten Ehefrau und Hausfrau‘ erfüllte, wurden wir jungen Frauen immer selbstbewusster: Wir wollten unabhängiger werden, fast alle meine Freundinnen machten eine Ausbildung oder gingen sogar studieren. Es war zwar längst nicht so wie bei euch jungen Leuten heute: Wir liefen nicht in bauchfreien Shirts herum und wir hatten auch nicht schon mit 14 oder 15 Jahren einen ‚Freund‘. Aber es war inzwischen so, dass man sich kennen lernte und nicht unbedingt den ersten Partner auch heiratete. Ja, irgendwie bekamen die Frauen mehr Selbstbewusstsein. In meiner Ehe hat zwar jeder seine Rolle und Aufgaben, aber wir besprechen Dinge gemeinsam und treffen gemeinsam Entscheidungen. Das war bei meinen Eltern noch anders, da hatte am Ende immer der Mann das letzte Wort.“

Aufgabe

2 Welche Veränderungen des Rollenbildes von Frau S. werden im Text beschrieben?

Das Rollenbild der Frau heute

Fallbeispiel

Rollenbild der Frau heute. Die 29-jährige Pflegefachkraft Sonja erzählt einer Kollegin: „Mein Freund hat mich gefragt, ob ich ihn heiraten möchte. Ich habe mir das lange überlegt und mit ihm besprochen, aber wir haben uns entschieden, dass wir erst einmal zusammenziehen wollen. Das haben wir nämlich beide schon erlebt, dass eine Beziehung nach dem Zusammenziehen auseinanderging. Eigentlich muss man heute ja nicht mehr heiraten. Wenn ich in meinem Freundeskreis sehe, wie sich immer mehr Paare scheiden lassen und wie schlimm solche Trennungen verlaufen, glaube ich manchmal, es ist besser nicht zu heiraten. Wir verdienen beide unser Geld. Wir lieben unsere Unabhängigkeit, und so bleiben wir zusammen, weil wir uns lieben, und nicht aus Angst vor den Unannehmlichkeiten einer Scheidung …“: Kollegin: „Einerseits hast du schon recht, andererseits trennt man sich heute so schnell, vielleicht kämpft man mehr um seine Beziehung, wenn man verheiratet ist … Außerdem ist eine Ehe etwas Einzigartiges und ein Eheversprechen ist der Ausdruck einer ganz großen Liebe.“

Aufgabe

3 Welche Meinung ist näher an Ihrer Einstellung? Diskutieren Sie mit Ihren Mitschülern.

Heute gilt es als normal, dass Frauen arbeiten und eigenes Geld verdienen. In den meisten Beziehungen sind Mann und Frau gleichberechtigte Partner. Kleidung darf (bis zu einem gewissen Grade) die Weiblichkeit betonen. Frauen können heute zwischen verschiedenen Lebensformen wählen, ohne gesellschaftliche Abwertung zu erfahren: Sie können als Single leben oder unverheiratet mit einem Partner zusammenleben, sie können alleinerziehend sein, auch Scheidungen sind heute gesellschaftlich akzeptiert.

Gesetzliche Regelungen wurden (wenn auch mit erheblicher zeitlicher Verzögerung) im Sinne einer Gleichberechtigung verändert:

1991: Änderung des Namensrechts: Der Nachname der Frau darf in der Ehe beibehalten werden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

1997: Vergewaltigung und sexuelle Nötigung in der Ehe werden strafbar.

2002: Schnell wirksame Schutzanordnungen bei Gewalt in der Ehe und gegen Kinder (z. B. Überlassung der ehelichen Wohnung).

Bezogen auf die Sexualität im Alter ist jedoch noch nicht alles so fortschrittlich. So wird Sexualität heute oft mit Ästhetik und Attraktivität assoziiert, sie scheint jungen, schönen Körpern vorbehalten zu sein. Daraus entstehen Ängste vieler älterer Menschen, neue Beziehungen einzugehen, ist der eigene Körper doch nicht mehr so schön, wie er einmal war. Es bestehen auch noch moralische Vorstellungen in Form von Altersnormen. Das wird deutlich bei Aussagen wie „das tut man nicht in diesem Alter", oder an manchen entsetzten Blicken, wenn eine ältere Dame einen wesentlich jüngeren Partner hat.

Das Rollenbild des Mannes heute

Im Wandel ist aktuell auch das Rollenbild des Mannes: Die Vaterrolle wird heute oft viel intensiver gelebt (z. B. Elternzeit) und besteht nicht in erster Linie in der Rolle des Versorgers mit finanziellen Mitteln. Männer können einen eigenen Haushalt führen und übernehmen zunehmend auch in der Partnerschaft Teile der Hausarbeit.

Die Akzeptanz dafür, dass Väter zuhause bleiben und Mütter arbeiten gehen, steigt. Ein Wandel macht sich auch bemerkbar in der zunehmenden Anzahl von Männern in Pflegeberufen.

Aufgabe

4 Erinnern Sie sich an den Begriff Rollenunsicherheit (S. 164): Definieren Sie und erläutern Sie den Begriff bezogen auf den oben beschriebenen Wandel der Geschlechtsrollen.

15.2.3 Sexualität und Altssexualität in der Gesellschaft

Während intime Sexualität sich früher hinter geschlossenen Türen abspielte und lediglich der Fortpflanzung dienen sollte, zeigen sich heute Entwicklungen in Richtung eines anderen Extrems: Intime Sexualität findet vor allem zur Befriedigung sexueller Bedürfnisse und als Ausdruck von Nähe in einer Beziehung statt, und sie wird häufig – vor allem von Jugendlichen – auch in der Öffentlichkeit gelebt. Das zeigt sich z. B. in freizügiger Kleidung, Küssen in der Öffentlichkeit aber auch in den verschiedenen Medien. Diese Extreme sind für manche ältere Menschen schwer zu akzeptieren. So sagt die 83-jährige Frau Seitz zu Auszubildende Jana: „Zieh dir doch mal was Richtiges an, Mädchen. Da sieht man ja alles …"

Umgekehrt haben aber auch jüngere Menschen Schwierigkeiten, Alterssexualität als etwas Normales zu betrachten. In der Gesellschaft wird vielfach von einem eher „geschlechtslosen Alter" ausgegangen. So scheinen für viele die Begriffe „Alter" und „Sexualität" nicht zusammen zu passen: Da Sexualität oft mit Jugend, Attraktivität und Familiengründung assoziiert wird, ist sie im Alter weitgehend ein Tabuthema.

Da Sexualität jedoch alles umfasst, was mit dem Geschlechtsleben zusammenhängt, also sich als Mann oder Frau zu fühlen, sowie Bedürfnisse nach Nähe und Zärtlichkeit zu empfinden, passen „Alter" und „Sexualität" sehr gut zueinander. Denn auch im Alter bekommen das liebevolle Miteinander und das Gefühl der Geborgenheit eine zentrale Bedeutung, angesichts der im sozialen Umfeld insgesamt abnehmenden Kontakte. Der Lebensradius wird enger, die Partnerschaft bekommt mehr Raum.

15.2.4 Demografie

Die Bevölkerungspyramide ist bezüglich der Geschlechterverteilung im Alter asymmetrisch: Bedingt durch die höhere Lebenserwartung der Frauen gibt es bereits bei den 70-Jährigen, ganz besonders aber bei den über 80-Jährigen eindeutig mehr Frauen.

Man spricht von einer „fehlenden Verfügbarkeit" von älteren Männern. Dies zeigt sich auch darin, dass ältere Frauen weit häufiger alleine leben als Männer: Von allen Frauen ab 70 Jahren sind etwa 32 % alleinlebend. Bei den über 80-Jährigen sogar 56 %. Bei Männern ab 70 Jahren leben etwa 16 % allein in einem Einpersonenhaushalt. Ab einem Lebensalter von 80 Jahren sind es 22 % der Männer und damit anteilig nicht einmal halb so viele wie bei den Frauen. (Statistisches Bundesamt, 2012)

15.2.5 Familienstrukturen, Wohn- und Lebensformen

Demografische Veränderungen, Veränderungen der Partnerschaften und der Familienstrukturen zeigen sich auch in der Entwicklung der Wohnformen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

„Inge, **78 Jahre**, sucht liebevollen Partner für Freizeit und Gespräche und ggf. langfristige Beziehung. Getrennte Wohnungen erwünscht."

„Drei Senioren suchen Mitbewohner/-innen für Wohngemeinschaft auf dem Land. Interessiert? Wir freuen uns auf ein Kennenlernen."

Abb. 15.3 Suche nach neuen Lebens- und Wohnformen.

Während früher Großfamilien unter einem Dach lebten, gibt es heute immer mehr Ein- und Zwei-Personen-Haushalte. Dies ist, wie oben beschrieben, darauf zurückzuführen, dass heute neben der Ehe viele Lebensformen gesellschaftlich akzeptiert sind.

Manche dieser Entwicklungen werden auch von älteren Menschen gerne aufgenommen, so z. B. den Zeitungsanzeigen die in ▸ Abb. 15.3 zu sehen sind.

Leben bei der Familie

Wenn ältere Menschen mit ihrer Familie unter einem Dach oder in der Nähe voneinander wohnen und die Kinder sich für die Eltern verantwortlich fühlen, ändern sich oft die Rollen, sobald der ältere Mensch wichtige Fähigkeiten einbüßt. Waren die älteren Menschen bisher als Eltern oder Großeltern diejenigen, die die Kinder behütet und unterstützt hatten, so werden sie nun zunehmend auf die Hilfe der Kinder und Enkel angewiesen sein. Dieser Rollenwechsel ist oft für beide Seiten schwierig und bekommt eine besondere Problematik, wenn der ältere Mensch sexuelle Bedürfnisse zeigt. Besonders brisant wird die Situation, wenn der ältere Mensch demenziell erkrankt und seine Wünsche nicht mehr sozial akzeptabel umsetzen kann, und so peinliche Situationen entstehen.

Krankenhaus oder Pflegeheim

Kommt ein Mensch ins Krankenhaus oder in ein Pflegeheim, muss er lernen, anders mit seiner Sexualität umzugehen. Beim Waschen greift ein Pflegender oft bedenkenlos und routiniert in die Intimsphäre des zu Pflegenden ein.

In Krankenhäusern oder stationären Einrichtungen der Altenhilfe fehlt häufig eine ausreichende Privatsphäre. Nicht immer können die Zimmertüren von innen abgeschlossen werden. Wird vor dem Eintreten in ein Pflegezimmer angeklopft, so wird oft nicht auf ein „Herein" gewartet (vielfach ist der zu Pflegende dazu auch nicht in der Lage). Insgesamt besteht vor allem bei Doppelzimmern kaum die Möglichkeit, ungestört für sich allein zu sein.

Sich als Mann oder Frau zu fühlen, hängt auch mit dem äußeren Erscheinungsbild zusammen. So können eine schöne Frisur, und bei Frauen das Tragen von Röcken, Kleidern, Blusen und Schmuck das Wohlbefinden verbessern. Aber in der Realität scheinen solche Bedürfnisse nicht immer berücksichtigt zu werden, obwohl in den Leitbildern der Einrichtungen oft von „bedürfnisorientierter Pflege" gesprochen wird. Auch Bedürfnisse nach Zuneigung, Zärtlichkeit und sexueller Aktivität bleiben oft unbefriedigt. Ursachen für diese Situation liegen einerseits sicher in den Rahmenbedingungen dieser Institutionen, andererseits aber auch in den Einstellungen mancher Pflegenden und der Gesellschaft.

Aufgabe

5 In welchen Situationen werden Sie im Pflegeheim oder im Krankenhaus mit der Sexualität der Patienten/Bewohner konfrontiert?
6 Wie wird in Ihrer Einrichtung mit sexuellen Bedürfnissen der Bewohner/Patienten umgegangen? Welche Maßnahmen könnten zu einer Verbesserung der Situation führen?

15.3 Psychologische Aspekte

15.3.1 Lerngeschichte/Biografie: Modelle, Erfahrungen

Normen, Werte und Einstellungen zur Sexualität werden ebenso wie der Umgang mit Sexualität erlernt. Diese Lernprozesse werden durch die jeweilige Zeit geprägt, beinhalten aber auch sehr individuelle Erfahrungen.

Modelllernen

Kinder orientieren sich zunächst an den Eltern (und eventuell an älteren Geschwistern) und beobachten, wie diese ihre Rolle leben, ob bzw. in welchen Situationen sie sich umarmen, küssen, und wie sie über Sexualität sprechen. Im Jugendalter werden Freunde und Gleichaltrige sowie Modelle aus den Medien herangezogen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Instrumentelles Lernen

Prägend wirken oft die ersten Beziehungen. Hier werden Bewertungen gespeichert: Bin ich attraktiv? Werde ich wertgeschätzt? So hinterlassen auch negative Erlebnisse ihre Spuren im Selbstbild.

Viele Frauen haben sexuelle Gewalt erlebt: Vergewaltigungen in der Kriegszeit, ebenso wie Gewalt in der Ehe. Vor dem Hintergrund der damaligen Rollenverteilung (der Mann als Familienoberhaupt und Respektperson), der soziologischen Werte und Normen (eine Ehe sollte ein Leben lang bestehen, ansonsten galt man als „Ehebrecher") und der finanziellen Abhängigkeit ist es naheliegend, dass viele Frauen jahrzehntelang Gewalt in der Ehe (S. 455) erlebten. Viele dieser Erfahrungen waren traumatisierend und haben das weitere Leben und insbesondere das Sexualleben langfristig schwer beeinträchtigt.

Bei negativen biografischen Erfahrungen sind Frauen oft erleichtert, wenn sexuelle Aktivitäten entfallen. Trotzdem besteht auch hier die Möglichkeit, mit einem einfühlsamen Partner Sexualität neu zu entdecken.

Durch Erfahrung wird aber auch der eigene Körper besser kennen gelernt: So haben Männer über 40 erfahrungsbedingt seltener einen vorzeitigen Samenerguss, die sexuellen Aktivitäten dauern länger und werden oft befriedigender und emotional intensiver erlebt. Ebenso kennen Frauen ihren Körper mit zunehmendem Alter oft besser und erleben intime Sexualität oft befriedigender als in der Jugend.

Kognitives Lernen erfolgt, wenn über Informationen oder über Normen nachgedacht wird und Schlüsse für das eigene Verhalten gezogen werden: So sollte das Wissen über die Möglichkeit einer Schwangerschaft oder über die Infektionsrisiken beim Geschlechtsverkehr das eigene Verhalten beeinflussen.

Das Nachdenken über Normen beeinflusst im folgenden Beispiel das Verhalten:

Fallbeispiel

Normen. Bei einem Ausflug mit einer Wanderung durch den Schwarzwald lernt Frau Beck einen netten Mann kennen. Als der Ausflug zu Ende geht, überlegt sie, ihn zu fragen, ob sie sich wiedersehen können. Sie hat allerdings immer wieder gehört, dass der erste Schritt vom Mann ausgehen soll und befürchtet, dass er sie aufdringlich finden könnte. So entschließt sie sich, ihn nicht zu fragen.

Aufgabe

7 Finden Sie weitere Beispiele dafür, wie Sexualität durch verschiedene Lernarten erlernt wird.

15.3.2 Sexualität und Selbstkonzept

Aufgabe

8 Erinnern Sie sich oder lesen Sie nach in Kapitel 7 (S. 114): Wie lautet die Definition für den Begriff Selbstkonzept? Wie entsteht und entwickelt es sich?

Das Selbstkonzept beschreibt die Vorstellungen, die eine Person über die eigenen Eigenschaften und Fähigkeiten hat. Ein Selbstkonzept entwickelt sich durch Eigen- und Fremdbewertung in den 5 Säulen der Identität nach H. Petzold (S. 114).

Vorstellungen, wie man als Mann bzw. als Frau ist, also welche Eigenschaften und Fähigkeiten man diesbezüglich hat, entstehen durch Bewertungen in den Säulen der Identität. Dies verdeutlicht das folgende Beispiel:

Fallbeispiel

Sexualität Selbstkonzept. Frau Schuster ist 78 Jahre alt. Schon in ihrer Jugend und auch später in der Ehe wurde ihr immer wieder gesagt, dass sie sehr schöne Haare, ein hübsches Gesicht und eine gute Figur habe. Von ihrer Familie und ihren Freundinnen hört sie auch immer wieder, dass sie ein richtiges Mädchen gewesen sei, sie könne gut kochen, nähen und sei eine gute Mutter und Oma. Heute sagt Frau Schuster über sich selbst: Meine Haare waren schon immer sehr schön. Mir macht es noch immer Freude, immer wieder mal eine neue Frisur auszuprobieren. Ich bin froh, meinen Mann geheiratet zu haben. Wir haben eine gute Ehe und sorgen füreinander. Ich musste nie arbeiten gehen und er hatte immer ein schönes Heim.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

9 Welche Säulen bestimmen das Selbstkonzept von Frau Schuster als Frau?
10 Beschreiben Sie ein negatives Beispiel, das zeigt, wie negative Bewertungen im Bereich der Sexualität das Selbstkonzept beeinträchtigen.

15.3.3 Weitere psychologische Faktoren

Wie das Interesse an Sexualität im Alter ausgeprägt ist, hängt ab von der Persönlichkeitsentwicklung in den vorausgegangenen Jahrzehnten. Oft wird der Umgang mit der eigenen Sexualität reifer und gelassener als im Jugendalter. Gerade in langjährigen Partnerschaften wird weniger Leistungsdruck empfunden, eher steht das gemeinsame Erleben von Nähe im Vordergrund.

Positiv wirkt sich meist auch aus, dass Stress durch Arbeit und Erziehung der Kinder die Partnerschaft nicht mehr belastet, es existieren mehr Freiräume um die Partnerschaft zu intensivieren. Nach den Wechseljahren entfällt auch die Angst vor einer unerwünschten Schwangerschaft. Das entspannt und verbessert dadurch die Orgasmusfähigkeit.

15.3.4 Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen, wie Angststörungen, Depressionen, Manien, bipolare Störungen und Wahnerkrankungen beeinflussen das eigene Selbstkonzept, das eigene Gefühlsleben, die eigenen Bedürfnisse und die Interaktionen mit andern Menschen. So gehen viele psychische Störungen einher mit Angst, Vermeidung, Rückzug und Isolation. Hinzu kommt oft ein negatives Selbstbild, das es dem Betroffenen nicht möglich macht, zu glauben, dass jemand mit ihm eine Beziehung führen möchte.

Während so depressive Störungen und Angststörungen meist zu einer Abnahme sexueller Aktivität führen, kann diese bei Manien gesteigert sein. Hier kann es – ebenso wie bei manchen hirnorganischen Erkrankungen – zu Distanzlosigkeit und zunehmender Enthemmung und somit zu Belästigung von Mitpatienten, Mitbewohnern oder Pflegenden kommen.

15.4 Physische Aspekte

15.4.1 Alters- und krankheitsbedingte Veränderungen

Insgesamt wird das Ausüben und Erleben der Sexualität im engeren Sinne eher durch die psychosozialen Aspekte und durch Krankheiten, als durch die rein altersbedingten physischen Veränderungen bestimmt (▶ Abb. 15.4).

- Bei Männern findet im Alter eine ebenso deutliche Verringerung der Sexualhormonproduktion statt wie bei Frauen.
  richtig ☐ falsch ☐
- Frauen haben generell aufgrund des veränderten Hormonhaushaltes nach den Wechseljahren weniger Lust auf Geschlechtsverkehr.
  richtig ☐ falsch ☐
- Mit dem Verlust der Zeugungsfähigkeit kommt es zwangsläufig zu einem Verlust sexueller Empfindungsfähigkeit.
  richtig ☐ falsch ☐
- Depressive Störungen, die in der Zeit der Wechseljahre auftreten, entstehen primär körperlich durch hormonelle Veränderung.
  richtig ☐ falsch ☐
- Durch die hormonellen Veränderungen bei der Frau wird die sexuelle Empfindungsfähigkeit nicht reduziert, sie kann sogar (durch die fehlende Befürchtung einer ungewollten Schwangerschaft) erhöht sein.
  richtig ☐ falsch ☐
- Impotenz in den Wechseljahren beruht häufig auf der Annahme nachlassender Zeugungsfähigkeit.
  richtig ☐ falsch ☐
- Bei Männern ist die Verringerung der Sexualhormonproduktion weniger drastisch, die Zeugungsfähigkeit kann bis ins hohe Alter bestehen.
  richtig ☐ falsch ☐
- Die hormonellen Veränderungen bewirken bei Frauen und Männern eine verlängerte anfängliche Reaktionszeit, einen weniger intensiven Orgasmus und einen schnellen Rückgang der Erregung.
  richtig ☐ falsch ☐
- Im Alter kann ein befriedigendes Sexualleben stattfinden.
  richtig ☐ falsch ☐

Abb. 15.4 Welche der folgenden Aussagen sind richtig, welche falsch?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Falsche Vorstellungen über physiologische Veränderungen der Erregungs- und Empfindungsfähigkeit führen zu der fehlerhaften Annahme, dass Sexualität im Alter kein Thema mehr sei: Noch immer sind die Vorstellungen weit verbreitet, dass mit dem Klimakterium nicht nur die Fortpflanzungsfähigkeit, sondern auch Lust und Empfindungsfähigkeit verloren gehen, und dass im Alter die Erektionsfähigkeit der Männer physiologisch bedingt nachlässt. So beruht Impotenz im Alter oft auf der fehlerhaften Erwartung, sie sei eine unumgängliche Alterserscheinung; schon die Furcht, impotent zu werden, kann aber – im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung – zu Impotenz führen.

Hier gilt es, fehlerhafte Annahmen durch Aufklärung zu korrigieren: Die Ovarialfunktion wird i. d. R. etwa zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr eingestellt. Dies bedeutet, dass es ab diesem Zeitpunkt zu keiner Schwangerschaft mehr kommt, und dass sich die Hormonproduktion im Körper der Frau verändert. Körperliche und psychische Beschwerden in diesen Wechseljahren sind nach derzeitigem Wissensstand nicht nur auf die körperlichen Veränderungen, sondern auch auf die verändert empfundene Lebenssituation der Frau zurückzuführen.

Auch bei Männern nimmt die Produktion von Sexualhormonen im Alter ab, wenn auch nicht so deutlich wie bei Frauen. Die Zeugungsfähigkeit des Mannes bleibt in der Regel bis ins hohe Alter erhalten, wobei jedoch die Spermienqualität abnimmt. Die Abnahme der Produktion von Sexualhormonen kann bei Frauen und Männern zu einer verlängerten anfänglichen Reaktionszeit, einem weniger intensiven Orgasmus und einem schnelleren Erregungsrückgang führen.

Vermehrte Schmerzempfindung kann bei Frauen durch eine Abnahme der Lubrikation (Feuchtwerden im Vaginalbereich) und eine zunehmend atrophische Haut mit leichter Verletzbarkeit.

Merke

Bis ins hohe Alter kann ein genussreiches und befriedigendes Sexualleben stattfinden. Fehlende und unangenehm erlebte Sexualität im Alter hängt häufig mit psychischen Faktoren, Krankheiten, Schmerzen oder Nebenwirkungen von Medikamenten zusammen.

Krankheitsbedingte Veränderungen: körperliche Erkrankungen

► **Erkrankungen mit (chronischen) Schmerzen.** Rheumatische Erkrankungen, Gelenkerkrankungen, Wirbelsäulenprobleme oder Erkrankungen verschiedener Organe gehen häufig mit erheblichen Schmerzen einher und können in jedem Alter die sexuelle Aktivität beeinträchtigen.

► **Erkrankungen mit der Folge von Durchblutungsstörungen.** Diabeteserkrankungen können durch Störungen der Durchblutung und der Nervenleitfähigkeit zu Erektionsstörungen führen. Arteriosklerose kann die Durchblutung der Geschlechtsorgane vermindern. Durch Schlaganfall können Bewegungs- und Empfindungsbeeinträchtigungen entstehen.

► **Inkontinenz.** Eine Inkontinenz wird fast immer mit viel Scham erlebt und führt oft zur vollständigen Vermeidung von Geschlechtsverkehr.

► **Prostataerkrankungen.** Erkrankungen der Prostata können zu Inkontinenz, zu Erektionsstörungen oder Störungen der Empfindungsfähigkeit führen.

► **Krebserkrankungen.** Krankheitsbedingte Einschränkungen, Schmerzen und Veränderungen des körperlichen Erscheinungsbildes können für beide Partner eine große Belastung darstellen. Auch Strahlen- und Chemotherapie, oft verbunden mit Übelkeit, Hautveränderungen und dem Verlust von Haaren, beeinträchtigen häufig die Empfindung der eigenen Attraktivität und das sexuelle Verlangen.

► **Demenzielle Erkrankungen.** Problematisch kann auch die Sexualität demenzkranker Menschen werden, da Sexualität als Grundbedürfnis auch noch bei nachlassenden kognitiven Fähigkeiten bestehen kann. Demenzbedingte Wesensveränderungen stellen für Angehörige und Pflegende schwierige Situationen dar: So kann es sein, dass der demenziell erkrankte Mensch eine fremde Person für seinen Ehepartner hält, dass er seinen sexuellen Bedürfnissen ungeschützt in der Öffentlichkeit, z. B. durch Selbstbefriedigung nachgeht oder vulgäre Ausdrücke verwendet.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

15.4.2 Medikamentöse Wirkungen

Abgesehen von den Erkrankungen selbst, können Veränderungen der Libido auch durch Medikamenteneinnahme hervorgerufen werden. Viele Medikamente (z. B. Blutdruck senkende Medikamente, Tranquilizer, Hypnotika und Analgetika) führen zu einer Reduzierung der sexuellen Bedürfnisse. Eine Steigerung der Libido ist z. B. eine häufige Begleiterscheinung einiger gegen Parkinson eingesetzter Medikamente. Beides kann die Beziehungen belasten.

15.5 Bedeutung der Sexualität im Alter

Gemeinsam erlebte Erfahrungen verbinden. Ein kleiner werdender Bewegungsradius und damit auch eine sinkende Anzahl an sozialen Kontakten und Aktivitäten führen dazu, dass die Partnerbeziehung im höheren Lebensalter oft zu dem zentralen Lebensmittelpunkt wird. Entsprechend gravierend wird ohne Partner das Erleben von Einsamkeit oft noch intensiver.

Zusammengehörigkeit, Zuneigung und Zärtlichkeit werden im hohen Lebensalter wichtiger als Sexualität im engeren Sinne. Attraktivität, Schönheit und Sexualität werden im Alter weniger durch optische Reize als durch Persönlichkeit und emotionale Nähe bestimmt.

Es gibt einige Studien, die das Sexualverhalten im Alter erfassen wollen. Auch wenn diese methodisch oft problematisch sind und befragte Menschen nicht unbedingt die ganze Wahrheit über diese Thematik mitteilen, zeigen sich doch sehr deutliche Tendenzen: Insgesamt zeigen die sexuellen Bedürfnisse über die gesamte Spanne des Erwachsenenalters eine erstaunlich hohe Konstanz: Bei den bis ca. 75-Jährigen sind die sexuellen Bedürfnisse vor allem abhängig davon, wie ausgeprägt diese bisher waren. Bei den über 75-Jährigen sind vor allem der Gesundheitszustand sowie das Vorhandensein eines Partners ausschlaggebend.

15.6 Sexualität im Pflegeheim

Im Pflegeheim leben viele Menschen, die ein starkes Bedürfnis nach Nähe und Zuneigung haben, aber nicht mehr an intimer Sexualität interessiert sind. Gründe dafür können sein:

- Verlust des Partners, dem man ewige Treue versprochen hat,
- traditionelles Rollenverständnis (S. 235),
- negative Erfahrungen, erlebte sexuelle Gewalt,
- körperliche Erkrankungen.

Andererseits bleibt das Interesse an sexueller Aktivität bei vielen Menschen bestehen, die Umsetzung wird aber oft erschwert oder unterdrückt. Faktoren, die die Umsetzung sexueller Aktivitäten im Pflegeheim behindern, sind:

- **Fehlende Verfügbarkeit** von potenziellen Partnern (demografische Entwicklung).
- **Beeinträchtigung durch Krankheit.**
- **Fehlende Mobilität**: Bei Bettlägerigkeit gibt es kaum Möglichkeiten jemanden kennen zu lernen.
- **Wohnbedingungen:** Kaum Intimsphäre und Möglichkeit sich ungestört kennen zu lernen (Doppelzimmer, Zimmer betreten ohne anzuklopfen und abzuwarten).
- **Negative Einstellungen Pflegender zur Altersexualität:** Die Akzeptanz der Pflegenden gegenüber sexuellen Handlungen der Patienten und Bewohner ist noch immer recht gering, geht sie doch mit viel Unsicherheit einher. Besonders problematisch wird es, wenn Mitpatienten/Mitbewohner oder Pflegende selbst miteinbezogen werden. Gefühle von Peinlichkeit und Scham führen zu gespannten und distanzierteren Beziehungen. Nicht selten wird versucht, dies durch Spott zu kompensieren.
- **Kinder** möchten häufig keine neuen Partner an der Seite von Vater oder Mutter sehen.
- **„Rollentausch“**: In Pflegeeinrichtungen lässt sich immer wieder beobachten, dass Pflegende eine Art Elternrolle übernehmen, indem sie die alten Menschen vor peinlichem Verhalten schützen wollen. Nun untersagen die Jüngeren den Älteren das, was ihnen früher von den Älteren untersagt wurde. Dies wird von den Älteren oft als Bevormundung erlebt.

15.7 Konfrontation der Pflegenden mit sexuellen Bedürfnissen

15.7.1 Situationen

Durch die fehlende Intimsphäre in Institutionen kann es auch passieren, dass Pflegende versehentlich in Situationen kommen, in denen ein Bewohner sexuell aktiv ist, z. B.:

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Betreten eines Zimmers während ein Bewohner/Patient pornografische Bilder oder Filme betrachtet oder sich selbst befriedigt,
- ein Pärchen „in flagranti“ erwischen.

Solche Situationen lösen häufig bei allen Beteiligten Schamgefühle aus.

Manchmal vertrauen Bewohner Pflegenden auch sexuelle Bedürfnisse an.

Fallbeispiel

Konfrontation der Pflegenden mit sexuellen Bedürfnissen. Herr A. äußert das Bedürfnis, eine Prostituierte aufzusuchen und bittet Pflegefachkraft Tom, ihn bei der Beschaffung einer Telefonnummer zu unterstützen.

Ein älterer Bewohner wendet sich an Pflegefachkraft Anja, weil er Interesse an einer Mitbewohnerin hat. Er sei seit dem Tod seiner Frau einsam und bittet sie, ihm bei der Kontaktaufnahme behilflich zu sein.

Leider kommt es auch immer wieder zu sexuellen Übergriffen. So können sich zuspitzende Situationen ergeben, wenn Bewohner oder Patienten:

- Pflegende, Patienten oder Mitbewohner anfassen bzw. unerwünscht berühren,
- berührt werden wollen,
- beim Waschen anfangen zu stöhnen,
- anzügliche Bemerkungen machen.

Fallbeispiel

Konfrontation mit anzüglichen Bemerkungen. Herr Scholl ist 57 Jahre alt. Er leidet unter einem alkoholbedingten amnestischen Syndrom. Auszubildende Lena fordert Herrn Scholl auf, sich am Waschbecken zu waschen. Nachdem er sich Gesicht und Hals gewaschen hat, fordert sie ihn auf, sich die Brust zu waschen. Herr Scholl erwidert: „Ich möchte viel lieber Ihre Brust waschen!“.

15.7.2 Sexualität in Pflegesituationen: Umgang mit herausforderndem Verhalten

Mit Sexualität in Pflegesituationen professionell umgehen zu können, erfordert viel psychologisches Wissen und Einfühlungsvermögen, und eine gute Balance zwischen Nähe und Distanz. Folgende Schritte können hilfreich sein.

1. Motive erkennen

Welche Bedürfnisse stehen hinter dem Verhalten?

Wie im Kapitel 2 Bedürfnisse und Motivation (S. 44) dargestellt, stehen hinter jedem Verhalten Motive. Professionelles Verhalten beinhaltet nun die Überlegung, welche Bedürfnisse hier in erster Linie zu dem gezeigten Verhalten führen: Dies können Bedürfnisse nach Schutz, Zuwendung, Anerkennung als Mann oder Frau oder nach Selbstverwirklichung in einer Partnerschaft sein.

Anschließend wird überlegt, wie diese Bedürfnisse des Patienten bzw. Bewohners so erfüllt werden können, dass niemand dadurch gestört wird oder darunter leidet. Das könnte bedeuten, dass andere Möglichkeiten ausgebaut oder initiiert werden, um dem Bewohner/Patienten Schutz und Sicherheit zu vermitteln, Zuwendung zu geben oder um ihn in seiner Rolle als Mann oder Frau zu bestätigen.

Fallbeispiel

Gelungener Umgang mit anzüglichem Verhalten. Frau Groß läuft jeder jungen männlichen Pflegefachkraft hinterher und macht anzügliche Bemerkungen. Im Team wird überlegt, wie man Frau Groß Zuwendung und Anerkennung als Frau zukommen lassen kann, sodass sie das oft störende Verhalten ablegen würde. In der folgenden Zeit achten die Pflegenden bei der Körperpflege und der Kleidung darauf, dass Frau Groß sich als Frau fühlen kann: Sie trägt nun wieder Röcke statt grauer Jogginghose, eine Halskette und Ohrringe, etwas Parfum und etwas Rouge. Sie bekommt nun Komplimente für ihr Aussehen. Pflegefachkraft Tim bietet ihr seinen Arm an um sich unterzuhaken und fragt: „Darf ich die Dame in den Speisesaal begleiten?“ Frau Groß genießt die Situation und das störende Verhalten verschwindet nach und nach.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

2. Vermitteln, dass Intimität wichtig ist und in der Einrichtung geschützt wird

Fallbeispiel

Fehlende Wahrung der Intimsphäre. Frau B. erlebt immer wieder, dass sie noch während sie auf dem Toilettenstuhl sitzt, gekämmt und angezogen wird. Das Frühstück wird ihr im Krankenhauszimmer an einem kleinen Tisch serviert, sie sitzt mit Netzhose und Flügelhemd auf dem Plastikstuhl, als sie nach ihrem Stuhlgang gefragt wird. Als Frau B. abends einmal unbekleidet auf dem Flur herumläuft, ist die Nachtwache ganz entsetzt.

Pflegende müssen die Intimsphäre schützen, um Enthemmung entgegen zu wirken: Abdecken, Sichtschutz, Körperpflege von anderen Aktivitäten trennen.

3. Mögliches ermöglichen

- Eigene Einstellung reflektieren: Wie viel kann ich unterstützen/ertragen? Wo sind meine Grenzen? Soweit wie mögliche Freiräume für die Befriedigung sexueller Bedürfnisse schaffen.
- Professioneller Umgang mit Ekel (S. 103): Schutzkleidung tragen, Ekel auslösende Reize zügig beseitigen, Bezug zum Krankheitsbild herstellen, ggf. an eine gleichgeschlechtliche Pflegefachkraft delegieren.

4. Reize reduzieren

Bedürfnis auslösende Reize reduzieren oder vermeiden: z. B. Körperpflege soweit wie möglich selbst übernehmen lassen, keine tief ausgeschnittene Kleidung tragen, Fachsprache verwenden.

5. Grenzen setzen bei Übergriffen

Dem Patienten/Bewohner klar sagen, für was man zuständig ist und wofür nicht.

Fallbeispiel

Grenzen setzen. Herr R. fordert Pflegefachkraft Petra jeden Abend auf: „Legen Sie sich doch zu mir! Ich bin noch ein richtiger Mann!“. Anfangs war Petra sehr irritiert und wollte nicht mehr in sein Zimmer gehen. Inzwischen sagt sie zu ihm: „Wissen Sie, Herr R., ich habe einen Freund, und wenn Ihre verstorbene Frau das sehen könnte, würde ihr das nicht gefallen.“ Herr R.: „Da haben Sie recht! Meine Frau hat immer gerne bei mir gelegen.“ Petra: „Das glaube ich Ihnen! Dann denken Sie jetzt ganz fest an sie und schlafen dann mit ihr ein“. Herr R.: „Ja, das mache ich!“

Merke

Pflegende können auf sexuelles herausforderndes Verhalten professionell reagieren indem sie

- dahinterstehende Motive erkennen,
- Intimsphäre schützen,
- Mögliches ermöglichen,
- Reize reduzieren und
- Grenzen setzen.

Aufgabe

11 Suchen Sie sich in Kleingruppen 2 der folgenden Situationen aus. Entwickeln Sie Vorgehensweisen um mit der Situation angemessen umzugehen und diskutieren Sie Erfahrungen mit ähnlichen Situationen.

a) In Herrn Bauers Einlagen befindet sich fast täglich Sperma. Während Sie Herrn Bauer waschen und seine Einlage wechseln, grinst er Sie an.

b) Herr Claus begehrt eine an Alzheimer-Demenz erkrankte Mitbewohnerin, die sich auf ihn einlässt. Beide sitzen im Flur der Einrichtung, Herr Claus knöpft die Bluse der Frau auf.

c) Herr Schneider genießt es, sich im Intimbereich waschen zu lassen. Obwohl er durchaus in der Lage ist, sich zu melden, wenn er auf die Toilette möchte, uriniert er in die Einlage und verlangt anschließend, gewaschen zu werden. Herr Schneider leidet unter einer Pilzinfektion im Intimbereich. Sich selbst wäscht er nur unzureichend.

Hinweis: Der Umgang mit sexuell traumatisierten Menschen wird in Kapitel 34 beschrieben.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © Tiko – stock.adobe.com

Kapitel 16

Aggression und Gewalt in der Pflege

16.1 Einführung *246*

16.2 Formen von Gewalt *248*

16.3 Gewalt in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens *250*

16.4 Aggressionstheorien *250*

16.5 Thesen und Modelle zur Entstehung von Gewalt durch Pflegende *252*

16.6 Gewalt durch pflegende Angehörige *255*

16.7 Intervention bei akut stattfindenden Gewalthandlungen *256*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

16 Aggression und Gewalt in der Pflege

„Vielleicht wäre es gut, wenn wir alle einen kleinen Stein auf das Küchenbord legten als Mahnung für uns und für die Kinder: Niemals Gewalt."
Astrid Lindgren, Rede zur Verleihung des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels, 1978; aus: Astrid Lindgren, Steine auf dem Küchenbord, 2011

Examensschwerpunkte

Begriffserklärungen (S. 246), Formen von Gewalt (S. 248), Gewalt in verschiedenen Lebensbereichen (S. 250), Aggressionstheorien (S. 250) Thesen und Modelle zur Entstehung von Gewalt durch Pflegende (S. 252), Gewalt durch pflegende Angehörige (S. 255), Interventionen (S. 256)

16.1 Einführung

Gewalt in der Pflege ist immer wieder ein Thema. In den Medien wird berichtet, wie hilflose kranke bzw. alte Menschen den Pflegenden ausgeliefert sind und vernachlässigt oder misshandelt werden. Leider ist es noch immer eine traurige Realität, dass so etwas geschieht, und dass die aufgedeckten Taten nur die Spitze des Eisbergs sind. Es ist richtig, diese Taten schonungslos aufzudecken, auch wenn Menschen, die vor die Situation gestellt werden, sich in eine Einrichtung der Alten- und Krankenpflege (z. B. in ein Pflegeheim oder in eine psychiatrische Klinik) zu begeben oder jemanden dorthin zu bringen, dadurch zusätzlich verunsichert werden.

Leider wird über die guten Seiten dieser Einrichtungen, den oft liebevollen Umgang mit Patienten und Bewohnern in den Medien selten berichtet. Es gibt sehr gute Pflegefachkräfte, zufriedene Patienten und Bewohner, und in Pflegeheimen und Krankenhäusern wird sogar oft herzlich gelacht!

Wie einseitig viele Berichterstattungen in den Medien sind, wird auch darin deutlich, dass praktisch nie thematisiert wird, dass auch Pflegende, Mitbewohner und Mitpatienten Opfer von Gewalt sein können. Vergleichsweise selten wird auch über häusliche Gewalt im Rahmen der Angehörigenpflege berichtet, obwohl diese – wie später dargestellt wird – wesentlich häufiger vorkommt, als man es erwartet.

Ziele dieses Kapitels sind:

- zu sensibilisieren, Gewalt in verschiedenen Situationen und Konstellationen wahrzunehmen und zu erkennen,
- Ursachen für Gewalt und Aggression zu kennen,
- die Handlungskompetenz für solche kritischen Situationen zu verbessern (Intervention) und
- Maßnahmen zur Gewaltprävention zu entwickeln.

Gewalt kann im Bereich der Pflege viele Personengruppen betreffen und, wie in (▶ Abb. 16.1) dargestellt, zwischen Patienten/Bewohnern, Pflegenden/Mitarbeitern der Einrichtungen und Angehörigen stattfinden.

Aufgabe

1 Finden Sie Beispiele für alle im Schaubild dargestellten Konstellationen (Pfeile).

16.1.1 Begriffserklärungen

Definition

Unter **aggressivem Verhalten** versteht man Verhaltensweisen, die eine Schädigungsabsicht beinhalten. Richtet sich dieses Verhalten gegen die eigene Person, spricht man von **Autoaggression**.

Fallbeispiel

Aggressive Verhaltensweise. Frau Gebauer ist demenziell erkrankt. Wenn sie sich ärgert, z. B. weil sie zu lange auf etwas warten muss, ist es keine Seltenheit, dass sie die Pflegenden lautstark beschimpft und auch gelegentlich nach ihnen schlägt. Es kommt auch vor, dass Frau Gebauer sich selbst verletzt, wenn sie sich ärgert.

Aufgabe

2 Frau Gebauer beschimpft Pflegende und schlägt auch nach ihnen. Kennen Sie weitere aggressive Verhaltensweisen? Tauschen Sie sich in der Gruppe darüber aus.
3 Beschreiben Sie körperliche Veränderungen sowie inhaltliche und formale Veränderungen des Denkens, zu denen es bei Aggressionen kommen kann. Schauen Sie ggf. in Kap. 6 Emotionen (S. 98) nach.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

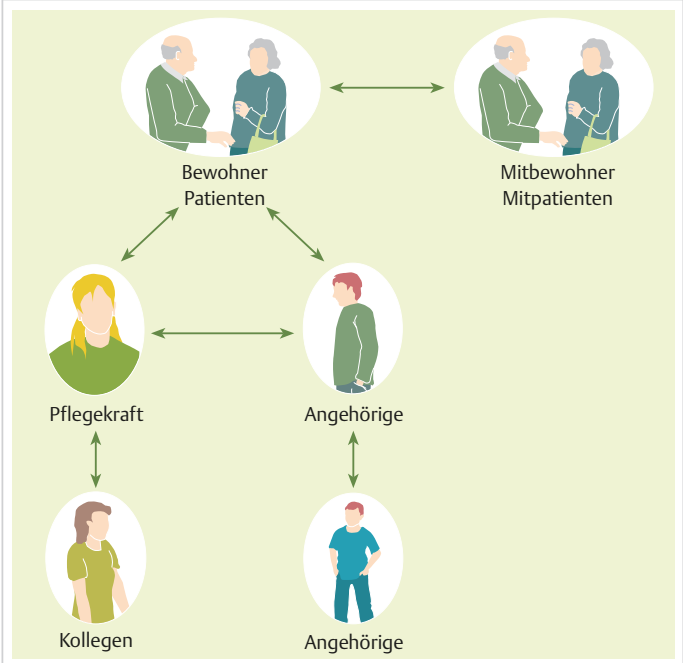


Abb. 16.1 Mögliche Gewaltkonstellationen in der Pflege.

Merke

Es muss zwischen Gewaltempfindung und Aggressivität unterschieden werden. Gewaltempfindung wird aus der Sicht des Opfers definiert, Aggressivität als Schädigungsabsicht des Täters.

Fallbeispiel

Gewaltempfindung. Eine Pflegefachkraft kommt sehr früh in das Zimmer der an Demenz erkrankten Frau Gebauer und spricht sie an: „Guten Morgen, Frau Gebauer, ich möchte Sie waschen". Sie deckt Frau Gebauer auf und beginnt sie zu waschen. Aus Frau Gebauers Perspektive sieht die Situation so aus: Sie liegt tief schlafend im Bett, eine Frau kommt, zieht die Bettdecke weg und macht sie nass. Sie empfindet dieses Verhalten als störend und glaubt, man wolle ihr etwas antun. Frau Gebauer möchte jetzt nicht gewaschen werden.

Frau Gebauer empfindet die pflegerische Handlung als Gewalt, obwohl von Seiten der Pflegenden keinerlei Schädigungsabsicht (Aggression) vorliegt. Dies ist in der Pflege häufig der Fall: Absicht des Handelnden und Empfindung des „Opfers" stimmen oft nicht überein.

Im Bereich der Pflege gibt es Gewaltempfindung und Aggressivität, wobei häufig Gewalt empfunden wird, ohne dass jemand eine Schädigungsabsicht hat.

Fallbeispiel

Gewaltempfindung. Herr Weber leidet an der Huntington-Krankheit. Diese Erkrankung geht mit schweren Störungen des Bewegungsablaufs und Koordination einher. Es geschehen unwillkürliche, plötzlich ausfahrende Bewegungen der Extremitäten, in der Mimik zeigen die Patienten oft unangenehm wirkende Grimassen. Als der Auszubildende Bodo Herrn Weber anziehen möchte, verletzt Herr Weber ihn bei einer plötzlich ausfahrenden Bewegung seines Armes. Bodo fühlt sich geschädigt, er empfindet Gewalt. Zudem interpretiert Bodo diesen Schlag in Verbindung mit dem Gesichtsausdruck von Herrn Weber als Aggression: Er glaubt, er wollte ihn schlagen.

Auszubildender Bodo empfindet das Verhalten von Herrn Weber als aggressiv, obwohl dieser keinerlei Schädigungsabsicht hatte, sondern lediglich seine Motorik nicht kontrollieren konnte. Auch dies ist ein Beispiel für Gewaltempfindung ohne tatsächliche Schädigungsabsicht. In der Praxis sollte vermeintlich aggressives Verhalten hinterfragt werden: War es wirklich so gemeint?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

In der Praxis sollte vermeintlich aggressives Verhalten hinterfragt werden: War es wirklich so gemeint?

Aufgabe

4 Überlegen Sie weitere Situationen, in denen Gewalt empfunden werden kann, ohne dass eine Schädigungsabsicht vorliegt.

16.1.2 Sprachgebrauch

In der Pflege ist es inzwischen üblich, den Begriff „aggressives Verhalten" mit der Formulierung „herausforderndes Verhalten" zu umschreiben. Sicher ist es richtig, dass es eine Herausforderung für Pflegende ist, wenn Patienten oder Bewohner Verhalten mit Schädigungsabsicht zeigen. Es ist auch richtig, dass man Menschen nicht grundsätzlich als aggressiv bezeichnen sollte.

Die Formulierung „Herr/Frau … ist/war aggressiv" ist ungeeignet und darf so nicht dokumentiert werden, denn:

1. Ein Mensch ist nicht grundsätzlich als Person aggressiv, er zeigt lediglich aggressive Verhaltensweisen.
2. Die Bezeichnung „aggressiv" ist zu ungenau, sie beinhaltet zu viel Interpretationsspielraum. Von verbalen Äußerungen bis hin zu tätlichen Übergriffen kann sie alles Mögliche beinhalten.

Inzwischen geht es in vielen Einrichtungen jedoch schon so weit, dass prinzipiell nicht gesagt werden darf, dass ein Verhalten aggressiv ist. Dabei steht es Patienten und Bewohnern ebenso wie anderen Menschen auch zu, eine Schädigungsabsicht zu haben und auch (in gewissen Grenzen) Verhalten mit Schädigungsabsicht zu zeigen.

Merke

Es gibt aggressives/„herausforderndes" Verhalten, aber nicht den aggressiven Patienten/Bewohner.

16.2 Formen von Gewalt

- **Physische und psychische Gewalt:** Gewalt kann physisch, z. B. durch Zufügen von Schmerzen, oder psychisch, z. B. durch Demütigungen wie Beschimpfungen oder Ignorieren, erfolgen.
- **Strukturelle und personelle Gewalt:** Geht Gewalt von einer Person aus, spricht man von personeller Gewalt. Werden Vorgaben der Einrichtung als Gewalt erlebt, spricht man von struktureller Gewalt. Diese geht nicht von einer einzelnen Person aus, sondern von den Strukturen und Regeln einer Einrichtung. Bestimmte Regeln der Hausordnung und der Tagesstruktur eines Krankenhauses bzw. eines Pflegeheimes können als Gewalt erlebt werden. Zum Beispiel kann es als Gewalt empfunden werden, wenn
  - es nur zu bestimmten Zeiten Essen gibt,
  - man zu bestimmten Zeiten schlafen soll bzw. man zu bestimmten Zeiten geweckt wird,
  - ein Patient einen geschützten Bereich nicht verlassen darf,
  - Medikamente gegen den Willen des Betroffenen verabreicht werden.

Aufgabe

5 Finden Sie weitere Beispiele für strukturelle Gewalt.

6 Betrachten Sie die folgenden Abbildungen ▶ Abb. 16.2).

a) Tauschen Sie sich darüber aus, ob bzw. inwiefern es sich bei den dargestellten Situationen um Aggression und/oder Gewalt handelt.

b) Welche Ursachen könnten zu diesen Situationen geführt haben?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



a



b

Abb. 16.2 Gewalt in der Pflege.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

16.3 Gewalt in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens

Gewalt kann in allen Lebensbereichen auftreten. Beispiele zeigt ▶ Tab. 16.1.

Aufgabe

7 Ergänzen Sie die rechte Spalte der ▶ Tab. 16.1. Erweitern Sie Ihre Tabelle anschließend um die folgenden Lebensbereiche:
- soziale Beziehungen,
- ruhen und schlafen,
- Beschäftigung,
- existenzielle Erfahrungen.

16.4 Aggressionstheorien

Aufgabe

8 Hatten Sie selbst schon einmal aggressive Verhaltenstendenzen? Wie sind Sie damit umgegangen?

In der Pflege kommt aggressives Verhalten deutlich seltener vor als Gewaltempfindungen. Aber es kommt vor und zwar in offensichtlicher, aber auch in verdeckter Form: bei Pflegenden und anderen Mitarbeitern, bei Patienten, Bewohnern und Angehörigen.

In der Pflege werden solche Verhaltensweisen oft nicht ausreichend hinterfragt. Um aggressives Verhalten jedoch zu verstehen und verändern zu können, ist es wichtig, die Motive für ein Verhalten zu kennen. Es stellt sich die Frage: Wie entsteht Aggression? In der Psychologie gibt es verschiedene Ansätze, die Entstehung von Aggression zu erklären:
- psychoanalytische Aggressionstheorien,
- psychohydraulisches Modell,
- Frustrations-Aggressionstheorie,
- lerntheoretische Aggressionsmodelle,
- Theorie des Werkzeugverlustes.

Während die Theorie des Werkzeugverlustes speziell für die Entstehung von aggressivem Verhalten bei demenziell erkrankten Menschen aufgestellt wurde, beschreiben die anderen Theorien die Entstehung von aggressivem Verhalten allgemein. Sie können also zur Erklärung für aggressives Verhalten bei Pflegenden/Mitarbeitern, Patienten, Bewohnern und Angehörigen herangezogen werden.

Tab. 16.1 Gewalt in verschiedenen Lebensbereichen.

Lebensbereich	Beispiele für Gewaltempfindungen
Kommunikation	• verbal: Beleidigung, unpassende Wortwahl (Babysprache) • paraverbal: unangemessene Lautstärke (Anschreien), ironischer oder sarkastischer Tonfall • nonverbal: ignorieren, nicht gefragt werden, verachtender Blick • böse Mimik
Bewegung und Mobilisation	• Schmerzen bei der Mobilisation • nicht mobilisiert werden • gegen den Willen mobilisiert werden • Vorenthaltung von Gehhilfen
Ausscheidung	• Einlagen nicht oder zu selten wechseln • demütigende Kommentare beim Einlagenwechsel • zu lange auf Toilette sitzen lassen • nicht zur Toilette bringen • zum Toilettengang zwingen • Katheter legen gegen den Willen
essen und trinken	• zu wenig, zu viel oder zu schnell Essen/Getränke reichen • unerwünschte Nahrungsmittel/Getränke verabreichen • passierte Kost ohne Notwendigkeit oder in wenig ansprechender Weise darreichen • Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme z. B. durch nicht passende Zahnprothese • Essen in unangemessener Umgebung

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

16.4.1 Psychoanalytische Theorie

Schon Sigmund Freud (1856–1939) entwickelte unter dem Einfluss des ersten Weltkrieges eine psychoanalytische Theorie zur Entstehung von Aggression. Aufgrund der Feststellung, dass es zu jeder Zeit auf der Welt Kriege gab, nahm Freud an, dass alle Menschen einen „Todestrieb" besitzen. Dieser erzeuge fortlaufend Triebenergie, die – wenn sie nicht in kleinen Mengen auf sozial akzeptable Weise abgebaut werden könnte – zu aggressivem Verhalten führen würde. Ein wie von Freud beschriebener angeborener Aggressionstrieb konnte bisher jedoch nicht nachgewiesen werden.

16.4.2 Psychohydraulische Triebtheorie

Konrad Lorenz (1903–1989) modifizierte diese Theorie zu seinem „Psychohydraulischen Modell": Aggressivität sei ein Instinkt zur Arterhaltung. Dieser Instinkt sei ein Trieb, der immer wieder entladen werden müsse. Auslöser für diese Entladungen könnten Umweltreize sein. Man spricht hier auch von dem „Dampfkesselmodell": Die Triebenergie erzeugt Druck, der entladen werden muss. „Heizt" die Umwelt dem Kessel ein, kommt es schneller zur Entladung.

Positiv an dieser Theorie ist, dass die Bedeutung der Umwelt bei der Auslösung des aggressiven Verhaltens aufgezeigt wird. Einen Beweis für den angeborenen Aggressionstrieb und die fortlaufend erzeugte Triebenergie gibt es nicht.

16.4.3 Frustrations-Aggressionstheorie

Von John Dollard und Neal Miller wurde 1939 die Frustrations-Aggressionstheorie entwickelt. Sie besagt, dass bei Menschen, die an der Erreichung eines Zieles gehindert werden und Enttäuschungen erfahren, Frustrationen entstehen. Frustration führe immer zu irgendeiner Form der Aggression und Aggression sei immer die Folge von Frustration. Da sich diese Thesen nicht halten ließen, wurden sie erweitert: Aggressives Verhalten kann gehemmt werden und nicht jede Frustration ist stark genug, um Aggression auszulösen.

Stellung nehmend muss gesagt werden, dass dies sicher oft zutrifft. Frustrationen lösen tatsächlich häufig Aggressionen aus, aber nicht immer. Häufig können Frustrationen mit angemessenen Strategien verarbeitet werden. Gelingt dies nicht, können Frustrationen auch zu Resignation, zu Rückzug oder zu Depressivität führen.

16.4.4 Lerntheoretische Ansätze zur Erklärung von aggressivem Verhalten

Lerntheoretische Ansätze gehen davon aus, dass aggressives Verhalten erlernt wird. Aggressive Verhaltensweisen können abgeschaut (Modelllernen) oder durch eigene Erfahrungen (instrumentelles Lernen (S. 239)) erlernt werden, wenn sie „erfolgreich" waren. Auch Assoziationslernen und klassische Konditionierungen sind oft beteiligt.

Fallbeispiel

Erlernen aggressiver Verhaltensweisen. Der kleine Christian hat im Sandkasten wichtige Beobachtungen gemacht: Als Bastian Brunos Eimer haben wollte, dieser ihn aber nicht freiwillig hergab, schlug Bastian ihn mit der Schaufel auf den Kopf und – bekam den Eimer. Als Christian am folgenden Tag zum Bau seiner Sandburg Brunos Eimer braucht, macht er es genauso: Er haut Bruno mit der Schaufel auf den Kopf und bekommt den Eimer. Die Sandburg kann gebaut werden.

16.4.5 Theorie des Werkzeugverlustes

Beobachtungen von herausfordernden Verhalten bei demenziell erkrankten Personen führte zur Entwicklung der Theorie des Werkzeugverlustes: Häufig sind die „Werkzeuge" für gesellschaftlich akzeptable Ausdrucksweisen durch die Erkrankung nicht mehr vorhanden. Das Fehlen verbaler Ausdrucksmöglichkeiten führt dazu, dass an Demenz erkrankte Menschen häufig auf früher erlernte, nonverbale Ausdrucksformen zurückgreifen: Im Fallbeispiel (S. 247) schlägt Frau Gebauer nach dem Personal. Sie kann aufgrund ihrer Erkrankung ihren Willen nicht mehr mit Worten ausdrücken, es bleiben ihr nur diese nonverbalen Mittel.

► **Stärke der Aggression.** Wie stark entstehende Aggressionen sind, hängt davon ab

- wie wichtig das angestrebte (vereitelte) Ziel für eine Person ist bzw. wie stark ihr Bedürfnis ist, das Ziel zu erreichen,

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- wie häufig Frustrationen stattfinden,
- wie hoch die Frustrationstoleranz einer Person ist.

16.4.6 Fazit aus diesen Modellen für Ansätze der Prävention

Um aggressivem Verhalten vorzubeugen, kann aus den beschriebenen Theorien Folgendes abgeleitet werden:

- Ausgehend von dem Grundgedanken, dass Aggressionen entstehen können, wenn Bedürfnisse nicht befriedigt werden, stellt eine bedürfnisorientierte Pflege eine gute Prävention dar. Dazu gehört neben der Berücksichtigung von Wünschen und Gewohnheiten, dass die zu Pflegenden respektvoll behandelt, über bevorstehende Handlungen informiert und in Entscheidungen, die sie betreffen, zumindest miteinbezogen werden. Dadurch erlebt sich der Betroffene als wertgeschätzt und handlungsfähig, seine Ängste werden reduziert und damit auch das Gefühl, sich verteidigen zu müssen. So wären schon viele Quellen für Frustration beseitigt. Freundliche Begrüßungsrituale und freundlicher Blickkontakt können zudem ausgleichend wirken.
- Reduzierung von Frustration durch Vermeidung von Überforderung. Erwartungen und Ziele sollten demnach realistisch sein. Aufgaben sollten einen angemessenen Schwierigkeitsgrad haben.
- Angestaute Gefühle sollen rechtzeitig ausgedrückt und abgebaut werden können. Hilfreich ist es hier, rechtzeitig Rückmeldungen zu geben bzw. zu erfragen, bevor sich zu viel Ärger anstaut. So kann eine kurze Frage wie: „Ist alles in Ordnung?“ oder „Brauchen Sie noch etwas?“ helfen, Bedürfnisse zu formulieren und angestaute Emotionen abzubauen.
- Auslösende Umweltreize reduzieren: Schaffung einer stressarmen Arbeitsatmosphäre bzw. eines stressarmen Lebensumfeldes.
- Lernprozesse berücksichtigen: Leider wird aggressives Verhalten im Alltag oft belohnt: Wer sich vordrängelt, kommt zuerst an die Reihe, wer am lautesten ruft, kommt zuerst dran. Hier sollten Verstärker gezielter eingesetzt werden.
- Menschen mit Verlust oder Beeinträchtigung verbaler Ausdrucksmöglichkeiten sollte ausreichend Zeit geben werden, um sich auszudrücken. Besondere Beachtung gilt den nonverbalen Signalen. So können Bedürfnisse erkannt und Frustrationen gesenkt werden.

Fallbeispiel

Lernprozesse berücksichtigen. Wenn Pflegefachkraft Susanne im Speisesaal das Essen austeilt, beginnt sie immer bei den ruhig wartenden Bewohnern.

Aufgabe

9 Fassen Sie die Aussagen der beschriebenen Aggressionstheorien zusammen.
10 Finden Sie jeweils ein eigenes Beispiel, das die Theorien belegt.
11 Leiten Sie aus jeder Theorie Maßnahmen ab.
12 Formulieren Sie zu jeder Theorie eine Stellungnahme.

16.5 Thesen und Modelle zur Entstehung von Gewalt durch Pflegende

(Nach Thomas Görgen, Gewalt gegen ältere Menschen im stationären Bereich)

Wenn Pflegende gewalttätig werden, kann das ganz unterschiedliche Ursachen haben. Um diese zu beschreiben, werden neben den bereits beschriebenen Aggressionstheorien folgende Thesen und Ansätze herangezogen.

16.5.1 Belastungsthese

► **Aussage.** Gewalt entsteht durch Überlastung und Überforderung der Pflegenden. Zum Beispiel aufgrund von

- strukturellen Gegebenheiten (z. B. Personalschlüssel, knapp bemessene Zeitmodule für die Abrechnung einzelner Pflegehandlungen),
- unzureichender Qualifikation,
- unzureichender Stressbewältigungsstrategien der Mitarbeiter,
- hoher Verantwortung bei z. T. wenig Entscheidungsfreiheit,
- Belastungen im privaten Bereich.

Dadurch kann es zu einer innerlichen Distanzierung der Pflegenden kommen. Emotionale Taubheit als Versuch, sich selbst zu schützen, mündet jedoch leicht in aggressives Verhalten, da das Sich-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Einfühlen in die ihnen anvertrauten Menschen kaum mehr möglich ist.

Diese These kann in vielen, aber längst nicht in allen Situationen zur Erklärung für Gewalt durch Pflegende herangezogen werden. Keinesfalls aber darf sie als Rechtfertigung für Gewalt dienen.

Die vorrangige Aufgabe Pflegender ist es, den ihnen anvertrauten Menschen zu helfen. Dabei wirkt es sich positiv aus, wenn Maßnahmen entwickelt werden, mit den Belastungen umzugehen, ohne dass der Patient bzw. Bewohner darunter leidet. Gegebenenfalls wird es notwendig, gegen unzumutbare Rahmenbedingungen aktiv vorzugehen.

Maßnahmen zur Reduzierung von Belastungen

- Kompetenzen erhöhen: gute Einarbeitung, Ausbildung, Fort- und Weiterbildung.
- Erwartungen reflektieren und ggf. Aufgaben delegieren: Nimmt man sich selbst zu viel vor und will in Familie und Beruf „perfekt“ sein? Sind da Befürchtungen, von den Kollegen für unfähig gehalten zu werden, wenn man nicht in der erwarteten Zeit eine bestimmte Anzahl von Patienten oder Bewohnern versorgt hat? Hier gilt es, manche Erwartungen, Einstellungen und Zielsetzungen zu überdenken (▶ Abb. 16.3).
- Sich Grenzen eingestehen. Gelingt es, die eigenen Grenzen zu erkennen und mit diesen Grenzen gut umzugehen, ist ein hohes Maß an Professionalität erreicht.
- Handlungsspielräume durch erhöhte Flexibilität erweitern (z. B. Baden auch am Nachmittag).
- Entlastung innerhalb des Teams.
- Gerechte Verteilung der anfallenden Arbeit: Wird die Belastungsgrenze erkannt, sollen Tätigkeiten delegiert oder abgelehnt werden, bevor aus Überforderung Frustration und Aggression entsteht. „Nein“ zu sagen muss manchmal erst gelernt werden.
- Dienstplangestaltung mit Einplanung von Erholungszeiten.
- Supervision.
- Einrichtungen baulich verbessern (Ausweichmöglichkeiten, Schalldämpfung).
- Hinwirken auf verbesserte Strukturen und Vergütungssysteme in der Pflege, z. B. über Berufsverbände.
- Selbstpflege.



Abb. 16.3 „Du musst nicht perfekt sein.“ (Symbolbild) (Foto: P. Blåfield, Thieme)

16.5.2 Persönlichkeitsthese

Fallbeispiel

Persönlichkeit. Eine Pflegedienstleitung berichtet einer Kollegin: „Schon in der Probezeit hatte ich Schwierigkeiten mit einer Mitarbeiterin. Sie vergreift sich gegenüber den Patienten ständig im Ton und fasst sie auch sehr unsanft an. Ich habe sie bisher aber nur mündlich verwarnt, weil wir so wenig Personal und keine Bewerbungen haben, sodass ich es mir nicht leisten kann sie zu verlieren. Und inzwischen ist die Probezeit vorbei, da wird es sowieso schwierig …“

▶ **Aussage.** Bei vielen Gewalthandlungen liegen die Ursachen in der Persönlichkeit und der Biografie der Täter. So können z. B. folgende Persönlichkeitseigenschaften die Gewaltbereitschaft erhöhen:

- Unzufriedenheit, geringe Frustrationstoleranz und ausgeprägte Minderwertigkeitsgefühle.
- Geltungsdrang.
- Negative Grundeinstellung gegenüber alten und kranken Menschen, z. B. die Vorstellung, alte Menschen erziehen zu müssen.
- Gleichgültigkeit, fehlende Empathie.
- Angst, Missstände zu benennen.

Maßnahmen gegen Beschäftigung von ungeeigneten Persönlichkeiten

- Ungeeignete Persönlichkeiten frühzeitig erkennen (z. B. Probearbeiten, Probezeit nutzen) und nicht als Mitarbeiter einstellen.
- Bei persönlichkeitsbedingtem Fehlverhalten schnell Konsequenzen ziehen (z. B. Abmahnung).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Arbeitsbedingungen verbessern, um mehr Auswahl an qualifiziertem Personal zu bekommen.
- Persönlichkeitsentwicklung positiv fördern, im Gespräch mit Mitarbeitern nach Möglichkeiten suchen, sich menschlich und beruflich weiter zu entwickeln.

16.5.3 Gewalt als Gruppenphänomen

▶ **Aussage.** Gewalt ist möglich, wenn sie innerhalb einer Gruppe toleriert, als akzeptables oder sogar unumgängliches Verhalten betrachtet wird.

Leider trifft dies in Einrichtungen häufig zu. Es bilden sich innerhalb des Teams Untergruppen, die z. B. einen rauen Umgangston mit manchen Patienten oder Bewohnern für angemessen erachten oder ihn zumindest stillschweigend hinnehmen, um ihre Position in der Gruppe nicht zu gefährden. Dabei wird oft der „gute Ruf" des Hauses vorgeschoben, den man nicht durch die Aufdeckung von Missständen schädigen will.

Maßnahmen zur Reduzierung von Gewalt

- Maßnahmen zur Teamentwicklung (S. 217).
- Jeder arbeitet mit jedem, keine starren Gruppen in den Schichten.
- Hohe Transparenz der Vorgänge.
- Gute Fehlerkultur, Missstände werden offen angesprochen (▶ Abb. 16.4).
- Gutes Beschwerdemanagement.
- Offenheit der Einrichtung nach außen, Angehörige sind willkommen.



Abb. 16.4 Gemeinsame Suche nach Lösungen. (Foto: A. Fischer, Thieme)

16.5.4 Gewalt durch eigene Ohnmacht und Machtmissbrauch

▶ **Aussage.** Die eigene Ohnmacht der Pflegenden wird in Machtausübung gegen Schwächere umgewandelt.

Pflegende erleben häufig das Gefühl der Ohnmacht: z. B. Ohnmacht durch Überbelastung und fehlende Handlungsmöglichkeiten, Ohnmacht gegenüber Entscheidungen der Politik, des Trägers, des Vorgesetzten oder Ohnmacht in mancher Pflegebeziehung, z. B. bei sehr fordernden Patienten oder Bewohnern.

Maßnahmen zur Reduzierung von Gefühlen der Ohnmacht

- Der eigenen Ohnmacht durch Aufbau guter Beziehungen zu den anvertrauten Personen entgegenwirken. Mit Kollegen tauschen, wenn die Beziehung zu einem bestimmten Patienten/Bewohner kritisch ist.
- Kompetenzerhöhung, um in schwierigen Situationen handeln zu können.
- Gemeinsame Entscheidungen im Team treffen.
- Pflegende mehr in Entscheidungen der Leitungsebenen einbeziehen.
- Supervision in Anspruch nehmen, sofern sie angeboten wird.
- Mitgliedschaft in einem Berufsverband.

Merke

Pflegende müssen sich immer wieder bewusst machen, dass sie sich gegenüber den Patienten/Bewohnern in einer Machtposition befinden und diese nicht ausnutzen dürfen.

16.5.5 Gewalt durch fehlende Kontrolle

▶ **Aussage.** Unzureichende externe und interne Kontrollen bewirken, dass Missstände und Gewalt in Institutionen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe oft sehr lange Zeit nicht bemerkt oder gemeldet werden.

- Zu wenig unangekündigte Kontrollen, z. B. durch medizinischen Dienst, Heimaufsicht, Gesundheitsamt.
- Führungsdefizite.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Wenige Kontrollen untereinander im Team.
- Fehlende Anwesenheit von Angehörigen.
- Nachtdienste meist nur von einer Person besetzt.
- Schlechtes Beschwerdemanagement.

Maßnahmen für vermehrte Kontrollen

- Mehr unangekündigte (auch nächtliche) Kontrollen, auch durch externe Kontrollinstanzen.
- Kontrolle durch alle Führungsinstanzen (z. B. PDL, Teamleitung, Wohnbereichsleitung).
- Kontrolle durch (Foto-)Dokumentation von Verletzungen, Hämatomen.
- Förderung von Kontrollen innerhalb des Teams, z. B. indem 2 Pflegende parallel die Versorgung von Patienten in einem Doppelzimmer durchführen.
- Einfluss der Angehörigen und der Bewohner stärken (z. B. Heimbeirat, Beschwerdemanagement).
- Einrichtung nach außen öffnen und Kooperationen mit Schulen, Gemeinde und ehrenamtlichen Mitarbeitern fördern (▶ Abb. 16.5).

Aufgabe

13 Erklärungsansätze/Thesen zur Entstehung von Gewalt bei Pflegenden

a) Fassen Sie jeweils die Aussagen der beschriebenen Erklärungsansätze/Thesen zur Entstehung von Gewalt bei Pflegenden zusammen.
b) Finden Sie jeweils ein eigenes Beispiel.
c) Leiten Sie aus jedem Erklärungsansatz Maßnahmen ab.
d) Formulieren Sie zu jedem Erklärungsansatz eine Stellungnahme.

16.6 Gewalt durch pflegende Angehörige

Gewalt durch pflegende Angehörige ist weitgehend ein Tabuthema. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass in der häuslichen Pflege häufig Gewalt ausgeübt wird, die nie oder sehr spät bemerkt und aufgedeckt wird.

Ein traditionelles Rollenbild ist das der gütigen, geduldigen, selbstlosen und dankbaren Tochter oder Schwiegertochter. Dadurch entstehen sehr hohe fremde und eigene Erwartungen. Beziehungen sind aber viel komplexer und die Pflege der eigenen Angehörigen (S. 286) ist eine sehr schwierige Aufgabe, die oft deutlich unterschätzt wird. Denn selbst bei guter, intakter Beziehung zu dem zu Pflegenden sind auch Angehörige nur begrenzt belastbar. Dies kommt in den traditionellen Rollenbildern nicht zum Ausdruck.



Abb. 16.5 Ehrenamtliche Mitarbeiter entlasten beruflich Pflegende. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Auch wenn viele Angehörige die Zeit, in der sie Vater, Mutter oder andere Angehörige gepflegt haben, oft als Bereicherung beschreiben, ist sie von gravierenden Einschränkungen und Belastungen geprägt.

- Frustration: Oft reichen die Motive nicht aus, um diese Aufgabe langfristig gut zu bewältigen. Finanzielle Gründe, Pflichtbewusstsein etc. führen dann zu Frustration und zu Vorwürfen, weil man für den zu Pflegenden viele Einschränkungen des eigenen Lebens in Kauf genommen hat.
- Belastung durch oft schon lange bestehende Konflikte.
- Nähe-Distanz-Konflikte, fehlendes Sich-Abgrenzen.
- Rollenwechsel und Rollenverluste.
- Durch fehlendes Fachwissen versteht der pflegende Angehörige manche Verhaltensweisen nicht; er fühlt die eigene Ohnmacht gegenüber manchen Verhaltensweisen des zu Pflegenden und dem Fortschreiten der Erkrankung.
- Körperliche und psychische Belastungen, wie ständige Erreichbarkeit, Erleben des Abbaus, Schlafmangel.

In Verbindung mit der Tatsache, dass es im privaten Haushalt kaum Kontrollen gibt, führen diese Belastungen langfristig oft zu einem hohen Risiko für Gewalthandlungen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Geeignete Maßnahmen, dies zu verhindern, sind
- Qualifizierung der Angehörigen (z. B. Pflegekurse, Informationsabende),
- Entlastung, Distanzierung: z. B. durch Einbeziehen anderer Angehöriger oder Inanspruchnahme von sonstigen Hilfsangeboten (z. B. Nachbarschaftshilfe, Tagesbetreuung, Kurzzeitpflege), sich abgrenzen und Freiräume schaffen,
- Inanspruchnahme von Pflegehilfsmitteln und Beratungsangeboten (z. B. Beratung durch medizinischen Dienst),
- Entlastung in Angehörigengruppen,
- Beziehungsgestaltung und Rollenklärung,
- sich eigene Grenzen eingestehen und – wenn nötig – (Teile der) Pflege an professionell Pflegende übergeben.

16.7 Intervention bei akut stattfindenden Gewalthandlungen

Fallbeispiel

Beobachtung einer Gewaltsituation. In der Abteilung für innere Medizin liegt in Zimmer 12 Herr Müller. Herr Müller ist 68 Jahre alt, er ist seit vielen Jahren alkohol- und nikotinabhängig und leidet an einer Lebererkrankung.

Sie wollen gerade nach Ihrem Spätdienst den Pflegebereich verlassen und beobachten dabei folgende Situation: Es ist 21 Uhr und Herr Müller macht sich auf den Weg zum „Raucherbalkon“, als ihn Pflegefachkraft Karla, die Nachtdienst hat, entdeckt und auf ihn zustürmt: „Sie sind ja wohl verrückt geworden! Jetzt ist Nachtruhe und Sie haben hier auf dem Flur nichts mehr zu suchen! Ab in Ihr Zimmer!“.

Aufgabe

14 Wie würden Sie reagieren? Tauschen Sie sich in Partnerarbeit aus.

Hier ist es wichtig einzugreifen. Herr Müller darf seinen Weg fortsetzen. Ein direktes Gespräch mit Karla erfolgt in einem ruhigen Raum. Dabei muss die Beobachtung benannt werden: „Ich habe gehört, wie Sie mit Herrn Müller gesprochen haben. Das geht so nicht, das ist wirklich inakzeptabel.“ Karla muss sich nun erklären. Sie beschreibt, dass dies ihre zehnte Nacht ist, dass Herr Müller schon die ganzen anderen Nächte ständig unterwegs war, dass sie es nicht mehr ertragen kann und sie sich nicht mehr anders zu helfen weiß (Ohnmachtsgefühle). Sie schildert also ihre Belastungen. Indem gemeinsam versucht wird, die ganze Situation einmal aus der Sicht von Herrn Müller zu betrachten (Perspektivenwechsel) und das Fachwissen über seine Krankheit ins Gedächtnis gerufen wird, kann sich Verständnis für Herrn Müller entwickeln. Angebracht wäre auch eine Entschuldigung bei ihm.

Im Gespräch sollte Konsens darüber erzielt werden, dass so etwas trotz aller Belastungen nicht wieder vorkommen kann. Gemeinsam sollen nun Handlungsalternativen entwickelt werden, z. B.
- weniger Nachtdienste am Stück,
- Änderung der Schlafgewohnheiten.
- Andere Einstellungen gegenüber den Patienten und der Arbeit entwickeln: Warum soll Herr Müller nicht laufen? Pflege ist eine Dienstleistung und dazu gehört gerade die Betreuung kranker, auch psychisch kranker, Menschen.

Fallbeispiel

Komplexe Gewaltsituation. Vor 4 Wochen hat Kathrin eine Ausbildung zur Pflegefachkraft begonnen. Heute soll sie die Patientin Frau Laier pünktlich um 10 Uhr zum Röntgen bringen. Sie wurde schon einmal ermahnt, dass sie zu langsam sei. Deshalb will sie unbedingt pünktlich sein. Als sie Frau Laier abholen möchte, ist sie noch nicht fertig angezogen. Kathrin hilft ihr schnell und will gerade mit ihr losgehen, als Frau Laier zur Toilette möchte. Während Kathrin wartet, kommt die Schichtleitung in das Zimmer und schimpft: „Sie kommen wieder zu spät! Jetzt beeilen Sie sich aber! In dieser Geschwindigkeit kommen Sie in diesen Beruf nicht zurecht!“

Als Frau Laier von der Toilette kommt, nimmt Kathrin sie am Arm und läuft mit ihr los:

Frau Laier: „Nicht so schnell, ich kann nicht so schnell. Da wird mir ganz schwindlig …“

Kathrin: „Jetzt kommen Sie schon, wir kommen zu spät …“.

Kathrin zieht Frau Laier mit sich.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

15 Stellen Sie sich vor, Sie kommen gerade den Flur entlang … Wie reagieren Sie beim Anblick der beiden dahineilenden Personen? Tauschen Sie sich mit einem Mitschüler in Partnerarbeit aus.

In diesem Beispiel fühlen sich verschiedene Personen geschädigt: Frau Laier und Kathrin.

Beobachtet man diese Situation, ist es sicher wichtig einzugreifen und die Gewalt zu benennen: Kathrin darf nicht so schnell laufen und Frau Laier hinter sich herziehen. Die Schichtleitung sollte Kathrin nicht vor der Patientin bloßstellen und einen anderen Umgangston pflegen.

Zunächst soll Frau Laier in Ruhe zum Röntgen gebracht werden, ein kurzer erklärender Anruf in der Röntgenabteilung sollte erfolgen.

In Gesprächen muss nun besprochen werden, wie es zu dieser Situation gekommen ist:

Die Schichtleitung erläutert, dass sie sich nicht um alles kümmern kann, sie hat schließlich noch andere Aufgaben. Sie ist enttäuscht, dass ihr letztes Gespräch mit Kathrin wohl keine Wirkung hatte. Hier geht es um die Belastungsthese und um die Frustrations-Aggressionstheorie.

Kathrin erklärt, dass sie sich hilflos und ohnmächtig gefühlt hat. Ihre Ohnmacht wandelte sich hier in Machtausübung: Sie zerrte Frau Laier hinter sich her.

Die unbefriedigende Situation kann sich verändern, indem sich Kathrin gedanklich in die Situation von Frau Laier versetzt und die Schichtleitung die Angelegenheit mit Kathrins Augen betrachtet. Ein Perspektivenwechsel fördert das Verstehen des anderen. Jetzt kann gemeinsam über Handlungsalternativen nachgedacht werden. Mit Kathrin könnte ein Zielvereinbarungsgespräch geführt werden. Sie kann lernen, wie sie zügig, aber nicht hektisch arbeiten kann. Mit der Schichtleitung wird überlegt, wie Kathrins Anleitung in Zukunft ablaufen soll. Eine Entschuldigung bei der Patientin sollte erfolgen.

Fallbeispiel

Tabuisierung von Gewalt. Pflegefachkraft Katja fällt seit einigen Tagen bei der morgendlichen Grundpflege auf, dass mehrere Patienten Hämatome an Handgelenken und Oberarmen aufweisen. Sie hat den Verdacht, dass eine bestimmte Nachtwache diese verursacht hat, sie hat jedoch keine Beweise dafür.

Katja spricht diese Nachtwache direkt darauf an. Die streitet jedoch ab, damit etwas zu tun zu haben. Daraufhin thematisiert Katja ihre Beobachtung bei der nächsten Dienstübergabe. Erstaunt ist sie, als mehrere Kolleginnen sagen, dass sie diese Beobachtungen auch gemacht hätten. Katja: „Warum hat bisher niemand etwas gesagt?“ Eine Kollegin sagt: „Ich wollte niemanden zu Unrecht verdächtigen.“

Die Pflegedienstleitung verdeutlicht, dass solche Beobachtungen nicht vertuscht werden dürfen. Sollten die Hämatome durch zu festes Anfassen hervorgerufen sein, so sei das absolut inakzeptabel.

Im Team einigt man sich darauf, dass eine genaue (Foto-)Dokumentation aller Verletzungen erfolgt. Neue Verletzungen oder negative Veränderungen der bisher dokumentierten Verletzungen werden in Zukunft sofort dokumentiert und unterzeichnet. Dadurch kann festgestellt werden, wann die Verletzungen erfolgten. So kann man der Ursache auf den Grund gehen. Außerdem werden die betroffenen Patienten befragt, woher die Hämatome kommen. Hier wird versucht, durch Kontrollen Gewalthandlungen zu reduzieren.

16.7.1 Zusammenfassung: mögliche Intervention bei vorhandener Gewalt

- Erste Priorität hat der Schutz des Opfers: Eingreifen und Gefahr beseitigen. Wenn möglich, ohne den Täter vor dem Patienten bloßzustellen (z. B. indem man die weitere Pflege übernimmt und den Täter bittet in das Dienstzimmer zu gehen).
- Gespräch mit Gesprächsprotokoll: Beobachtung klar benennen, keine Beschönigungen! Aussprechen, dass ein solches Verhalten inakzeptabel ist. Dabei wird nicht die Person, sondern ihr Verhalten bewertet.
- Der Täter soll Stellung beziehen und seine Handlung erklären.
- Signalisieren, dass man helfen will.
- Perspektivenwechsel vornehmen lassen: „Stellen Sie sich vor, Sie wären das Opfer. Wie würde es Ihnen gehen?“

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Entwicklung von präventiven und deeskalierenden Maßnahmen: auf Hilfsangebote verweisen und gemeinsam Strategien entwickeln, um solche Situationen zu vermeiden oder zu entschärfen, z. B.: Humor einsetzen.

Fallbeispiel

Humor. Herr Ritter, 83 Jahre alt, steht wild gestikulierend im Zimmer, als Pflegefachkraft Theo mit dem Verbinden seiner Wunde am Bein beginnen will. „Sie können gleich wieder gehen, ich brauche Sie nicht, der Verband ist in Ordnung. Ich habe genug von der Wickelei!“ Theo versucht, ihn zu beruhigen und bringt Gründe für sein Vorhaben vor. „Herr Ritter, ich habe Anweisung, den Verband zu wechseln!“ „Eure Anweisungen interessieren mich nicht! Ich war Kapitän und habe selbst immer Anweisungen gegeben! Von Ihnen lasse ich mir gar nichts sagen!“ Theo merkt, dass jetzt bei dem Erregungszustand von Herrn Ritter nichts zu machen ist. Schnell überlegt er, dass sein Zeitplan ihm heute erlaubt, es am Nachmittag noch einmal zu versuchen. „Gut, Herr Ritter, dann stehen Sie jetzt auch auf der Brücke und ich folge Ihrem Befehl, Sir! Komme später wieder!“ Dabei nimmt er Haltung ein und steht stramm. „Gut so, junger Mann, abtreten!“ sagt Herr Ritter in lachendem Befehlston. Am Nachmittag gelingt der Verbandswechsel bei einem Gespräch über die Abenteuer des Kapitäns Ritter.

- Einstellung überdenken. Zu den unangenehmen Ereignissen im Pflegealltag gehört das herausfordernde Patientenverhalten. Wer in ihm aber auch den lebendigen Willen eines Kranken sieht, sich zu schützen und zu verteidigen, findet leichter zu einer professionellen Einstellung und respektvollem Umgang mit dem Pflegebedürftigen.
- Raum schaffen. Hat sich die Lage schon so verschärft, dass eine Einstellungsänderung im Moment nicht mehr möglich ist, muss die Pflegefachkraft sich Raum schaffen und nach Möglichkeiten suchen, die Situation zu entschärfen, ohne eine ihr anvertraute Person zu gefährden. In einer akuten Situation den Raum verlassen, Zuständigkeiten tauschen, einen Spaziergang oder Urlaub machen, kann notwendig werden.
- Bei kritischen Pflegesituationen gilt es, die Notwendigkeit der nicht erwünschten Pflegehandlung zu überdenken: „Muss das Bad heute wirklich sein?“ „Sollte ich einen „erwünschteren“ Kollegen hinzuziehen, oder es einfach später noch einmal versuchen?“ Möglichst keine Machtkämpfe entstehen zu lassen.
- Sich auch einmal eingestehen, einen Fehler begangen zu haben, und dann eine Entschuldigung aussprechen.
- Wenn erforderlich Weitergabe des Vorfalles an zuständige Stellen.
- Konsequenzen für Wiederholungsfall aufzeigen.
- Zielvereinbarung mit Termin für Kontrollgespräch.

Aufgabe

16
Beispiel 1: Sie sehen folgende Situation: Montagmorgen. Während 2 Pflegefachkräfte gemeinsam einen Patienten lagern, unterhalten sie sich über den Stress auf dem Pflegebereich: „Ich bin schon jetzt wieder reif für das Wochenende. Man könnte meinen, wir sind hier im Irrenhaus: Jeder will was, ständig klingelt es …“. Der Patient, der eigentlich von seinen Schmerzen berichten wollte, kommt nicht zu Wort.

Beispiel 2: Sie sind Wohnbereichsleitung in einem Pflegeheim. Als Sie an Ihrem freien Tag um 15:00 Uhr ins Pflegeheim kommen um etwas zu holen, sehen Sie ihre Mitarbeiter gemütlich im Dienstzimmer sitzen, während verschiedene Bewohner an diesem Tag nicht aus dem Bett mobilisiert wurden. Als die Mitarbeiter Sie bemerken, erklären sie, es sei heute so viel los und sie seien unterbesetzt. Deshalb müssten heute ein paar Bewohner im Bett bleiben.

Bearbeiten Sie die Beispiele:

a) Klassifizieren Sie die jeweilige „Tat“ anhand der Kategorien:
b) Gewalt – Aggression,
c) psychisch – physisch,
d) strukturell – personell.
e) Analysieren Sie anschließend theoriegeleitet mögliche Ursachen für die Situationen.
f) Beschreiben Sie mögliche Interventionen.

17 Betrachten Sie noch einmal die 2 Bilder von Gewaltsituationen (▶ Abb. 16.2).

a) Beschreiben Sie, mit welchen Interventionen Sie in der Praxis reagieren würden.
b) Überlegen Sie präventive Maßnahmen, wie solche Situationen verhindert werden können.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Teil IV: Menschen im Krankenhaus

17 Frühgeborene auf der neonatologischen Intensivstation *261*

18 Kinder im Krankenhaus *272*

19 Ältere Menschen im Krankenhaus *282*

20 Angehörige in der Pflege *286*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © P. Blåfield, Thieme

Kapitel 17

Frühgeborene auf der neonatologischen Intensivstation

17.1 Anforderungen an die Pflegenden *261*

17.2 Konzepte zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der Neonatologie *261*

17.3 Stressreduzierung *263*

17.4 Einbeziehung und Schulung der Eltern *266*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

17 Frühgeborene auf der neonatologischen Intensivstation

Examensschwerpunkte

Anforderungen an die Pflegenden (S. 261), Konzepte zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der Neonatalogie (S. 261), Stressreduzierung (S. 263), Einbeziehung und Schulung der Eltern (S. 266)

17.1 Anforderungen an die Pflegenden

Die Anforderungen an die Pflegenden in der Neonatologie, insbesondere in den neonatologischen Intensivstationen, sind sehr speziell. Zum einen findet die Versorgung der kleinen Patienten auf hohem technischen Niveau statt, zum anderen ist die Kommunikation mit ihnen oft äußerst schwierig.

In Abhängigkeit vom neuromotorischen und sensorischen Entwicklungsstand und den zusätzlich vorliegenden Erkrankungen muss versucht werden, die besonderen Bedürfnisse dieser Kinder wahrzunehmen, zu verstehen und so weit wie möglich auf sie einzugehen. Um diesen anspruchsvollen Forderungen der neu- und frühgeborenen Kinder zu genügen und das Umfeld positiv gestalten zu können, sind eine hohe Fachkompetenz und ein gut geschultes Einfühlungsvermögen erforderlich (▶ Abb. 17.2).

Die Gestaltung der Umgebung des Kindes durch die Pflegenden ist unabhängig von den medizinischen Vorgaben in zweierlei Richtungen notwendig:

- alle negativen und schädlichen Vorgänge und Reize müssen auf ein möglichst niedriges Niveau gebracht (▶ Abb. 17.1) und
- alle positiven und fördernden Entwicklungsvoraussetzungen müssen durch ein entsprechendes Umfeld bereitgestellt und erweitert werden.

Neben allgemeinen Pflegerichtlinien für diese Kinder sollte eine individuelle Pflegeplanung für jedes einzelne Kind gefunden und besprochen werden. Der Rahmen zur Anpassung der speziellen Pflege an die in der jeweiligen Zeitspanne günstigen Entwicklungsanreize und Umgebungsverhältnisse kann auf der Basis eines fundierten Fachwissens aus dem Verhalten, den Reaktionen und den Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes gefunden werden.



Abb. 17.1 Frühgeborenes in leicht gegen Licht abgedecktem Inkubator.



Abb. 17.2 Fundiertes Fachwissen und gut geschultes Einfühlungsvermögen sind in der neonatologischen Pflege erforderlich. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

17.2 Konzepte zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der Neonatologie

In den USA hat sich an etwa 200 Neugeborenen-Intensiveinheiten ein Programm zur individualisierten Entwicklungsbeurteilung und Erstellung von individualisierten Pflegeplänen etabliert (NIDCAP, Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program). Das NIDCAP oder wesentliche Pflegeelemente daraus können heute als ein

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

vorsichtiger Versuch in der Neonatologie und bei der Nachsorge dieser Kinder gewertet werden, um möglichst gute und auf das spezielle Bedürfnis des Kindes ausgerichtete Umweltbedingungen zu schaffen und so Entwicklungsdefizite früh zu erkennen und im Sinne einer Frühbetreuung therapeutisch zu beeinflussen.

NIDCAP wurde 1984 von Heideliese Als, einer Psychologin am Children's Hospital in Boston eingeführt. Vereinfacht dargestellt geht es um ein Programm, das durch sorgfältige Beobachtung (▶ Abb. 17.3) der Interaktion der neonatologischen Patienten mit ihrem Umfeld Stress und Stressauslösendes zu erkennen und abzubauen versucht. Dadurch sollen die Stabilität und die eigenen Ressourcen des Kindes und seiner Familie genutzt und die Entwicklung des Kindes, und damit auch die Langzeitergebnisse in allen Bereichen verbessert werden. Umweltfaktoren in der neonatologischen Pflege wirken besonders über Hören, Sehen, taktile und kinästhetische Stimulation und über die Lagerungstechniken.

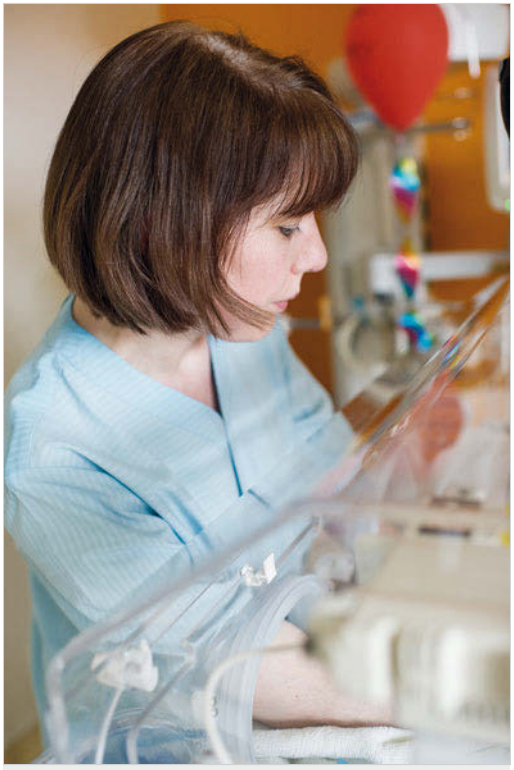


Abb. 17.3 Durch sorgfältige Beobachtung können Pflegende erkennen, was für das Kind Stress bedeutet. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

Beiträge in der Literatur zu diesen Themen kommen fast ausschließlich aus den USA und sind meist empirisch, ihre Aussagefähigkeit ist nicht immer ausreichend fundiert, was in diesem schwierigen Themenkomplex auch nicht zu erwarten ist. Dennoch liegen wichtige grundlegende Erkenntnisse vor, die absolut pflegerelevant sind.

17.2.1 Wie lassen sich Stress- und auch Schmerzzustände erkennen?

Mit wenig Aufwand lässt sich Folgendes beurteilen, dokumentieren und zur Grundlage weiterer Überlegungen machen:

- Anspannung und Entspannung der Körperhaltung und der Gesichtsmimik (▶ Abb. 17.4),
- Weinen und Unruhezustände sowie der Erfolg von Beruhigungsmaßnahmen,
- Hautfarbe und Hautdurchblutung (z. B. peripher blass, auffällig marmoriert),
- Atmung (regelmäßig, periodisch, Einziehungen, Apnoen) und nicht invasiv gemessene Sauerstoffsättigungswerte,



Abb. 17.4 Frühgeborenes
a ganz entspannt beim Einschlafen
b im Stresszustand

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Herztätigkeit (Kardiogramm) und vor allem der Anstieg der Herzfrequenz unter Stress.

17.2.2 Wie lässt sich das Umfeld verändern, um Stress abzubauen und zu vermeiden?

Das physiologische, pränatale Umfeld in der Gebärmutter ist geräuscharm und lichtarm; es beinhaltet wenig taktile Stimulation, durch das umgebende Fruchtwasser besteht fast Schwerelosigkeit, außerdem liegt eine weitgehende Temperaturkonstanz vor, die höchstens durch Fieber der Mutter etwas verändert werden kann. Das Kind befindet sich in Beugehaltung des Rumpfes und der Extremitäten. Bei der Betrachtung dieser einzelnen Faktoren im Bezug zum alltäglichen Pflegeverlauf finden sich generell eindeutige Hinweise zur Stressverminderung durch ein reizarmes Umfeld.

Merke

Ein pflegerisches Ziel bei jedem Kind muss sein, Stresssituationen zu erkennen und Entspannung zu erreichen, denn der Abbau von Spannung ist Stressabbau.

17.3 Stressreduzierung

Stressreduzierung bezieht sich beim Früh- oder Neugeborenen zunächst auf die verschiedenen Sinnesreize:

- Hören und Geräusche,
- Sehen und Lichteinflüsse,
- taktile und kinästhetische Reize.

17.3.1 Hören und Geräusche

Im Alter von 24–26 Schwangerschaftswochen reift die Hörfähigkeit, d. h. sie ist bei den Kindern in den neonatologischen Abteilungen vorhanden. Die Lärmpegel in einer neonatologischen Intensivabteilung liegen bei 50–90 Dezibel, vereinzelt auch höher. Besonders störend in Ruhephasen und im Schlaf der Kinder wirken offensichtlich neben dem hohen Geräuschpegel kurze höheramplitudige Geräusche.

Während zeitlicher Phasen der Lärmreduktion können sich die Schlafzustände der Kinder vertiefen, Lärmquellen, wie Telefon, Radio, Türen und Schränke oder Schubladenschließen, lautes Sprechen und Lachen, stören die Entspannung und den Stressabbau dieser Kinder und sollten deshalb reduziert oder verhindert werden.

17.3.2 Sehen und Lichteinflüsse

Die Sehfähigkeit ist bei der Geburt noch wenig ausgeprägt. Bei Frühgeborenen ist die Entwicklung des Auges, vor allem die der Netzhaut noch nicht abgeschlossen und dadurch auch besonders störanfällig. Augen können durch eine Frühgeborenenretinopathie bis zur Erblindung geschädigt werden. Andere Augenschäden und Schielen finden sich bei Frühgeborenen häufiger als bei Reifgeborenen.

► **Lichtbelastung.** Die Lichtbelastung aus unterschiedlichen Lichtquellen bei neonatologischen Patienten ist erheblich und hat in den letzten Jahren eher zugenommen. Dieser Trend ist umkehrbar, da bei den heutigen verbesserten Monitoren die helle Beleuchtung zur visuellen Überwachung bei vielen Kindern reduziert werden kann. Besonders ungünstig wirkt eine rasche Steigerung der Lichtintensität z. B. nach sonografischen Untersuchungen durch erneutes Lichteinschalten.

► **Reduzierung der Lichteinwirkung.** Eine langsame Intensivierung der Beleuchtung über einen Dimmer beeinträchtigt die Kinder dagegen kaum. Eine Reduzierung der Lichteinwirkung zyklisch in Ruhephasen und insgesamt durch Vorhänge, Jalousien oder teilweises Abdecken der Inkubatoren ist ohne großen Aufwand möglich und bewirkt Stressvermeidung und Stressabbau durch häufigere, längere und tiefere Schlafzyklen (▶ Abb. 17.5).



Abb. 17.5 Eine Reduzierung der Lichteinwirkung bedeutet Stressabbau.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

17.3.3 Taktile und kinästhetische Reize

Definition

Unter **Kinästhesie** versteht man das Bewegungs- bzw. Muskelgefühl, also die Empfindung durch Muskeln und Gelenke; Kinästhetik ist die Lehre von den Bewegungsempfindungen.

Neben Hören und Sehen sind taktile Reize, Lagerung und generelle Überlegungen zum „Handling" für das Befinden und die Entwicklung Früh- und Neugeborener von besonderer Bedeutung. Grundsätzlich gilt: je rascher die Kinder aus Zuständen der Irritation, z. B. nach schmerzhaften Eingriffen wie Blutentnahmen oder störenden Prozeduren wie endotracheales Absaugen oder Windelwechsel, wieder in Ruhephasen kommen und auf beruhigende, oft taktile Reize ansprechen, desto günstiger wirkt sich das auf den aktuellen Zustand und die weitere Entwicklung des Kindes aus.

▸ **Gezieltes Handling.** Den Pflegenden gelingt es i. d. R. durch sorgfältige Beobachtung und entsprechend gezieltes Handeln die Kinder zu beruhigen. Streicheln des Rückens und der Wangen, Wiegen, leise monotone Musik oder beruhigendes ruhiges Ansprechen, leichtes Zudecken, nahrungsunabhängiges Saugen oder mit dem Finger einen Greifreflex auszulösen oder fortzusetzen sind einige Möglichkeiten, Stressabbau zu erreichen (▸ Abb. 17.6).



Abb. 17.6 Streicheln des Rückens ist eine der vielen Möglichkeiten, Frühgeborene zu beruhigen. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

Fallbeispiel

Taktile und kinästhetische Reize. Pflegefachkraft Carolin versorgt die in der 28. Schwangerschaftswoche geborene Vanessa. Nach einer ärztlichen Untersuchung streichelt sie dem Kind jedes Mal über den Rücken. Sie hat im Verlauf der Pflegemaßnahmen beobachtet, dass es sich dabei beruhigt.

Pflegefachkraft Beate gibt dem kleinen Patienten Timo (geboren in der 26. Schwangerschaftswoche, Geburtsgewicht 650 g) eine Mullkompresse in das Händchen, wobei er sich sichtlich entspannt.

Das Baby Theresa (25. Schwangerschaftswoche, 800 g, beatmet) sieht man oft mit einem weichen Tuch halb über dem Gesicht im Inkubator liegen. Pflegefachkraft Suse fand heraus, dass ihm das weiche Tuch hilft, ruhig zu werden und einzuschlafen.

Durch gezielt eingesetzte Pflegeinterventionen, die von Kind zu Kind sehr unterschiedlich gestaltet und sehr ausgeprägt sein können, lässt sich z. B. an der Sauerstoffsättigung, der Herzfrequenz, den Atemmustern oder an einer gut adaptierten Beatmung erkennen, was dem Kind gut tut.

Aus den Verhaltensreaktionen auf die Pflegemaßnahmen entwickeln sich im ungünstigen Fall Verhaltensstörungen und eine mangelhafte Selbstregulation im vegetativen Bereich. Günstige Einwirkungen zeigen sich bei der im weiteren Entwicklungsverlauf stabilen physiologischen Verhaltensorganisation, z. B. beim Schlaf-Wach-Rhythmus. Dieser ist notwendig zur Freisetzung von Ressourcen für den aktuellen Gesundungsprozess und zum Abbau der Risiken von in der Folge drohenden Fehlentwicklungen.

Neurologische und somatische Störungen lassen sich durch gezielte therapeutische Pflegeansätze schon früh deutlich verringern. Ziel muss sein, störende Reize zu vermindern oder zu vermeiden. Dies gilt für den Wachzustand und besonders für den Schlaf, den die Kinder in den neonatologischen Abteilungen unbedingt und reichlich erreichen müssen (▸ Abb. 17.7).

▸ **Schlaf-Wach-Rhythmus.** Von gesunden Neugeborenen weiß man, dass sie einen eigenen Schlaf-Wach-Rhythmus entwickeln und teilweise schon bei Geburt entwickelt haben. In einem etwa 3- bis 4-stündlichem Intervall durchlaufen sie die

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 17.7 Durch körperliche Begrenzung kommt dieses Kind zur Ruhe. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

verschiedenen Schlafstadien mit einer REM-Schlafphase (REM = Rapid Eye Movement) vor dem Aufwachen. Diesen Rhythmus zu erreichen und zu erhalten, muss das Ziel regelmäßiger Pflegeintervalle sein, wobei erfahrungsgemäß häufig ein 3-stündliches Pflegeintervall gut adaptiert werden kann. Bei sehr unreifen Kindern finden sich auch kürzere aber selten längere Intervalle, die gut akzeptiert werden.

► **Minimal Handling.** Während der Ruhephasen sollten akustische, optische und taktile Reize und somit auch pflegerische Maßnahmen reduziert, sodass lediglich medizinisch notwendige Interventionen durchgeführt werden. Selbstverständlich muss alles unternommen werden, um die vitalen Funktionen zu unterstützen und stabil zu halten. Zu diesem Zweck ist ein zuverlässiges Monitoring durch Überwachungsgeräte und durch die Pflegenden eine Grundvoraussetzung für alles Weitere.

Merke

Als Grundsatz gilt: das beste Handling ist Minimal Handling.

Lagerung und Entspannung

Ziele bei der Lagerung neonatologischer Patienten sind:

- die Grundkrankheit, z. B. eine unreife Lunge und Atemstörungen bei Frühgeborenen, günstig zu beeinflussen,
- den neurologischen und motorischen Entwicklungszustand zu berücksichtigen,
- eine normale, altersgerechte Entwicklung zu fördern und die Entstehung von abnormen Bewegungsmustern zu vermeiden oder so weit wie möglich zu verhindern.

► **Beatmete Kinder.** Spezielle Lagerungsbedingungen ergeben sich aus den medizinisch therapeutischen Notwendigkeiten. Unter Kontrolle der Herztätigkeit und Sauerstoffsättigung zeigt sich, dass bei beatmeten Kindern und bei Frühgeborenen mit unreifen Lungen, auch wenn sie spontan atmen, Bauchlage meist etwas günstiger ist als Rückenlage, auch eine Schräglage, d. h. Anheben der Liegefläche auf ca. 30 °, unterstützt die Zwerchfellbeweglichkeit und damit die Atmung oder Beatmung. Ein regelmäßiger Lagewechsel, entsprechend dem Versorgungsrhythmus auch mit partieller Seitenlage, ist notwendig. Bei nicht mit Monitor überwachten Kindern wird wegen des Risikos eines plötzlichen Kindstodes die Rückenlage empfohlen.

► **Fellunterlage.** Physiologischerweise sind vor der Geburt vor allem die unreifen Frühgeborenen im Fruchtwasser nahezu schwerelos und unterliegen somit erst nach der Geburt Schwerkraft und Gewichtseinflüssen, die über längere Zeit auf den Körper unausgeglichen und einseitig wirken. Um längerfristige Gewichtseinwirkungen zu reduzieren, ist neben häufigem Umlagern ein Lagern auf Fellunterlagen wichtig. Dadurch werden Schädelverformungen, Thoraxabflachung und Schulterretraktion sowie eine ausgeprägte Froschhaltung mit Abweichen der Längsfußachse nach außen vermieden (▶ Abb. 17.8).

► **Lagerungshilfsmittel.** Die Extremitäten- und Körperhaltung lassen sich durch gefaltete Tücher, Rollen, Hörnchen und Nestchen an die intrauterine Haltung annähern. Dabei sollten die Extremitäten symmetrisch zur Mittellinie ausgerichtet sein und durch Beugehaltung besonders der Arme die Hände in Mund- und Gesichtsnähe gebracht werden. Hüft- und Kniegelenke sollten in Ruhe bei entspanntem Kind ebenfalls gebeugt sein; bei den Füßen muss eine Spitzfußhaltung verhindert werden (▶ Abb. 17.8).

► **Wünsche des Kindes.** Diese allgemeinen Hinweise und Techniken der Lagerung müssen den individuellen Wünschen des Kindes entsprechend ergänzt werden. Um diese zu erkennen, müssen sich die Pflegenden vergewissern, dass diese Lage-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 17.8 Die gute Lagerung neonatologischer Patienten führt zu Wohlbefinden und stabilerem Schlaf-Wach-Rhythmus.



Abb. 17.9 Mit gefalteten Tüchern und Rollen werden Frühgeborene ähnlich ihrer Haltung im Mutterleib gelagert.

rung entspannend, einschlaf- und schlaffördernd ist, Bewegungen gut ausgeführt werden können, vor allem eine Beugehaltung eingenommen werden kann und dass durch Lage und Lagewechsel die Körpersymmetrie erhalten bleibt. Jede dauerhafte Streck- oder Überstreckhaltung muss verhindert werden. Das Kind sollte sich sanft gehalten fühlen in seinem Nest (▶ Abb. 17.9).

Ziel einer solchen Lagerung ist ein Wohlbefinden, das zu einem erkennbar stabileren Schlaf-Wach-Rhythmus führt. Unruhezustände sollten erkannt bzw. durch Beruhigungsmaßnahmen vermieden werden.

Durch Stressabbau und die dadurch entstehende Entspannung entwickelt sich eine Kommunikation über Horchen, Blickkontakt und Mimik. Das körperliche Wohlbefinden zeigt sich in stabiler Atmung ohne Apnoe-Bradykardiezeichen mit guter peripherer Durchblutung und an einem an den jeweiligen Schlaf-Wach-Zustand angepassten Muskeltonus. Die Bewegungsmuster werden zunehmend ausgeglichen, dabei lassen sich altersentsprechende Reflexe (Greifen, Saugen, Mororeflex) weiterhin gut auslösen.

Merke

Durch Lagerung und individuell ausgerichtete Pflegemaßnahmen kann Stressabbau und Entspannung erreicht werden. Dadurch wird die Genesung aus dem aktuellen Erkrankungszustand erheblich gefördert. Die Organisation der eigenen, auch vegetativen Funktionen, kann sich stabilisieren. Für die spätere gesunde Weiterentwicklung ist dies eine unabdingbare Voraussetzung.

17.4 Einbeziehung und Schulung der Eltern

Bei der Einbeziehung und Schulung der Eltern muss vor allen Dingen Folgendes beachtet werden:

- Vorbedingungen,
- Art der Erkrankung des Kindes.

17.4.1 Vorbedingungen

Für die Eltern der neonatologischen Patienten gibt es immer eine Vorgeschichte: die Schwangerschaft. Eine Schwangerschaft kann geplant, ungeplant, erwünscht, unerwünscht, vielleicht sogar nach Sterilitätsbehandlung entstanden sein.

Die Schwangerschaft kann ohne Komplikationen verlaufen oder mit mehr oder weniger großen Schwierigkeiten belastet sein. Komplikationen während der Schwangerschaft können körperliche oder psychologische Ursachen haben und durch das soziale Umfeld beeinflusst, verstärkt oder vermindert werden. Die Beschwerden während der Schwangerschaft werden subjektiv sehr unterschiedlich erlebt.

Medizinisch definiert kann ein ungestörter Schwangerschaftsverlauf und unverdächtige Perinataldiagnostik vorliegen oder es kann sich um eine Risikoschwangerschaft, z. B. um eine Mehrlingsschwangerschaft oder eine Schwangerschaft mit Frühgeburtsbestrebungen handeln.

Für die Sorge und damit für die Betreuung der Eltern sind frühere Schwangerschaftserlebnisse in der Familie wie Fehlgeburten, Totgeburten oder vorangegangene Frühgeburten sowie neonatale Erkrankungen besonders belastend. Diese sehr unterschiedlichen Vorbedingungen spielen für die El-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

tern bei und nach der Geburt eine ganz entscheidende Rolle und sind für das Heranführen der Eltern an die vorliegenden Probleme bei ihrem Kind oder ihren Kindern ausschlaggebend.

Fallbeispiel

Vorbedingungen (1). Nach einer ungestörten Schwangerschaft und normaler Geburt ist das Kind an einer Neugeborenen Infektion mit Lungenbeteiligung erkrankt und es wurde eine Verlegung auf die neonatologische Intensivstation notwendig. Für die Eltern ist ihr Kind nicht erkennbar schwer krank. Beim ersten Kontakt mit den Pflegenden kamen folgende Fragen:

- Warum musste denn unser Kind verlegt werden?
- Warum kann es nicht gestillt werden?
- Warum müssen sogar noch diese gefährlichen Antibiotika gegeben werden?
- Warum kann die Mutter nicht auf der Intensivstation mit aufgenommen werden?

Fallbeispiel

Vorbedingungen (2). In der 32. Schwangerschaftswoche kommt es zur Entbindung von Drillingen durch Kaiserschnitt. Das Geburtsgewicht liegt bei den 2 Mädchen und 1 Jungen jeweils um 1500 g. Der Junge wird unmittelbar nach der Geburt für einige Tage beatmet, die Mädchen kommen ohne Beatmung zurecht. Die Mutter sagt beim ersten Kontakt: „Ich bin froh, dass die Schwangerschaft so lange gehalten hat und dass die beiden Mädchen sogar alleine atmen können, und der Junge wird es ja auch bald schaffen."

Fallbeispiel

Vorbedingungen (3). Zum errechneten Geburtstermin wird wegen sich verschlechternder Herztätigkeit durch einen notfallmäßigen Kaiserschnitt das 5. Mädchen einer türkischen Familie geboren und muss vorübergehend auf der neonatologischen Intensivstation behandelt werden. Der Vater kommt in der ersten Woche nur an 3 Tagen für ungefähr 5 Minuten, um nach seiner kleinen Tochter zu schauen. Er sagt: „Alles Katastrophe, ich muss Haushalt machen, die anderen Kinder versorgen, Urlaub nehmen, meine Frau kommt noch nicht nach Hause und dann ist es noch nicht einmal ein Junge."

17.4.2 Art der Erkrankung

Neonatologische Patienten sind kranke Neugeborene oder Frühgeborene. Sie sind vor, während oder unmittelbar nach der Geburt erkrankt und haben als Frühgeborene einen unterschiedlichen Reifezustand. Für die Eltern ist neben der Vorgeschichte die Art der Erkrankung ihres Kindes das Hauptproblem. Es müssen vor allem folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche Erkrankung hat das Kind?
- Warum ist unser Kind krank?
- Welche Behandlung ist möglich?
- Wie lange dauert alles?

Diese Fragen werden nicht nur an die Ärzte, sondern immer wieder auch an die Pflegenden gerichtet. Hier müssen Pflegende ggf. auf den Arzt verweisen.

Bei schwierigen Erkrankungen müssen Risiken, Komplikationen und Spätfolgen besprochen werden. Behandlungsfortschritte oder aktuelle zusätzliche Schwierigkeiten müssen regelmäßig neu angesprochen und besprochen werden. Wenn es wenig Behandlungsmöglichkeiten gibt, wird auch dies immer wieder von den Eltern thematisiert. Schließlich ist auch bei sterbenden Kindern die Begleitung im Sterbeprozess für die Pflegenden eine sehr belastende Aufgabe. Für die Eltern dieser Kinder ist eine sorgfältige Begleitung durch Schwestern und Ärzte jedoch eine große Hilfestellung.

17.4.3 Gespräche

Einige Gespräche zu bestimmten Zeitpunkten haben für Eltern, Pflegende und damit auch für das Kind besondere Bedeutung. Dies gilt vor allem:

- für den ersten Kontakt der Eltern mit der Intensivstation,
- für das erste Mal, wenn das Kind auf den Arm der Eltern gegeben wird,
- beim Wechsel von einem Intensivbehandlungsplatz zu einem Überwachungsplatz, z. B. von einem Inkubator in ein Wärmebett,
- bei der Verlegung von der Intensivstation auf eine „Normalstation",
- bei der Festlegung und Planung der Entlassung nach Hause.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Für diese Gespräche sollte möglichst eine ruhige Situation gefunden werden, denn was jetzt gesprochen wird, bleibt oft wörtlich im Gedächtnis der Eltern, manchmal jahrelang.

Erster Kontakt

Eine sehr häufige Situation nach der Übernahme eines Kindes unmittelbar nach der Geburt ist der erste Besuch durch den Vater, der dann zunächst einmal die ersten Informationen über sein Kind haben möchte und der sich oft sehr gut über die technischen Maßnahmen z. B. Beatmung, Monitoring, Sonden, Infusionen und Ähnliches informiert. Diese Details gibt er dann auch meist recht kompetent an die Mutter weiter, sodass diese bei ihrem Erstbesuch schon recht gut informiert ist und sich typischerweise dann intensiv ihrem Kind zuwenden kann, ohne diese therapeutischen Details noch genauer zu hinterfragen.

Wenn dieser erste Kontakt in Ruhe und Sachlichkeit möglich ist, sind die Eltern durch das Umfeld der „Gerätemedizin", Monitore, Kabel und Schläuche erstaunlich wenig irritiert oder erschrocken. Bei längerer Behandlungsdauer können die Eltern sehr rasch neue Informationen durch die Pflegenden verstehen und übernehmen. Sie können bald erkennen, ob ihr Kind entspannt und zufrieden wach ist, ob es unzufrieden, unruhig oder durch die Krankheit nur irritiert oder sehr beeinträchtigt ist. Am einfachsten ist natürlich zu erkennen, ob das Kind schläft oder wach ist, oder dass Störungen des Schlafzustandes für das Kind nicht sinnvoll sind. Schon nach wenigen Besuchen können die Pflegenden ihre Erfahrungen allgemeiner Art und speziell bei diesem Kind weitergeben und die Reaktionen auf taktile und andere Stimulationen besprechen.

Känguruen

Bei ausreichend stabilem Zustand kann das Kind auf den Arm oder Bauch von Vater oder Mutter gelegt werden (Känguruen). Dieses Ereignis ist ein emotionales Erlebnis, das sorgfältig vorbereitet werden sollte, indem es besprochen und auf einen bestimmten Zeitpunkt angekündigt wird. Wenn es dann so weit ist, sind Ruhe und eine stressfreie Zeitspanne erwünscht, um diesen engen, prägenden Kontakt zwischen Kind und Eltern ohne viele Worte positiv ablaufen zu lassen (▶ Abb. 17.10).



Abb. 17.10 Känguruen in stressfreier Atmosphäre ist für alle Beteiligten ein prägendes Erlebnis. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Übergang vom Intensivbehandlungsplatz zum Überwachungsplatz

Dieser Schritt ist meistens ein positives Erlebnis für die Eltern. Er muss wieder vorbereitet und zusammen mit dem Krankheits- und Pflegeverlauf erklärt werden, damit die Eltern auch jetzt die Kontakte zu ihrem Kind anpassen und verbessern können. Dabei werden sie vermehrt in die Versorgung einbezogen.

Verlegung aus der Intensivstation

Einerseits ist sie ein echter „Wunschtermin" der Eltern, andererseits entstehen Ängste, weil jetzt weniger Monitoring und neue Pflegefachkräfte, aber auch andere Pflegevorgänge und oft auch weniger Pflegefachkräfte den Tageslauf bestimmen. Eltern kommen mit der neuen Situation und danach auch mit der Entlassung des Kindes besser zurecht, wenn sie vorbereitend besprochen wurde.

Entlassung

Wenn Eltern von Anfang an während ihrer Anwesenheit auf der Frühgeborenen-Station sorgfältig durch Gespräche geführt wurden, ist beim Entlassungsgespräch nur noch wenig zu klären. Es ist oft erstaunlich, wie rasch die Eltern lernen, ihr Kind

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

zu beobachten, sein Verhalten realistisch wahrzunehmen und durch praktische Erfahrungen auch recht erfolgreich entspannend und nicht störend auf es einzuwirken. Die Besuche der Eltern bei ihrem Kind bilden so eine vertrauensvolle Basis für die spätere Eltern-Kind-Beziehung. Sie sind die Voraussetzung für die Einbeziehung in Pflegemaßnahmen und Schulung bis zur kompletten Versorgung, die bis zur Entlassung des Kindes von den Eltern erlernt werden muss.

Die weitere Betreuung des Kindes – evtl. auch ambulant – wird festgelegt. Um den Eltern mehr Sicherheit zu geben, werden auch entsprechende Kontaktmöglichkeiten wie Adressen und Telefonnummern schriftlich mitgegeben.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © famveldman – stock.adobe.com

Kapitel 18

Kinder im Krankenhaus

18.1 Einführung *272*

18.2 Einflussfaktoren auf das Erleben eines Krankenhausaufenthaltes und die psychischen Folgen *272*

18.3 Mit Kindern reden *277*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

18 Kinder im Krankenhaus

Examensschwerpunkte

Psychologische Erkenntnisse (S. 272), Einflussfaktoren auf das Erleben und psychische Folgen (S. 272), Mit Kindern reden (S. 277)

18.1 Einführung

Um die psychische Belastung eines Kindes durch einen Krankenhausaufenthalt möglichst gering zu halten, muss das Wissen über die Psychologie im Kindesalter in der Pflege besonders genutzt werden. Psychologische Erkenntnisse haben die Kinderkrankenhäuser und Kinderstationen verändert:

- Die Mutter-Kind-Beziehung und die Vater-Kind-Beziehung werden gefördert und unterstützt. Eltern versorgen ihre Kinder z. T. schon im Inkubator auf der Frühgeborenenstation.
- Gemeinsame Krankenhausaufnahme von Mutter und/oder Vater und Kind sind im Rooming-in-Verfahren in fast allen geburtshilflichen Abteilungen und Kinderstationen möglich.
- Es besteht eine fast unbegrenzte, ganztägige Besuchszeit. Familienangehörige gehören zum gewohnten Bild einer Kinderklinik und sind erwünscht.
- Zur Ausbildung der Pflegefachkräfte in der Kinderkrankenpflege gehört das Fach „Psychologie“ mit besonderem Schwerpunkt auf der Entwicklungspsychologie des Kindes.
- Auf Kinderstationen arbeiten ausgebildete Erzieherinnen und Heilpädagogen.
- Die Verweildauer ist deutlich kürzer geworden; es werden möglichst viele Behandlungen ambulant durchgeführt.
- Lehrer für den Schulunterricht können bei der Schulbehörde beantragt werden, wenn ein Kind längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden muss und dadurch in der Schule fehlt.

Beim Krankenhausaufenthalt eines Kindes muss heute nicht mehr mit einer begleitenden oder nachfolgenden kindlichen Verhaltensstörung gerechnet werden. Kinder verlassen das Krankenhaus i. d. R. ohne psychische Schädigung, wohl aber um Erfahrungen – gute und schmerzliche – reicher (▶ Abb. 18.1). Es müssen schon besonders ungünstige Umstände zusammen kommen, wenn es heute bei einem Klinikaufenthalt eines Kindes zu psychischen Folgeschäden kommt.



Abb. 18.1 Im Krankenhaus macht ein Kind neue Erfahrungen – schmerzliche, aber auch gute *(Symbolbild)*. (Foto: putilov_denis – stock.adobe.com)

18.2 Einflussfaktoren auf das Erleben eines Krankenhausaufenthaltes und die psychischen Folgen

Viele Kinder erleben einen Aufenthalt im Krankenhaus, ohne dass ihre weitere Entwicklung beeinträchtigt wird. Ob ein Krankenhausaufenthalt zu einer psychischen Schädigung des Kindes führt, hängt von mehreren Faktoren ab:

- Alter und Entwicklungsstand,
- frühere Erfahrungen,
- familiäres Umwelt,
- Persönlichkeit,
- Bedingungen des Krankenhauses.

18.2.1 Alter und Entwicklungsstand

Jüngere Kinder (unter 5–6 Jahren) sind noch so an ihre Bezugsperson gebunden, dass die Trennung eine größere emotionale Bedeutung hat als bei älteren Kindern. Dabei kann je nach Alter und sozialer Entwicklung des Kindes noch feiner differenziert werden.

Bereits Neugeborene und Säuglinge zeigen durch ihre angeborenen Verhaltensweisen des Suchens und Hinwendens die Bedürfnisse nach Nah-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 18.2 Rooming-in fördert den Aufbau einer guten Eltern-Kind-Beziehung *(Symbolbild)*. (Foto: S. Kobold, Fotolia.com)

rung, Körperkontakt und Zuwendung. Sie können sowohl von der Mutter oder vom Vater als auch von den Großeltern oder von einer oder mehreren Pflegefachkräften befriedigt werden.

Das ist die Situation in der Geburtsklinik und auf der Frühgeborenenstation. Bei einer guten medizinischen und pflegerischen Versorgung und menschlicher Zuwendung sind die Voraussetzungen gegeben, dass das Kind ohne psychische Störung das Krankenhaus verlassen kann. Das Rooming-in auf der geburtshilflichen Abteilung und die aktive Beteiligung der Eltern an der Frühgeborenenpflege dient dem Aufbau einer gesunden Beziehung zwischen Mutter, Vater und Kind (▶ Abb. 18.2).

Merke

In den ersten Lebenswochen ist es für die gesunde Entwicklung des Kindes nötig, dass Menschen das Kind in seinen Bedürfnissen nach Nahrung, Pflege und Kontakt versorgen.

▶ **2.–3. Lebensmonat.** Ab dem 2.–3. Lebensmonat kündigt der Säugling durch das Lächeln seinen Wunsch nach sozialem Kontakt an. Jetzt wird es wichtig, dass jemand zur Bezugsperson wird, die sich das Kind einprägt und die es wiedererkennen kann.

▶ **8.–9. Lebensmonat.** „Fremdeln" im 8. und 9. Lebensmonat ist ein Zeichen für den individuellen Bindungsprozess. Das Kind unterscheidet jetzt bekannte und unbekannte Personen. Nun braucht es auch im Krankenhaus eine Bezugsperson. Es reagiert empfindlich auf Störungen dieses Bindungsprozesses. Die Mitaufnahme oder zumindest die Anwesenheit der Mutter oder des Vaters in den Wachzeiten des Kindes ist jetzt besonders wichtig. Stehen die Eltern aus irgendeinem Grund nicht zur Verfügung, sollten möglichst immer die gleichen Pflegefachkräfte das Kind betreuen. Der häufige Wechsel der Bezugspersonen ist in diesem Alter viel schwerwiegender als vor dem dritten Lebensmonat und nach dem 6. Lebensjahr.



Abb. 18.3 Ab dem Schulalter haben die meisten Kinder schon Erfahrungen mit einer Trennung von zu Hause gemacht *(Symbolbild)*. (Foto: Photographee.eu – stock.adobe.com)

▶ **2. Lebensjahr.** Im 2. Lebensjahr zeigen sich schon erste Lösungsabsichten des Kindes, die aber einer Trennung durch einen Krankenhausaufenthalt noch lange nicht standhalten.

▶ **6. Lebensjahr.** Mit etwa 6 Jahren haben die meisten Kinder, im Kindergarten oder bei Besuchen mit Übernachtung, einige Erfahrungen mit Zeiten der Trennung von zu Hause gemacht; also mit einer Trennung von seinen engsten Bezugspersonen, von seinen Räumen, seinem Schlafplatz, seinen Gewohnheiten. Viele Kinder sind nun unter bestimmten Bedingungen bereit, sich auf das Wagnis einer Trennung durch einen notwendigen stationären Aufenthalt einzulassen (▶ Abb. 18.3).

Merke

Zwischen dem 3. Lebensmonat und dem Alter von etwa 6 Jahren ist der Krankenhausaufenthalt ein einschneidenderes Erlebnis als im späteren Kindesalter und bedarf besonderer Maßnahmen, um Störungen zu vermeiden. Eltern und Krankenhaus müssen sich an dem sozialen und intellektuellen Entwicklungsstand des Kindes orientieren.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Intellektuelle Entwicklung

Bei der altersabhängigen Gefährdung durch psychische Störungen muss neben der sozialen auch die intellektuelle Entwicklung betrachtet werden. Dabei spielen das Zeit- und Raumerleben des Kindes in der Situation der Trennung eine besondere Rolle.

Zeiterleben

Das Kleinkind lebt noch ganz in der Gegenwart, erst allmählich lernt es, zwischen vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Ereignissen zu unterscheiden.

Ab dem Alter von 3 bis 4 Jahren versteht das Kind einfache Zeitabfolgen der Art, dass erst das eine eintritt, dann das andere: erst spielen, dann essen, dann schlafen. Vergangenheit und Zukunft sind noch undifferenziert. Das Kind kann nur schwer erfassen, was kürzer oder länger zurückliegt, bzw. was schon bald oder erst sehr viel später erfolgen wird. Es verbindet keine wirklich konkrete Vorstellung mit der Aussage: „Um 3 Uhr komme ich wieder“ oder: „In 2 Stunden bin ich wieder da“; allenfalls entnimmt es dem Tonfall, der Stimme und den Gesten, wie Streicheln und Umarmen, einen Trost. Ist die Mutter aber erst gegangen, dann ist sie für das Kind weg, und das ist oft Grund genug heftig zu schreien. Dem kindlichen Zeitverständnis wäre angemessener zu sagen: „Jetzt isst du zuerst, dann schläfst du, dann komme ich wieder.“

Es ist nicht sinnvoll, Kindern im Vorschulalter eine Untersuchung oder einen Eingriff schon einige Tage vorher anzukündigen, da das Kind den Zeitraum noch nicht überblicken kann. Größere Zeiträume bedeuten im Verständnis des Kindes so viel wie: Irgendwann einmal muss ich in das Krankenhaus gehen, bekomme eine Spritze, tut irgendetwas weh.

Mit dem Schulalter setzt dann eine wesentliche Veränderung im Zeiterleben bezüglich vergangener und zukünftiger Ereignisse ein: Die Kinder orientieren sich mehr und mehr an der realen Zeit, es bilden sich genauere Vorstellungen über die vergangenen und die kommenden Tage und Wochen.

Raumerleben und abstraktes Denken

Das räumliche Vorstellungsvermögen im Kleinkindalter reicht noch nicht aus, sich vorzustellen, was mit der Mutter geschieht, wenn sie nicht anwesend ist. Für das Kleinkind heißt Abwesenheit so viel wie: Die Mutter ist nicht mehr da, sie ist weg.

Ältere Kinder sind in ihrer intellektuellen Entwicklung schon so weit, dass sie mehr Möglichkeiten haben, eine Trennung zu verarbeiten. Aufgrund ihres differenzierteren Vorstellungsvermögens wissen sie, wenn die Mutter nach dem Besuch im Krankenhaus nach Hause fährt, hält sie sich dort in ganz bestimmten und bekannten Räumen auf, geht bestimmten Tätigkeiten nach und ist mit bestimmten, bekannten Personen zusammen. Für das Kind steht fest: „Auch wenn ich sie nicht sehe, gibt es sie doch.“

18.2.2 Vorerfahrungen des Kindes

Wenn ein Kind häufig Strafandrohungen erlebte wie: „Wenn du nicht zu Hause den Hustensaft brav einnimmst, musst du in das Krankenhaus!“ oder: „Wenn du noch einmal so frech bist, musst du im Bett bleiben!“, hat es gelernt, dass Bettruhe und Krankenhaus Strafen bedeuten.

Wird ein Kind in das Krankenhaus gebracht, hat es meistens schon positive oder negative Vorerfahrungen mit der Trennung von seinem Zuhause und seinen Bezugspersonen. Erlebnisse der Trennung im Zusammenhang mit Tod oder Scheidung in der Familie (S. 353) können den Krankenhausaufenthalt beeinflussen.

Fallbeispiel

Vorerfahrungen. Der 6-jährige Albert wird von seiner Mutter in das Kinderkrankenhaus gebracht. Der Vater ist, als Albert 2 Jahre alt war, bei einem Motorradunfall ums Leben gekommen. Am Todestag des Vaters erkrankte Albert an Masern. Er wurde zu den Großeltern aufs Land geschickt. Die Mutter bekam Depressionen und war 3 Monate in einem Krankenhaus. Als sie entlassen wurde, nahm sie Albert zu sich, ließ ihn allerdings wegen ihrer Berufstätigkeit von häufig wechselnden Haushaltshilfen versorgen.

So konnte Albert kein Gefühl von Sicherheit aufbauen, entwickelte sich zu einem unangepassten, aggressiven, unsicheren und trotzigen Jungen. Die Mutter macht bei der Aufnahme einen nervösen und unruhigen Eindruck. Albert schreit und tobt herum.

Albert und auch seine Mutter brauchen in den ersten Tagen intensive Unterstützung von psychologisch geschulten Pflegefachkräften, um einen mehrere Tage dauernden Aufenthalt zu überstehen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Früher erlebte konfliktvolle Trennungen wirken bei einem Klinikaufenthalt negativ. Sie können die Verunsicherung des Kindes bis hin zu Trennungsängsten verstärken und psychische Störungen hinterlassen.

18.2.3 Familiäres Umfeld

Die Eltern, Geschwister und auch Großeltern gehören heute mit zum Alltag einer Kinderstation. Die Angst vor von außen hereingetragenen Krankheitserregern hat sich als wenig begründet erwiesen, ebenso der Einwand, die Eltern würden den Arbeitsablauf auf der Station behindern. Meist gelingt es, sie angemessen in die Pflege und in Behandlungstätigkeiten zu integrieren (▶ Abb. 18.4).



Abb. 18.4 Familienangehörige gehören zum Alltag in der Kinderklinik *(Symbolbild)*. (Foto: Dron – stock.adobe.com)

▶ **„Problematische Eltern".** Dies sind bei näherem Hinsehen Eltern, die Probleme haben, z. B. weil

- sie eine belastende Diagnose für ihr Kind nicht verkraften können,
- durch die neue Situation – ein Kind ist im Krankenhaus – zu Hause schwer lösbare organisatorische Probleme auftreten,
- sie kein Vertrauen zu Ärzten oder Pflegenden haben, ihre eigenen Ängste auf die Kinder übertragen und sich so in einem Teufelskreis von Angst, Unsicherheit und Misstrauen befinden,
- durch die hohe Anforderung an eine kooperative Vater-Mutter-Beziehung möglicherweise familiäre Konflikte akut werden (Paarkonflikte treten gerade durch die gemeinsame Elternfunktion in den Hintergrund oder werden umgekehrt deutlicher). Meinungsverschiedenheiten über die Betreuung und Behandlung des Kindes spiegeln oft tiefer liegende Konflikte des Paares wider. Immer wieder wird von Pflegenden erwartet zu entscheiden, wenn Eltern fragen: „Wer hat Recht, mein Partner oder ich?",
- das schon vorher belastete Mutter-Kind-Verhältnis im Falle einer überprotektiven Mutter und allzu „anhänglich-ängstlichem" Kind eine Versorgung durch Pflegefachkräfte extrem stressreich gestaltet,
- durch die Abwesenheit des Kindes zu Hause eine unerträgliche Leere entsteht. Vielleicht war das Kind Lebensinhalt der Mutter oder des Paares („unser Ein und Alles"); dann ist es die Trennungsangst der Eltern, die nicht alleine zu Hause sein können und im Krankenhaus nicht von der Seite des Kindes weichen, die hier Probleme schafft,
- durch die Befürchtung, man könnte den Erwartungen der Pflegefachkräfte an eine „gute Mutter" oder einen „guten Vater" nicht nachkommen. Eine Mutter, die sonst berufstätig ist und den Haushalt versorgt, ist es nicht gewohnt, mit ihrem Kind viele Stunden in einem Zimmer zu verbringen. Sie weiß vielleicht nicht, wie man sich über so lange Zeit mit dem Kind beschäftigt. Ein Vater, der schon lange nicht mehr, vielleicht noch nie, mit seinem Kind so intensiv ganz alleine war, wird sich eher mit den anderen Eltern im Zimmer oder mit seiner Zeitung beschäftigen.

18.2.4 Persönlichkeit des Kindes

Ein Krankenhausaufenthalt wird ein Kind weniger irritieren, wenn:

- es soziale Kontakte zu verschiedenen Personen wie Frauen und Männern, älteren und jungen Menschen, anderen Kindern, Bekannten und Fremden gewohnt ist;
- es eher extravertiert und kontaktfreudig ist als introvertiert. Der Rückzug auf sich selbst führt dazu, dass es sich stark mit seinen Problemen beschäftigt, sodass förderliche neue Sozialkontakte und Bindungen erschwert werden;
- die intellektuelle Entwicklung so weit fortgeschritten ist, dass es die neue, vorübergehende Lebenssituation einordnen und verstehen kann;
- es über ein stabiles Selbstwertgefühl verfügt;
- eine Grunderfahrung von Sicherheit und Geborgenheit seine Gefühlslage prägt;
- es sich eher neugierig abwartend statt aggressiv abwehrend verhält.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

18.2.5 Bedingungen des einzelnen Krankenhauses

Was kann das Krankenhaus für das Kind tun? In erster Linie muss es eine optimale medizinische und pflegerische Versorgung leisten. Zur Gesundung, zum Wohlbefinden und zur Vermeidung von psychischen Störungen können darüber hinaus beitragen:

- kindgemäße Strukturierung der räumlichen, zeitlichen und personellen Krankenhausbedingungen (▶ Abb. 18.5),
- gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind,
- Bereitstellung von Spielmöglichkeiten und aktive Anleitung zum Spiel,
- Kontakte zu anderen Kindern,
- positiver Arztkontakt,
- psychologisch geschulte Pflegefachkräfte,
- verständliche Informationen, auch bei der Visite.



Abb. 18.5 Das Personal und die räumliche Gestaltung tragen zur Gesundung bei. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

Aufgaben der Pflegenden

Kranke Kinder zu pflegen umfasst weit mehr als körperliche Pflege. Damit es gelingt, durch pflegerische und medizinische Behandlung, den Gesundheitszustand eines Kindes zu verbessern oder wiederherzustellen, brauchen Kind und Angehörige auch psychologische Betreuung. Psychologische Aufgaben sind:

- die Eltern in die Pflege einbeziehen und das Wissen der Eltern über ihr Kind als Ressource nutzen,
- die Eltern anleiten,
- das Kind psychologisch betreuen.

▶ **Die Eltern in die Pflege einbeziehen und das Wissen der Eltern über ihr Kind als Ressource nutzen.** Ein Kind, das seinen Eltern vertraut, ist bei Pflegemaßnahmen weniger ängstlich, wenn die Eltern dabei sind. Eltern kennen ihr Kind meistens sehr gut. Sie wissen, was es braucht, was ihm wichtig ist und wie es sich am ehesten beruhigen lässt. Pflegende können auf die Erfahrungen der Eltern zurückgreifen.

▶ **Eltern anleiten.** Eine wichtige Aufgabe der Pflegenden ist es, die Eltern anzuleiten. Pflegende können die Eltern darin unterstützen, ihrem Kind zu helfen. Aufgaben an die Eltern weitergeben (delegieren) heißt, ihnen etwas zutrauen und zumuten: „Ich zeige es Ihnen zuerst, dann ist es besser, wenn Sie es selbst ausführen." Eltern gewinnen so mehr Sicherheit in der ungewohnten Krankenhaussituation.

▶ **Kind psychologisch betreuen.** Das Kind hat Angst vor Trennung und Schmerzen. Die psychologische Betreuung hat vor allem zum Ziel, die Angst zu mindern. Für den begleitenden Umgang mit dem Kind sind folgende Aspekte wichtig:

- den eigenen Namen nennen, sich dem Kind vorstellen,
- über die Ereignisse und Maßnahmen zeitnah und kinderecht informieren,
- das Kind direkt ansprechen, auch wenn die Mutter auf Fragen an das Kind antwortet; ihm Gelegenheit zu einer eigenen Antwort geben,
- die Informationen in kleinen Schritten geben, immer wieder Pausen einlegen, in denen das Kind nachdenken oder sich äußern kann,
- bei Eingriffen wie Blutabnahme, Verbandwechsel oder Untersuchungen das Kind mit den Geräten vertraut machen,
- immer über einen zu erwartenden Schmerz informieren.

Indem die Pflegefachkraft bei dem kranken Kind bleibt und ihm wiederholt versichert: „Ich gehe mit dir, ich bleibe bei dir", „Ich bin da, wenn du aufwachst", „Wenn du mit mir reden willst, kannst du mich rufen", leistet sie wohl die grundlegendste psychologische Betreuung: Sie kann ihm zwar nicht die Schmerzen abnehmen, aber ihm und auch der Mutter zeigen, dass sie es nicht alleine lassen wird.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Psychischer Hospitalismus

Definition

Unter **psychischem Hospitalismus** versteht man Verhaltensauffälligkeiten und Störungen bei der intellektuellen und emotionalen Entwicklung, die meist in einer Pflegeeinrichtung erworben wurden.

Aus der Geschichte der Kinderkrankenpflege ist die Erscheinung von Hospitalismus bekannt. Ursache für Hospitalismus bei Kindern ist eine frühe und lange Trennung des Kindes von den Eltern, insbesondere in reizarmer Umgebung.

► **Symptome.** Als Symptome eines psychischen Hospitalismus treten auf:
- Entwicklungsrückstand,
- Apathie, Autoaggression,
- Kontaktstörungen,
- Unfähigkeit, Gefühle zu äußern,
- stereotype Bewegungen.

Hospitalismus entstand früher in Waisenhäusern und Kinderheimen und bei langen Krankenhausaufenthalten; er tritt aber auch in Familien auf, wenn ein häufiger Wechsel der Bezugspersonen oder Verwahrlosung stattfindet. In Krankenhäusern kommt es heute praktisch nicht mehr dazu, da die Gestaltung der Kinderstationen, Besuchszeiten und Aktivitäten auf Station für Geborgenheit und Abwechslung sorgen (► Abb. 18.6). Häufiger sind Hospitalisierungserscheinungen heute bei älteren Menschen in Pflegeheimen.



Abb. 18.6 Kinderstationen sind heute kinderfreundlich gestaltet. (Foto: P. Bläfield, Thieme)

Aufgabe

1 Auf der Säuglingsstation liegt seit 10 Tagen das 4 Wochen alte Baby Katrin Baumer wegen einer fieberhaften Darmerkrankung. Die Eltern und die Großeltern wechseln mit ihren Besuchen ab und betreuen die Kleine zuverlässig und liebevoll. Eines Tages wendet sich Frau Baumer besorgt an Sie: „Ich mache mir Gedanken über die weitere Entwicklung meiner kleinen Katrin. Sie wird doch wegen der Zeit im Krankenhaus keine psychischen Störungen davontragen?“ Wie antworten Sie?

18.3 Mit Kindern reden

Um sich Kindern verständlich zu machen, müssen im Bereich der Kinderkrankenpflege Pflegende und Ärzte, Eltern und Angehörige, Erzieherinnen und „grüne oder rosa Damen“ (Besuchsdienste) einige Besonderheiten beachten:
- Entwicklungsstand des Kindes,
- Aufmerksamkeit wecken und Blickkontakt herstellen,
- sich vorstellen,
- aktiv zuhören,
- geeignete Sprache wählen,
- das Kind einbeziehen (► Abb. 18.8).
- Ja-Haltung erzeugen.

18.3.1 Entwicklungsstand beachten

Damit Gespräche mit Kindern gelingen, müssen sie jeweils dem Alter des Kindes entsprechend gestaltet werden. Die Pflegefachkräfte auf Kinderstationen benötigen spezifische Kenntnisse der intellektuellen Entwicklung des Kindes, die hier zur Anwendung kommen.

Merke

Es ist immer der Entwicklungsstand des Kindes zu beachten.

Es muss zwischen Informationen für die Begleitpersonen und solchen, die das Kind braucht, unterschieden werden. Im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes werden dem Kind eine Menge

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

verschiedener Informationen gegeben, wie z. B. über:

- diagnostische, pflegerische und therapeutische Maßnahmen,
- Tagesablauf in der Klinik,
- Räumlichkeiten,
- Personen, die dort arbeiten,
- Rufanlage,
- Gegenstände und ihre Funktionen,
- Regeln im Stationsbetrieb.

18.3.2 Aufmerksamkeit wecken und Blickkontakt herstellen

Kinder sind oft in ihr Spielen vertieft oder gerade in ihrer Fantasiewelt beschäftigt oder nach dem Schlafen in der Aufwachphase noch nicht aufnahmefähig. Um zu erreichen, dass sie hören können, was zu ihnen gesagt wird, empfiehlt es sich, ihre Aufmerksamkeit zu wecken. Das kann durch eine leichte Berührung und die Anrede mit dem Namen geschehen.

Bei der Kontaktaufnahme ist zuerst einmal Blickkontakt herzustellen. Dabei sorgt die erwachsene Person dafür, dass sich die Blicke auf einer Ebene begegnen können, d. h., entweder begibt sie sich hinunter auf die Ebene des Kindes, oder das Kind wird auf den Arm der Begleitperson hoch gehoben oder auf einen Tisch gestellt (▶ Abb. 18.7).

Sehr viele Informationen werden dem Kind handlungsbegleitend gegeben. „Wenn ich jetzt den Verband hier wegmache, kann ich sehen, wie schön die Wunde heilt." Dabei holt sich die Pflegefachkraft zuerst die Aufmerksamkeit des Kindes durch ein kurzes: „Hör mal", „Guck mal hier", oder „Ich will dir etwas zeigen". Gegebenenfalls unterstützt sie dies durch eine leichte Berührung.



Abb. 18.7 Kind und Pflegefachkraft können sich auf einer Ebene anschauen. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

18.3.3 Sich vorstellen

Beim ersten und – wenn nötig – wiederholt bei weiteren Kontakten erfolgt die Begrüßung mit Selbstvorstellung, Anrede des kleinen Patienten und erstem Smalltalk. Außer dem Entwicklungsstand des Kindes spielt bei jeder Kommunikation der krankheitsbedingte Zustand des Kindes eine Rolle.

Aufgabe

2 Im Aufnahmezimmer begegnen Sie zum ersten Mal der 4-jährigen Mathilde, die von ihrem Vater wegen Fieber und Hautrötungen in das Kinderkrankenhaus gebracht wurde. Wie würden Sie die Kontaktaufnahme zur kleinen Patientin (mit Anrede, Selbstvorstellung und Smalltalk) gestalten?

18.3.4 Aktiv Zuhören

Um Kindern zu zeigen, dass man ihr Erleben und ihre Gefühle wahrnimmt und versteht, kann man das Aktive Zuhören (S. 224) einsetzen.

Wer sich verstanden fühlt, gewinnt Vertrauen und Sicherheit. Das gilt für Kinder genauso wie für Erwachsene. Ein aufmerksames und verständnisvolles Zuhören hilft dem Kind über die fremde, manchmal schmerzliche und bedrohliche Situation des Krankseins in einem Krankenhaus hinweg. So teilt die Schwester dem Kind nicht nur Informationen mit, sondern auch, was sie von seinem Erleben verstanden hat.

Fallbeispiel

Aktiv zuhören. Hannelore ist 7 Jahre alt. Als Pflegefachkraft Monika auf ihrer Runde am frühen Nachmittag im Zimmer ist, fragt das Mädchen mehrmals nach der Uhrzeit und schließlich sagt sie: „Meine Mama hat noch zu tun." Monika versteht, was in dem Kind vorgeht und bemerkt: „Nicht wahr, du wartest schon sehr auf die Mama." „Ja", sagt Hannelore und fängt an zu weinen. Monika setzt sich zu ihr, legt ihren Arm um das Kind und nun reden die beiden miteinander. Nach einer Weile sagt Hannelore: „Liest du mir noch vor, Monika?"

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Für ein krankes Kind bedeutet es eine spürbare Hilfe und kräftige Unterstützung in einer schwierigen Zeit, wenn Pflegende es verstehen und mit ihm kindgerecht kommunizieren. Dabei hilft den Pflegenden eine wache Aufmerksamkeit und Achtsamkeit (S. 40) dem Kind gegenüber.

18.3.5 Geeignete Sprache wählen

Grundsätzlich gilt: Je jünger ein Kind ist, umso mehr geschieht Kommunikation über Körpersprache. Beim Neugeborenen und Säugling kommt es darauf an, die nonverbalen Zeichen für Wohlbefinden oder Unwohlsein wahrzunehmen und zu beantworten. Später wird entsprechend dem Sprachverständnis des Kindes Sprache eingesetzt. Dabei ist auf die Wahl einfacher Wörter und kurzer Sätze zu achten.

Fallbeispiel

Geeignete Sprache. Pflegefachkraft Ulla kommt in das Zimmer des 5-jährigen Simon: „Ich bringe dir hier eine Medizin. Es sind Tropfen. Die schmecken nicht besonders gut. Sie helfen aber, dass dein Bauch nicht mehr so weh tut. Du kannst gleich danach von dem süßen Saft trinken, den magst du doch?“.

Merke

Die Wortwahl richtet sich nach Alter und Entwicklungsstand. Je jünger ein Kind ist, umso einfacher sollten die Begriffe und umso kürzer sollten die Sätze sein.

18.3.6 Kind einbeziehen

Auch die aktive Beteiligung des Kindes an den diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen ist wichtig. Hier kann die Neugier des Kindes genutzt werden um Angst abzubauen.

Verbale Informationen sollten mit vielen Anschauungsmöglichkeiten verbunden sein. Materialien wie Spritze (ohne Kanüle), Handschuhe oder Reflexhammer werden dem Kind zum Spielen und Erforschen in die Hände gegeben (▶ Abb. 18.8). Ein Stethoskop, das ein Kind selbst ausprobieren darf, macht ihm weniger Angst.



Abb. 18.8 „Zuerst mal an Mama ausprobieren.“ (Foto: P. Blåfield, Thieme)

18.3.7 Ja-Haltung erzeugen, Compliance herstellen

Auch bei Kindern ist es wichtig, Compliance herzustellen. So legen Pflegende Wert darauf, beim Kind eine „Ja-Haltung“ zu erreichen, indem sie, so oft wie es möglich ist, hinzufügen: „Bist du einverstanden?“ oder „Möchtest du das auch sehen?“

Definition

Compliance nennt man die Bereitschaft eines Patienten, an der Behandlung mitzuwirken.

Fallbeispiel

Ja-Haltung, Compliance. „Hallo, Peter“, spricht Ulla den 5 Jahre alten Patienten an. „Ich habe dir ja schon erzählt, dass wir heute einen kleinen Ausflug hier im Krankenhaus machen. Jetzt will ich dich abholen. Willst du die Spielsachen so liegen lassen, dass du nachher weiterspielen kannst?“

„Ich muss Olaf (den Stoffbären) erst zu Bett bringen.“ Er bettet sein Kuscheltier sorgfältig in sein Bett.

„Den hast du wohl besonders gern“ sagt Ulla, „der ist jetzt gut versorgt. Bist du fertig, Peter?“

„Ja.“ (Ja-Haltung)

„Wir gehen hier den Gang entlang, dann fahren wir mit dem Aufzug“, begleitet Ulla sprechend den Ablauf.

„Jetzt besuchen wir Frau Dr. Schmitz. Sie möchte mal sehen, warum dein Hals so weh tut“ (Information).

Peter läuft bereitwillig an der Hand von Ulla mit (Compliance).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

3 Herr Mauser bringt seinen 10-jährigen Sohn Timo in die Kinderklinik. Der Hausarzt hat ihn mit Verdacht auf Gastroenteritis eingewiesen. Timo ist blass und krümmt sich vor Schmerzen, er jammert und klammert sich an den Vater. Herr Mauser ist aufgeregt und wirkt sehr unruhig und ängstlich. Stellen Sie sich vor, Sie arbeiten in der Ambulanz dieser Kinderklinik. Bereiten Sie in der Gruppe ein Aufnahmegespräch vor. Worauf werden Sie achten?

Beachten Sie auch die weiterführenden Themen „Kind und Tod (S. 353)“ und „Palliativ Care für Kinder (S. 356)“.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © Rido – stock.adobe.com

Kapitel 19

Ältere Menschen im Krankenhaus

19.1 Alter und Krankheit *282*

19.2 Besonderheiten bei der Pflege alter Menschen *283*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

19 Ältere Menschen im Krankenhaus

Examensschwerpunkte

Alter und Krankheit (S. 282), Besonderheiten bei der Pflege alter Menschen (S. 283)

19.1 Alter und Krankheit

Alt sein bedeutet nicht zwangsläufig krank zu sein. Dennoch treten im höheren Lebensalter gehäuft Krankheiten auf. Diese Häufung von Krankheiten (Multimorbidität) hat verschiedene Ursachen:

- Das Immunsystem ist nicht mehr so leistungsfähig.
- Ungünstige Lebensumstände und Lebensstile sowie konstitutionelle Schwächen führen oft erst nach vielen Jahren zum Ausbruch einer Krankheit.
- Mit dem hohen Lebensalter gehen wechselnde und belastende Lebenssituationen einher. Die Anpassungsfähigkeit an derartige Veränderungen lässt jedoch nach, sodass sich auch vermehrt psychische und psychosomatische Erkrankungen zeigen.
- Nachlassende Organfunktionen begünstigen die Entstehung verschiedener Erkrankungen: So nehmen im hohen Alter z. B. Herzleistung und Nierenfunktion ab.

Vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hirngefäßerkrankungen, Tumorerkrankungen, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen treten im Alter häufiger auf. Demenzerkrankungen und Depressionen sind häufige psychiatrische Erkrankungen im Alter. ▶ Tab. 19.1 zeigt die Rangfolge der 10 häufigsten Diagnosen für Krankenhausbehandlungen bei Männern und Frauen im Alter von 65 Jahren und älter.

Krankheiten stellen im Alter meist noch gravierendere Ereignisse dar als im jüngeren Lebensalter. Sie werden als besonders stressreich empfunden, weil:

- sie häufig chronisch verlaufen und irreversible Schädigungen hinterlassen; das Wissen um schlechtere Heilungschancen erzeugt Stress; Ängste davor, nicht mehr gesund zu werden und sich nicht mehr selbst versorgen zu können, stellen eine erhebliche Belastung dar;
- ihnen aufgrund der Multimorbidität oft nur mit eingeschränkten Therapiemöglichkeiten begegnet werden kann;
- der Patient, bedingt durch altersbedingte Einschränkungen, geringere Anpassungsmöglichkeiten an die Krankheit zur Verfügung hat.

▶ **Krankheitsbedingte Einschränkungen.** Verbunden mit einer Krankheit sind verschiedene Verluste: So führen Erkrankungen von Sinnesorganen und Nervensystem in der Regel zu Einschränkungen der Informationsaufnahme. Erkrankungen der Muskulatur oder des Skeletts schränken die Beweglichkeit und damit auch den Bewegungsradius ein. Beides kann, insbesondere wenn noch psychische Erkrankungen hinzukommen, zu einer Reduzierung sowohl der Qualität als auch der Quantität der sozialen Kontakte führen und die alltägliche selbstständige Versorgung infrage stellen.

▶ **Krankheitsgewinn.** Krankheitsgewinn haben ältere Menschen z. T. durch eine vermehrte Zuwendung von Pflegefachkräften, Therapeuten, Ärzten oder von Angehörigen, die z. B. bei den Äußerungen

Tab. 19.1 Die 10 häufigsten Diagnosen in Krankenhäusern bei Männern und Frauen im Alter von 65 Jahren und älter im Jahr 2016 (Statistisches Bundesamt).

Rang	Männer	Frauen
1	Herzinsuffizienz	Herzinsuffizienz
2	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	Vorhofflattern und Vorhofflimmern
3	Hirninfarkt	Fraktur des Femurs (Oberschenkelknochenbruch)
4	sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	essentielle (primäre) Hypertonie
5	chronisch ischämische Herzkrankheit	Hirninfrakt
6	Angina pectoris	Gonathrose (Arthrose des Kniegelenks)
7	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
8	akuter Myokardinfarkt	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenks)
9	Arteriosklerose	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
10	bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	Volumenmangel

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

von Schmerzen erfolgen kann. Das Abgeben von Verantwortung für verschiedene Bereiche und die Entlastung von Alltagsaufgaben können auch als Krankheitsgewinn empfunden werden. Diese „Gewinne" sind verglichen mit den durch die Krankheit entstehenden Einschränkungen meist sehr gering.

19.2 Besonderheiten bei der Pflege alter Menschen

Das Lebensalter in Jahren sagt nichts über die Persönlichkeit eines Menschen aus. Wenn auf einer Station ein über 80-jähriger Patient mit einer Oberschenkelhalsfraktur angekündigt wird, kann man heute Überraschungen erleben. Kommt der Patient an, sieht man vielleicht anstatt eines hilflosen, gebrechlichen alten Mannes einen vitalen, bis auf die Fraktur gesunden, geistig regen, unterhaltsamen, interessierten und kooperativen Mann. So darf kein verallgemeinertes Bild des alten Menschen entstehen. Jeder Mensch muss individuell betrachtet werden, seine Ressourcen müssen beachtet und genutzt werden.

► **Altersbedingte Entwicklungen berücksichtigen.** An dieser Stelle sei an die altersbedingten Veränderungen psychologischer Grundfunktionen erinnert: Wahrnehmung (S. 25), Gedächtnis (S. 70) und Intelligenz (S. 90) sowie an die unterschiedlichen soziologischen Altersbilder (S. 182). In diesem Kapitel werden nun Besonderheiten bei der Pflege älterer Menschen beschrieben, die nicht für alle, jedoch für viele ältere Menschen gelten und die altersbedingten Entwicklungen berücksichtigen. Dazu gehört, dass häufig:

- Einschränkungen der Sinnesorgane die Wahrnehmung und somit die Fähigkeit zur Informationsaufnahme beeinträchtigen,
- die Reaktionszeiten im Alter länger werden,
- die Merkfähigkeit für unmittelbar Vergangenes nachlässt,
- das Zeiterleben im Alter verändert ist, die Vergangenheit an Bedeutung gewinnt,
- das Lösen neuartiger Probleme und die Umstellung auf neue Situationen mühsamer werden.

19.2.1 Ältere Menschen benötigen mehr Zeit

Diese altersbedingten Entwicklungen schlagen sich in den Anforderungen nieder, die die Pflege älterer Menschen an die Pflegenden stellt. Der alte Mensch benötigt mehr Zeit, um:

- eine Situation zu erfassen,
- Informationen aufzunehmen,
- zu Wort zu kommen,
- sich zu bewegen,
- sich orientieren zu können,
- Vertrauen aufzubauen,
- über Vergangenes zu sprechen.

Zeit, um eine Situation zu erfassen

Gerade bei unvorbereiteter Aufnahme ins Krankenhaus bei Unfall oder einem anderen Notfall benötigen ältere Menschen Zeit und Hilfe bei der Orientierung. Die plötzliche Aufnahme in ein Krankenhaus kann massive psychische Probleme mit sich bringen, die sich z. B. in Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Apathie, Unruhe und Desorientierung zeigen können. Oft wird dies eher mit ihrer Krankheit, als mit dem schockartigen Ereignis der Krankenhausaufnahme in Verbindung gebracht. Es hilft dem Patienten bei der Orientierung, wenn die Pflegenden öfter wiederholen, wo er sich befindet, wie es dazu kam und wer für ihn da ist.

Zeit, um Informationen aufzunehmen

Informationen müssen in angemessenem Tempo und mit geeigneter und deutlicher Sprache vermittelt werden, gegebenenfalls in kleineren Informationseinheiten mit Wiederholung. Die Pflegenden sollten sich vergewissern, ob die Informationen verstanden wurden (Feedback einholen). Der Patient benötigt Menschen, die ihn gegebenenfalls erinnern und Vergesslichkeit nicht als Nachlässigkeit interpretieren.

Zeit, um zu Wort zu kommen

Vielleicht ist der Patient nicht gewohnt, sich kurz und präzise auszudrücken. Oft hat er sich schon lange die Worte zurechtgelegt und ist dann doch zu aufgeregt, wenn es soweit ist, etwas zu fragen oder zu sagen (▶ Abb. 19.1). Mancher holt weit aus.

Fallbeispiel

Zeit zum Reden. Herr Jäger erzählt der Pflegefachkraft Cordula: „Wissen Sie, früher habe ich meine Rückenschmerzen immer selbst in den Griff bekommen. Schon mein Großvater hat mir erzählt, dass sein Vater auch diese Rückenschmerzen hatte. Der hatte in einem Buch gelesen …" Inzwischen hat Cordula den Rücken mit Franzbranntwein eingerieben. „Das kühlt doch schön, oder?" Es klingelt und sie verlässt den Raum. Herr Jäger kam nicht dazu, seine eigenen Ideen, Wünsche oder Bedürfnisse zu formulieren.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 19.1 Der ältere Mensch benötigt mehr Zeit, Informationen aufzunehmen, zu Wort zu kommen ... (Foto: K. Oborny, Thieme)

Zeit, um sich zu bewegen

Aufstehen z. B. geschieht nicht mit einem Sprung aus dem Bett, sondern: Oberkörper zur Seite – Pause – Beine aus dem Bett – Oberkörper aufrichten, auf die Bettkante sitzen – Pause – aufstehen. Der ältere Mensch benötigt i. d. R. auch mehr Zeit zum Essen und um sich zu waschen. Die alltäglichen Verrichtungen selbst durchführen zu können, ist für das Selbstwertgefühl und das Wohlbefinden wichtig, ist nicht zu unterschätzen und darf nicht zugunsten eines schnelleren Pflegeablaufes vernachlässigt werden.

Zeit, sich orientieren zu können

In einem modernen Krankenhaus braucht der ältere Mensch Zeit, um die ständig wechselnden Pflegefachkräfte, ihre Zuständigkeiten und den Tagesablauf kennen zu lernen und um sich im Haus mit den verschiedenen Stockwerken und Gängen zurechtzufinden.

Zeit, um Vertrauen aufzubauen

Beziehungen zu Mitpatienten, Pflegefachkräften oder Arzt benötigen Vertrauen. Dies braucht Zeit. Besonders zu berücksichtigen ist hier das Rollenbild, das viele ältere Menschen von Ärzten haben: Oft werden sie als zu akzeptierende Autorität angesehen, sodass der Patient sich nicht traut nachzufragen, wenn er etwas nicht verstanden hat, oder zu widersprechen, wenn er eigentlich nicht einverstanden ist. Dem Patienten sollte immer wieder verdeutlicht werden, dass er bezüglich der Behandlung selbst mitbestimmen kann.

▶ **Schamgefühl.** Auch muss berücksichtigt werden, dass ältere Menschen, bedingt durch Erfahrungen und die früher üblichen Erziehungsstile, oft ein hohes Schamgefühl haben. Sich von fremden Personen, unter Umständen sogar von Personen des anderen Geschlechts, im Intimbereich waschen oder untersuchen zu lassen, ist für ältere Menschen oft besonders schwierig. Mehr als die meisten Menschen vermuten, haben ältere Frauen während der Kriegsjahre Vergewaltigungen erlebt.

Zeit, um über Vergangenes zu sprechen

Die eigene Vergangenheit ist ein wichtiger Bestandteil der Identität des älteren Menschen. Hat der Patient die Möglichkeit, über seine Vergangenheit zu sprechen, kann eine tragfähige Beziehung entstehen. Der Patient fühlt sich als Person angenommen, nicht nur als Patient.

Merke

Der Patient benötigt Menschen, die abwarten können, die ihm zuhören und ihn nach seinen Wünschen und Bedürfnissen fragen:

Pflegende, die bereit sind, herauszufinden, was der Patient noch kann, welche Ressourcen er hat,

Menschen, die den Patienten mitbestimmen lassen, ihn in Entscheidungen einbeziehen, die seine eigenen Lösungsideen berücksichtigen und ihm die Chance geben, sich selbst zu helfen.

Aufgabe

Pflegefachkraft Petra arbeitet auf einer chirurgischen Station. Sie hat heute bereits 4 junge Patienten gewaschen und versorgt. Nun ist sie auf dem Weg zu der 89-jährigen Frau Klein. Bevor sie das Zimmer von Frau Klein betritt, erinnert sie sich daran, welche Besonderheiten bei der Pflege älterer Menschen zu beachten sind. Beschreiben Sie diese Besonderheiten.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © P. Blåfield, Thieme

Kapitel 20

Angehörige in der Pflege

20.1 Nebenrolle mit Wirkung: die Angehörigen *286*

20.2 Angehörige im Krankenhaus *288*

20.3 Angehörige - Rolle mit Nebenwirkungen *295*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

20 Angehörige in der Pflege

„Eines Tages sprach seine Mutter zu ihr: ‚Komm, Rotkäppchen, da hast du ein Stück Kuchen und eine Flasche Wein, bring das der Großmutter hinaus; sie ist krank und schwach und wird sich daran laben … und wenn du in ihre Stube kommst, so vergiss nicht, guten Morgen zu sagen und guck nicht erst in alle Ecken‘.“ (aus dem Märchen „Rotkäppchen“ der Brüder Grimm)

Examensschwerpunkte

Die Rolle von Angehörigen (S. 286), Angehörige_im_Krankenhaus (S. 288), Belastungen (S. 295), Unterstützung und Hilfen (S. 295)



Abb. 20.1 Angehörige begleiten und schützen den kranken Menschen und stärken ihm den Rücken.

20.1 Nebenrolle mit Wirkung: die Angehörigen

In dem Gesamtgeschehen von Krankheit, Therapie und Pflege kommt dem Patienten – so sollte es jedenfalls sein – die Hauptrolle zu. Eine nicht zu unterschätzende Nebenrolle spielen seine Angehörigen. Weiter in der Sprache des Theatergeschehens, aus dem ja der Begriff der Rolle entnommen ist: Angehörige nehmen ihre Plätze ein. Pflegende und Therapeuten erleben den Angehörigen:

- **neben** dem Kranken, ihn begleitend,
- **vor** dem Kranken, ihn schützend, für ihn handelnd und redend (insbesondere Angehörige von behinderten Menschen, von Personen, die nicht in der Lage sind sich mitzuteilen, Eltern von Kleinkindern),
- **hinter** dem Kranken, ihn unterstützend, ermutigend, fördernd, motivierend, „ihm den Rücken stärkend“ (▶ Abb. 20.1).

Definition

Als **Angehörige**im engeren Sinn werden Menschen bezeichnet, die zum Patienten in einem familiären, verwandtschaftlichen Verhältnis stehen, meistens sind es Ehemann, Ehefrau, Partner, Vater, Mutter, auch Großeltern und Kinder als Jugendliche oder als junge oder ältere Erwachsene. Im Folgenden sollen unter Angehörigen im weiteren Sinn Menschen verstanden werden, die – unabhängig von verwandtschaftlichen Beziehungen – einem kranken Menschen nahestehen und eine Begleitung oder Pflege übernehmen. Das können auch Freunde und Bekannte sein.

Fallbeispiel

Nachbarn. Frau Dreier, 78 Jahre alt, wird nach einem Sturz in die chirurgische Abteilung eingeliefert. An ihrer Seite läuft Frau Rudolf, 65 Jahre, neben den die Patientin transportierenden Sanitätern her. Sie steht den Pflegefachkräften bei der Aufnahme bereitwillig und, soweit sie kann, mit Auskünften zur Verfügung, da Frau Dreier dazu nicht in der Lage ist. „Ich bin die Nachbarin, wir sind befreundet und ich war dabei“ sagt sie. Und ergänzt: „Sie hat sonst niemanden.“ Während der Tage im Krankenhaus kommt sie täglich am frühen Nachmittag, bringt eine Kleinigkeit mit. Sie bleibt etwa eine Stunde. Die beiden Frauen unterhalten sich gut. Danach ist Frau Dreier entspannt und freut sich auf den Besuch ihrer Nachbarin am nächsten Tag.

In der Hospizpflege hatte man früh erkannt, welche bedeutende Rolle die Angehörigen eines Patienten im Verlauf seiner Krankheit und deren Behandlung spielen. Schon im St. Christoph’s Hospital in London 1967 waren Familie und Freunde eines todkranken Patienten trotz der beengten räumlichen Verhältnisse ausdrücklich willkommen. Den Angehörigen wurde hier nicht weniger

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufmerksamkeit als dem Sterbenden selbst entgegengebracht. Erkrankter und Angehöriger wurden als Einheit, als Patient, verstanden.

Heute gehört zu den Grundprinzipien der Hospizpflege (S. 347), dass sich die Fürsorge und Behandlung auf beide richtet: „Der Patient und seine Angehörigen werden als *gemeinsame* Adressaten der Fürsorge durch den Hospizdienst betrachtet." (Christoph Student, Die zehn Grundprinzipien eines Hospizes, 1985).

Inzwischen schenkt man den Angehörigen auch in der Pflegewissenschaft und Pflegeliteratur mehr Beachtung. Zunehmend werden sie in der Pflegewissenschaft und -literatur als eigenständiges Thema behandelt. Mehr oder weniger intensiv haben Pflegende mit ihnen zu tun, häufig unmittelbar, oft auch indirekt über ihren Einfluss auf den Kranken.

Wie Angehörige auf das Befinden eines Kranken wirken, das bekommen Pflegende täglich zu spüren. Positive und negative Wirkungen machen sich zuweilen deutlich bemerkbar.

Positiv: Angehörige
- trösten,
- ermuntern,
- geben Halt (▶ Abb. 20.2),
- beruhigen,
- setzen sich für den Patienten ein, helfen seine Interessen zu vertreten (▶ Abb. 20.3),
- tragen dazu bei, dass ein Kranker sich entspannen kann, indem sie reden lassen und zuhören,
- lenken ab, indem sie andere Themen als die Krankheit einbringen,
- bauen auf, indem sie den Blick auf Stärken, Ressourcen und Zukunft lenken,
- geben Sicherheit, indem sie auf gute Pflege, Versorgung und Behandlung hinweisen,
- erfreuen durch kleine Aufmerksamkeiten,
- entlasten, indem sie das Leben außerhalb des Krankenhauses organisieren, sich kümmern …

Negativ: Angehörige
- beunruhigen, wenn sie Misstrauen gegen Pflegefachkräfte, Ärzte oder die Einrichtung verursachen,
- ängstigen durch Schwarzmalerei, Erzählen von Schauergeschichten, was alles schief gehen kann, was sie alles schon gehört und gelesen haben,
- belasten, indem sie Probleme von außen mitbringen,
- bedrücken, bekümmern, indem sie Schuldzuweisungen aussprechen, Vorwürfe äußern.
- erzeugen Stress, wenn eine Streit- und Konfliktbeziehung zum Patienten besteht.



Abb. 20.2 Schön, dass du da bist *(Symbolbild)*. (Foto: deagreez – stock.adobe.com)



Abb. 20.3 Angehörige sind ein wichtiges Bindeglied zwischen Patient und Pflege. (Foto: A. Fischer, Thieme)

Merke

Von einer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit sind beide Seiten betroffen, die erkrankte Person und die ihr nahestehenden Menschen.

Nicht nur der Erkrankte, sondern auch die pflegenden Angehörigen ändern ihren gewohnten Lebensrhythmus, um sich an die veränderte Lebenssituation anzupassen. Sie
- organisieren ihren gewohnten Tagesablauf neu,
- übernehmen Verantwortung,
- empfinden Mitleid und Trauer,
- sind von einem schlechten Gewissen bedrückt, wenn sie ihren von sich selbst und anderen erwarteten Pflichten nicht nachkommen,
- werden mit Krankheit, Schmerzen und vorübergehender oder dauerhafter Einschränkung der Gesundheit konfrontiert und gewinnen dadurch

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

möglicherweise eine neue Einstellung zu Krankheit und Gesundheit, Leben und Sterben,
- erleben oft einen ganz neuen Wert: die tiefe Befriedigung, einem anderen Menschen zu helfen, ihm in schwerer Zeit beizustehen,
- können sich an dem „Erfolg" ihrer Bemühungen freuen.

Wenn Pflegefachkräfte über Erfahrungen mit Angehörigen berichten, breitet sich das ganze Spektrum von Erleben eines „lästigen Anhängsels" oder gar „Störfaktors" bis zur Wertschätzung eines kompetenten Pflegepartners aus.

20.2 Angehörige im Krankenhaus

20.2.1 Angehörige auf der Intensivstation – Menschen zwischen Angst und Hoffnung

Wird für einen Patienten die Aufnahme oder Verlegung auf eine Intensivstation notwendig, sehen sich seine Angehörigen in den meisten Fällen einer völlig neuen Situation gegenüber, die sie als bedrohlich, gefährlich, verunsichernd erleben. Noch bevor sie eine solche Pflegegruppe betreten, haben sie häufig ein von Fernsehsendungen oder Presse geprägtes Bild davon. Andere Vorinformationen beziehen sie aus dem Hörensagen. Da ist von Maschinen, Schläuchen und Kabeln, an denen die kranken Menschen „hängen" die Rede (▶ Abb. 20.4). Wen wundert es, dass sie dann erschrocken, hilflos, oft sprachlos am Bett des Kranken stehen und ausharren, unsicher, wie sie sich verhalten sollen und bemüht, den Pflegefachkräften nicht im Wege zu stehen.

Was ihnen hilft, mit solchen belastenden Situationen besser fertig zu werden, ist eine gute Information durch Fachkräfte, die so weit wie möglich und nötig ein Verstehen schafft, das sie aus der Unsicherheit und Orientierungslosigkeit herausführt. Mit Aktivem Zuhören (S. 224), einer freundlichen, ruhigen Sprechweise und einfacher Sprache kann auch in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit dem Angehörigen eines Intensivpatienten wieder Ruhe und Sicherheit vermittelt werden. Bekommen Angehörige z. B. schon vor der Verlegung eines Kranken auf die Intensivstation die kurze Information „Wir möchten ihren Vater besser beobachten und verlegen ihn deshalb auf unsere Intensivstation", gehen sie etwas entspannter, wissender auf die neue Situation zu.



Abb. 20.4 Maschinen, Schläuche, Kabel - Intensivstationen lösen Verunsicherung aus. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

Auf der Station selbst wirken kurze Informationen z. B. über Geräte, Maßnahmen und das Geschehen auf dem Monitor auf die Begleitpersonen eines Kranken dem anfänglichen Schrecken, Entsetzen oder gar der Panik entgegen. Der informierte Angehörige scheint wieder „Boden unter die Füße zu bekommen." Angehörige haben Ängste, die durch viele Fragen deutlich werden können. Wird das nicht berücksichtigt, müssen sie ihre Fragen und Gefühle zwischen Hoffnung und großer Angst ständig unterdrücken, dann werden sie möglicherweise zu solchen Besuchern, die immer wieder als „schwierig" bezeichnet werden.

Einen Schritt weiter auf dem Weg von der Belastung für das Personal zur Entlastung für die Pflegegruppe und den Kranken bringt den Angehörigen die Anleitung zum aktiven Verhalten am Krankenbett:

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- einen beatmeten Patienten trotz der Kabel und Schläuche berühren, streicheln, ihm den Schweiß vom Gesicht wischen oder Hände und Füße massieren,
- einem Schwerkranken etwas zum Trinken reichen, beim Essen behilflich sein, Kissen und Decke zurechtrücken,
- auch zum bewusstlosen Patienten sprechen, vom erlebten Alltag erzählen, Lieblingstexte vorlesen oder singen.

So erlebt sich der Angehörige wieder als handlungsfähig und fühlt sich weniger hilflos.

Die einem schwerstkranken Menschen nahestehenden Personen wollen in dieser beängstigenden Situation etwas tun. Sie möchten aktiv zur Verbesserung des Wohlbefindens beitragen, und sei es nur durch kleine Gesten, wobei sie nichts falsch machen wollen. Sie dabei anzuleiten, gehört zu den Aufgaben der medizinischen und pflegenden Fachkräfte. Sie gewinnen dadurch Partner, in der Sorge um das Wohl des Kranken Verbündete, manchmal „Mitarbeiter".

Familienangehörige haben im Erleben der Kranken, das belegen neue Studien (Budroni u. Schnepp, 2012) eine höhere existenzielle Bedeutung als die Pflegefachkräfte. Diesen starken und stärkenden Einfluss machen sich die Mitarbeiter insbesondere auf den Intensivstationen zunutze, wenn sie die Angehörigen von Anfang an und sorgfältig mit in das Stationsgeschehen einbeziehen.

Ein behutsamer Umgang, verständliche Sprache und eine möglichst ruhige Umgebung sind die Basis für hilfreiche Gespräche. Für Gespräche mit Angehörigen auf der Intensivstation gilt, was auch sonst zu einer guten, hilfreichen Kommunikation (S. 222) gehört.

▶ **Aktives Zuhören.** Die aktive Haltung besteht darin, wahrzunehmen, wie der Gesprächspartner die Situation sieht, zu verstehen, wie es dadurch zu seinen Reaktionen kommt und schließlich ihn da abzuholen, wo er emotional steht.

Fallbeispiel

Aktives Zuhören. Frau Peters verhält sich den Pflegefachkräften gegenüber äußerst kritisch. Sie stört den reibungslosen Ablauf auf der Station durch skeptische Fragen und auch durch zynische Bemerkungen. Als ihre Tochter nach einer Operation auf die Intensivstation gebracht wird, fragt sie Pflegefachkraft Heinz: „Habt ihr alle Scheren aus dem Bauch genommen? Ich hoffe, ihr habt nachgezählt!"

Heinz zögert einen Moment, wendet sich dann Frau Peters zu: „Frau Peters, ich habe den Eindruck, Sie sind sehr besorgt um Ihre Tochter und können uns nicht richtig vertrauen." Frau Peters: „Ja, das stimmt. Ihnen würde es auch so gehen, hätten Sie erlebt, was ich erlebt habe. Mein Vater ist vor einem halben Jahr nach solch einem Operationsfehler fast gestorben. Und gestern hat mir meine Nachbarin von einem sogenannten Kunstfehler, der jetzt erst bei ihrem Freund passiert ist, erzählt."

Heinz weiß jetzt, was Frau Peters durch den Kopf geht, und kann nun mit ihrem Verhalten besser umgehen. Frau Peters fühlt sich ernst genommen. Sie konnte etwas von ihren Ängsten und Sorgen mitteilen.

Aufgabe

1 Heinz zögerte einen Moment, um sich zu besinnen, wie das Gespräch weiter zu führen sei, ohne dass es zu einer Konfrontation oder zu einem Kontaktabbruch kommt. Wodurch gelingt es ihm? Für welchen Schritt des aktiven Zuhörens entschied er sich?

▶ **Empathie.** Gespräche mit Angehörigen erfordern eine Grundhaltung von Einfühlungsvermögen (Empathie), Wärme und Echtheit, wie es der nicht direktiven Gesprächsmethode (S. 228) zugrunde liegt.

Fallbeispiel

Empathie. Pflegefachkraft Heinz wendet sich in einem ruhigen und freundlichen Ton an Frau Peters, nimmt sie ernst und fügt hinzu: „Frau Peters, das sind schlimme Vorkommnisse, die dürfen nicht sein. Ich arbeite im OP und wir prüfen dort sehr sorgfältig, damit so etwas bei uns nicht vorkommt!" Er spricht in der Ich-Form und sagt, dass ihm diese Sorge nicht unbekannt ist.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

▸ **Kommunikationsebenen.** In der Sprache des Vier-Ohren-Modells (S. 225) geschieht Kommunikation auf verschiedenen Ebenen. Das 4-fache Hören kann verschiedene Botschaften erschließen: den Sachinhalt, eine Selbstoffenbarung, eine Beziehungsbotschaft oder einen Appell. Wer sich dieses differenziertere Zuhören aneignet, ist eher in der Lage, Missverständnisse zu vermeiden und Gespräche für die Beteiligten zufriedenstellend zu führen.

Aufgabe

2 Welche 2 Botschaften hört Heinz aus den Bemerkungen von Frau Peters?

▸ **Präsent sein.** Besondere Aufmerksamkeit gilt der Gesprächssituation auf der Intensivstation. Die Pflegefachkraft achtet für sich auf eine Einstellung der Konzentration und der Präsenz. Dies ermöglicht ihr, auch in sehr kurzen Begegnungen ganz „bei der Sache" zu sein, d. h. ganz bei ihrem Gegenüber, in diesem Fall bei dem oder den Angehörigen zu sein und bei der vorliegenden Situation. Wer lernt, diese Einstellung auch in unruhigem Geschehen, abzurufen, verfügt über ein gutes Mittel, hilfreiche Gespräche zu führen. So gut es geht, sollte auch die äußere Situation möglichst störungsfrei gestaltet werden.

▸ **Wertschätzung.** Nicht jeder Krankenhausbesucher ist auch Besucher auf der Intensivstation. Hierhin kommen in der Regel nur die nahen Angehörigen. Den Kranken hier geht es nicht um Besuche von der Art, dass jemand kurz „vorbeikommt" und dann wieder geht; sie wollen ihre Familie oder vertraute Personen um sich haben, die ihnen eine gewisse Sicherheit vermitteln. Angehörige haben für sie einen existenziellen Wert (Nagl-Cupal u. Schnepp, 2011), eine das Leben stützende und schützende Funktion. Durch einen wertschätzenden Umgang diese wertvolle Beziehung zu schaffen, zu erhalten und zu fördern, zählt zu den Aufgaben der Pflegefachkräfte auf der Intensivstation.

Innerhalb von Familien wird oft beraten und entschieden, wer die Krankenhausbesuche übernimmt und wer besser nicht kommen soll, und welche Aufgaben andere Familienmitglieder oder Freunde übernehmen. So zeichnet sich in den ersten Tagen ab, wer am häufigsten am Krankenbett ist und als Gesprächspartner neben dem Patienten zur Verfügung steht.

Fallbeispiel

Wertschätzender Umgang. Frau Lohmann, 42 Jahre alt, liegt seit einer Woche, nach einem Verkehrsunfall mit Schädel-Hirn-Trauma auf der Intensivstation. Sie ist nicht ansprechbar und wird beatmet. Von Anfang an trafen die Pflegefachkräfte den Ehemann und die Tochter im Wechsel am Bett der Mutter an. Eines Abends, während des Spätdienstes kommt es zu einem Gespräch zwischen der Pflegefachkraft Agnes und Tina Lohmann, der Tochter der Patientin.

Agnes: „Wie schaffen Sie es, sich so beständig um Ihre Mutter zu kümmern?"

Tina Lohmann: „Ich habe gerade Semesterferien und keine terminlichen Verpflichtungen. Meine Geschwister sind berufstätig und haben kleine Kinder. Mein Vater kann abends nach der Arbeit hier sein. So haben wir es miteinander abgesprochen. Wenn meine Ferien zu Ende sind, müssen wir neu überlegen."

Agnes: „Sie verstehen sich wohl gut als Familie. Eine gute Absprache ist ja nicht immer selbstverständlich. Für Ihre Mutter ist es sehr beruhigend, dass Sie hier sind, dass jemand von der Familie da ist."

Das kurze Gespräch hat der jungen Frau gutgetan.

Problematische Situationen ergeben sich, wenn verfeindete Familienparteien unterschiedliche, auch sich widersprechende Informationen an die Mitarbeiterinnen geben und erhaltene Informationen nicht oder fehlerhaft weiterleiten. Über den angemessenen Umgang mit derartigen Konflikten muss sich das Mitarbeiterteam austauschen.

20.2.2 Angehörige von Patienten mit geistiger Behinderung – fürsorgliche Experten

In Deutschland leben 350 000 bis 400 000 Personen mit einer geistigen Behinderung (0,4 % der Gesamtbevölkerung). Nur 15 % leben in stationären Einrichtungen. Die meisten werden also von ihren Angehörigen betreut (Quelle: Amberger u. Roll, 2010).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Definition

Im Deutschen wird der englische Begriff „Mental Retardation“ mit „Intelligenzminderung“ (ICD-10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) oder „geistige Behinderung“ (DSM IV, Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) übersetzt.

Unter **Intelligenzminderung** versteht man „eine sich in der Entwicklung manifestierende, […] stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z. B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten […] Für die endgültige Diagnose muss sowohl eine Störung im Intelligenzniveau als auch der Anpassung an die Anforderungen des alltäglichen Lebens bestehen.“ (Dilling et al., 2015)

In den meisten Fällen sind es die Angehörigen, die eine Wohn- und Lebenssituation schaffen, die die Fähigkeiten des behinderten Menschen berücksichtigt, sodass die Anforderungen des alltäglichen Lebens überschaubar sind und er sie meistern kann.

Eine Erkrankung des geistig behinderten Menschen mit der Aufnahme ins Krankenhaus bedeutet eine Erschütterung des oft über Jahre gewonnenen, relativ stabilen Lebensgefühls.

Im Falle eines Krankenhausaufenthalts von Menschen mit Behinderungen tritt die Bedeutung der Angehörigen besonders deutlich hervor. Sie sind die Menschen, die wissen, was zu tun und was zu vermeiden ist, wie Handlungen, manchmal einzelne Handgriffe ausgeführt werden sollen. Sie wissen oft nach jahrelanger Erfahrung, was man richtig oder falsch machen kann. Sie kennen viele der positiven und negativen Reaktionen ihres Angehörigen. Durch Ausprobieren haben sie oft Maßnahmen gefunden, die zum „Erfolg“, zum Wohl des behinderten Menschen führen. In der Begegnung mit den Pflegefachkräften sind sie die Wissenden, was die speziellen Belange ihres Angehörigen betrifft.

Dieses Wissen können sie einbringen, wenn man sie lässt. In ihrer Fürsorge für den Kranken tragen sie, wie viele andere Angehörige auch, dazu bei, dass der Patient gut versorgt ist und ihm geholfen wird.

Im Krankenhaus steht oft nicht genug Zeit zur Verfügung, die für die speziellen Bedürfnisse von behinderten Menschen nötig ist; auch fehlt es an manchen Hilfsmitteln, über die behinderte Menschen zu Hause verfügen. Den Pflegefachkräften fehlt es oft an dem spezifischen Wissen über die verschiedenen Arten von Behinderung; ihre Kenntnisse erstrecken sich eher auf das Krankheitsbild des behinderten Menschen und die seiner Krankheit angemessenen Pflege- und Behandlungsmaßnahmen.

Im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes eines Patienten mit einer Behinderung ist darauf zu achten, dass vor allem 2 unerfreuliche Entwicklungen vermieden werden:

- Leider kommt es immer wieder zwischen den professionell und den familiär Pflegenden zu einem Kompetenzstreit. Dann entsteht sehr schnell eine Atmosphäre von Skepsis, Misstrauen und Widerstand. Unsicherheit auf beiden Seiten führt zu immer unbefriedigenderen Zusammentreffen.
- Eine andere ungünstige Entwicklung beginnt damit, dass die Pflegefachkräfte zwar das Expertentum der Angehörigen eines behinderten Menschen anerkennen, aber ihnen dann nach einer sorgfältigen Anleitung die Versorgung dieses Patienten gänzlich überlassen. Damit reduzieren sie ihre Kontakte in einem solchen Maß, dass sie kaum noch ins Zimmer schauen, nur die nötigsten Informationen, vielleicht sogar nur im „Vorübergehen“ mitteilen.

Ohne Rückmeldung über ihr Tun und ohne freundliches Interesse am Befinden des Kranken fühlen sich Angehörige im Stich gelassen und verlieren an Vertrauen zum Fachpersonal.

Kommt es aber zu einer echten Zusammenarbeit von Pflegefachkräften, Angehörigen und behindertem Menschen, gewinnen alle 3 durch gegenseitigen Austausch ihres Wissens.

Angehörige wollen in ihrer Rolle sowohl als fürsorgliche als auch als wissende Personen akzeptiert werden. Sie lernen von Pflegefachkräften, was sie wissen müssen, um mit der vorliegenden Krankheit besser umgehen zu können. Pflegende besprechen sich mit dem Patienten und seinen Angehörigen und machen sich deren Erfahrungen zunutze.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Angehörige als Experten. Pflegefachkraft Susanne berichtet bei einer Teambesprechung von der Schwierigkeit mit der 31-jährigen Anna Schmid: „Ich fühle mich total unsicher, kann nur mit der Mutter reden, die ständig anwesend ist, mit Anna Schmid, der Patientin, die an einem Down-Syndrom leidet, fühle ich mich sehr unsicher. Ich verstecke mich praktisch hinter der Mutter. Wie ich mich verhalten soll, wenn diese einmal verhindert ist, weiß ich nicht."

Pflegefachkraft Ruth hat schon in einer Einrichtung für geistig behinderte Menschen gearbeitet: „Viele Kollegen erleben diese Unsicherheit; das ist ganz normal. Es ist auf jeden Fall in Ordnung, dass Sie zunächst mit der Mutter reden, sie kennt sich mit dem Verhalten und Erleben ihrer Tochter aus. Sie hatte schon lange Zeit, ihr Kind zu beobachten. Eine sorgfältige Verhaltensbeobachtung ist bei Menschen ohne ausreichende Sprachfähigkeit die Grundlage für gelingende Kommunikation. Die Begleitperson spielt eine wichtige Rolle dabei, mit der Patientin ein vertrauensvolles Verhältnis aufzubauen. Beobachten Sie einerseits das Verhalten der Tochter, andererseits schauen Sie genau hin, wie Mutter und Tochter kommunizieren und schließlich holen Sie sich bei der Mutter Informationen und Rat. Das alles wird Ihnen, Susanne, bald mehr Sicherheit geben und dann kommt es zu einer eigenständigen Beziehung zwischen Ihnen und Anna Schmid."

Aufgabe

3 Eines Morgens trifft Susanne die Patientin Anna Schmid auf dem Gang der Station. Sie wirkt wütend und schlägt sich heftig auf das rechte Ohr. Susanne redet beruhigend auf sie ein, Anna stößt sie zurück und schreit „Mama, Mama!" Sie lässt sich auch nicht in ihr Zimmer bringen, stampft mit den Füßen auf. Susanne ist ratlos. Was könnte sie unternehmen?

Merke

Menschen mit geistiger Behinderung benötigen als Patienten im Krankenhaus mehr Zeit und besondere Aufmerksamkeit. Für einen einfühlsamen Umgang mit ihnen brauchen Pflegende spezielle Kenntnisse über die Art der geistigen Behinderung, die besonderen Bedürfnisse und Verhaltensweisen des Kranken.

Zunächst sind es die Krankheit, die Schmerzen und die Symptome, die der geistig behinderte Mensch nicht verstehen kann, die ihn beunruhigen. Dann muss er seine bekannte Umgebung, nicht nur die Menschen, auch Räumlichkeiten, Abläufe, Anblicke, Geräusche mit fremdartigen tauschen. Was ihm vertraut war muss er gegen Neues, für ihn Unberechenbares und deshalb oft Ängstigendes wechseln. In der häuslichen Umgebung war für ihn Orientierung möglich. Die oft unvorbereitet eintretende Orientierungslosigkeit macht hilflos, erzeugt Angst und manchmal auch Wut

Fallbeispiel

Unbekannte Umgebung. Elke, 32 Jahre alt, leidet an einer durch eine angeborene Stoffwechselstörung hervorgerufenen geistigen Behinderung. Sie wurde gestern mit hohem Fieber ins Krankenhaus gebracht und soll nun Bettruhe einhalten. Obwohl sie sich körperlich matt fühlt, steht sie gegen Mittag auf, kleidet sich mühsam an und verlässt das Zimmer. Sie irrt auf dem Gang umher und sucht ihre gewohnte Küche, um das Essen, das dort sonst für sie bereitsteht, einzunehmen. Als sie ihr Ziel nicht findet, will sie zurück, findet ihr Zimmer nicht und öffnet alle Türen auf dem Gang, sie bekommt Angst und fängt an zu weinen, ruft immer lauter: „Sandra! Sandra!" Pflegefachkraft Hans-Peter will ihr zu Hilfe kommen. Sie schlägt um sich und tritt nach ihm. In diesem Moment kommt Sandra, die Schwester der Patientin, zu Besuch. Gemeinsam mit Hans-Peter bringt sie ihre Schwester Elke zurück in ihr Zimmer. Es gelingt ihr, sie zu beruhigen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Elke ist aufgrund der geistigen Behinderung nicht in der Lage, sich sprachlich ausreichend mitzuteilen, z. B. zu fragen: „Warum soll ich bei Tag im Bett liegen, warum soll ich im Nachthemd bleiben? Wo ist mein Mittagessen? Ich habe Hunger. Welcher Weg führt zurück zu meinem Bett? Was zwickt mich immer so plötzlich im Bauch, warum bin ich so kraftlos? Wo ist Sandra?“

Die sprachlichen und intellektuellen Fähigkeiten der Patientin reichen nicht aus, um ihr eine Anpassung an die neue Situation zu ermöglichen. Das erzeugt Unsicherheit und Angst. Um sich Neuem anzupassen, fehlen dem Menschen mit einer geistigen Behinderung vor allem sprachliche Fähigkeiten und Orientierungsfähigkeit.

Es ist hier wieder die „Nebenrolle“ der Angehörigen, die eine Schlüsselfunktion hat. Sie tragen dazu bei, dass die besonderen Gegebenheiten des Krankenhausaufenthaltes nicht zu einer derartigen Irritation führen. Ihre Präsenz und Bereitschaft zum Austausch mit den Pflegenden über die Bedürfnisse, Gewohnheiten und auch die Ressourcen des behinderten Patienten tragen zu einer Pflege bei, die Ängste verringert und somit Sicherheit gibt.

Angehörige werden unterstützt durch:

- möglichst frühe Kontaktaufnahme, um vorbereiten zu können, was der Patient während der Zeit im Krankenhaus an Unterstützung braucht (Hilfsmittel zur Verständigung, vertraute Gegenstände, die ihm Sicherheit geben),
- ein in Ruhe geführtes Aufnahmegespräch, bei dem sie die Eigenheiten, besonderen Bedürfnisse, Schwächen und Stärken, auch zu erwartende Reaktionen ihres Kranken mitteilen können,
- möglichst kontinuierliche Pflege durch eine Bezugsperson, die auch Ansprechpartner für ihre Fragen und Anregungen ist,
- die Begleitung des Kranken nach dem Maß, das sie selbst leisten können in Absprache mit der Person, die sie vertritt (Assistenzpflege), um eine weitgehend kontinuierliche Begleitung zu gewährleisten; das bedeutet für den Patienten und für die Angehörigen Sicherheit und Vertrauen,
- die Gewissheit, dass der Patient gut versorgt wird und sie sich auch Zeiten der Erholung nehmen können,
- Information in klarer und freundlicher Sprache über das, was im Krankenhaus möglich ist und über die Regeln, die im Krankenhaus gelten, z. B. über einen klar strukturierten Tagesablauf und über das, was medizinisch und pflegerisch durchgeführt wird.

20.2.3 Geschwisterkinder in der Kinderklinik

Wenn ein Kind krank wird, sogar ein stationärer Krankenhausaufenthalt nötig ist, gerät die elterliche Zuwendung zu den Kindern in ein Ungleichgewicht: Das kranke Kind braucht mehr Aufmerksamkeit. Die Anwesenheit eines Elternteils im Krankenhaus muss organisiert werden. Es werden Nachbarn, Verwandte oder Freunde für die Versorgung der gesunden Geschwister herangezogen. Geschwisterkinder reagieren oft mit Neid und Unverständnis und fühlen sich zurückgesetzt. Manche werden „schwierig“, d. h., sie entwickeln den reibungslosen Ablauf des alltäglichen Familienlebens störende Verhaltensweisen, umso mehr Aufmerksamkeit auf sich zu lenken (▶ Abb. 20.5). Zusätzliche Belastungen kommen dadurch auf die Eltern zu.



Abb. 20.5 Ich bin auch noch da *(Symbolbild)*. (Foto: pololia, Fotolia.com)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Geschwister im Krankenhaus. In der Kinderklinik spielt sich jeden Nachmittag die gleiche Szene ab: Frau Sauter, eine alleinerziehende Mutter, betritt zusammen mit ihrer 5-jährigen Tochter Jessica um 14 Uhr die Station. In Zimmer 10 liegt Theresa. Sie ist 9 Jahre alt. Frau Sauter ist sehr besorgt und kümmert sich intensiv um ihre Älteste. Nach kurzer Zeit wird es laut im Zimmer. Frau Sauter schimpft mit Jessica, die allerlei Unfug macht und zunehmend quengelt und schließlich schreit, dass man es auf dem Gang der Station hört.

Beim Übergabegespräch der Pflegefachkräfte wird die Situation thematisiert. Es wird beschlossen, einen Versuch zu machen, etwas zu ändern, sodass die Besuchszeit für alle Beteiligten erfreulicher verläuft.

Aufgabe

4 Erarbeiten Sie in der Gruppe Vorschläge, wie die Situation verbessert werden könnte.

20.2.4 Angehörige in der häuslichen Pflege

In Deutschland werden rund 73 % der Pflegebedürftigen in privaten Haushalten gepflegt. In unserer Gesellschaft wird also der größte Anteil an Pflege im häuslichen Bereich geleistet.

Von den rund 2,08 Millionen Menschen, die zuhause gepflegt werden, werden etwa 690 000 alleine durch oder mit Unterstützung von ambulante Pflegedienste geleistet. Das heißt, fast 1,4 Millionen Pflegebedürftige werden zuhause und ausschließlich von Angehörigen versorgt (Pflegestatistik 2015); dabei sind alle möglichen „Settings" zu finden:

- Ehefrau pflegt Ehemann und umgekehrt,
- Mutter/Vater pflegt Kind,
- Kind (noch jugendlich oder schon erwachsen oder selbst schon im „Rentenalter") pflegt Vater/Mutter (▶ Abb. 20.6),
- Enkel pflegt Großmutter/Großvater,
- Großeltern pflegen ein Enkelkind, das kann ein (Klein-)Kind oder Jugendlicher sein,
- Freunde und Nachbarn engagieren sich in der häuslichen Pflege.

In den meisten Fällen übernehmen Frauen die Pflege: Töchter, Mütter, Ehefrauen, Tanten, Großmütter. Jedoch pflegen in den letzten Jahren auch zunehmend männliche Angehörige.

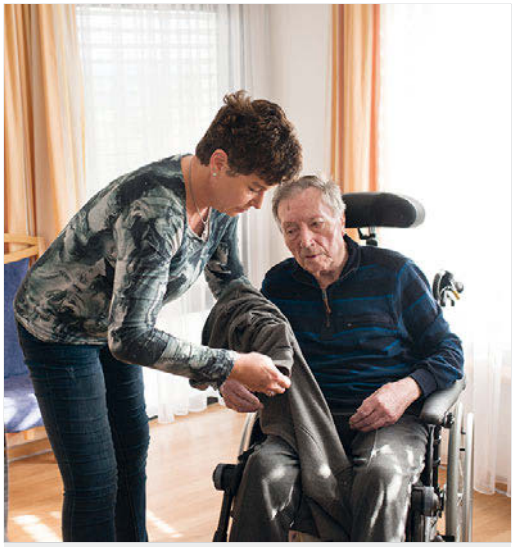


Abb. 20.6 Nach einem Schlaganfall pflegt sie ihren Vater. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

Angehörige, in der Regel familiäre, meistern häufig mit vereinten Kräften auch komplizierte Pflegesituationen lieber zu Hause als sich von dem Familienmitglied zu trennen, was die Folge der Pflege in einer Institution wäre. Pflege, das wird hier deutlich, umfasst mehr als körperliche Versorgung. Pflegenden Angehörigen liegt meist daran, für einander da zu sein, die menschliche Beziehung aufrechtzuerhalten, auch unter erschwerten Umständen fortzuführen und gemeinsame Lebenszeit zu gestalten. Aber auch finanzielle Aspekte sind häufig bei der Entscheidung beteiligt, die Pflege zuhause durchzuführen.

Fallbeispiel

Übernahme häuslicher Pflege. Auf die Frage, wie es dazu kam, dass er die häusliche Pflege seines Vaters übernommen hat, berichtet Paul P., 58 Jahre alt: „Vor 6 Jahren, ich war gerade arbeitslos geworden, habe ich meinem Vater, der alleine lebte und nach einer schweren Virusgrippe geschwächt war, im Haushalt geholfen, einkaufen, Behördengänge usw. Als mein Vater nach einem Schlaganfall vor fast 3 Jahren, pflegebedürftig wurde, hat es sich ganz von selbst ergeben, dass ich vom Rest der Familie für zuständig gehalten wurde. Na ja, und dabei blieb es."

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Viele Angehörige geben an, dass sie irgendwie in die Aufgabe, die Pflege eines Familienmitgliedes zu übernehmen, „hineingerutscht sind“. In wenigen Fällen hat man die neue Situation gemeinsam besprochen, einen Plan entwickelt oder eine bewusste Entscheidung getroffen. In der Regel haben diese Menschen keine fachliche Ausbildung. Sie müssen praktisch alles Wissen und Handeln im Bereich Pflege neu erlernen, sich irgendwie aneignen oder bei Pflegefachkräften abgucken. Sind Familienmitglieder von Beruf Pflegefachkräfte, geraten sie leicht in die Rolle der pflegenden Angehörigen.

20.3 Angehörige – Rolle mit Nebenwirkungen

20.3.1 Belastungen

Man kann wohl pauschal sagen, dass mit der Übernahme dieser Aufgabe auf alle Beteiligten Belastungen zukommen. Die Pflegenden übernehmen Verantwortung und Pflichten. Sie ändern ihren gewohnten Lebensrhythmus, sie organisieren ihren gewohnten Tagesablauf neu. Das geschieht je nach den vorliegenden Verhältnissen (Schweregrad der Erkrankung, Wohnsituation, beruflicher und familiärer Situation) mehr oder weniger einschneidend.

- Neben der zeitlichen Belastung entsteht eine finanzielle Belastung durch die Kosten der häuslichen Pflege und eigene Einkommenseinbußen.
- Durch die Konzentration auf den kranken Menschen ergibt es sich, dass andere soziale Kontakte reduziert werden.
- Insgesamt sind Flexibilität und Bewegungsradius eingeschränkt.
- Im Beruf müssen die meisten Pflegenden „kürzer treten“, intensives Engagement mit dem Ziel beruflicher Weiterentwicklung und Karriere ist kaum mehr möglich.
- Im persönlichen Bereich muss die Konfrontation mit schwerer Krankheit, Lebensbedrohung, Leid und Sterben ertragen werden.
- Mitleid und Trauer, aber auch andere starke Gefühle wie Angst, Wut, Ekel treten auf, ebenso Schuldgefühle, denn Pflegende sind immer wieder von einem schlechten Gewissen bedrückt, wenn sie ihren von sich selbst und anderen erwarteten Pflichten nicht ausreichend nachkommen können.
- Wenn Kinder Eltern pflegen, kommt es zu einem Rollenwechsel. Eltern, die Jahre lang wussten, was zu tun ist, Anleitungen gaben und Verbote aussprachen, sollen sich jetzt sagen lassen, was zu tun ist, was sie nicht dürfen und den Anweisungen der Kinder folgen. Beide, Kinder und Eltern, verlieren ihre Rollensicherheit.
- Eine konfliktreiche Beziehung erschwert den Pflegeprozess, belastet die Pflegenden und die Pflegebedürftigen mit zusätzlichem Stress.
- Zieht sich die Pflege über eine längere Zeit hin, kann es zu körperlicher und psychischer Überlastungen und zu gesundheitlichen Problemen kommen.

20.3.2 Unterstützung und Hilfen

In der Alten- und Krankenpflege stellen sich täglich die Fragen:

- Wie kann ich den Bewohner bzw. Patienten dabei unterstützen die Belastung durch seine Krankheit zu vermindern?
- Wie kann ich ihn in seinem geschwächten Zustand entlasten, so gut es geht, damit er seine Last noch tragen kann?

Bezieht man die Angehörigen in diese Fragen mit ein, lautet sie:

- Wie kann ich die Angehörigen eines Kranken entlasten?
- Wie kann ich als Pflegefachkraft den Druck, der auf Angehörigen lastet, vermindern mit dem Ziel, dass auch sie dem Kranken helfen können, seine Belastungen zu ertragen?

Professionell Pflegende können die im privaten Haushalt pflegenden Angehörigen unterstützen, wenn sie

- gute Kenntnisse über das Belastungserleben von pflegenden Angehörigen haben,
- über Beratungs- und Unterstützungsangebote informieren können,
- Kenntnisse über die gesundheitlichen Risiken in der häuslichen Krankenpflege haben und Selbstpflegekonzepte mit den Betroffenen entwickeln können.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Hilfe und Unterstützung für pflegende Angehörige. Beate K. wird in der nächsten Woche ihren Mann vom Krankenhaus holen, um ihn zu Hause zu pflegen. Da sie stundenweise berufstätig ist, braucht sie Hilfe. Sie sucht die Diakoniestation in ihrem Wohnort auf und bittet um Beratung. Sie schildert dort ihre Situation.

Stefanie, Pflegefachkraft im ambulanten Dienst, führt das Beratungsgespräch und zählt einige Möglichkeiten der Unterstützung auf:

- ambulante Dienste im Ort,
- Nachbarschaftshilfe,
- Hausnotruf und die neuere Technik der Videoübertragung, mit der sich die kranke Person und die Pflegende sehen und hören können,
- Tages- und Kurzzeitpflege,
- Betreutes Wohnen in der Nähe des Pflegeheims,
- Hilfskräfte aus dem Ausland, die hier ganz legal und versichert arbeiten,
- zwei Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige vor Ort, eine in der Nachbargemeinde.

Über die Pflegeversicherung für ihren Mann hat Frau K. schon Informationen eingeholt. Nun erläutert Stefanie noch Versicherungsaspekte für die Pflegende selbst: Unfall-, Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Abschließend erwähnt sie noch, dass sich Arbeitnehmer seit dem 1. Juli 2008 von ihrer Arbeit unter Kündigungsschutz freistellen lassen können. Sie kann sich bis zu 10 Tage freistellen lassen, um die Pflege für ihren Mann zu organisieren. Sollte Frau K. einmal eine Pause benötigen, zahlen die Pflegekassen einen Zuschuss für die Finanzierung der vertretenden Pflegefachkraft.

Am Ende des Gesprächs bedankt sich Frau K.: „Sie haben mir sehr geholfen. Vieles wusste ich nicht. Es ist alles noch so neu für mich!“

Mit guten Wünschen verabschiedet Stefanie sie: „Bei weiteren Problemen und Fragen können Sie gerne wieder auf mich zu kommen.“

Aufgabe

5 Informieren Sie sich über Beratungs- und Unterstützungsangebote in Ihrer Region.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Teil V: Krisen und Krisenbewältigung – wenn das Leben eng wird

21 Krisen und Krisenbewältigung *299*

22 Wenn ein Mensch krank wird – Krankheitserleben, Patientenverhalten und Salutogenese *314*

23 Der Einzug in ein Pflegeheim *328*

24 Sterbebegleitung, Trauer und palliative Pflege *336*

25 Seelsorge *360*

26 Suizid *366*

27 Mobbing *376*

28 Burnout – wenn Pflege zur Belastung wird *386*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Kapitel 21

Krisen und Krisenbewältigung

21.1 Einführung *299*

21.2 Der Begriff Krise *299*

21.3 Klassifikation von Krisen *299*

21.4 Krisenerleben *300*

21.5 Krisenmerkmale *301*

21.6 Krisenbewältigung und Coping-Strategien *303*

21.7 Menschen in Krisen begleiten *308*

21.8 Resilienz *309*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

21 Krisen und Krisenbewältigung

„Bewahre mich vor dem naiven Glauben, es müsse im Leben alles glattgehen. Schenke mir die nüchterne Erkenntnis, dass Schwierigkeiten, Niederlagen, Misserfolge, Rückschläge eine selbstverständliche Zugabe zum Leben sind, durch die wir wachsen und reifen." (Antoine de Saint-Exupéry, französischer Humanist und Schriftsteller; aus: Die Stadt in der Wüste)

Examensschwerpunkte

Der Begriff Krise (S. 299), Klassifikation von Krisen (S. 299), Krisenerleben (S. 300), Krisenmerkmale (S. 301), Krisenbewältigung und Coping-Strategien (S. 303), Menschen in Krisen begleiten (S. 308), Resilienz (S. 309)

21.1 Einführung

Wer in einem Krankenhaus oder im Pflegeheim arbeitet, kommt durch seinen Beruf mit kritischen Situationen in Berührung. Es gehört zu den Aufgaben der Pflegenden, Patienten, Bewohner und Angehörigen in Krisensituationen zu unterstützen. Dazu gehören z. B.:

- Aufnahme ins Krankenhaus,
- Einzug eines Bewohners in ein Pflegeheim bzw. die Entlassung eines Patienten aus dem Krankenhaus direkt in ein Pflegeheim,
- Mitteilung einer schlimmen Diagnose,
- Angst vor einer Operation,
- Geburt eines behinderten Kindes,
- Totgeburt,
- Unfallfolgen,
- Amputation,
- Verlust von Kompetenzen,
- Sterben,
- Suizid.

Auch die Arbeit im Team kann für den Einzelnen oder für die Gruppe zu Krisen führen: Rivalitäten, Konkurrenz, unterschiedliche Arbeitsstile, schwerwiegende Fehler, Mobbing, Kündigung. Nicht zuletzt gestaltet sich auch der Umgang mit manchem Patienten oder Bewohner schwierig, sodass es zu Krisen für den Bewohner oder den Patienten und für die Pflegenden kommen kann.

In diesem Kapitel wird beschrieben:

- was genau eine Krise ist,
- wodurch Krisen gekennzeichnet sind,
- wie Menschen Krisen erleben,
- wie sie verlaufen können,
- wie Begleitung in Krisen stattfinden kann.

21.2 Der Begriff Krise

Menschen erleben immer wieder schwierige Situationen, aber nicht jede schwierige Situation ist eine Krise. Zu einer Krise wird eine schwierige Situation dann, wenn an den Menschen Anforderungen gestellt werden, für die ihm aus seiner Sicht keine Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen und er diesen Zustand als extrem belastend und bedrohlich erlebt.

Das Wort Krise kommt aus dem Griechischen und bedeutet Entscheidung, entscheidende Wende, Wendepunkt. Eine Krise erfordert ein Handeln bzw. eine Veränderung. Durch eine Krise kann sich ein Mensch weiterentwickeln oder er kann an ihr zerbrechen.

Definition

Als **Krise** werden Ereignisse und Erlebnisse bezeichnet, in denen der Mensch sich Anforderungen ausgesetzt sieht, für die ihm aus seiner Sicht keine Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen und die er dadurch als sehr belastend erlebt.

21.3 Klassifikation von Krisen

Aufgabe

1 Welche Krisen gibt es? Sammeln Sie in Partnerarbeit so viele Beispiele für Krisen wie möglich.

In der Psychologie gibt es verschiedene Kategorisierungen von Krisen. Unterschieden werden z. B.:

- entwicklungsbedingte Krisen,
- unvorhersehbare Krisen.

Beide können jeden Menschen treffen. Was als Krise erlebt wird, ist jedoch sehr verschieden.

► **Entwicklungsbedingte Krisen.** Darunter versteht man Krisen in der Entwicklung des Menschen, die in den meisten Lebensläufen auftreten und deshalb als normal gelten. Sie finden oft am Ende oder zu Beginn eines Lebensabschnitts statt. Dies können Geburt, Trotzalter, Einschulung, Pubertät, Berufswahl, Verlassen des Elternhauses, Ruhestand, Altwerden oder Sterben sein.

► **Unvorhersehbare Krisen.** Der Verlust einer Freundschaft, des Berufs, der Gesundheit, der Erspar-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

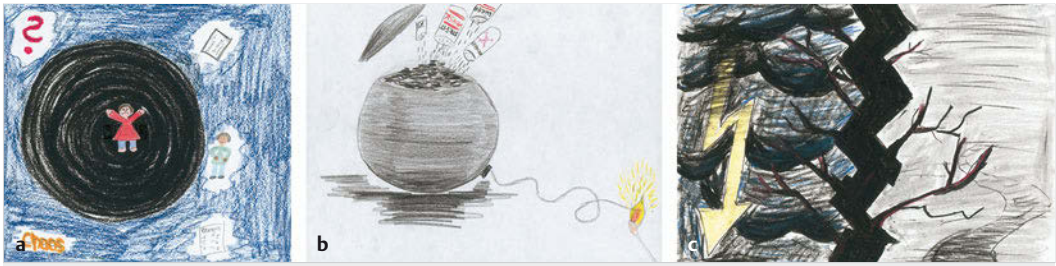


Abb. 21.1 Eine Krise ist wie: **a** ein schwarzes Loch, **b** ein gefährliches Pulverfass, **c** ein drohendes Unwetter

nisse, des Eigentums oder der Heimat können unvorhersehbare Krisen sein; ebenso das Erleben von Versagen, von Krankheit, Operation, Behinderung, Geburt eines behinderten Kindes, Enttäuschung, Verleumdung durch andere, Mobbing oder Krieg.

Weiter können Krisen klassifiziert werden in:

► **Globale Krisen.** Krisen, die viele Menschen gleichzeitig betreffen, z. B.:
- Krieg
- Umweltkatastrophen
- Großschadensereignisse

► **Individuelle Krisen**
- Verlustkrisen: Verlust einer Freundschaft, einer Beziehung, eines Angehörigen, der Gesundheit, des Berufs, der Ersparnisse und des Eigentums bis hin zu Existenzkrisen, Verlust der Heimat.
- Zwischenmenschliche Krisen: Enttäuschung, Betrug, Trennung, Verleumdung durch andere, Mobbing, Streit, Rivalität, Konkurrenz.
- Leistungskrisen: Überforderung oder Versagen in Beruf, Schule, Ausbildung, das Erleben von Versagen, der Verlust von Kompetenzen

Merke

Wichtig ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass nicht alle der hier genannten Beispiele immer Krisen sind: Nicht jeder Streit, nicht jede Enttäuschung etc. ist eine Krise. Zu einer Krise werden die Situationen erst dann, wenn der Betroffene sie als solche erlebt und die Merkmale der Krisendefinition zutreffen.

Aufgabe

2 Welche Krisen haben Sie im Pflegeheim oder im Krankenhaus erlebt? Welche spontanen Reaktionen konnten Sie schon beobachten? Welche Schritte führten zu ihrer Bewältigung?

21.4 Krisenerleben

Menschen erleben Krisen ganz unterschiedlich. ▸ Abb. 21.2 zeigt verschiedene Bilder, die Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege zu dem Thema: „Eine Krise ist wie ...“ gezeichnet haben. Alle Bilder zeigen Bedrohung, Angst und Ausweglosigkeit.

Bilder als Möglichkeit Krisenerleben auszudrücken werden auch in der Psychiatrie (z. B. bei an depressiven Störungen erkrankten Patienten) eingesetzt, weil es manchen Patienten leichter fällt, das Erleben ihrer Krise zu malen als es mit Worten zu beschreiben. Die Bilder können dann als Gesprächseinstieg oder Gesprächsgrundlage verwendet werden.

Aufgabe

3 Wie würden Sie eine Ihrer selbst erlebten Krisen malen? Tauschen Sie sich mit Ihren Mitschülern aus.

Fallbeispiel

Unterschiedliches Erleben kritischer Situationen. Anna und Laura sind Freundinnen und gehen zusammen in die 6. Klasse einer Realschule. Heute sitzen sie im Freibad auf der Wiese. Beide erleben zurzeit die Trennung ihrer Eltern. Anna leidet sehr unter der Trennung der Eltern. Sie will nach der Schule gar nicht nach Hause, ihre Mutter weint viel und wenn der Vater abends von der Arbeit kommt, gibt es lauten Streit. Auch Lauras Eltern streiten viel, Laura findet das jedoch nicht so schlimm, da ihr Vater die meiste Zeit im Ausland arbeitet und sie ihn sowieso selten sieht. Sie sagt zu Anna: „Ist doch gut, wenn er auszieht. Dann hört das Streiten auf und du kannst in sein großes Arbeitszimmer ziehen.“

Ähnliches lässt sich bei kranken oder alten Menschen beobachten: Die gleiche Krankheit kann

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 21.2 Menschen in Krisen denken nur an das eine, die Katastrophe *(Symbolbild)*. (Foto: Photographee.eu, Fotolia.com)

ganz unterschiedlich erlebt werden, ebenso altersbedingte Veränderungen. Der Einzug in ein Pflegeheim kann als große Erleichterung des Alltags oder als Lebenskrise erlebt werden.

Merke

Krisenerleben ist von Mensch zu Mensch verschieden, es ist sehr subjektiv.

Ob eine Situation als Krise erlebt wird, ist stark von der Persönlichkeit und ihrem Umfeld abhängig. Menschen sind sehr unterschiedlich in ihrer Krisenanfälligkeit. Krisen können durch die Umwelt ausgelöst werden. Die Reaktionen der Umwelt können Krisen verstärken oder bei der Bewältigung von Krisen hilfreich sein.

Auch die Verhaltensweisen in Krisen sind von Mensch zu Mensch verschieden. So können schon die ersten Reaktionen sehr unterschiedlich sein: wie gelähmt sein, nicht wahrhaben können, was passiert ist, sprachlos sein, aber auch panikartig wegrennen, weinen oder schreien.

21.5 Krisenmerkmale

Fallbeispiel

Krisenmerkmale.

„Alles aus und vorbei“, aus dem Brief einer jungen Frau.

„Liebe Tante Dora, ich will Dir heute erzählen, warum ich so lange geschwiegen habe. Vor 3 Monaten eröffnete mein Freund mir ganz unerwartet, er werde Schluss machen, er liebe mich nicht mehr. Ich dachte, die Welt bricht zusammen, ich verlor den Boden unter den Füßen und war so schockiert, ich konnte es einfach nicht fassen. Ich weiß nicht mehr, wie lange ich regungslos dastand. Ich konnte einfach nichts anderes denken, ich starrte wie gebannt nur auf diesen Verlust, was sonst noch um mich herum geschah, war völlig gleichgültig. So konnte ich auch keinen Brief schreiben. Ich konnte kaum essen und schlafen.

Anfangs versuchte ich, mit ihm Gespräche zu führen, zu argumentieren „Was habe ich falsch gemacht?“ „Nichts“ sagte er, und dass es nicht an mir läge. Es kostete mich viel Kraft, immer wieder dagegen zu kämpfen, ihn anzurufen, merkte ich doch, er blieb dabei. Ich konnte meiner Arbeit kaum mehr nachgehen, weil es mir schwerfiel, mich auf anderes zu konzentrieren, wozu auch? Hatte das alles noch einen Sinn? Meine Gedanken drehten sich nur um eines: Die Katastrophe, plötzlich alleine da zu stehen. Wie sollte es weitergehen? Wir hatten doch so viele Pläne, alles aus und vorbei!

Ich fühlte mich gedemütigt, betrogen und allein gelassen, aber es gelang mir nicht, richtig wütend auf ihn zu sein. Ich habe mich so am Boden, so elend gefühlt! Es gab Momente, in denen ich das Leben nicht mehr lebenswert fand (▶ Abb. 21.3). Die Schmerzen im Genick, die ich nach einem Unfall mit Schleudertrauma hatte und die durch Behandlung verschwunden waren, meldeten sich wieder. Ich musste wieder zur Krankengymnastik. Zum Glück haben sich viele Freunde in der Zeit um mich gekümmert. Es verging kein Tag, ohne dass jemand kam, telefonierte oder mich abholte, um mich ein wenig abzulenken. Eine ganz große Hilfe war meine Freundin Heike, die ich jederzeit ansprechen konnte, um alles wieder und wieder mit ihr durchzugehen.

Schließlich hat mein Stolz mir geholfen, wieder auf eigenen Beinen zu stehen. Ich habe mich auf meine eigenen Kräfte, Schwierigkeiten zu meistern, besonnen. Ich hatte eine schöne Zeit mit diesem Freund und die gehört zu meinem Leben. Das Leben geht weiter. Ich habe diese große Krise, so kann ich jetzt sagen, überwunden. Viele gute Freunde standen mir zur Seite. Ich interessiere mich wieder für die Menschen um mich herum und denke jetzt auch an meine berufliche Laufbahn. Demnächst werde ich zu einer anderen Firma wechseln. Ich bin gespannt auf die neue Arbeit! Im nächsten Brief werde ich Dir davon erzählen.

Viele Grüße von Deiner Thea.“

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Analysiert man Krisen genauer, zeigen sich bestimmte, fast allen Krisen gemeinsame Merkmale. Zu den Kennzeichen einer Krise gehören:

- eingeschränkte Wahrnehmung, verzerrte Wahrnehmung,
- fokussierendes, negatives Denken, eingeschränkte Problemlösefähigkeit,
- Verlust der Zukunftsperspektive,
- Orientierungslosigkeit,
- heftige, gefühlsbetonte Reaktionen,
- Veränderungen der Psychomotorik,
- körperliche Symptome.

21.5.1 Eingeschränkte Wahrnehmung, verzerrte Wahrnehmung

„Ich starrte wie gebannt nur auf diesen Verlust, was sonst noch um mich herum geschah, war völlig gleichgültig." Wie mit einer Kamera ein Bildausschnitt scharf eingestellt wird, so haben Menschen in einer Krise den einen Punkt, das Problem, starr im Blick. Anderes wird oft nicht wahrgenommen. Man spricht hier auch von einem Tunnelblick. Gute Ratschläge oder tröstende Worte können in dem Moment oft nicht gehört werden. Umstände, die zum Entstehen der Krise beitrugen und Hinweise auf Lösungsmöglichkeiten enthalten, können nicht gesehen werden und deshalb keinen „Durchblick" verschaffen.

Bedrohlich empfundene Personen oder Gegenstände werden oft verzerrt wahrgenommen, z. B. werden die Instrumente beim Arzt oder Prüfer in einer Prüfung oft größer wahrgenommen als sie eigentlich sind, Geräusche können lauter oder leiser empfunden werden als in einer krisenfreien, entspannten Situation.

21.5.2 Fokussierendes Denken, eingeschränkte Problemlösefähigkeit

Das Denken dreht sich wie ein Karussell immer um den gleichen Punkt: „Ich konnte einfach nichts anderes denken …, meine Gedanken drehten sich nur um eines: Die Katastrophe …". Wie die Wahrnehmung ist auch das Denken auf einen Brennpunkt (Fokus) eingeschränkt.

„Ich verlor den Boden unter den Füßen.": Wer sich in einer Krise befindet, kann nicht flexibel mit einem Problem umgehen; es ist schwer möglich, die kritische Situation einmal aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten, variable Lösungsmöglichkeiten durchzudenken oder neue Ideen einzubeziehen.

Man fällt immer wieder in den gleichen, eher negativen Denkablauf (Karussell) zurück: „Ich konnte meiner Arbeit kaum mehr nachgehen, weil es mir schwerfiel, mich auf anderes zu konzentrieren." Weil sich Menschen in einer Krise auf das belastende Problem konzentrieren, beklagen viele Konzentrationsstörungen, Leistungseinbußen oder eine gesteigerte Vergesslichkeit; es passiert ihnen häufig, dass sie Termine vergessen oder Gegenstände verlegen.

21.5.3 Verlust der Zukunftsperspektive

„Wozu auch? Hatte das alles noch einen Sinn?" „Wie sollte es weiter gehen? Wir hatten doch so viele Pläne, alles aus und vorbei!" Ziele, Hoffnungen und Pläne scheinen oder sind zerstört. Zeitlich gesehen ist während einer Krise der Blick des betroffenen Menschen nach vorne versperrt. Weil Hoffen und Planen aber wesentliche Bestandteile eines Lebenskonzepts sind, kann das Leben in einer Krisensituation gefährdet sein. Von größter Bedeutung für den Lebenswillen eines Menschen ist das (Wieder-)Aufbauen einer Zukunftsperspektive.

21.5.4 Orientierungslosigkeit

Wenn Menschen sich in einem Schockzustand befinden, können Orientierungsstörungen zu Ort und Zeit auftreten. So passiert es bei Verkehrsunfällen auf der Autobahn immer wieder, dass Menschen auf die Autobahn laufen, anstatt sich hinter der Leitplanke in Sicherheit zu bringen.

Auch die Zeitempfindung ist in Krisen oft beeinträchtigt: „… ich weiß nicht mehr, wie lange ich wie erstarrt dastand."

21.5.5 Heftige, gefühlsbetonte Reaktionen

„Ich fühlte mich gedemütigt, betrogen und allein gelassen ... Ich habe mich so am Boden, so elend gefühlt!" Menschen, die eine Krise hinter sich haben, berichten, dass heftige Gefühle sie wie hohe Wellen überschwemmt haben und sie ihnen hilflos ausgeliefert waren. Der emotionale Bereich der Persönlichkeit reagiert in einer Krise, sodass im Vordergrund das Gefühl steht, bis sich in der Zeit nach einer Krise wieder emotionale Stabilität einstellt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

21.5.6 Veränderungen der Psychomotorik

In Krisensituationen kann der psychisch bedingte Antrieb gesteigert (z. B. hektisches Auf- und Ablaufen, stereotype Bewegungen) oder auch reduziert sein (z. B. Erstarren, im Bett liegen und nicht mehr aufstehen wollen).

21.5.7 Körperliche Symptome

„Die Schmerzen im Genick … meldeten sich wieder. Ich musste wieder zur Krankengymnastik." Manchmal werden Krisen von körperlichen Symptomen begleitet. Kopfschmerzen, nervöser Husten, Hautreaktionen, Magenbeschwerden, Rückenschmerzen und Schlafstörungen verschwinden dann meist wieder, wenn die Krise überstanden ist.

Aufgabe

4 Erinnern Sie sich an eine selbst erlebte oder beobachtete Krise. Welche Krisenmerkmale sind aufgetreten? Notieren Sie systematisch anhand der 7 Bereiche der Krisenmerkmale (S. 301).

21.6 Krisenbewältigung und Coping-Strategien

Aufgabe

5 Um Menschen in Krisensituationen unterstützen zu können, ist es hilfreich sich zu vergegenwärtigen, was einem selbst in Krisen geholfen hat und was weniger hilfreich war.

a) Erinnern Sie sich an eine oder mehrere selbst erlebte Krisensituationen. Wer oder was hat Ihnen geholfen, als Sie einmal eine Krise durchlebten? Was war wenig hilfreich?
b) Erinnern Sie sich an Situationen, in denen Sie anderen Menschen in Krisen geholfen haben. Wie haben Sie das gemacht? Was war hilfreich und was nicht?

Versuchen Sie, in einer kleinen Gruppe darüber zu reden. Sie müssen einander nicht alles mitteilen.

In Krisen können sich neue Fähigkeiten entwickeln, wie Mut, Fantasie, Ausdauer, Hilfsbereitschaft. An Krisen kann man zerbrechen, aber eine Krise eröffnet auch die Möglichkeit, sich zu verändern, „zu wachsen", menschlich reifer zu werden, neue Problemlösungen für das Leben zu lernen und einzuüben und so durch die Krise an Stärke zu gewinnen. Man kann Krisen nicht immer aus dem Weg gehen. Deshalb ist es sinnvoll zu lernen, Krisen mutig entgegenzutreten und sie zu bewältigen (engl. to cope = bewältigen).

Aufgabe

6 Nehmen Sie sich Zeit herauszufinden, was Sie schon durch Krisen gelernt haben bzw. inwiefern Sie sich durch Krisen weiterentwickelt haben.

Definition

Strategien, mit denen Menschen versuchen, schwierige Situationen und Krisen zu bewältigen, nennt man **Coping-Strategien**.

21.6.1 Selbstschutz durch Abwehrmechanismen

Abwehrmechanismen sind unbewusste Selbstschutzmechanismen. Sie werden in Krisensituationen häufig zu Beginn, oft aber auch über längere Zeit eingesetzt.

Definition

Unter **Abwehrmechanismen** versteht man Selbstschutzmechanismen, die unbewusst eingesetzt werden, um Unbehagen oder Angst zu reduzieren.

Wenn der Druck der Krise den Menschen überfordert und er keine angemessene Lösung findet, entsteht Angst. Auf diese Angst wird dann häufig mit Abwehrmechanismen reagiert.

Merke

Nur wenn die eigentliche Absicht des Verhaltens, nämlich sich selbst zu schützen, unbewusst ist, darf es als Abwehrmechanismus bezeichnet werden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

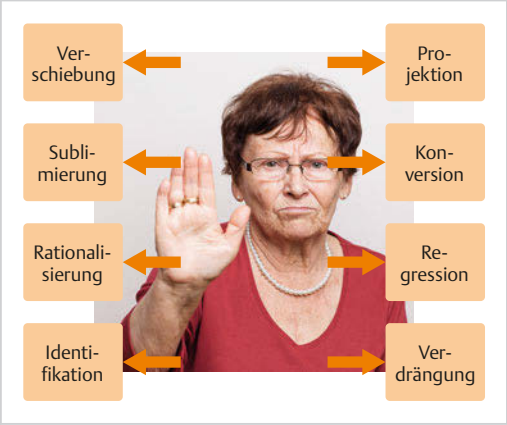


Abb. 21.3 Abwehrmechanismen dienen unbewusst dem Selbstschutz *(Symbolbild)*. (Foto: DDRockstar, Fotolia.com)

Zu den Abwehrmechanismen (▶ Abb. 21.3) gehören z. B.:

- Verdrängung,
- Verschiebung,
- Sublimierung,
- Rationalisierung,
- Identifikation,
- Projektion,
- Konversion,
- Regression.

▶ **Verdrängung.** Am bekanntesten ist die Verdrängung. Dabei werden unangenehme oder unerlaubte Gefühle aus dem Bewusstsein ausgegrenzt.

Fallbeispiel

Verdrängung. Herr Beier hat vor 2 Tagen erfahren, dass er an Krebs erkrankt ist. Da er diese Diagnose nicht sofort verarbeiten kann, grenzt er das Wissen um die Krankheit aus dem Bewusstsein aus und geht seiner Arbeit und seinem Alltag nach, als sei nichts geschehen.

Herr Beier versucht, die Diagnose zu verdrängen, bis es ihm möglich ist, anders mit der Situation umzugehen.

▶ **Verschiebung.** Hier werden unerlaubte bzw. nicht akzeptable Gefühle (z. B. Wut) unbewusst auf ungefährlichere Personen oder Objekte umgeleitet.

Fallbeispiel

Verschiebung. Sabine hat sich sehr über ihre Chefin geärgert. Sie sieht sich jedoch nicht in der Lage, den Konflikt verbal mit der Chefin auszudiskutieren. Voller Wut verlässt sie deren Zimmer. Auf dem Flur begegnet sie einer Praktikantin und lässt ihren Ärger zunächst an dieser aus.

▶ **Sublimierung.** Empfindungen oder Energien werden unbewusst in von der Gesellschaft akzeptierte Verhaltensweisen umgewandelt.

Fallbeispiel

Sublimierung. Angekommen in ihrem Dienstzimmer fängt Sabine ganz wild an zu putzen. Sie leitet ihre Wut um in eine Verhaltensweise, die gesellschaftlich akzeptiert wird. Ebenso könnte sie joggen gehen und dabei ihre Wut abreagieren.

Bewohner oder Patienten drücken ihren Ärger oft in Form von Bewegung aus: Herr Weller hat heute wieder keinen Besuch bekommen. Seine Enttäuschung darüber äußert sich darin, dass er stundenlang den Gang auf und ab läuft.

▶ **Rationalisierung.** Hier handelt es sich um die unbewusste Rechtfertigung oder Begründung eines nicht akzeptablen Verhaltens durch angeblich rationale – also vernünftig erscheinende – Argumente.

Fallbeispiel

Rationalisierung. Pflegefachkraft Rainer ist unsicher im Umgang mit Sterbenden. Er weiß, dass von ihm ein professioneller Umgang erwartet wird, hat jedoch sehr schlimme Erfahrungen bei der Sterbebegleitung seines Vaters gemacht. Nun liegt Herr Schwarz auf Rainers Pflegegruppe im Sterben. Obwohl Rainer Gelegenheit gehabt hätte, in das Zimmer von Herrn Schwarz zu gehen, tat er es nicht. Am Abend rechtfertigt er dieses Versäumnis vor sich selbst, indem er sich sagt, wie viel Arbeit auf der Station war, und dass er keine Zeit dafür gehabt hätte.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

▶ **Identifikation.** Eine weitere Möglichkeit, mit inakzeptablem Verhalten oder Denken umzugehen, ist die Identifikation. Indem man sich mit bestimmten Autoritäten (z. B. dem Mentor), mit Regeln, Gesetzen identifiziert, können unbewusst Konfrontationen vermieden oder ein schlechtes Gewissen beruhigt werden.

Fallbeispiel

Identifikation. Auszubildende Beate fühlte sich immer schlecht, wenn sie Frau Bäuerle, eine Schmerzpatientin, um 7:00 Uhr zum Waschen weckte. Inzwischen hat sie sich die Regeln des Hauses zu eigen gemacht: Alle Bewohner müssen bis 8:30 Uhr gewaschen sein. Die Kolleginnen machen es schließlich auch, und die müssen es ja wissen, schließlich haben sie Erfahrung.

Hier entlastet sich Beate, indem sie sich mit den Regeln des Hauses und dem Verhalten der anderen identifiziert.

▶ **Projektion.** Eigene Unzulänglichkeiten werden unbewusst auf andere Menschen übertragen, sodass diese für ihr Verhalten (anstatt man selbst) verurteilt werden können.

Fallbeispiel

Projektion. Pflegefachkraft Ina geht ungern in das Zimmer von Frau Braun. Sie hält dies aber für unprofessionell. Anstatt sich einzugestehen, dass sie ein Problem mit Frau Braun hat, denkt sie: „Frau Braun hat ein Problem mit mir und möchte sich nicht von mir waschen lassen".

▶ **Konversion.** Körperliche Reaktionen als unbewusster Selbstschutz. Wenn der Druck der Krise zu stark wird, kann es zu Reaktionen des Körpers kommen, die den Menschen in der akuten Situation schützen sollen.

Fallbeispiel

Konversion. Pflegefachkraft Anna kann das ständige Rufen einiger Patienten nicht mehr ertragen. Eingestehen kann sie sich das nicht; sie erleidet einen Hörsturz.

▶ **Regression.** Stehen einem Menschen in der Krise keine angemessenen Verhaltensweisen zur Verfügung, wird gelegentlich unbewusst auf Verhaltensweisen früherer Entwicklungsstufen zurückgegriffen.

Fallbeispiel

Regression. Frau Klein fällt beim Essen immer wieder etwas von der Gabel. Sie wirft die Gabel trotzig auf den Boden und sagt, sie werde gar nichts mehr essen. So schützt sie sich unbewusst davor, sich motorische Defizite einzugestehen, die sie nicht wahrhaben möchte.

Trotzverhalten oder Rückzug sind oft unbewusste Schutzreaktionen in Überforderungssituationen. Das kann auch im hohen Alter der Fall sein.

Sinn und Gefahren der Abwehrmechanismen

Alle diese Strategien schützen den Menschen zunächst. Sie stellen zumindest kurzfristig Reaktionsmöglichkeiten dar, die Ängste oder Unbehagen reduzieren. Demnach sind Abwehrmechanismen oft als sinnvoll und gesund zu betrachten, sofern sich diese in einem gewissen Rahmen abspielen. Kommt es jedoch so weit, dass ein Mensch über die erste Reaktion hinaus alles Unangenehme verdrängt und die Realität zunehmend aus seinem Blickwinkel verschwindet, kann es zu Schwierigkeiten im Alltag oder sogar zu psychosomatischen oder psychiatrischen Störungen kommen.

Aufgabe

7 Finden Sie weitere Beispiele, in denen Patienten, Bewohner, Angehörige oder Pflegende Abwehrmechanismen einsetzen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

21.6.2 Häufig eingesetzte, im Alltag vertraute Bewältigungsstrategien

Lebensweisheit in Märchen

Aufgabe

8 Erinnern Sie sich an das Märchen „Die Bremer Stadtmusikanten“ oder lesen Sie es nach. Welche Krisen werden beschrieben?

In vielen Märchen gerät die Hauptperson in eine Krise, sie reagiert zunächst schnell und spontan, bevor einzelne Schritte zur Bewältigung der Krise unternommen werden können. Am Ende ist die Krise überwunden und das Leben geht in neuer Weise weiter.

Bei den Bremer Stadtmusikanten gerät zunächst der Esel in eine Krise; er wird alt, schwach und arbeitslos und verliert seine Heimat. Seine erste Reaktion ist Fortlaufen. Er macht sich auf den Weg nach Bremen. Ähnlich ergeht es einem Hund, einer Katze und einem Hahn. Ihr Leben ist sogar in Gefahr. Die Krisenbewältigung beginnt, als sich die Leidensgenossen auf den Weg machen. Sie gehen nun zusammen, tauschen ihren Kummer aus, machen Pläne und sie fassen ein gemeinsames Ziel ins Auge. Sie wollen sich einer gänzlich neuen Tätigkeit zuwenden, die sie in ihrem Leben noch nie ausgeübt haben: Sie wollen Stadtmusikanten werden. Sie machen gemeinsam neue Erfahrungen, nämlich, dass sie stark sind und effektiv handeln können. Das hilft schließlich die Krise zu bewältigen.

Das Märchen von den Bremer Stadtmusikanten beschreibt verschiedene Krisen: Alterung, Verlust der Arbeit, des Ansehens, der Gesundheit oder der Heimat, Enttäuschung, Existenzängste und Todesangst.

Aufgabe

9 Beschreiben Sie alle Schritte der Bremer Stadtmusikanten bei der Bewältigung ihrer Krisen. Ergänzen Sie diese Bewältigungsstrategien durch andere alltägliche Strategien, mit denen Menschen versuchen, Krisen zu bewältigen.

10 Wählen Sie eines der folgenden bekannten Märchen der Brüder Grimm aus: „Schneewittchen, „Jorinde und Joringel“ oder „Die sieben Raben“ und zeigen Sie auf:

- in welche Krise die Hauptperson gerät,
- welche ersten, spontanen Reaktionen auftreten,
- welche Schritte zur Krisenbewältigung beitragen.

Menschen nehmen Krisen unterschiedlich wahr, sie reagieren unterschiedlich und setzen verschiedene Bewältigungsstrategien ein. Um in Krisen Hilfestellung leisten zu können, ist eine sorgfältige Beobachtung der individuellen Umstände, die eine Krise auslösten, der persönlichen ersten Reaktion und der ersten Bewältigungsversuche Voraussetzung. Die Stärken und Kraftquellen (Ressourcen) der unter einer Krise leidenden Person sind im Verlauf der Begleitung herauszufinden.

Bewältigungsstrategien

Zur Bewältigung einer Krise kann beitragen:

- klagen, reden, zuhören,
- zunächst in kurzen Zeitabschnitten denken: die nächsten Minuten und Stunden überbrücken,
- Beachten der vitalen Bedürfnisse, wie z. B. essen, trinken, schlafen,
- ein strukturierter Tageslauf mit geregelter Zeiteinteilung,
- arbeiten und sich beschäftigen,
- trauern,
- sich mit den an der Krise beteiligten Personen auseinandersetzen,
- sich von der Opferrolle lösen, vielleicht sogar zum „Angriff“ übergehen,
- Kontakte knüpfen bzw. pflegen (sich z. B. mit Leidensgenossen zusammentun, um neue Fähigkeiten zu erproben, sich gegenseitig Mut machen, z. B. in Form einer Selbsthilfegruppe),
- einen intakten Lebensbereich ausbauen, der von der Krise nicht berührt ist, mit dem Ziel, sich selbst als „intakt“ und gesund zu erleben,
- neue Perspektiven entwickeln, sich neue Ziele suchen: „sich auf den Weg machen“, einen Weg gehen, schrittweise Veränderung herbeiführen (▶ Abb. 21.4).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 21.4 „Sich auf den Weg machen" ist oft der Anfang einer Krisenbewältigung. (Foto: Hahn Collpicto, Fotolia.com)

21.6.3 Krisenbewältigung durch Assimilation und Akkommodation

Krisen erfordern Veränderung. Hier gibt es prinzipiell 2 Möglichkeiten: Der Mensch verändert seine Umwelt oder sich selbst:

► **Assimilation.** Durch Assimilation werden Probleme bewältigt, indem die Umwelt verändert wird. Es werden Bedingungen geschaffen, die Schwierigkeiten in einem erträglichen Rahmen halten. Dies kann zum Beispiel durch Anpassung der Wohnumgebung geschehen.

► **Akkomodation.** Im Falle der Akkommodation bewältigt der Mensch Schwierigkeiten, indem er seine Ansprüche verändert, andere, erreichbare Ziele wählt, also die Lösung durch Veränderungen an sich selbst herbeiführt. Er passt sich der Umwelt an, indem er z. B. seine Interessen und Einstellungen ändert. Dies lässt sich immer wieder beeindruckend beobachten, wenn Menschen es nach einer Krankheit trotz massiver Einschränkungen (z. B. nach Amputation) schaffen, neue Prioritäten zu setzen und viel Lebensfreude entwickeln. Eine Änderung der Einstellung kann in einer Absenkung des eigenen Anspruchsniveaus oder in einer Veränderung der Vergleichsgruppe bestehen. Während viele Menschen Leistungseinbußen als Krise erleben, kommen andere mit diesen Strategien gut zurecht:

- Absenkung des eigenen Anspruchsniveaus: „Ich muss nicht unbedingt in 15 Minuten meinen Einkauf erledigen, sondern kann mir mehr Zeit lassen." „Ich muss nicht mehr alles selbst erledigen und darf durchaus Hilfe annehmen."
- Änderung der Vergleichsgruppe: „Mein Freund Max kann noch seinen Haushalt alleine führen. Ich schaffe es nicht mehr. Ferdinand und Walter können es schon seit Jahren nicht mehr. Da bin ich noch besser dran als sie, ich brauche nur etwas Hilfe, sie indessen leben im Heim."

Fallbeispiel

Assimilation und Akkommodation. Herr Maier ist nach einer Unterschenkelamputation auf den Rollstuhl angewiesen. Zuvor hat er gerne und oft in seinem Garten gearbeitet. Das ist nun nicht mehr möglich. Herr Maier schaut sich dafür nun Bücher und Fernsehsendungen über Pflanzen an. Auch das macht ihm Freude. Um selbstständig zum Briefkasten zu gelangen, lässt er sich eine Rampe an den Hauseingang bauen.

Aufgabe

11 Ordnen Sie im Beispiel von Herrn Maier die Begriffe Assimilation und Akkommodation zu.
12 Finden Sie weitere Beispiele dafür, wie älter werdende Menschen versuchen, sich durch Akkommodation oder Assimilation mit den sich verändernden Umständen zu arrangieren.

Assimilation und Akkommodation werden auch im SOK-Modell eingesetzt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

21.6.4 SOK-Modell nach Baltes und Baltes: Krisenbewältigung durch Selektion, Optimierung und Kompensation

Als eine Strategie, Verluste aufzufangen und das Altern erfolgreich zu gestalten, hat sich die Verknüpfung von 3 Schritten bewährt, die das sog. SOK-Modell beschreibt:

- Selektion (Auswahl),
- Optimierung (größtmögliche Verbesserung),
- Kompensation (Ausgleich von Verlusten).

▶ **Selektion.** Selektion meint die Fülle der Möglichkeiten zu sortieren und das auszuwählen, was zu dem eigenen Lebensstil und der eigenen Persönlichkeit passt. Später und vor allem in Krisen meint Selektion, die Handlungsbereiche auszusortieren, die aufgrund von gesundheitlichen oder anderen Einbußen schwierig werden, und sich den Bereichen zuzuwenden, die noch möglich sind.

▶ **Optimierung.** Unter Optimierung wird verstanden, sich auf die verbleibenden, jetzt ausgewählten Bereiche zu konzentrieren und sie mit den zur Verfügung stehenden Kräften zu trainieren, zu verbessern und zu vertiefen. Viele Menschen eignen sich im Laufe der Zeit ein Expertentum von Wissen und Fähigkeiten an, das sie auch im höheren Alter zu gefragten Adressaten für Ratsuchende macht und ihnen Freude und immer neue Anregungen verschafft.

▶ **Kompensation.** Durch Kompensation können altersbedingte Defizite aufgefangen oder ausgeglichen werden. Dies kann durch Hilfsmittel oder Hilfestellungen geschehen oder durch die Veränderung von Interessen oder Einstellungen.



Merke

Mit Selektion, Optimierung und Kompensation stehen gute Möglichkeiten zur Verfügung, Verluste an Fähigkeiten auszugleichen und subjektives Wohlbefinden zu verbessern.



Fallbeispiel

SOK-Modell. Frau Bauer ist an multipler Sklerose erkrankt. Als das Gehen nicht mehr möglich war, lernte sie Querflöte spielen, Trommeln und besuchte im Rollstuhl erfolgreich verschiedene Fortgeschrittenen-Malkurse. Als die Lähmung auf die Hände übergriff, nahm sie Gesangsunterricht. Seit das Singen unmöglich wurde und die Sehfähigkeit nachließ, verbringt sie viel Zeit mit dem Hören von Hörbüchern und beschäftigt sich so mit Literatur. Sie arbeitet jetzt an ihrer Biografie, die sie je nach eigener Verfassung in kleinen Abschnitten diktiert.



Aufgabe

13 Analysieren Sie das Beispiel. Erarbeiten Sie, wie es Frau Bauer gelingt durch Selektion, Optimierung und Kompensation ihr subjektives Wohlbefinden zu verbessern.
14 Der Tod des Ehepartners stellt für die meisten Menschen eine extreme Krisensituation dar. Trotzdem gelingt es einigen Menschen nach einer Zeit der Trauer wieder eine bessere Lebensqualität zu entwickeln. Zeigen Sie anhand von Selektion, Optimierung und Kompensation wie das möglich ist.
15 Finden Sie weitere Krisen, in denen die Coping-Strategien des SOK-Modells hilfreich sein können.

21.7 Menschen in Krisen begleiten

Bei der Begleitung von Menschen in Krisensituationen haben sich folgende Schritte bewährt. Sie können auch einzeln oder in anderer Reihenfolge stattfinden:

▶ **1. Verstehen.** Zunächst gilt es, die Situation, in der sich der Betroffene befindet, zu erfassen und seine Sichtweise zu verstehen. Dies erfordert ein sehr genaues Zuhören (S. 224) und Empathie.

▶ **2. Entlasten.** Bereits das Verbalisieren seiner Situation kann den Betroffenen entlasten. Er spürt dabei, dass jemand zuhört, sich für ihn interessiert und dass er nicht mehr ganz alleine ist. Der Betroffene kann seine Gefühle äußern, eventuell vorhandene Schuldgefühle können unter Umständen

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

schon jetzt durch Herstellung eines Realitätsbezuges relativiert werden.

► **3. Coping-Strategien erfassen, einschätzen, unterstützen und entwickeln.** Nun gilt es zu erfassen:
- welche Coping-Strategien der Betroffene bereits einsetzt,
- ob diese hilfreich sind und
- über welche Strategien er noch verfügt.

Verwendet er Abwehrmechanismen, wie z. B. die Verdrängung, kann es sinnvoll sein, diese eine Zeitlang als Schutz beizubehalten bis andere Strategien möglich werden. Gemeinsam kann im Gespräch überlegt werden, was er bisher schon versucht hat um die Krise zu bewältigen und wie hilfreich das jeweils war.

Der Begleiter kann bei der Nutzung von Alltagsstrategien unterstützend wirken: Er kann zuhören, für Essen, Trinken, Ablenkung und Tagesstruktur sorgen und durch Erreichbarkeit eine große Hilfe darstellen.

Systematisch sollte der Begleiter die vorhandenen Ressourcen des Betroffenen erfassen. Da durch das Krisenerleben das Selbstkonzept beeinträchtigt wird, kann dies gut anhand der 5 Säulen der Identität (S. 114) nach Petzold geschehen. Günstig ist es dabei oft, an der Säule der Werte und Normen oder des sozialen Netzes zu beginnen, um schnell Ressourcen zu aktivieren. Aber auch die Säule Arbeit, Leistung, Freizeit kann im Rahmen der Tagesstrukturierung und der Ablenkung herangezogen werden.

Ebenso kann der Begleiter unterstützen bei Assimilation, Akkommodation, bei Selektion, Optimierung oder Kompensation.

► **4. Gemeinsam realistische Ziele finden**

► **5. Aufbau der Handlungsfähigkeit.** Nach und nach kann der Begleiter sich aus der aktiven Rolle zurückziehen und aus zunehmender Distanz den Betroffenen schließlich selbst die Initiative und Verantwortung übernehmen lassen.

► **6. Bewertung der Krisenintervention.** Schließlich gilt es festzustellen, ob die Intervention erfolgreich und ausreichend war oder ob weitere Schritte einzuleiten sind.

21.7.1 Krisenbewältigung durch professionelle Hilfe

Therapeutische oder seelsorgerische Hilfe (S. 360) oder auch Unterstützung durch einen Rechtsbeistand (z. B. bei Mobbing) kann bei der Bewältigung von Krisen sehr hilfreich sein.

In vielen Einrichtungen der Altenpflege und in vielen Krankenhäusern gibt es für die Pflegefachkräfte Möglichkeiten, an einer Supervision teilzunehmen, um Krisen zu vermeiden oder zu bewältigen oder um zu lernen, mit belastenden Situationen umzugehen.



Aufgabe

16 Wiederholen Sie das Modell der 5 Säulen der Identität (S. 114) nach Petzold und überlegen Sie, welche Möglichkeiten sich daraus ergeben, Menschen in Krisen zu stabilisieren.

21.8 Resilienz

Die junge Pflegefachkraft Mona hat sich über „Resilienz“ informiert. Sie kommt darüber mit einer Kollegin ins Gespräch. Beide tauschen ihre Kenntnisse und ihre Erfahrungen mit Resilienz aus und sind sich zum Schluss einig, als Mona feststellt: „Davon kann man ja im Pflegeberuf nicht genug haben!“

Der Begriff Resilienz (lat. resilire = zurückspringen, abprallen) kommt aus dem Bereich der Physik, der sich mit Werkstoffen befasst. Hier werden hochelastische Materialien, die nach einer starken Verformung in ihre ursprüngliche Form zurückfinden, als resilient bezeichnet.

Ähnlich der physikalischen Elastizität, steht Resilienz in der Psychologie als Fachbegriff für psychische Widerstandskraft zur Verfügung. Sie zeigt sich, wenn Menschen nach Krisen, wie Trennungen, Verlusten, Krankheiten, Todesfällen, Misserfolgen oder Niederlagen, wieder in ihre ursprüngliche seelische Verfassung zurückfinden. Wer schwer belastende Erlebnisse unbeschadet durchsteht und wieder zu seiner stabilen, alten Form zurückkehrt, verfügt über die Eigenschaft Resilienz. Resiliente Menschen fühlen sich nach durchgestandenen Krisen oft zuversichtlicher, neue Herausforderungen zu bestehen. Sie verharren nicht bei ihren Verletzungen und in übermäßiger Trauer. Sie richten ihre noch vorhandenen Kräfte auf mögliche Lösungen

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 21.5 Resiliente Menschen mobilisieren ihre Kräfte und schauen nach vorne. (Foto: ipopba – stock.adobe.com)

eines Problems und ihre Aufmerksamkeit auf die Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit (▶ Abb. 21.5).

Vulnerabilität (lat. vulnerare = verletzen), Verletzbarkeit, ist das Gegenteil von Resilienz; sie entspricht geringer psychischer Elastizität.

Definition

Resilienz ist die Fähigkeit, auch unter widrigen Umständen nicht aufzugeben, sondern eigene Möglichkeiten zu nutzen, gelingendes Leben zu erreichen. Sie ist eine psychische Widerstandskraft, die es möglich macht, schwer belastende Erlebnisse zu bewältigen, ohne Schäden davon zu tragen und so die eigene Persönlichkeit zu stärken.

21.8.1 Merkmale resilienter Menschen

Was haben resiliente Menschen, was anderen fehlt? Die Forschung beschäftigt sich bereits seit vielen Jahren mit dem Thema Resilienz. Den Anstoß dazu gab Emmy Werner, eine amerikanische Psychologin. Sie hat sich auf der Insel Kauai/Hawaii jahrzehntelang mit der Entwicklung von 698 Kindern von der pränatalen Zeit bis zum Alter von 10 Jahren beschäftigt. Bei der Auswertung einer Langzeitstudie (1977 veröffentlicht) stieß sie auf überraschende Ergebnisse: Der größere Teil der Kinder, die unter schlechten Bedingungen (Armut, Geburtskomplikation, ohne Schulbildung) aufwuchsen, hatten in der Folge ein Leben voller Probleme wie Arbeitslosigkeit, Armut, Straffälligkeit, Drogenkonsum, also schwierige Biografien, aber erstaunlicherweise nicht alle! Ein Drittel der Kinder, die ihre ersten 10 Lebensjahre unter belastenden Voraussetzungen verbrachten, haben sich später gut und störungsfrei entwickelt: sie hatten einen Beruf, eine Arbeitsstelle, waren erfolgreich und gründeten eine Familie. Sie verfügten offensichtlich über eine psychische Widerstandskraft gegen negative Lebensbedingungen, ließen sich trotz der belastenden Umstände nicht unterkriegen. Was hatten sie, was den anderen zwei Dritteln der beobachteten Kinder fehlte? Was waren die Ursachen ihrer Resilienz?

Die Resilienzforschung wurde fortgesetzt mit der Fragestellung: Was trägt in den frühen Lebensjahren zum Entstehen dieser positiven Kraft bei und wie kann sie gefördert werden?

In der Kindheit wird Resilienz begünstigt,

- wenn es eine verlässliche Bindung an eine oder wenige Personen aus dem Umfeld des Kindes gibt (S. 136) und so Vertrauen statt Misstrauen dem Leben gegenüber entsteht. Das sichere Wissen, auf wen es sich verlassen kann und wohin es gehört, gibt dem Kind ein stabiles Selbstbewusstsein;
- wenn ein Kind erfährt, dass es durch eigenes Verhalten etwas bewirken kann und diese Effektivität von den Menschen um es herum bemerkt und anerkannt wird, sodass Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl zum festen Bestandteil seines Selbstkonzepts (S. 118) werden,
- wenn die Bezugspersonen in der Lage, das heißt ausreichend sensibel sind, Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen, darauf angemessen einzugehen und dem Kind, dem kompetenten Säugling (S. 143) von Anfang an eine Haltung von Akzeptanz und Wertschätzung entgegenbringen.

Ein einfühlsamer Erziehungsstil in den frühen Lebensjahren ist eine nicht zu unterschätzende Voraussetzung für die Entwicklung psychischer Widerstandskraft.

21.8.2 Faktoren der Resilienz

Aus welchen „Bausteinen" besteht das „Gebilde" Resilienz? Resilientes Verhalten setzt sich aus verschiedenen Faktoren zusammen. Einige werden im Folgenden genannt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

► **Optimistische Grundeinstellung.** Sie zeichnet sich durch überwiegend positives Denken aus, auch wenn etwas Belastendes eintritt. „So etwas kommt vor, das passiert. Ich werde sehen, dass ich damit fertig werde (Coping). Andere haben das auch schon geschafft. Nächstes Mal wird es mir gelingen, mache ich es besser." Resiliente Menschen haben ein positives Bild von sich selbst und gehen davon aus, dass auch andere sie positiv sehen.

► **Akzeptanz.** Das, was geschehen ist, ohne allzu langes Grübeln, wie es dazu kam, akzeptieren. So etwas gehört auch zum Leben. Ein Unglück ist oft zeitlich begrenzt, hat stattgefunden. „Es ist vorbei. Dieses Mal habe ich verloren. Aber das nächste Mal werde ich alles besser machen."

► **Lösungsorientiertes Verhalten.** Es wird durch aktive und kreative Suche nach Auswegen aus dem Unglück oder Problem häufig mit Durchhaltevermögen und Ausdauer in Gang gesetzt. Resiliente Menschen entwickeln keine Jammerkultur. Sie verharren nicht in der Opferrolle; keine Opferstarre oder beständiges Bestehen auf eigener Schuld hindert sie daran, nach Lösungen des Problems zu suchen. Resiliente Menschen kennen Wege der Stressbewältigung und verfügen über Möglichkeiten, Probleme zu lösen.

► **Selbstbewusstsein.** Ein stabiles Selbstbewusstsein mit dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und gute Erfahrungen mit eigener Effektivität (Selbstwirksamkeit) ist ein wichtiger Bestandteil psychischer Widerstandskraft. „Ich weiß, was ich kann, kenne meine Stärken und habe schon ganz andere Krisen bewältigt." Siehe Kapitel Krisen und Krisenbewältigung (S. 299).

► **Beziehungsnetz.** Resiliente Menschen lassen sich gerne helfen. Ein möglichst erprobtes Netz von Beziehungen zu verlässlichen Personen, die beratend Hilfe leisten, wo sie ihre Fragen, Ideen und Pläne ausbreiten können, steht zur Verfügung.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Eine optimistische Grundeinstellung, Akzeptanz dessen, was die psychische Gesundheit angegriffen hat, ein lösungsorientierter Umgang mit „der Katastrophe" und sicheres Wissen um die eigene Effektivität – alles umgeben von einem starken Beziehungsnetz – macht Resilienz aus. Sie ist eine starke Kraft, um auch die „widrigen" Bedingungen der Pflegetätigkeit schadlos durchzustehen. Da hat Mona (siehe oben) Recht: „Davon kann man im Pflegeberuf nicht genug haben!"

Resilienz ist eine wertvolle Eigenschaft, berufliche und private Belastungen selbst über einen langen Zeitraum zu bewältigen. Das gilt nicht nur für Einzelne, sondern auch Gruppen können in eine Krise und aus dem Gleichgewicht geraten. Dann wird es nötig, resilientes Verhalten zu unterstützen, bis das Team wieder zu seiner gewohnten Leistungsstärke zurückfindet.



Aufgabe

17 Nachdem innerhalb der chirurgischen Pflegegruppe anhaltende Auseinandersetzungen mit einem unzufriedenen Patienten für Ärger sorgten, es einen Wechsel der Stationsleitung gab und wochenlange Umbauarbeiten die täglichen Abläufe störten, gerieten zuletzt auch die Pflegefachkräfte aneinander. Ihre psychische Widerstandskraft - die der einzelnen, aber auch die des Teams - ließ spürbar nach. Sie beschlossen, das zu ändern und setzten sich zu einem Gespräch zusammen. Helfen Sie ihnen, anhand der Resilienzfaktoren zu prüfen, wie sie ihre Widerstandskraft stärken und ihre gewohnte Leistungsfähigkeit wiedererlangen können.

18 Resilienz ist trainierbar. Informieren Sie sich über Programme (Bücher, Internet), die Resilienz stärken und fördern.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Kapitel 22

Wenn ein Mensch krank wird – Krankheitserleben, Patientenverhalten und Salutogenese

22.1 Krankheit erleben – eine besondere Situation *314*

22.2 Verhaltensweisen der Patienten *319*

22.3 Salutogenese *323*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

22 Wenn ein Mensch krank wird – Krankheitserleben, Patientenverhalten und Salutogenese

„Ich gehe davon aus, … um eine Metapher zu wählen, dass wir alle eine lange Skipiste herunterfahren, an deren Ende ein unendlicher Abgrund ist. Die pathogenetische Orientierung beschäftigt sich hauptsächlich mit denjenigen, die an einen Felsen gefahren sind, einen Baum, mit einem anderen Skifahrer zusammengestoßen sind oder in eine Gletscherspalte fielen. Weiterhin versucht sie uns zu überzeugen, dass es das Beste ist, überhaupt nicht Ski zu fahren. Die salutogenetische Orientierung dagegen will die Piste ungefährlicher und Menschen zu sehr guten Skifahrern machen.“ (Aaron Antonovsky, 1923–1994, amerikanischer Medizinsoziologe)

Examensschwerpunkte

Krankheit und Gesundheit (S. 314), Krankheitserleben (S. 315), Krankheitsverlauf (S. 317), Verhaltensweisen der Patienten (S. 319), Salutogenese (S. 323)

22.1 Krankheit erleben – eine besondere Situation

22.1.1 Krankheit und Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bietet 2 Definitionen von Gesundheit an:

„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1946).

Da diese Definition unrealistisch hohe Voraussetzungen fordert, wurde sie schließlich verändert:

„Gesundheit ist die Fähigkeit und die Motivation am Leben teilzunehmen und einen Beitrag zum Leben in der Gemeinschaft zu leisten.“ (WHO, 1989)

Die neuere Pflegewissenschaft beschreibt: „Krankheit ist eine angeborene oder erworbene Störung der normalen körperlichen und seelischen Funktionen mit den dadurch ausgelösten Erscheinungen. Ein umfassendes Verständnis der Krankheit lässt sich nur erarbeiten, wenn man den medizinischen (biologisch-physiologischen) Aspekt nicht von dem psychologischen (Erlebnisweise der Krankheit) und dem sozialen Aspekt der Umweltbeziehungen trennt. Wer dem Kranken gerecht werden will, muss diese Vielfalt, den ganzheitlichen Charakter von Krankheit und Kranksein beachten“ (nach Georg u. Frowein, 1999).

Die Begriffe Gesundheit und Krankheit überschneiden sich teilweise und lassen sich nicht immer klar voneinander abgrenzen. Heute werden sie als komplexe Geschehen definiert, an denen biologische, psychologische und soziale Komponenten beteiligt sind. Entscheidende Merkmale von Krankheit sind:

- Abweichungen von der Norm,
- das Empfinden eines Ungleichgewichts oder eines Leidensdrucks,
- erlebte Einschränkungen im Alltag.

Um die Problematik des Krankheitsbegriffs zu umgehen, benutzt die ICD-10 (International Classification of diseases der WHO) den Begriff Störung. Der Störungsbegriff signalisiert die Abweichung von einer Norm.

Definition

Beeinträchtigungen des physischen oder psychischen Gleichgewichts und Störungen der normalen Funktionen der Organe und Organsysteme werden als **Krankheit** bezeichnet. Krankheiten lassen sich oft über ihre Symptome und deren Erleben von Gesundheit abgrenzen, jedoch gibt es oft fließende Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit.

► **Gesundheitspsychologie.** Innerhalb der Psychologie befasst sich der neue Bereich der Gesundheitspsychologie mit der Erforschung der Lebensbedingungen, die zu einer möglichst guten Gesundheit führen. Dazu gehören physische, intellektuelle, emotionale, soziale und umweltbezogene Dimensionen. Die Gesundheitspsychologie beschreibt die psychologischen Einflüsse auf die Gesundheit, und sie fördert mit psychologischem Wissen menschliches Wohlbefinden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

22.1.2 Krankheitserleben

Objektiver Befund und subjektives Befinden

Fallbeispiel

Krankheitserleben. Frau Gerber ist vom Arzt nach einem epileptischen Anfall krankgeschrieben (objektiver Befund) und fühlt sich doch ganz gut und leistungsfähig (subjektives Befinden). „Mir fehlt nichts“, sagt sie, „ich gehe meiner Arbeit nach, wie bisher.“

Frau Weber fühlt sich seit Wochen matt und klagt über Kopfschmerzen und Müdigkeit (subjektives Befinden). Sie geht zum Arzt und lässt sich gründlich untersuchen. „Alle Ergebnisse sind in Ordnung“, sagt Dr. Schuster beim abschließenden Gespräch, „Sie sind kerngesund“ (objektiver Befund).

Die objektive Beurteilung eines Zustands beruht auf messbaren Befunden, die subjektive Einschätzung geht vom Befinden (Schmerzen, Übelkeit, Müdigkeit) und vom Erleben der Symptome aus. Beide Einschätzungen des Gesundheitszustands unterscheiden sich oft erheblich; sie müssen im Gespräch zwischen Arzt, Pflegefachkräften und Patienten berücksichtigt werden, um eine gute Zusammenarbeit bei der Behandlung einer Krankheit zu ermöglichen.

Krankheitserleben wird i. d. R. mit einer Veränderung des Befindens eingeleitet. Das Wohlbefinden wird gestört und weicht dem Gefühl, krank zu sein. Hierzu gehört, dass ein Mensch nicht mehr in der Lage ist, etwas zu tun, was er vorher konnte: Er kann z. B. nicht mehr aufstehen, nicht mehr sprechen, nicht mehr essen, nicht mehr sehen, sich nicht mehr orientieren, nicht mehr Auto fahren, nicht mehr mit Werkzeugen umgehen, nicht mehr das Haus verlassen und Kontakte pflegen. Der Körper diktiert das Ausmaß des Krankseins und der Hilflosigkeit (▶ Abb. 22.1). Das Erleben von Schwäche und Verlust, die Empfindung von Krankheitssymptomen, wie Schwitzen, Fieber, Erbrechen, Krämpfe, Bluten, Schwindel und Schmerzen, bestimmen sein Befinden.



Abb. 22.1 Krankheit schränkt das Erleben ein und bringt gleichzeitig neue Erfahrungen mit sich.

Individuelle Bedeutung von Krankheit

Zum Kranksein gehört beides: die körperliche Störung und das psychische Erleben. Krankheit führt nicht notwendigerweise in eine existenzielle Krise, geht aber häufig mit Sorgen, Ängsten und Befürchtungen einher, die einen Menschen vorübergehend oder anhaltend verändern. Immer wieder bemerken Patienten selbst an sich ein neues Denken, Fühlen und Zeiterleben, das sie in gesundem Zustand nicht kannten. Die Wahrnehmung und das Denken fokussieren die Erkrankung.

Merke

Krankheit engt das weite Spektrum der Wahrnehmung ein; gleichzeitig bringt sie neue Erfahrungen und Erkenntnisse.

Ein Oberschenkelbruch z. B. kann von einem sehr alten Menschen als lebensbedrohend empfunden werden. Er fragt sich: „Werde ich jemals wieder aufstehen können?“ Die Krankheit kann ihn in existenzielle Nöte führen. Bei einer Mutter von kleinen Kindern dagegen stehen vielleicht Traurigkeit, Stress und Sorge über die Trennung im Vordergrund. Für einen Obdachlosen aber kann die Freude über die angenehme Versorgung, Wärme und Nahrung das Erleben bestimmen.

Die Erkrankung kann aber auch eine ersehnte Urlaubsreise oder ein wichtiges Examen verhindern, oder sie kann einige Tage Befreiung von Unterricht und schulischen Aufgaben oder von Verantwortung am Arbeitsplatz bedeuten.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Manchmal wird die Frage gestellt: „Warum werde ich gerade jetzt krank?“ Es ist bekannt, dass in besonders belastenden Lebenssituationen nicht nur psychische und psychosomatische sondern auch körperliche Krankheiten oder Unfälle vermehrt auftreten.

Merke

Das Krankheitserleben ist vom sozialen Umfeld, von der Lebenssituation des betroffenen Menschen, seiner Persönlichkeit und vom Zeitpunkt der Erkrankung abhängig.

Viele Krankheiten sind im akuten Stadium mit Schmerzen, Sorgen und Ängsten verbunden. Für das Erleben ist wichtig, wie sie behandelbar sind: Wenn es sich um vorübergehende Leiden handelt, sind die Ängste und Sorgen zeitlich eingrenzbar. Chronische Krankheiten dagegen sind von einem langen Erlebensprozess begleitet. Er durchläuft ähnliche Phasen und Zustände wie die des Sterbens und der Trauer (S. 336). Die Ungewissheit über Verlauf, Heilung und Ausgang der Krankheit fordern eine intensivere Auseinandersetzung über längere Zeit. Häufige Arzt- und Krankenhausbesuche im Verlauf der Behandlung bedeuten Abhängigkeit von Ärzten und Pflegefachkräften.

Die fortschreitende Einschränkung der Lebensgewohnheiten lassen im Patienten Gefühle von Trauer über Verluste verschiedener Art aufkommen: Es dürfen bestimmte Nahrungsmittel nicht mehr gegessen werden, bestimmte Aktivitäten können nicht mehr ausgeübt werden; das sind lauter Abschiede von dem, was das gesunde Leben ausgemacht hat. Krankheiten können Beziehungen verändern, im positiven und auch im negativen Sinn.

Merke

Das Krankheitserleben ist abhängig von der Art der Erkrankung. Zu einer chronischen oder unheilbaren Krankheit gehören viele Erlebnisse von Einschränkung und Verlust, von Sorge und Trauer.

Compliance

Definition

Compliance nennt man die Bereitschaft eines Patienten, an der Behandlung mitzuwirken.

Kenntnisse über das Krankheitserleben allgemein und die persönliche Bedeutung einer Krankheit für den Patienten erweisen sich als gute Unterstützung bei der Aufgabe, einen Menschen während einer Krankheit zu pflegen und zu begleiten. Sie tragen dazu bei, für den Kranken eine Atmosphäre von Akzeptanz und Wertschätzung aufzubauen, auf die er mit einer vertrauensvollen Zusammenarbeit antworten kann.

Nach heutigem Verständnis von Krankheit ist die aktive Teilnahme des Patienten am Therapieprozess wichtig und erwünscht. Dazu gehört, dass nach den Anweisungen des Arztes und der Pflegenden Medikamente eingenommen, therapeutische Maßnahmen zuverlässig durchgeführt werden und dem Arzt offen über den Zustand berichtet wird.

▶ **Beeinflussende Faktoren.** Zahlreiche Faktoren beeinflussen die Compliance:

- Persönlichkeit des Patienten (z. B. Intelligenz, Ausdauer),
- subjektive Krankheitseinschätzung (Bagatellisieren wirkt sich negativ auf die Compliance aus),
- Arzt/Pflegende-Patient-Beziehung als vertrauensbildende Grundlage,
- Art der Verhaltensänderungen, die zur Wiederherstellung der Gesundheit vom Patienten erwartet werden (z. B. Sport treiben, Rauchen einstellen); Anforderungen, die an die Mitarbeit des Patienten gestellt werden, dürfen nicht zu hoch liegen,
- Umgang der Angehörigen mit dem Widerstand des Patienten (z. B. geben Eltern ihrem Kind nicht zuverlässig Medikamente, weil es sich heftig wehrt),
- unterstützende Rückmeldungen an den Patienten (sie fördern eine gute Zusammenarbeit),
- Leidensdruck und Schmerzen erhöhen die Bereitschaft zur Mitarbeit bei der Behandlung, während rein prophylaktische Maßnahmen hingegen oft eine eher schlechte Compliance bewirken.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

1 Wie kann die Mitwirkung am Behandlungsprozess einer Patientin, die wegen eines drohenden Herzinfarkts in das Krankenhaus eingeliefert wurde, verbessert werden? Geben Sie einige Anregungen.

Krankheit und Sprache

Wie Krankheit erlebt wird, zeigt sich häufig im Sprachgebrauch. Sein Empfinden artikuliert ein Kranker in der Art, wie er über die Krankheit spricht. Schon die Verwendung der aktiven oder passiven Verbform kann ausdrücken, wie verschieden sie erlebt wird. Man kann krank sein und werden oder man kann eine Krankheit haben und bekommen. Aus dem individuellen Krankheitserleben ergeben sich Erwartungen an Ärzte, Pflegende und eventuell an die eigene Rolle im Umgang mit der Krankheit:

„Ich habe eine Krankheit", „Ich habe eine Erkältung bekommen" Diese Formulierungen lassen noch etwas Distanz zwischen dem Menschen – dem Subjekt im Satz – und der Krankheit – dem Objekt im Satz – durchklingen. Krankheit wird als etwas erlebt, das hinzugekommen ist, das nicht dazugehört, mit dem man sich „herumschlagen" oder das man ertragen muss.

„Ich bin krank", hier verschmelzen Mensch und Krankheit.

Wer sagt: „Es hat mich erwischt", empfindet den feindseligen Charakter von Krankheit. Sie greift an, der Kranke unterliegt im Kampf. Fieber kann einen Menschen schütteln. Die lange Krankheit kann sich im Körper ausbreiten und ihn verzehren.

„Sie geht und geht nicht weg", sagt jemand und wartet, dass sie ihn als ihr Opfer wieder frei gibt. Ein anderer „schießt gleich mit hohen Dosen von Gegenmitteln (Antibiotika) dagegen" und nimmt den Kampf mit ihr auf.

Gewinn und Verlust

Wenn ein Mensch krank wird, macht er verschiedene neue Erfahrungen. Er erlebt Beeinträchtigungen und Verluste, aber manchmal auch Gewinne. In der neuen Situation kümmern sich Fachleute und meist auch Verwandte und Bekannte um ihn. Es gibt Besuche, Geschenke und Aufmerksamkeit



Abb. 22.2 Jeder Anlass zur Freude ist ein Gewinn und macht Kranksein erträglicher. (Foto: K. Oborny, Thieme)

(▶ Abb. 22.2). Besonders Kindern wird so das Kranksein erträglich gemacht. Es wird versucht durch die Krankheit erlebte Schmerzen, Beeinträchtigungen und Ängste durch etwas Positives zu lindern.

Aufgabe

2 Erinnern Sie sich an Tage, an denen Sie krank waren.

a) Beschreiben Sie Einschränkungen, die Sie erlebt haben.

b) Hatte das Kranksein auch Vorteile?

22.1.3 Psychologische Phasen im Krankheitsverlauf

Im Verlauf einer schweren Krankheit verändert sich das subjektive Erleben. Vom Anfang bis zum Ende einer Erkrankung durchlaufen Patienten verschiedene, meistens zeitlich voneinander abgrenzbare Stadien unterschiedlicher Dauer. Für die pflegerische Begleitung ist es eine notwendige Voraussetzung, den emotionalen Zustand eines Patienten zu erkennen und ihn im Zusammenhang mit diesen Abschnitten des Krankheitsverlaufs zu sehen.

▶ **Phasen.** Psychologisch unterscheidet man folgende Phasen im Krankheitsverlauf (▶ Abb. 22.3):

1. Anfangsphase,
2. Diagnostik- und Therapiebeginn,
3. Akzeptanzphase,
4. Rekonvaleszenzphase.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

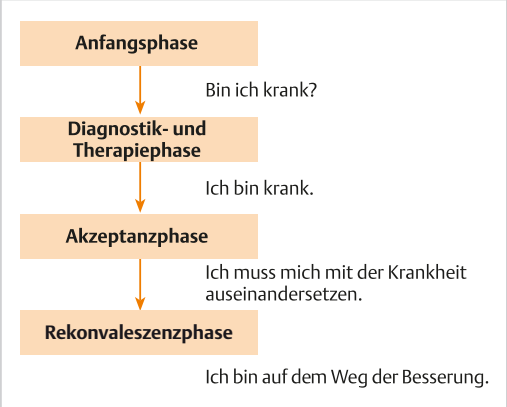


Abb. 22.3 Im Verlauf einer Krankheit werden 4 Phasen unterschieden.

Anfangsphase: die Phase der Ungewissheit

In der Anfangsphase wird ein Symptom bemerkt. Es entsteht Angst, eine (vielleicht schwere) Erkrankung zu haben. Katastrophenfantasien drängen sich immer wieder auf. Die eigene Leistungsfähigkeit wird infrage gestellt. Das Zukunftsbewusstsein, bisher mit Plänen für viele Jahre im Voraus gefüllt, wird erschüttert. Oft scheint nicht einmal der Ablauf der nächsten Tage vorhersehbar. Es ist die Zeit der Befürchtungen und der Unsicherheit.

In dieser ersten Phase stehen Hoffnung auf eine harmlose Erklärung für die Symptome oder auf schnelle Genesung neben Zweifeln, Befürchtungen und Angst. Das psychologische Gleichgewicht ist gestört. Dadurch kann Stress entstehen, der abgebaut werden muss. Hierzu eignen sich bestimmte Stressbewältigungsstrategien (Coping-Strategien), die helfen, mit einer Krankheit umzugehen.

Während die beunruhigenden Anzeichen beobachtet werden, wird der Fall einer Verschlechterung der Erkrankung in Gedanken vorweggenommen. Dabei verstärkt sich die Angst, aber es werden auch Abwehrmechanismen in Gang gesetzt, z. B. ein Übermaß an Aktivität, das die eigene Leistungsfähigkeit unterstreichen soll.

Einzelne Krankheitssymptome werden durch demonstrierte Gleichgültigkeit verkleinert, verleugnet oder positiv umgedeutet: Eine gesteigerte Müdigkeit wird als gesunde Ermüdung bezeichnet oder mit dem Wetter in Zusammenhang gebracht. Die geheime Angst verschafft sich Ausdruck in Aggressivität, Reizbarkeit und schlechter Laune. Manche Menschen versuchen jetzt, durch eine betont gesunde Lebensweise die Krankheitssymptome zum Verschwinden zu bringen und so die Situation durch einen aktiven Beitrag wieder in den Griff zu bekommen.

Dauer des Anfangsstadiums

Die Dauer des Anfangsstadiums einer Krankheit hängt von verschiedenen Faktoren ab:

- Art der Krankheitssymptome (geringe oder starke Schmerzen, äußerlich sichtbare Veränderungen, geringfügige oder deutliche Einschränkungen des motorischen oder sensorischen Apparates),
- Persönlichkeit des Patienten (ängstlich, empfindlich oder mutig und tapfer),
- Einstellung gegenüber der Medizin (Aufgeschlossenheit oder Skepsis, Vertrauen zum Hausarzt, Vorerfahrungen mit Krankheit),
- eigene Beurteilung des Krankheitszustandes (bagatellisieren, dramatisieren oder realistische Einschätzung).

Haben die Betroffenen schon ähnliche Erfahrungen mit Krankheiten durchlebt, ist die Zeit zwischen dem ersten Auftreten von Symptomen und dem Arztbesuch eher kürzer.

Diagnostik- und Therapiebeginn

Mit dem Beginn der Diagnostik und später auch der Therapie begibt sich der Patient in eine ärztliche Praxis oder in ein Krankenhaus, auf jeden Fall aber in eine ihm fremde Umgebung, die seine Angst oder Beunruhigung zunächst noch steigert. Wenn auch heute die modernen Krankenhäuser freundlich gestaltet sind und die Kleidung des Pflegefachkräfte, z. B. weiße Hosen und blaue Blusen, oft mehr einer Freizeitkleidung als einer Dienstkleidung ähnelt, so erinnern doch die chromblitzenden Geräte und Apparaturen, weiße Kittel oder auch Gerüche an Eingriffe und Schmerzen und beunruhigen den Patienten.

Die Diagnosemitteilung bedeutet für den Kranken in erster Linie das Ende der Ungewissheit. Je nach Krankheit und Lebenssituation des Patienten erstreckt sich das Erleben in dieser Phase von Erleichterung bis zum Schock. Die Zweifelnden suchen noch mehrere Ärzte auf, bis sie eine Diagnose annehmen, andere fühlen ihre Ahnung bestätigt und sagen: „Ich habe es gewusst." Je nach Art der Diagnose tritt eine Verminderung der Angst ein, oder der Patient betritt den langen Weg der Auseinandersetzung mit seinem Zustand des Krankseins.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Der diagnostische Prozess, die Sorgen und die Ängste vor dem, was auf den Patienten in der Zeit der Therapie und danach zukommen kann, stellen einen erheblichen, von Pflegenden oft zu wenig beachteten Stresszustand dar. So sollte in dieser Zeit stets versucht werden, lange Wartezeiten oder Terminverschiebungen zu vermeiden. Der Patient sollte angemessen informiert, beraten und in Entscheidungen miteinbezogen werden.

Akzeptanzphase: Übernahme der Patientenrolle

In dieser Zeit ist der Patient „offiziell" krank. Er soll eine neue Rolle – die Rolle eines Patienten – mit den dazugehörigen Rechten und Pflichten übernehmen. Viele Patienten kennen diese Rolle aus eigener Erfahrung, andere haben in der Verwandtschaft oder im Bekanntenkreis beobachtet, wie eine solche Rollenübernahme erfolgen kann (Modelllernen). So gelingt es vielen Menschen, diese Rolle anzunehmen:

- Sie geben einige Rollen des täglichen Lebens zumindest vorübergehend auf. Sie können verschiedenen Rollenerwartungen nicht mehr nachkommen.
- Sie nehmen ihrem Zustand entsprechend Verhaltensweisen an, die den Erwartungen an die Patientenrolle gerecht werden: sich versorgen lassen, gepflegt werden, Anweisungen befolgen.
- Sie geben einen Teil der Verantwortung für ihr Gesundwerden an das Fachpersonal ab.

Viele Menschen lassen sich vom Arzt anleiten, etwas gegen ihre Krankheit zu tun, nehmen Therapieangebote wahr, schonen sich angemessen und tragen aktiv zu ihrer Gesundung bei.

Andere Patienten geben die Verantwortung vollständig an die Ärzte und die Pflegenden ab, verhalten sich passiv, lassen sich vollkommen versorgen und pflegen, obwohl sie Einiges selbst leisten könnten (Regression).

Eine andere Gruppe von Patienten weigert sich, ihre Rolle anzunehmen. Sie reagiert abwehrend auf die Pflegefachkräfte, lehnt Therapieangebote ab und hält sich nicht an die ärztlichen Anordnungen.

In dieser Phase zeigt sich die unterschiedliche Therapiebereitschaft (Compliance (S. 316)). Diese hängt insbesondere von der Beziehung zu den Ärzten und den Pflegenden, aber auch von bisherigen Erfahrungen und den subjektiven Einschätzungen und Heilungschancen ab.

Aufgabe

3 Beschreiben Sie für die ersten 3 Phasen jeweils verschiedene Strategien, wie Menschen versuchen, mit einer (schweren) Krankheit umzugehen.

Rekonvaleszenzphase

Kommt es zur Phase der Rekonvaleszenz, erlebt der Patient wiedergewonnene Kräfte und Lebenszeit, eine Reduzierung der Schmerzen oder Schmerzfreiheit und erneute Unabhängigkeit. Gedanken der Hoffnung, aber auch Zweifel über die eigene volle Einsatzfähigkeit in der Familie und im Beruf durchziehen die Zeit des Gesundwerdens. Rehabilitative Maßnahmen können hier helfen. Ist die Gesundheit wiederhergestellt, kann die Erkrankung als wichtige Erfahrung in der Lebensgeschichte eingeordnet werden.

Kann die Gesundheit nicht vollständig wieder hergestellt werden, gilt es, sich mit den verbleibenden Beeinträchtigungen auseinanderzusetzen und den eigenen Lebensstil an die veränderten Gegebenheiten anzupassen.

22.2 Verhaltensweisen der Patienten

Menschen erleben ihr Krankwerden auf unterschiedliche Weise; dementsprechend sind die Reaktionen auf Krankheit und Krankenhausaufenthalt verschieden. Patientenverhalten kann als Coping-Strategie (S. 303) verstanden werden, mit der Situation des Krankseins umzugehen.

Wird jemand Patient im Krankenhaus, übernimmt er eine neue Rolle, die verschiedenen Rollen seines Alltags treten zurück. Deutlicher Ausdruck dafür ist z. B. das Wechseln der Kleidung bei der Ankunft im Krankenzimmer. Ein Mensch legt seine Straßenkleidung ab, zieht Bettkleidung an und legt sich in ein Bett, obwohl er vielleicht genauso gut angezogen und aufbleiben könnte. Von diesem Moment an ist er äußerlich sichtbar „Patient" geworden (▶ Abb. 22.4).

Eine neue Rolle bringt neue Verhaltensweisen mit sich. Manchmal sind sie dem Patienten selbst unbekannt und beunruhigen ihn. Sie wirken aber auch auf die Angehörigen befremdlich: „So kennen wir ihn gar nicht!". Das Verhalten im Krankenhaus

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 22.4 In den ersten Tagen eines Krankenhausaufenthalts übernimmt die Kranke eine neue Rolle: Patientin. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

ist für den jeweiligen Menschen oft nicht typisch, es ist nicht sein normales Verhalten. Im Grunde genommen handelt es sich aber um normale Reaktionen in einer besonderen Situation.

Solche Patientenverhaltensweisen in Belastungssituationen sind z. B.:

- verleugnendes Verhalten,
- ichbezogenes Verhalten,
- regressives Verhalten,
- aggressives Verhalten,
- ängstliches Verhalten.

22.2.1 Verleugnendes Verhalten

B

Fallbeispiel

Verleugnendes Verhalten. Nach einem Herzinfarkt befindet sich Herr Kluge, leitender Manager eines großen Unternehmens, in der kardiologischen Abteilung eines Krankenhauses. Der behandelnde Arzt hat ihm Bettruhe verordnet. Wann immer Pflegende das Zimmer von Herrn Kluge betreten, treffen sie den Patienten entweder im Bett telefonierend an oder auf der Bettkante sitzend und an seinem Laptop arbeitend, das auf dem Tischchen eingerichtet ist. Das Bett ist meist von verschiedenen Stapeln Papier bedeckt. Versuche des Arztes, Herrn Kluge die Notwendigkeit einer Rehabilitation und der Veränderung seiner bisherigen Lebensführung nahe zu bringen, scheitern. Herr Kluge verleugnet die Ernsthaftigkeit und Schwere der Erkrankung; sie würde sein gesamtes Lebenskonzept in Frage stellen.

Wenn plötzlich eine Lebensbedrohung auftritt, reagieren Menschen oft zunächst mit Verleugnung der Wirklichkeit. Wenn sie ein Ereignis unverhofft, „wie aus heiterem Himmel" trifft, fehlt die Zeit der Ahnung und Vorbereitung, um die Wahrheit akzeptieren zu können. Das kann der Fall sein bei einer Querschnittslähmung nach einem Unfall, bei einer Krebsdiagnose nach einer Vorsorgeuntersuchung oder bei einer sehr raschen Krankenhausaufnahme. Manche Patienten verhalten sich in den ersten Tagen nicht der Situation angemessen: sie verharmlosen ernste Symptome, nehmen die Behandlung nicht ernst, gehen leichtfertig mit der Medikation um, sie glauben einfach nicht daran, dass sie selbst von einem Leid betroffen sind. Sie benötigen Zeit, bis sie sich der Situation stellen können.

► **Hilfestellung.** Wie geht man am besten mit Menschen in dieser Phase um, damit sie in der Bewältigung der Krankheit Unterstützung finden und ihr Gesundwerden nach Möglichkeit gefördert wird? Hilfe heißt hier:

- das Patientenverhalten nicht als Ungehorsam deuten, der korrigiert oder eventuell sogar sanktioniert werden muss,
- dem Patienten die Zeit verschaffen, die er braucht, um über die plötzliche Bedrohung nachzudenken und sie als Realität betrachten zu können,
- ihm einräumen, dass er nach und nach die Verleugnung – seine Schutzmaßnahme –, aufgeben kann, ohne dabei „sein Gesicht zu verlieren",
- dem Patienten den diagnostischen Befund und die therapeutischen Maßnahmen in kleinen Schritten und immer wieder erklären.

22.2.2 Ichbezogenes Verhalten

Jede bedrohliche Situation, auch Krankheit und Krankenhausaufenthalt, rückt die eigene Person in den Brennpunkt von Denken und Wahrnehmung. Bei vielen Patienten kreisen jetzt alle Gedanken um die eigene Person und besonders um die eigenen Körperfunktionen. Aufgrund seiner sorgfältigen Selbstbeobachtung kann der Kranke bis ins Detail von Appetit, Stuhlgang, Körpertemperatur, Anzahl der geschlafenen oder wach gelegenen Stunden berichten. Das Interesse für Ereignisse außerhalb des Krankenhauses ist stark eingeschränkt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Diese Patienten sind im wahren Sinne des Wortes „rücksichtslos“. Sie beanspruchen die Pflegefachkräfte ganz für sich und berücksichtigen nicht, dass sie es mit anderen, vielleicht schwerkranken Patienten teilen müssen. Sie wünschen, dass die Pflegenden auf ihre Egozentrik eingehen und sich ausschließlich auf ihre Person konzentrieren. Hält sich die ärztliche Visite länger am Bett des Mitpatienten im Zimmer auf, fühlt sich der Patient gekränkt und vernachlässigt. Viele Ereignisse aus seiner näheren Umgebung bringt er fälschlicherweise mit sich in Zusammenhang.

► **Hilfestellung.** Wie kann man Menschen mit diesem Verhalten im Krankenhausbetrieb gerecht werden, damit ihre Behandlung und der Genesungsprozess möglichst erfolgreich verlaufen? Hilfe heißt hier:

- das Verhalten des Patienten im Zusammenhang mit seiner Erkrankung sehen,
- ein Stück weit auf den Wunsch nach Beachtung und Zuwendung eingehen,
- ihm gegebenenfalls freundlich, aber konsequent Grenzen setzen.

22.2.3 Regressives Verhalten

Regressives Verhalten meint Verhaltensweisen, die dem Verhalten einer früheren Entwicklungsstufe entsprechen. Dazu gehören:

- Unselbstständigkeit,
- Verweigerung,
- Trotzverhalten.

Fallbeispiel

Regression. Frau Kleiner liegt mit einer Halbseitenlähmung nach einem Schlaganfall in der neurologischen Abteilung eines Krankenhauses. Sie ist 62 Jahre alt und hat, wie sie sagt, in ihrem Leben „alles alleine gemeistert“. Als die Pflegefachkraft Jutta morgens in Frau Kleiners Zimmer kommt, sieht sie, wie Frau Kleiner sich vergeblich bemüht, die kleinen Knöpfe ihrer Bluse zuzuknöpfen. Als Jutta ihre Hilfe anbietet, zieht Frau Kleiner sich wütend die Bluse aus und wirft sie auf den Boden. „Ich bleibe im Bett, außer meinem Nachthemd ziehe ich gar nichts mehr an!“ In den nächsten Tagen weigert sich Frau Kleiner aufzustehen. Auch selbst zu essen lehnt sie jetzt ab. Am Abend redet Pflegefachkraft Steffen ihr gut zu. Sie lässt sich schließlich bereitwillig mit dem Löffel etwas von der Suppe geben.

Regressives Verhalten ist im Falle eines Krankenhausaufenthaltes bis zu einem gewissen Grad eine normale und teilweise auch erwünschte Verhaltensweise. Für einen Schwerkranken ist es notwendig, Bettruhe einzuhalten und sich versorgen zu lassen.

Wenn regressives Verhalten das notwendige Maß überschreitet (z. B. wenn Menschen Hilfe in Anspruch nehmen, obwohl sie diese nicht benötigen) ist dies meist ein Versuch, um eine Art der Zuwendung zu erhalten. So lassen sich manche Patienten das Essen geben oder sich anziehen, obwohl sie dazu selbst in der Lage wären.

► **Hilfestellung.** Wie kann mit diesem Patientenverhalten angemessen umgegangen werden? Hilfe heißt hier:

- Jetzt sollte nicht mehr alles für den Patienten getan werden, sondern die helfenden Handlungen sind nur noch anzudeuten: Die Hausschuhe werden dem Kranken nicht angezogen, sondern so vor den Füßen zurechtgerückt, dass er selbst hineinschlüpfen muss. Anstatt den Kranken zu kämmen, wird ihm der Kamm in die Hand gegeben; anstatt ihm das Essen anzureichen, wird ihm der Löffel in die Hand gelegt und die Bewegung der Hand zum Mund nur angedeutet, sodass der Patient sie selbst zu Ende führt.
- Der Patient wird in die Handlungen „hineingelockt“. Die Pflegenden können so beobachten, wie weit die eigene helfende Aktivität zurückgenommen werden und die Regie über sein Handeln vom Patienten selbst wieder übernommen werden kann.
- Verbal und nonverbal wird der Patient unter Beachtung der notwendigen Vorsichtsmaßnahmen so weit wie möglich zum selbstständigen Handeln ermuntert.

22.2.4 Aggressives Verhalten

Je unbekannter die Situation ist, umso größer wird das Gefühl der Unsicherheit, denn auf gewohnte und vertraute Verhaltensweisen kann nun nicht zurückgegriffen werden. Der Patient muss erst lernen, welche Verhaltensweisen an diesem „unbekannten Ort“ zum Ziel führen, wie andere auf das eigene Verhalten reagieren. Bis er sich im Routinebetrieb eines Krankenhauses auskennt, bis er genau weiß, welche Krankheit vorliegt, wie eine bestimmte Untersuchung abläuft, erlebt er zahlreiche Situationen der Unsicherheit. Diese lösen, zusam-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

men mit Schmerzen, Angst und Enttäuschung bei manchen Patienten eine Art „Flucht nach vorne“, nämlich aggressives Verhalten aus.

Aggressivität kann auch eine Auflehnung gegen einen bevormundenden, autoritären Umgang sein. Wird mehr als nötig von Patienten regressives, passives Verhalten erwartet, kann es zu aggressiven Reaktionen, oft in Form von Schimpfen, Nörgeln oder Beschwerden kommen.

Wenn Pflegende zum ersten Mal aggressivem Patientenverhalten ausgesetzt sind, fühlen sich die meisten hilflos. Es verschlägt ihnen die Sprache. Manche versuchen noch, sich oder das Krankenhaus zu rechtfertigen. Sie fangen an zu argumentieren und bemerken, dass jedes ihrer guten und richtigen Argumente auf der Patientenseite ein neues, möglicherweise ebenso richtiges Gegenargument hervorruft. Schnell eskaliert die Situation zu einem Machtkampf. Nach einem solchen Streitgespräch ist gewöhnlich das Problem nicht gelöst, die Beziehung der beiden Gesprächspartner aber deutlich gestört.

► **Hilfestellung.** Wie können sich Pflegende situationsgerecht und dem Kranken wirklich helfend verhalten? Hilfe heißt hier:

- Es ist zunächst zu prüfen, ob es einen realen Grund für den Ärger eines Patienten gibt, der behoben werden kann. Eine sachliche Information oder das Eingestehen eines Fehlers ist dann das angemessene Verhalten.
- Darüber hinaus muss aggressives Verhalten nicht nur als inhaltliche Botschaft, sondern auch auf der Beziehungsebene verstanden werden. Dann hat sie möglicherweise die Bedeutung: „Ich wehre mich. Ich befinde mich in einer Lage, aus der ich ausbrechen muss, die ich nicht bewältigen kann.“ Mit aktivem Zuhören (S. 224) den Patienten hier „abholen“ ist eine geeignete Maßnahme.
- Aggressives Verhalten ist oft Ausdruck von fehlgeleiteten, nicht ausgesprochenen Wünschen (► Abb. 22.5). Hier ist es hilfreich, dem Patienten zu helfen, seine Wünsche zu formulieren und an die richtigen Adressaten zu richten.



Abb. 22.5 Steht hinter dem abwehrenden Verhalten hier der Wunsch, endlich einmal wieder frei zu sein und eigenständig zu entscheiden? *(Symbolbild)* (Foto: K. Oborny, Thieme)

22.2.5 Ängstliches Verhalten

Kaum ein Patient verlässt das Krankenhaus, ohne einmal die Erfahrung der Angst gemacht zu haben. Fast jeder kann einen Augenblick benennen, in dem alle anderen Möglichkeiten der Erlebnisverarbeitung ausgeschaltet waren und Angst den ganzen Menschen erfasst hat. In diesem Zustand sind Erleben und Erlebnisverarbeitung erheblich eingeengt. Das sonst funktionierende Problemlösungsverhalten steht nicht mehr zur Verfügung. Zeichen der Angst am Körper und im Verhalten eines Menschen sind z. B.:

- Tachykardie,
- Schwitzen,
- Blasswerden,
- unsteter, suchender Blick.
- Viele Fragen (Wird es wehtun? Wie lange dauert es? Was passiert danach?) oder Schweigen.
- Bitte um Zeitaufschub, z. B. bei einer Injektion („Einen Moment noch, bitte!“).

► **Hilfestellung.** Pflegende können und möchten den Kranken in der Angst beistehen. Hilfe heißt hier:

- Zeichen der Angst wahrnehmen,
- dem Patienten Schritt für Schritt sachliche Informationen geben, jedoch nur so viel, wie er erfassen und zulassen kann; dabei mit Rückfragen absichern, was er verstanden hat,
- beachten, dass ein Mensch in großer Angst für vernünftiges und logisches Argumentieren meist nicht zugänglich ist; hier können kleine Gesten des Verstehens oder nichtverbale Handlungen, z. B. bestimmte Berührungen hilfreich sein,
- wenn dem Patienten die Angst nicht genommen werden kann, ihn in seiner Angst nicht alleine lassen, sondern ihm Begleitung anbieten oder organisieren; in Augenblicken der Angst, wenn Worte nicht helfen können, drücken das wohl

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

am besten die sich suchenden und haltenden Hände aus.

Aufgabe

4 Überlegen Sie sich Situationen, in denen Ihnen Patienten/Bewohner mit den beschriebenen Verhaltensweisen begegnet sind. Tauschen Sie sich in der Kleingruppe über Ihre Erfahrungen aus und entwickeln Sie geeignete Strategien für den Umgang mit diesen Patienten.

22.3 Salutogenese

Fallbeispiel

Salutogenese. Peter ist Gesundheits- und Krankenpfleger. Bei seiner ersten Stelle nach dem Examen hat er schon eine Menge Fehlzeiten aufzuweisen. Ständig bekommt er einen Infekt, es passieren ihm immer wieder kleinere Unfälle, sodass er sich selbst schon für einen „Pechvogel" hält. Sein Kollege Rainer, der ebenfalls nach dem Examen seine erste Stelle im gleichen Krankenhaus hat, leidet ab und zu unter Kopfschmerzen, fehlt aber deswegen nicht bei der Arbeit. Nach 1 oder 2 Tagen sind die Kopfschmerzen wieder vorbei. Auf der Intensivstation arbeitet er viel mehr als Peter, denn dort sind sie schon wochenlang unterbesetzt. Wenn er nach Hause geht, erwartet ihn dort eine Menge Arbeit im Haushalt und bei der Versorgung der 2 kleinen Kinder. Spricht man ihn darauf an, lacht er und sagt: „Ich habe während meiner Ausbildung und jetzt bei der Arbeit noch keinen Tag gefehlt!"

Der Problematik von Krankheit und Gesundheit kann man sich mit verschiedenen Fragestellungen nähern. „Warum wird ein Mensch krank?", fragt nach der Krankheitsentstehung. Dieses immer noch übliche pathogenetische Modell erforscht Ursachen von Krankheit und Bedingungen für die Entstehung von Krankheiten.

„Warum bleibt oder wird ein Mensch gesund?" ist die Frage eines neueren Modells in Pflege und Medizin. Dieses salutogenetische Modell fragt nach den Faktoren, die Gesundheit bewirken und unterstützen. Die salutogenetische Sichtweise wurde von Aaron Antonovsky (1923–1994) in die Medizin eingeführt. Er war amerikanischer Medizinsoziologe, der 1960 nach Israel auswanderte. Während seiner Forschungsarbeit begegnete er Frauen, die in den nationalsozialistischen Konzentrationslagern überlebt hatten. Dass sie dabei psychisch gesund blieben und in der Lage waren, sich ein neues Leben aufzubauen, empfand er als Wunder. Er fing an, das Wunder des Gesundbleibens zu erforschen.

Das salutogenetische Modell findet heute in vielen Bereichen der Pflege und in der Gesundheitspolitik Beachtung. Es geht davon aus, dass ein Mensch nie vollständig gesund oder vollständig krank ist, sondern auch der Schwerkranke gesunde Anteile hat (er kann vielleicht sehen, hören, schlucken, Fragen stellen, er kann Pläne machen) und der Gesunde kranke Anteile hat (Zahnkaries, Fußpilz, Kopfschmerzen oder Blutdruckschwankungen). Gesundheit und Krankheit werden als Endpunkte einer Skala verstanden, auf der es fließende Übergänge gibt (▶ Abb. 22.6).

Antonovsky ist den Fragen nachgegangen:

- Welche Faktoren entscheiden darüber, ob sich bei gleichen Bedingungen (z. B. Ansteckungsmöglichkeiten) der Prozess Richtung Krankheit oder Gesundheit entwickelt?
- Weshalb bleiben oder werden einige Menschen trotz ungünstiger Umstände gesund, während andere bei weniger ungünstigen Umständen krank werden?

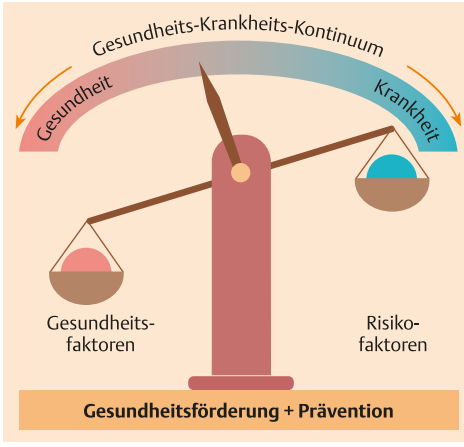


Abb. 22.6 Zwischen Gesundsein und Kranksein sind die Übergänge fließend.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.


a


b

Abb. 22.7 Das salutogenetische Modell ist an den Gesundheit erhaltenden Einflüssen interessiert *(Symbolbild)*. (a: Foto: airborne77, Fotolia.com; b: Foto: iStockphoto)

► **Gesund erhaltende Faktoren.** Im pathogenetischen Modell interessieren Risikofaktoren, Stressoren und Krankheitserreger, im salutogenetischen Modell gilt die Aufmerksamkeit den Gesundheit erhaltenden und fördernden Einflussgrößen. Sie sind in verschiedenen Bereichen zu finden:

- somatischer Bereich: z. B. intaktes Immunsystem,
- emotionaler Bereich: z. B. stabiles Selbstwertgefühl,
- kognitiver Bereich: z. B. vernünftiges Denken,
- sozialer Bereich: z. B. gute/stabile zwischenmenschliche Beziehungen,
- materieller Bereich: z. B. finanzielle Möglichkeiten,
- Bereich von Motivation und Einstellungen: z. B. positive Lebenseinstellungen, Optimismus und Flexibilität,
- im Handeln: z. B. Gesundheit fördernde Lebensgewohnheiten (► Abb. 22.7).

22.3.1 Gefühl für Zusammenhang (Kohärenzsinn)

Eine wichtige Einflussgröße für Gesundheit ist das von Antonovsky beschriebene „Gefühl für Zusammenhang“ (Sense of Coherence; Kohärenzsinn; Kohärenz = Zusammenhang).

Definition

Unter **Kohärenzgefühl** versteht man die generelle Einstellung zum Leben als einem verständlichen, bedeutungsvollen und beeinflussbaren Geschehen. Es ist weitgehend durchschaubar, verstehbar, oft vorhersehbar und beherrschbar.

Menschen mit geringem Kohärenzgefühl erleben sich und ihr Leben häufig als Spielball chaotischer, zufälliger, nicht verständlicher Einflüsse, sie fühlen sich den Geschehnissen ausgeliefert. Im Einzelnen zeichnet sich Kohärenzgefühl durch 3 Dimensionen aus:

1. Verstehbarkeit,
2. Handhabbarkeit,
3. Bedeutsamkeit.

► **Verstehbarkeit.** Anforderungen des Lebens können verstanden, interpretiert und eingeordnet werden. Sie sind für den Betroffenen nachvollziehbar: z. B. „Ich verstehe dieses Ereignis als Folge von Überarbeitung.“

► **Handhabbarkeit.** Es besteht die Überzeugung, über gute Ressourcen zu verfügen, mit deren Hilfe man Probleme lösen kann. In Lebensereignisse kann man aktiv eingreifen, z. B. durch eigene Entscheidungen. Die Anforderungen des Lebens sind kontrollierbar und handhabbar. Man fühlt sich nicht als Opfer, sondern in der Lage, schwierige Situationen aktiv zu verändern. Ein gutes Selbstwertgefühl geht mit der Überzeugung einher: „Ich kann etwas bewirken.“

► **Bedeutsamkeit.** Es besteht eine positive und optimistische Einstellung, dass das Leben mit seinen Aufgaben und Problemen sinnvoll ist, und dass es sich lohnt, Schwierigkeiten anzugehen. Es wird als Herausforderung und nicht als Last erlebt. Lebensfreude überwiegt. Mit belastenden Situationen wird konstruktiv umgegangen: „Ich mache das Beste daraus.“

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Bedeutung für die Pflege

Nach dem Salutogenese-Modell trägt ein starkes Kohärenzgefühl zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit bei. Für die Pflege bedeutet das: Pflegende sollen (entsprechend der aktuellen Berufsbezeichnung) nicht nur Krankenpflege, sondern auch Gesundheitspflege ausüben. Wann immer möglich, können sie im Gespräch Patienten in ihrem Kohärenzgefühl stärken. Aspekte der Verstehbarkeit, Beeinflussbarkeit und Bedeutsamkeit von Lebensbereichen, die ein Patient einbringt, beachten und ihn dabei unterstützen. Eine Pflegefachkraft kann dem Patienten dabei helfen:

- seine Möglichkeiten zu nutzen, eigene Entscheidungen zu treffen,
- seine Ressourcen zu erkennen und einzusetzen um die Situation zu verändern und aktiv an seiner Gesundung mitzuwirken,
- seine Situation zu verstehen, dass sie für ihn nachvollziehbar wird und er sie in sein Lebenskonzept einordnen kann,
- seine Situation möglicherweise als sinnvoll, als Herausforderung oder Chance zu erleben.

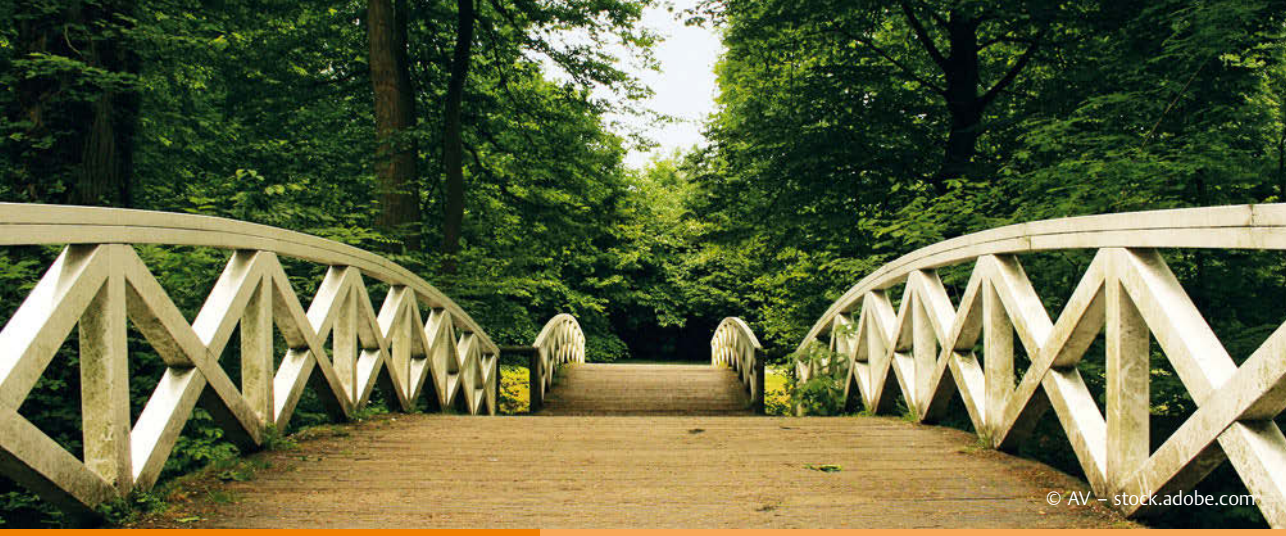
Aufgabe

5 Wie erklärt das salutogenetische Modell die Tatsache, dass Menschen auf gleiche Stressoren unterschiedlich reagieren: Manche werden krank, andere bleiben gesund?
6 Frau Kieler ist 32 Jahre alt. Sie liegt mit einem Knöchelbruch auf der chirurgischen Station. Führen Sie im Rollenspiel ein salutogenetisch orientiertes Gespräch mit der Patientin. Bereiten Sie das Gespräch vor, indem Sie sich vergegenwärtigen, worauf Sie im Einzelnen achten wollen.

Hinweis: Auf gesundheitserhaltende Verhaltensweisen in existenziell bedrohlichen Ausnahmesituationen wird in Kap. 34 vertiefend eingegangen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Kapitel 23

Der Einzug in ein Pflegeheim

23.1 Zahlen und Fakten *328*

23.2 Gründe für den Einzug in ein Pflegeheim *330*

23.3 Die ersten Wochen und Monate im Pflegeheim *330*

23.4 Bewohner – eine neue Rolle *331*

23.5 Das Heim als neues Zuhause *331*

23.6 Krisenbewältigung *332*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

23 Der Einzug in ein Pflegeheim

Examensschwerpunkte

Gründe für den Einzug (S. 330), Die ersten Wochen und Monate im Pflegeheim (S. 330), Das Heim als neues Zuhause (S. 331), Krisenbewältigung (S. 332)

23.1 Zahlen und Fakten

In Deutschland gab es im Jahr 2015 etwa 13 600 Pflegeheime, darunter boten 11200 vollstätionäre Dauerpflege an. Von den 2,9 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland wurden 2015 etwa 783 000 Menschen (27 %) vollstationär versorgt (▸ Abb. 23.1). Weitere 74 000 Menschen wurden teilstätionär in Pflegeheimen betreut.

Die in Pflegeheimen betreuten Menschen sind älter als die zu Hause gepflegten. Etwa die Hälfte der vollstationär betreuten Heimbewohner sind 85 Jahre und älter, bei den zu Hause gepflegten liegt ihr Anteil bei etwa einem Drittel. Etwa 72 % der Heimbewohner sind weiblich.

Laut Versorgungsreport 2012 versterben

- 25 % aller Bewohner und Bewohnerinnen in den ersten 2 Monaten nach dem Heimeintritt,
- 50 % innerhalb der ersten 15 Monate,
- von den männlichen Bewohnern ca. 50 % in den ersten 5 Monaten.

Diese Zahlen sowie die Angaben zur durchschnittlichen Verweildauer in ▸ Tab. 23.1 weisen bereits darauf hin, dass der Wechsel von der häuslichen Umgebung in ein Pflegeheim in den meisten Fällen ein gravierender und belastender Lebenseinschnitt ist, fast immer begleitet von Trauer und Angst. Ganz besonders beklagen ältere kranke Menschen, die unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt in ein Heim übersiedeln (müssen) ihre schwierige Situation. Die eher wenigen Fälle frühzeitiger, freiwilliger Entscheidung, in ein attraktives Haus für ältere Menschen einzuziehen, sind momentan die Ausnahme.

Tab. 23.1 Durchschnittliche Verweildauer in vollstationären Pflegeeinrichtungen (%).

Verweildauer	Insgesamt	Männer	Frauen
Unter 3 Monate	19	21	18
3 bis unter 6 Monate	11	12	10
6 bis unter 12 Monate	13	16	12
12 bis unter 24 Monate	14	14	15
24 bis unter 36 Monate	12	10	12
36 bis unter 48 Monate	9	9	9
48 bis unter 60 Monate	6	6	6
60 Monate bis unter 120 Monate	12	8	13
120 Monate und mehr	4	3	4
Durchschnitt in Monaten	**31**	**26**	**33**
Gründe für den Wechsel:			
Verstorben	81	81	81
Umzug in ein anderes Heim	6	8	6
Umzug in Privathaushalte	10	9	10
Fehlend zu 100 = keine Angabe			
Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung 2010			

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Abb. 23.1 Pflegebedürftige nach Alter und Pflegequote zum Jahresende 2015 (nach Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2015).

Alter von . . . bis unter . . . Jahren	Pflegebedürftige						Pflegequote[1]			Bevölkerung[2]		
	insgesamt	Veränderungen zu 2013	darunter mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	davon zu Hause versorgt	davon vollstationär in Heimen	darunter weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl			%			Anzahl		
unter 15	80 539	*9,1*	55 104	80 338	201	30 803	*0,7*	*0,9*	*0,6*	10 881 126	5 594 051	5 287 075
15 – 60	305 349	*7,6*	127 239	270 266	35 083	144 108	*0,6*	*0,6*	*0,6*	48 792 324	24 885 773	23 906 551
60 – 65	102 565	*7,7*	32 309	81 413	21 152	50 060	*2,0*	*2,1*	*1,9*	5 202 056	2 529 258	2 672 798
65 – 70	136 976	*16,4*	43 228	108 281	28 695	67 970	*3,2*	*3,3*	*3,0*	4 331 884	2 080 322	2 251 562
70 – 75	214 427	*– 8,1*	74 743	165 612	48 815	114 678	*5,4*	*5,4*	*5,4*	3 969 193	1 847 371	2 121 822
75 – 80	422 093	*10,8*	161 092	318 259	103 834	249 939	*9,9*	*9,1*	*10,5*	4 269 898	1 889 669	2 380 229
80 – 85	533 737	*10,5*	216 952	387 938	145 799	355 063	*21,1*	*17,5*	*23,6*	2 524 412	1 019 477	1 504 935
85 – 90	589 665	*9,4*	259 426	395 202	194 463	431 799	*39,7*	*31,3*	*44,0*	1 486 700	504 530	982 170
90 und mehr	474 942	*13,1*	232 296	269 568	205 374	387 439	*66,1*	*53,5*	*69,9*	718 091	163 672	554 419
Insgesamt	**2 860 293**	***8,9***	**1 202 389**	**2 076 877**	**783 416**	**1 831 859**	***3,5***	***2,5***	***4,4***	**82 175 684**	**40 514 123**	**41 661 561**

1 Die Pflegequote beschreibt den Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. So wird die Pflegequote für die Frauen im Alter von 70 bis unter 75 Jahren wie folgt ermittelt: 114 678/2 121 822 = 5,4 %.

2 Ergebnisse zum 31.12.2015 auf Grundlage des Zensus 2011.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

23.2 Gründe für den Einzug in ein Pflegeheim

Für die Entscheidung, in ein Pflegeheim einzuziehen, liegen immer gravierende Gründe vor:
- körperliche Krankheit, z. T. verbunden mit dafür ungeeigneten räumlichen Gegebenheiten,
- fehlende Sicherheit in der häuslichen Umgebung,
- Selbstversorgungsdefizite,
- keine ausreichende Unterstützung durch Angehörige,
- Wunsch, Angehörige zu entlasten,
- Druck von Angehörigen,
- Einsamkeit, z. B. nach Tod des Partners.

► **Verluste beim Heimeintritt .** Der Heimeintritt wird vor allem deshalb als belastend erlebt, weil er mit vielen Verlusten einhergeht:
- Das eigene Zuhause muss aufgegeben werden.
- Möbel und Eigentum müssen zurückgelassen werden und damit verbunden zunächst auch das Gefühl von Heimat, Sicherheit und Wohlbefinden.
- Soziale Kontakte verändern sich: Die Entfernung zu Nachbarn, Freunden, Bekannten wächst, auch kurze Alltagsgespräche mit dem Lebensmittelhändler, dem Postboten, der Frisörin entfallen.
- Lebensgewohnheiten müssen aufgegeben werden: Eine Anpassung an vorgegebene Tagesstrukturen wird erwartet oder verlangt. Es kann nicht mehr frei gewählt werden, was und wann man essen will. Besuchszeiten sollen eingehalten werden, ebenso Schlafenszeiten. Hobbys und gewohnte Möglichkeiten der Tagesgestaltung sind oft nicht mehr möglich.
- Aufgaben und Funktionen entfallen.
- Es finden erhebliche Eingriffe in die gewohnte Privatsphäre eines Menschen statt.
- Finanzielle Verluste müssen hingenommen werden, durch die anfallenden Heimkosten sinken die finanziellen Möglichkeiten.

23.3 Die ersten Wochen und Monate im Pflegeheim

Meistens in sehr hohem Alter und bei schwindenden Kräften erfordert der oft plötzliche und wenig vorbereitete Übergang ins Pflegeheim alle verfügbaren Ressourcen. Dies führt nicht selten zu einem z. T. vorübergehenden Zusammenbruch der Kräfte des Bewohners.

23.3.1 Krisenmerkmale

Wird der Heimeinzug als Krise erlebt, lassen sich häufig folgende Krisenmerkmale beobachten:
- Das Denken ist negativ, eingeengt, die Problemlösungsfähigkeiten sind blockiert. Oft drehen sich alle Gedanken um die entstandenen Verluste und um den ungeliebten neuen Lebensort.
- Die Wahrnehmung ist fokussiert und oft negativ verzerrt. Der neu eingezogene Bewohner sieht in seinem Krisenerleben oft überwiegend die negativen Seiten des Pflegeheimes (z. B. nimmt er traurige, verwirrte und rufende Mitbewohner wahr), übersieht dabei aber, dass es auch zufriedene Mitbewohner, freundliche Pflegefachkräfte und schöne Beschäftigungsangebote gibt.
- Heftige und negative Gefühle: Angst, Verzweiflung, Wut, aber auch das Gefühl der Leere bis hin zu dem Gefühl lebens-müde zu sein.
- Gehemmte oder gesteigerte Psychomotorik: Manche Bewohner sind in den ersten Tagen wie versteinert, bleiben im Bett oder sitzen regungslos in einem Sessel. Andere sind unruhig, laufen viel über die Flure des Hauses, betätigen sich immer wieder mit Aus- und Einpacken.
- Infektanfälligkeit, vermehrte Schmerzempfindung, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen treten auf.

Bedingt durch die Verlusterfahrungen und das Krisenerleben, werden in den ersten Wochen oder Monaten nach dem Heimeinzug immer wieder verschiedene Verhaltensweisen und Reaktionen beobachtet.

23.3.2 Verhaltensweisen und Reaktionen

Auf den meist überraschenden Eintritt in ein Pflegeheim reagieren Bewohner auf unterschiedliche Weise:
- Bei fast einem Drittel der neuen Bewohner treten verstärkt Verwirrtheitszustände auf.
- Etwa ein Viertel reagiert mit schweren depressiven Verstimmungen.
- Manche Bewohner weigern sich, sich einzuleben, reagieren aggressiv, laufen weg oder reagieren mit psychosomatischen Beschwerden.
- Andere freuen sich über die Erleichterungen, die ein Leben im Pflegeheim ihnen bringt und leben sich sehr schnell ein.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Hier wird deutlich, wie wichtig die Gestaltung des Heimeinzugs und die Begleitung des Bewohners in den ersten Tagen und Wochen ist.

Bereits die Zeit, in der ein älterer Mensch auf der Warteliste für einen Pflegeheimplatz steht, ist eine extrem belastende Situation. Der Endgültigkeitscharakter („letzter Umzug im Leben“) macht Angst. Dazu kommen Ängste vor dem Verlust der Selbstständigkeit, der Familienbindung, der vertrauten Umgebung und der sozialen Kontakte und vor der Ungewissheit der neuen Lebenssituation. In dieser Zeit besteht für manchen Betroffenen eine erhöhte Suizidgefahr.

Aufgabe

1 Tauschen Sie sich in Kleingruppen über Ihre Erfahrungen mit neu eingezogenen Bewohnern aus. Wie lange dauerte die Eingewöhnungszeit? Welche Gründe wurden für den Heimeintritt angegeben? Wie verhielten sich die Bewohner in der Eingewöhnungszeit? Was war für die neuen Bewohner hilfreich?
2 Entwerfen Sie ein Konzept, das beschreibt, wie Sie einen optimalen Heimeinzug gestalten würden. Denken Sie dabei an die Möglichkeit von Vorgesprächen, Kurzzeitpflege/Probewohnen und an die Chancen, den Bewohner an Entscheidungen zu beteiligen.

Merke

Zur Reduzierung der beim Heimeintritt auftretenden Schwierigkeiten können prophylaktische Maßnahmen eingesetzt werden: So zeigt sich, dass eine langfristige Vorbereitung, gute Information, Probewohnen und Möglichkeiten, Vieles mitzugestalten, dem älteren Menschen den Heimeinzug erleichtern.

23.4 Bewohner – eine neue Rolle

Mit dem Einzug in ein Pflegeheim bekommt der ältere Mensch eine neue Rolle: die des Bewohners. Die Übernahme dieser neuen Rolle führt oft zunächst zu einer Rollenunsicherheit; s. Kapitel Grundlagen der Sozialpsychologie (S. 203). Es stellt sich die Frage, wie man sich als Bewohner verhalten soll bzw. will:

Wie soll man sich verhalten? Was ist unerwünscht? Wann muss man fragen? Wie sind die Regeln des Hauses und was unterscheidet das Leben im Pflegeheim von dem Leben in einer anderen (gemieteten) Wohnung?

Aus den an den Bewohner gestellten Erwartungen und seinem eigenen Rollenverständnis ergeben sich nicht selten Rollenkonflikte.

Fallbeispiel

Rollenkonflikte. Frau Breuer lebt seit wenigen Tagen in einem Pflegeheim. Sie war es bisher gewöhnt, morgens erst um 9 Uhr aufzustehen, dann zu frühstücken und anschließend zu duschen. Pflegefachkraft Karin erklärt ihr, dass dies so nicht möglich sei. Frau Breuer: „Ich zahle hier viel Geld, da möchte ich doch bitte so leben, wie ich es gewohnt bin.“

Aufgabe

3

a) Welche Rollenerwartungen treffen im obigen Fallbeispiel aufeinander?
b) Handelt es sich um einen Intrarollenkonflikt oder um einen Interrollenkonflikt? Wiederholen Sie diese Begriffe ggf. anhand von Kapitel Grundlagen der Sozialpsychologie (S. 203).
c) Wie würden Sie den Rollenkonflikt lösen? Tauschen Sie sich in der Gruppe aus.
d) Zeigen Sie, wie Bewohner lernen können mit der neuen Rolle umzugehen. Gehen Sie dabei auf die verschiedenen Lernarten (S. 56) ein.

23.5 Das Heim als neues Zuhause

So negativ der Heimeintritt oft erlebt wird, er kann auch eine Verbesserung der Lebenssituation des alten Menschen darstellen. Die persönliche Sicherheit wird erhöht, das Gefühl, Hilfe in der Nähe zu haben, kann manche Angst reduzieren. Eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung kann gewährleistet werden. Eine Entlastung von alltäglichen Verpflichtungen wird oft positiv erlebt. Auch die Chance, Kontakte zu anderen aufzunehmen, kann hilfreich sein, vor allem, wenn Menschen sich einsam fühlen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 23.2 Viele Menschen fühlen sich auch im Pflegeheim nützlich, wenn sie Aufgaben übernehmen. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Einige Heimbewohner können sich gebraucht und nützlich fühlen, wenn sie Aufgaben übernehmen können (▶ Abb. 23.2). Dies kann eine Tätigkeit im Heimbeirat sein, aber auch die Unterstützung anderer hilfebedürftiger Mitbewohner bei alltäglichen Verrichtungen. Die verschiedenen im Pflegeheim angebotenen Aktivitäten werden von vielen Bewohnern als Bereicherung erlebt. Durch den Einzug in ein Pflegeheim ist auch eine Entspannung der familiären Situation möglich, werden doch Angehörige entlastet, und der Bewohner erlebt sich selbst nicht mehr so sehr als Belastung.

So passt sich ein Teil der neu ankommenden Bewohner ohne allzu große Schwierigkeiten an den Heimalltag an. Eine günstige Anpassung an die Heimsituation ist bei sorgfältiger Vorbereitung mit großer Wahrscheinlichkeit gegeben, wenn der Bewohner selbst in das Heim möchte, das Haus und vielleicht einige Bewohner dort bereits kennt und über gute soziale und kommunikative Fähigkeiten verfügt.

23.6 Krisenbewältigung

Vielen Bewohnern gelingt es – oft mit Hilfe von gut ausgebildeten, einfühlsamen Pflegefachkräften – die Krise des Heimeinzugs zu bewältigen. Dabei werden verschiedene Krisenbewältigungsstrategien eingesetzt. Näheres hierzu ist im Kapitel Krisen und Krisenbewältigung (S. 297) nachzulesen.

23.6.1 Alltägliche Strategien der Krisenbewältigung

Oft ist es hilfreich, dem neu einziehenden Bewohner

- Zeit zum Ausruhen zu geben,
- ihn seine Bedenken und Sorgen aussprechen zu lassen und ihm dabei zuzuhören,
- die Umgebung zu zeigen.
- Mitbewohner und zuständige Pflegefachkräfte vorzustellen,
- Ablenkung zu verschaffen,
- zu sagen, dass er die Möglichkeit hat, wieder auszuziehen bzw. das Pflegeheim zu wechseln, wenn er sich auch nach einiger Zeit hier nicht wohlfühlt. Dies kann Ängste reduzieren, und wirkt Gefühlen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins entgegen.

23.6.2 Abwehrmechanismen

Setzt der neu eingezogene Bewohner Abwehrmechanismen, wie Verdrängung oder Sublimierung ein, kann es sinnvoll sein, ihm diese Selbstschutzmechanismen zunächst zu lassen. So kann er Zeit gewinnen, um mit der neuen Situation besser zurechtzukommen.

23.6.3 SOK-Modell

Vielen Bewohnern gelingt es, sich in einem Pflegeheim einzuleben, indem sie die Strategien des SOK-Modells einsetzen. Dabei können Pflegende ihn unterstützen.

▶ **Selektion.** Wenn es dem Bewohner gelingt, aus der Fülle der ihm im Pflegeheim verbleibenden Möglichkeiten solche auszuwählen, die ihn interessieren und die für ihn geeignet sind, ist ein erster Schritt getan. Pflegende können zeigen, welche Angebote und Möglichkeiten es im Pflegeheim für ihn gibt.

▶ **Optimierung.** Der Bewohner kann nun die ausgewählten Bereiche vertiefen, sich intensiv damit beschäftigen und sich darin verbessern. So kann seine Zufriedenheit erhöht werden. Insbesondere wenn andere Personen diese erlangten Fähigkeiten wertschätzen und er sie möglicherweise sogar in das Leben im Pflegeheim einbringen kann, steigt das Wohlbefinden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

► **Kompensation.** Nimmt der Bewohner Unterstützung durch andere Personen oder Hilfsmittel in Anspruch, wenn er sonst nicht weiterkommt, hat er neue Möglichkeiten, seinen Interessen und Bedürfnissen nachzugehen.

23.6.4 Assimilation und Akkommodation

► **Assimilation.** Indem sich der Bewohner sein Zimmer einrichtet und so eine wohnliche Atmosphäre schafft, kann er durch Veränderung der Umwelt zu seinem eigenen Wohlbefinden beitragen.

► **Akkommodation.** Wenn der Bewohner bereit ist, sich in bestimmten Bereichen anzupassen, sich neue Interessen zu suchen oder seine Interessen zu verändern, wenn er es schließlich schafft, seine Einstellung zu einem Leben im Pflegeheim zu ändern und es als Unterstützung und Erleichterung seines Alltags wahrzunehmen, kann das Leben im Pflegeheim positiv erlebt werden.

Aufgabe

4 Herr Lehmann ist vor einer Woche in das Pflegeheim Abendrot eingezogen. Nachdem er 2-mal gestürzt war und mehrere Stunden hilflos am Boden lag, hatte sein Sohn auf einen Umzug in das Pflegeheim gedrängt. Herr Lehmann benötigt einen Rollstuhl, um sich fortzubewegen.

Er fühlt sich nicht wohl und vermisst seinen Garten, die politischen Diskussionen mit seinem Nachbarn, und vor allem die Freiheit, seinen Tag so zu gestalten, wie er will. Er verbringt den Tag weitgehend im Bett, lehnt den Kontakt zu Mitbewohnern mit den Worten ab: „Was soll ich mit denen reden, die meisten verstehen mich nicht mehr und die anderen reden nur über ihre Krankheiten. Da bleibe ich lieber in meinem Zimmer."

a) Welche Krisenmerkmale liegen bei Herrn Lehmann (vermutlich) vor?
b) Welche Abwehrmechanismen setzt Herr Lehmann ein?
c) Überlegen Sie, wie Sie Herrn Lehmann bei der Krisenbewältigung unterstützen können. Gehen Sie dabei ein auf:
   - alltägliche Strategien,
   - die Strategien des SOK-Modells,
   - Assimilation und Akkommodation.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



© eAlisa, Fotolia.com

Kapitel 24

Sterbebegleitung, Trauer und palliative Pflege

24.1 Auf dem Weg zum Thema *336*

24.2 Prozess des Sterbens *336*

24.3 Grundbedürfnisse des sterbenden Menschen *338*

24.4 Gespräche mit Sterbenden *340*

24.5 Trauer *341*

24.6 Trösten *345*

24.7 Hospiz *347*

24.8 Palliativpflege und Palliativstation *350*

24.9 Pflegeschwerpunkt Kind und Tod *353*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

24 Sterbebegleitung, Trauer und palliative Pflege

„Er hatte Schmerzen, er war blind, er konnte nicht gehen, er wusste, dass er sterben musste, aber er klagte nie; wenn er weinte, dann nicht über sich; nun, da er näherkam, der Tod, erzählte er uns von seiner Neugier; das wollte er denn auch noch sehen, wie das Licht oder das ganz andere sich ausnehme, verliebt ins Neue, wie er nun einmal sei; er sprach ruhig, eher heiter als besorgt.“ (Walter Jens zum Tod des Philosophen Ernst Bloch)

Examensschwerpunkte

Prozess des Sterbens (S. 336), Grundbedürfnisse des sterbenden Menschen (S. 338), Gespräche mit Sterbenden (S. 340), Trauer (S. 341), Trösten (S. 345), Hospiz (S. 347), Palliativpflege und Palliativstation (S. 350), Pflegeschwerpunkt Kind und Tod (S. 353)

24.1 Auf dem Weg zum Thema

Sterbebegleitung ist eine Sache von Herz und Verstand. Einiges ist erlernbar, das Meiste bringt die Erfahrung. Voraussetzung für die Begleitung Sterbender ist ein bestimmtes Grundwissen und die Bereitschaft, sich mit dem Thema Tod und Sterben auseinander zu setzen. Zu diesem Grundwissen gehört die Kenntnis der

- Sterbephasen,
- Grundbedürfnisse Sterbender,
- Kommunikationsregeln,
- notwendigen Psychohygiene.

► **Rollenverschiebung.** Pflegende sind i. d. R. im medizinischen und pflegerischen Wissen den Patienten voraus, im Falle einer Sterbebegleitung ändert sich diese Beziehung grundlegend. Der Kranke ist im Sterbeprozess weiter als der Gesunde, kann ihm von seinen Erfahrungen mitteilen, während der Pflegende in der Begleitung – wie in der Musik die zweite, eben begleitende Stimme – mitgeht. Die Sterbenden werden zu Lehrmeistern. Es ist wichtig, sich diese Rollenverschiebung klar zu machen und sie in täglicher Praxis einzuüben.



Abb. 24.1 Sterbebegleitung ist Lebenshilfe. (Foto: openlens, Fotolia.com)

Merke

Sterbebegleitung ist Lebenshilfe, intensive Lebenshilfe in der letzten Lebenszeit. Eine gute Sterbebegleitung macht die Frage nach aktiver Sterbehilfe überflüssig (► Abb. 24.1).

Aufgabe

1 Wie wurde bei Ihnen, als Sie Kind waren, über Tod und Sterben gesprochen? Tauschen Sie sich in der kleinen Gruppe darüber aus, was Sie gesehen, gehört, erlebt haben.

24.2 Prozess des Sterbens

1969 erschien in Deutschland das Buch „Interviews mit Sterbenden“ von Dr. Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004). Bemerkenswert war zu der Zeit, dass sich eine Ärztin mit dem Thema Tod und Sterben in einer Veröffentlichung zu Wort meldete. Aufsehen erregend und gänzlich neu war ihre Arbeit, die sich nicht auf Überlegungen *über* das Sterben und Reden *über* die Sterbenden stützte, sondern auf das Reden *mit* den Sterbenden. Sie holte sie in den Hörsaal und führte vor den Studenten Gespräche. Sie arbeitete mit den Methoden der Beobachtung und der Interviews, die sie zu ihren neuen Erkenntnissen führten: Sterbende durchlaufen einen Prozess. Die einzelnen Phasen gibt ► Tab. 24.1 wieder.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. 24.1 Sterbephasen (nach E. Kübler-Ross).

Phase	Erscheinungsbild: Wie sieht das aus?	Hilfe: Was tut gut?
Ungewissheit	der Kranke ahnt Vieles, weiß nichts Genaues	Gesprächsbereit sein bei der Beschaffung von Informationen helfen, ggf. zum Arztbesuch raten
Verneinung/ Verleugnung	„Ich doch nicht!“ „Das kann nicht sein!“ „Es muss ein Irrtum sein.“	Informationen wiederholen Verleugnung akzeptieren, aber nicht teilen
Zorn	„Warum ich?“ „Ich werde noch gebraucht!“ Wut gegen Ärzte, gegen Gott Weinen, Schreien	ohne Urteil sein den Zorn nicht unterdrücken, nicht persönlich nehmen, sondern aussprechen lassen, dabei ausharren „Ich verstehe, dass Sie so fühlen, ich an Ihrer Stelle wäre auch zornig.“
Verhandlung	„Noch etwas mehr Zeit, bitte!“ Versprechungen (ein guter Mensch zu werden, immer in die Kirche zu gehen, usw.) Ärzten wird Geld für Heilung angeboten	hören, Interesse zeigen helfen, unerledigte Dinge zu tun versichern: „Wir tun alles, was möglich ist.“
Depression	„Lasst mich allein, in Ruhe!“ Rückzug, Apathie, oft ohne Tränen	Dasein, in die Arme nehmen Depression zulassen „Ich wäre auch traurig.“
Annahme	Einverständnis Abschied nehmen	für Ruhe sorgen Abschiede ermöglichen

Diese Phasen durchläuft der Mensch im Sterben nicht in geradliniger Regelmäßigkeit, es folgt nicht eine Phase nach der anderen, sondern es gibt Rückschritte und Fortschritte, Überschneidungen und Wiederholungen, manche dauern Tage, andere Wochen und Monate. Es kommt auch vor, dass einzelne Phasen übersprungen werden oder dass jemand in der Phase der Verleugnung bleibt und stirbt. Auf Zeichen der Annahme des Sterbens können wieder Zustände von Depression oder der Wunsch nach Verhandlung folgen. Deshalb spricht man heute eher von den Zuständen im Sterbeprozess.

Es ist Sache des Begleiters, aufmerksam und sensibel wahrzunehmen, wo sich der Patient gerade befindet. An dieser Stelle kann er ihn „abholen“ und den weiteren Weg mit all seinen Umwegen, Schleifen, seinem Rückwärts und Vorwärts mit ihm gehen (▶ Abb. 24.2).

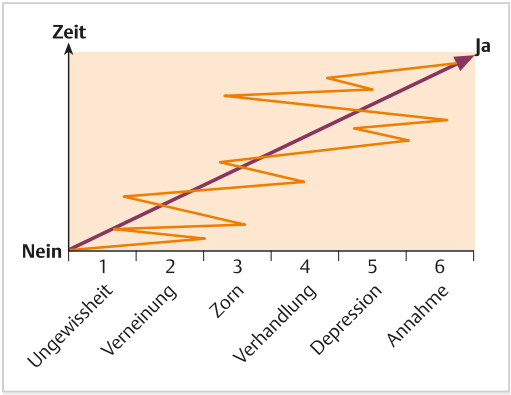


Abb. 24.2 Die Sterbephasen sind kein geradliniger Prozess.

24.2.1 Begleitung der Angehörigen

Die Angehörigen durchlaufen die gleichen Phasen wie der Sterbende, nur meistens mit einiger Verzögerung, „sie hinken hinterher“ (Kübler-Ross). Ist der Patient schon bereit, teilweise die hoffnungslose Krankheit zu akzeptieren, dann wehren sich die Angehörigen oft noch: „Das kann nicht wahr sein; sicher liegt irgendwo ein Irrtum vor!“

Die Pflegenden können ihnen in der gleichen Weise in den verschiedenen Zuständen des Verleugnens, des Zorns, der Verhandlung, der Depression und bei der Akzeptanz beistehen wie den Sterbenden selbst. Nicht selten tröstet der Patient die Angehörigen und spricht ihnen Mut zu. Die Angehörigen und der Patient wollen einander oft schonen. Jeder meint, das Wissen um die todbringende Krankheit sei dem anderen nicht zumutbar: „Ich weiß, woran ich bin, aber meine Frau würde es nicht ertragen“ und „Ich weiß genau, mein

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Mann hat Krebs, aber die Wahrheit würde ihn umbringen."

Unter dieser Atmosphäre von Heimlichkeiten und Unwahrheit leiden alle Betroffenen. Die Beziehung untereinander ist nicht mehr offen. Der Austausch über ganz wesentliche, zentrale Themen des verbleibenden Lebens kann nicht stattfinden. So beginnt oft schon die Beziehung zu sterben, bevor der Mensch stirbt.

In den meisten Fällen können sich Angehörige nicht aus eigener Kraft aus dieser Situation befreien. Sie brauchen Hilfe. Wenn die begleitende Person helfen kann, die Mauer zwischen dem Sterbenden und seinen Angehörigen zu durchbrechen, können sie noch Dinge miteinander in Ordnung bringen, ihren Schmerz über den Verlust aussprechen, und sie können sich gemeinsam damit beschäftigen, wie es für die am Leben Bleibenden weitergehen kann. So kann die Beziehung der Menschen, die mit einem großen Schmerz umgehen müssen, doch bis zuletzt lebendig sein und eine wichtige Kraftquelle (Ressource) für die Trauerarbeit bleiben.

Merke

Begleitung des sterbenden Menschen heißt vor allen Dingen, die Angehörigen an das Bett des Sterbenden zu holen und sie dort nicht allein zu lassen, sondern sie zu unterstützen. Eltern von sterbenden Kindern und Angehörige auf der Intensivstation brauchen besondere Hilfe.

Fallbeispiel

Angehörige. Frau Fischer steht hilflos und unglücklich am Bett ihres Freundes, der nach einem schweren Motorradunfall auf der Intensivstation im Sterben liegt. Pflegefachkraft Monika zeigt ihr, wie sie den Schwerkranken berühren kann. Mit der Zeit lernt sie, seine Stirn abzuwischen, die Hände und Füße zu massieren und gelegentlich auch Pflegemaßnahmen durchzuführen. Immer wieder kann sie die Pflegefachkraft fragen und so ihre anfängliche Unsicherheit abbauen.

Später erzählt Frau Fischer: „Anfangs dachte ich, das kann ich nie, ich werde weglaufen! Mit der Zeit bekam ich das Gefühl, man traut mir hier zu, dass ich das kann und man lässt mich dabei nicht alleine."

24.3 Grundbedürfnisse des sterbenden Menschen

Menschen haben auch in der letzten Lebensphase sehr unterschiedliche Bedürfnisse. Wenn Pflegende diese Bedürfnisse wahrnehmen, können sie aktiv werden und entscheidend zu einer Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität in dieser letzten Lebensphase beitragen. Bedürfnisse in der letzten Lebensphase können sein:

- körperlich,
- sozial,
- intellektuell,
- religiös.

24.3.1 Körperliche Bedürfnisse

Im Vordergrund steht der Wunsch nach Schmerzfreiheit oder Erträglichkeit von Schmerzen. Eine gute Schmerztherapie , wie sie in den vergangenen Jahren in der Hospizbewegung entwickelt wurde, ist die Grundlage einer gelingenden Sterbebegleitung. Mit großer Sorgfalt muss auf die vitalen Bedürfnisse geachtet werden: ausreichend Schlaf und Ruhe, Nahrung und Flüssigkeit, sodass der Patient keinen Hunger und Durst leidet. Zur Erleichterung der Atmung müssen die Luftwege freigehalten werden. Die vitalen Funktionen sollten so weit wie möglich stabilisiert werden. Die Körpertemperatur sollte reguliert werden, um Frieren und Schwitzen zu vermeiden.

24.3.2 Soziale Bedürfnisse

Sterbende Menschen brauchen menschliche, auch körperliche Nähe (▶ Abb. 24.3). Sie möchten sich geborgen fühlen, dazugehören und nicht wegen



Abb. 24.3 Menschliche und auch körperliche Nähe vermitteln dem Kranken das Gefühl von Geborgenheit *(Symbolbild)*. (Foto: Foto: vbaleha – stock.adobe.com)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

ihrer fortschreitenden Erkrankung und zunehmender Einschränkung ausgegrenzt werden. Das heißt nicht, dass ständig jemand bei ihnen sein muss, im Gegenteil, vielfach haben sie den Wunsch, auch einmal allein zu sein.

Um soziale Grundbedürfnisse zu achten, sollte für Gesprächsmöglichkeiten gesorgt sein. Fachlich geschulte Pflegefachkräfte, Ärzte und Seelsorger unterstützen den Kranken, über seine Gefühle zu reden und sich mit seiner besonderen Situation, sterben zu müssen, auseinander zu setzen.

24.3.3 Intellektuelle Bedürfnisse

Der sterbende Mensch ist nicht nur krank, alt oder schwach, sondern er hat auch noch andere Persönlichkeitsanteile. Dazu gehören in den meisten Fällen die geistigen Bedürfnisse. Wenn zu seinem bisherigen Leben Lesen und die tägliche Information über die Medien gehörten, dann möchte er häufig auch jetzt nach Möglichkeit Bücher, Zeitungen, Fernsehen, Radio oder das Internet nutzen können.

Gespräche und Diskussionen sollten nicht nur die Krankheit und Therapiemöglichkeiten zum Inhalt haben; sterbende Menschen wollen nicht nur über das Sterben sprechen, sondern oft auch über Politik, Wirtschaft, Sport, Recht, Literatur, Kindererziehung, Haushaltsführung. Solche Alltagsgespräche sind oft eine willkommene Abwechslung und der Sterbende erlebt sich als „ganzer Mensch“ und nicht nur als sterbender Patient.

Fallbeispiel

Bedürfnisse des Sterbenden. Im Zimmer 15 der Inneren Abteilung liegt Herr N. Er lag schon 3 Wochen in einem Mehrbettzimmer auf der gleichen Station. Auf eigenen Wunsch ist er vor einigen Tagen in ein Einzelzimmer umgezogen. Herr N. weiß, dass er sterben wird, und er möchte jetzt vor allem Ruhe haben. Nur seine Frau und seine Kinder besuchen ihn, aber er ist auch gerne allein. Er schläft dann oder er liest, was er schon sein Leben lang gerne tat. Seine Frau bringt ihm täglich die Zeitung, manchmal liest sie ihm die Wirtschaftsseite, der sein ganzes Interesse gilt, vor.

Es kommt auch vor, dass sie einfach still beieinander sind, jeder seinen Gedanken nachhängt. Bei den Pflegenden ist Herr N. wegen seiner höflichen und freundlichen Art beliebt. Pflegefachkraft Max kommt mehrmals am Tag herein, um ihn umzulagern. Dabei reden sie über dieses und jenes. Wenn Max dann fragt: „Was gibt es Neues in Politik und Wirtschaft?“, gibt Herr N. kompetent Auskunft.

24.3.4 Religiöse Bedürfnisse

Wenn sich ein Mensch damit beschäftigen muss, dass er nicht mehr gesund werden kann, stellen sich Fragen wie: „Warum trifft mich das?“, „Habe ich in meinem Leben Fehler gemacht?“, „Werde ich mit der Krankheit bestraft?“, „Was ist überhaupt der Sinn des Lebens“ und „Hatte oder hat mein Leben Sinn?“, „Was kommt danach?“ Dem Bedürfnis nach einem Austausch über religiöse Fragen können (Klinik-)Seelsorger, Ärzte und Pflegefachkräfte, wenn sie dazu bereit sind und aus eigener Überzeugung und eigenem Glauben etwas sagen können, nachkommen. Viele Patienten möchten im wahrsten Sinne des Wortes über Gott und die Welt reden.

Im Laufe der Berufserfahrung können pflegende und begleitende Menschen ihre Wahrnehmung der unterschiedlichen Bedürfnisse von unheilbar Kranken weiter entwickeln und immer besser verstehen lernen, was die Patienten wirklich brauchen. Einem Kranken, der unter heftigen, akuten Schmerzen leidet, steht der Sinn meist nicht danach, ein Gespräch über unerledigte Erbangelegenheiten oder Vorstellungen vom ewigen Leben zu führen. Schmerzfreiheit kommt hier vor Gespräch (▶ Abb. 24.4).

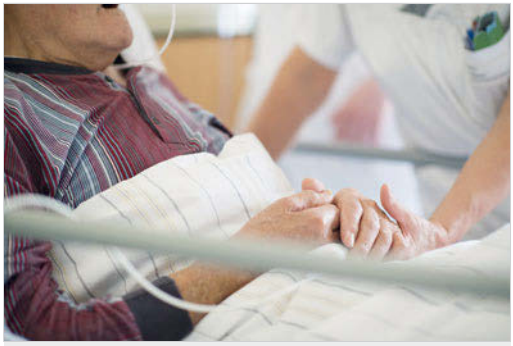


Abb. 24.4 Zur seelsorgerlichen Begleitung tragen Pfarrer, aber auch Pflegefachkräfte und Ärzte bei. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

2 Tag und Nacht wechseln sich Familienangehörige nun schon über Wochen am Krankenbett der 92-jährigen Großmutter, die sie liebevoll „Oma Röschen“ nennen, ab. Frau Rosa Becker äußert sich nicht. Sie spricht kaum noch. Eines Tages rät der Arzt nach der Visite der Tochter, die sichtlich am Ende ihrer Kräfte ist, sich im Krankenhauscafé eine Pause zu gönnen. Nach ihrer Rückkehr ist die Mutter tot. Welches Bedürfnis der alten Dame wurde vermutlich – bei aller Liebe – von der Familie übersehen?

Fallbeispiel

Gespräche mit Sterbenden. Herr Lehmann, ein älterer Herr, liegt auf der Inneren Abteilung im Sterben. Eines Abends, als Pflegefachkraft Sabine auf ihrer Spätrunde vorbeikommt, sagt er: „Meine arme Frau.“ Später im Stationszimmer fragt sie sich: „Was hat Herr Lehmann eigentlich damit gemeint?“ Sie bespricht sich mit Kollegen und geht noch einmal in das Zimmer. Im Gespräch erfährt sie von den Sorgen des Patienten: Sein Wunsch ist, dass seine Frau nicht belogen wird. Er selbst kann ihr die Wahrheit über seine unheilbare Krankheit nicht sagen und möchte doch die letzte Lebenszeit mit ihr in Offenheit und ohne Lügen verbringen.

24.4 Gespräche mit Sterbenden

„Wo sind eigentlich die Schmerzen, wenn sie weg sind?“ (aus „Aranka“, Spielfilm 1984)

24.4.1 Sprache Sterbender

Wer mit Sterbenden über ihr Sterben sprechen will, muss als Erstes die Bereitschaft dazu mitbringen. Er muss sich mit dem Thema auseinandersetzen und in der Begleitung anderer sich auch an sein eigenes Sterben erinnern lassen. Voraussetzung ist, dass er die Grundregeln der Kommunikation und das aktive Zuhören beherrscht.

▸ **Gesprächspartner.** Der Sterbende spricht mit den Menschen, zu denen er ein Vertrauensverhältnis hat. Er wählt seinen Sterbebeistand selbst aus. Jeder Pflegende sollte etwas von der eigenen Sprache der Sterbenden verstehen.

▸ **Gesprächszeitpunkt.** Sterbende bestimmen auch den Zeitpunkt, wann sie sprechen möchten. Sie geben oft ein Zeichen, wie ein Signal, dass sie über ihre Situation reden wollen. Weil solche Signale sehr leicht zu überhören sind, gehören Sensibilität, Aufmerksamkeit, Bereitschaft und Erfahrung dazu, sie wahrzunehmen. Es kann ein wie nebenher gesprochener Halbsatz oder ein zusammenhanglos in den Raum gestellter Satz sein oder es sind Worte, die überhaupt nicht zur augenblicklichen Situation passen. Oft lassen sie einen kurz aufhorchen und werden dann doch übergangen.

▸ **Signalsprache.** Manche Menschen verbergen ihren Wunsch nach Kommunikation in einer symbolhaften Sprache. Ein Signal ist wie die Mitteilung: Ich weiß, woran ich bin, und ich möchte testen, ob hier jemand bereit ist, mit mir darüber zu reden.

▸ **Symbolsprache.** Sterbenskranke jüngere Kinder drücken sich vor allem malend oder spielend in einer symbolischen, nonverbalen Sprache aus. Sie geben in ihren Bildern und Spielen und in symbolhaltiger Sprache Hinweise darauf, dass sie sich innerlich mit ihrem Kranksein und Sterben beschäftigen: Angst vor Feuer, eine verwelkende Blume, ein abstürzender Vogel, ein kriegerischer Angriff. Auch Erwachsene wählen Symbole wie „auf die letzte Reise gehen“.

▸ **Verbale Sprache.** Manche Sterbende bedienen sich der direkten, verbalen Sprache: „Es geht zu Ende. Ich werde Weihnachten nicht mehr erleben.“ und sie brauchen dabei keine Aufmunterung und keine Bagatellisierung, sondern jemanden, der die Betroffenheit mit ihnen teilt.

24.4.2 Umgang mit der Wahrheit

Die Diagnose einem Patienten mitzuteilen, ist Aufgabe des Arztes oder der Ärztin. Die wahre Diagnose einer tödlichen Krankheit weiterzugeben, verlangt viel an medizinischem und psychologischem Wissen. Ein Patient sagte zu Dr. Cicely Saunders, der Leiterin eines Londoner Hospizes:

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

„Es tut weh, es gesagt zu bekommen, aber es tut auch weh, es zu sagen“.

Für den Umgang mit der Wahrheit gibt es keine rezeptartigen Verhaltensanweisungen. Aber als Anhaltspunkt kann wohl gelten, nicht zu lügen und dem Kranken jedes Mal so viel mitzuteilen, wie er zu dem Zeitpunkt erfassen kann und will. Die Wahrheit am Krankenbett ist kein einmaliger Akt, sondern ein Prozess der Begleitung. Wenn so ein gemeinsamer Weg der Wahrhaftigkeit gegangen wird, bedeutet das für die Pflegenden, die Arbeit zwar in einer belasteten Situation, aber in einer Atmosphäre von Offenheit und nicht von Lügen und Versteckspiel zu tun. Damit wird der Austausch über die Erlebnisse mit dem Kranken oder Sterbenden, über eigene Ängste und eigene Unzulänglichkeit ermöglicht.

24.5 Trauer

Pflegende, die Sterbebegleitung zu ihren Aufgaben zählen, haben es mit Trauer der Kranken und der Angehörigen zu tun. Sie erleben aber auch ihre eigene Trauer, wenn sie Verluste erleben oder Gedanken an den eigenen Tod aufkommen. Um eigene Trauer zu verstehen und um anderen in ihrer Trauer beizustehen, lohnt es sich kennen zu lernen, was man heute über Trauer weiß und zu erfahren, welche Anregungen es gibt, mit Trauer gut umzugehen.

Aufgabe

3 Suchen Sie sich einen nicht ganz unwichtigen Gegenstand, der zwar nicht „lebenswichtig“ ist, von dem Ihnen aber eine Trennung nicht ganz leicht fällt (z. B. ein Foto, ein Buch, einen Brief). Trennen Sie sich von ihm. Schenken Sie ihn jemandem, der ihn auf keinen Fall zurückgibt, oder werfen Sie ihn einfach weg. Der kleine Stich, den Sie nun in Ihrem Inneren spüren, bringt Sie ein kleines bisschen in die Nähe von Sterbenden und Trauernden (nach Franco Rest, Professor für Erziehungs- und Pflegewissenschaft, Veröffentlichungen über Sterbebeistand, Krankenpflege und Ethik).

4 Fertigen Sie eine Liste von Verlusten an, die Sie in Ihrem Leben erfahren haben.

a) Versuchen Sie eine zeitliche Zuordnung zu Ihrem jeweiligen Lebensalter.
b) An welche Gefühle erinnern Sie sich?
c) Wer oder was hat Ihnen geholfen, über den Verlust hinwegzukommen?
d) Ist für Sie aus heutiger Sicht der Trauerprozess abgeschlossen?
e) Reden Sie miteinander über diese Erfahrungen. Dies ist eine Gelegenheit, Ihre Geschichte von Verlusten zu verstehen. Sie beeinflusst möglicherweise Ihre heutigen Reaktionen auf Verluste.

24.5.1 Was ist Trauer?

Trauer ist mehr als traurig sein. Trauer ist keine Krankheit, auch keine Depression. Trauer hat einen Verlauf und erstreckt sich über einige Zeit. Trauer ist mühsam und anstrengend: Trauern ist ein Arbeitsprozess.

► **Trauer und Heilung.** In der amerikanischen Literatur spricht man von „Grieving-Healing-Process“, dabei sind 2 Worte miteinander verbunden: Trauer und Heilung. Trauer wird auch als Heilungsprozess aufgefasst: Trauer tut weh und tut gut. Im Unterschied zu Krankheit ist Trauer eine Fähigkeit, die hilft, dass ein Mensch Verluste und den Tod als Teile seiner Lebensgeschichte begreift und meistert.

Merke

Trauer ist eine Antwort auf kleine oder große Verluste, Abschiede, Endpunkte im Leben (▶ Abb. 24.5). Trauerprozesse sind Lebensprozesse, individuell, einzigartig, wie das Leben selbst. Trauer ist Prozess, Antwort, Fähigkeit.



Abb. 24.5 Der Schock über die Endgültigkeit des Verlustes tut weh *(Symbolbild)*. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

► **Trauer und Beziehung.** Trauer ist vor allem ein soziales Phänomen. „Wenn ein geliebter Mensch gestorben ist …“, so beginnen viele Abhandlungen über die Trauer. Was aber ist mit den ungeliebten Verstorbenen? Auch konfliktreiche Beziehungen können tiefe und starke Trauerreaktionen hinterlassen. Mit dem Tod werden alle Arten von Beziehungen, die zwischen 2 Personen bestanden, auseinandergerissen:

- gut funktionierende, in denen die Partner miteinander reden, spielen, arbeiten, etwas unternehmen, Sexualität teilen, reisen,
- spannungsreiche, konfliktgeladene, die von Streit, Wut, Enttäuschung, Missverständnissen geprägt sind,
- von Wünschen, Hoffnungen, Sehnsüchten geprägte Beziehungen, die nicht mehr erfüllt werden können.

Der Tod hinterlässt auf dem Gebiet der sozialen Beziehungen eine große Wunde, einen offenen Riss. Alles Unfertige, Unerledigte, wo kein Gegenüber mehr zur Verfügung steht, macht die Verarbeitung eines Verlustes besonders problematisch.

► **Trauer und Gefühle.** Trauer geht mit vielerlei sehr heftigen Gefühlen einher:

- Schock, Schmerz („Es tut so weh!“),
- Unglaube, („Das kann gar nicht sein! Ich habe ihn gestern noch gesprochen!“),
- Zweifel,
- Wut, dass man verlassen wurde und alleine zurück bleibt,
- Ärger über sich selbst und über andere,
- Schuldgefühle, Traurigkeit, Verzweiflung und Panik über die Endgültigkeit,
- Depression, Einsamkeit, Verlassenheit,
- Unsicherheit, Ohnmacht, Angst vor der Zukunft,
- Ängste vor jedem neuen Schritt, z. B. vor dem ersten Gang in das leere Haus, in das leere Zimmer,
- Erleichterung, dass Schmerzen und Qual zu Ende sind,
- Dankbarkeit über das, was man gehabt hat.

Das Vielerlei von Empfindungen erscheint ungeordnet und unkontrolliert, oft widersprüchlich als Chaos der Gefühle.

24.5.2 Trauerverhalten

So unterschiedlich wie die Gefühle, so verschieden sind auch die Verhaltensweisen trauernder Menschen: Manche tragen wochenlang schwarze Kleidung, andere bevorzugen unmittelbar nach der Beerdigung ihre Alltagsgarderobe. Manche besuchen das Grab täglich, andere in großen Abständen oder gar nicht. Das bedeutet jedoch keinesfalls, dass hier nicht getrauert wird!

Trauerverhaltensweisen sind sehr individuell ausgeprägt. Der kulturelle Rahmen, in dem getrauert wird, bietet Formen, in die man hineinschlüpfen kann oder muss. Zu den Trauerverhaltensweisen im weitesten Sinne gehören Reaktionen in den Bereichen:

- körperlich,
- sozial,
- spirituell.

► **Körperlicher Bereich.** Es kann zu Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Infektanfälligkeit, Veränderung des Gangbildes, Herz- und anderen Schmerzen kommen. Manchmal ist die „Verwundung“ tödlich.

► **Sozialer Bereich.** Menschen reagieren auf einen schweren Verlust oft mit einem Rückzug aus den Beziehungen. Empfindlichkeit und Verletzbarkeit führen zur Isolierung, zur Flucht in die eigenen 4 Wände. Es gibt Probleme am Arbeitsplatz. Aber auch Gegenteiliges ist bekannt: in die Arbeit fliehen, Gemeinschaft klammernd suchen, nicht allein sein können. Es sieht so aus, als ob Männer besonders mit Flucht in die Aktivität, vermehrt mit sexuellen Kontakten zu Frauen und körperfeindlichen Exzessen wie Alkoholkonsum reagieren.

► **Spiritueller Bereich.** Es finden Abwendung oder Hinwendung zu Fragen der Religion statt. Zweifel an dem Sinn des Lebens, zornige Vorwürfe an Gott sind oft erste und suchende Gespräche mit ihm.

Sprache der Trauer

Qualität und Ausmaß der Trauer kann nur der betroffene Mensch selbst beurteilen. Das ist nicht die Aufgabe des Begleiters. Der eine Trauer begleitende Mensch kann nur hören, beobachten und manchmal staunen über die sehr persönliche, individuelle Reaktion eines Menschen auf lebensverändernde Verluste. Das Hören beginnt schon mit der sorgfältigen Beachtung der Wortwahl: „Seit

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

ich meine Frau *verloren* habe“, sagt jemand. Eine andere: „Mein Mann ist *vorausgegangen*.“ Oder: „Die Großmutter ist *friedlich eingeschlafen*“.

Dauer der Trauerzeit

Auch die Frage nach der Dauer einer Trauerzeit wird individuell beantwortet. Immer wieder wird in diesem Zusammenhang von einem Trauerjahr gesprochen. Zweifellos ist das erste Jahr das schwerste, da alle Festtage, die sich zum ersten Mal ohne den Verstorbenen ereignen, Geburtstage, Muttertag, Weihnachten, Familientreffen, den Verlust wieder schmerzlich deutlich machen. Wie lange Trauer geht, hängt von dem Prozess ab. Es können viele Jahre vergehen, bis jemand sagen kann: „Jetzt habe ich es geschafft.“

Merke

Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“ bei den Trauerverhaltensweisen. Wichtig ist, dass getrauert wird.

Aufgabe

5 Besuchen Sie einen Friedhof und notieren Sie die Grabsteininschriften (▶ Abb. 24.6). Tragen Sie in der Gruppe zusammen, was hier über das Leben und Sterben eines Menschen ausgesagt wird.

24.5.3 Wann wird getrauert?

Abschiede und Verluste, kleine und große „Trauerfälle“ durchziehen das ganze Leben. Lebensphasen enden: Die Kindheit, die Jugendzeit und die Jugendlichkeit. Haare und Zähne fallen unwiederbringlich aus. Das Seh- und Hörvermögen, die Beweglichkeit, die Gesundheit werden eingeschränkt. Das Ende einer Freundschaft, die Scheidung einer Ehe, der Verlust eines Tieres, der Verlust von Heimat, Vermögen, Wohlstand, des Berufes werden erlebt.

Auch im Verlauf einer unheilbaren Krankheit reihen sich viele Abschiede aneinander – und jedes Mal entsteht Trauer. Getrauert wird keineswegs erst nach dem Eintreten eines Todesfalles, sondern schon im Verlauf einer unheilbaren Krankheit, vom Moment der Diagnosestellung an.



Abb. 24.6 Pflegende und Kranke brauchen einen Ort der Ruhe, wie hier die Kapelle *(Symbolbild)*. (Foto: ZoneCreative – stock.adobe.com)

Fallbeispiel

Trauer. „Eines Morgens fuhr er den Wagen rückwärts aus der Garage und schaffte es kaum, auf die Bremse zu treten. Das war das Ende seines Autofahrens. Immer wieder stolperte er, deshalb kaufte er einen Stock. Das war das Ende seines freien und aufrechten Ganges. Einmal entdeckte er, dass er sich nicht mehr allein ausziehen konnte. Deshalb stellte er seinen ersten Betreuer ein, der ihm half, ins Schwimmbecken rein und raus zu kommen, und ebenso in seine Badehose und wieder heraus. Im Umkleideraum taten die anderen Schwimmer so, als würden sie ihn nicht anstarren, aber sie taten es trotzdem. Das war das Ende seiner Privatsphäre.“ (Aus M. Albom, Dienstags bei Morrie, 1998).

Aufgabe

6 Lesen Sie in Ruhe das lange Gedicht der Lebensstufen von Hermann Hesse. Welche Zeilen haben Sie beeindruckt? Womit sind Sie nicht einverstanden? Gibt es Abschiede und Neuanfänge in Ihrem Leben?

24.5.4 Trauerphasen

Ähnlich wie beim Sterbeprozess beobachtet man Phasen oder Zustände des Trauerns. Nach dem Verlauf des Trauerns muss sich auch der Begleitprozess richten. Wer Menschen in ihrer Trauer begleitet, benötigt ein Grundwissen der Trauerphasen (hier nach Verena Kast):

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Phase 1: Nicht-wahrhaben-Wollen,
- Phase 2: aufbrechende Emotionen,
- Phase 3: Suchen und sich Trennen,
- Phase 4: neuer Selbst- und Weltbezug.

Phase 1: Nicht-wahrhaben-Wollen

Die erste Phase, die Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens, besteht darin, dass jemand eine Todesnachricht nicht glauben kann. Sie ist für ihn unfassbar, er kann und will sie nicht wahrhaben. Menschen sind in dieser ersten Zeit wie erstarrt, in einem Schock, oft empfindungslos. Man spricht von Verdrängung. Es ist eine Überwältigung von zu starken Gefühlen. Bei plötzlichen Todesfällen braucht diese Phase mehr Zeit, da eine Zeit der Vorbereitung gänzlich fehlt.

▶ **Hilfestellung.** Was können Begleiter jetzt tun? Sie können es übernehmen, Besorgungen zu machen, Trauerfall-Angelegenheiten erledigen und sich zur Verfügung halten, aber die Betroffenen nicht rund um die Uhr „bewachen". Sie müssen ein gutes Verhältnis von Nähe und Distanz finden. Statt Versprechungen von der Art zu machen: „Ich bin immer für dich da, du kannst mich Tag und Nacht anrufen", die man vielleicht später nicht einhalten kann, ist es besser Verabredungen zu treffen wie „Ich kann in dieser Woche jeden Tag von 16 bis 18 Uhr zu dir kommen".

Das Nicht-wahrhaben-Wollen ist als Schutz vor Überwältigung zu akzeptieren. Wenn allerdings nach 2 Jahren immer noch der Tisch für die verstorbene Person mit gedeckt, ihr Bett frisch bezogen wird, sollte eine Psychotherapie angeboten werden, die in einem sehr viel Schutz bietenden Rahmen einen vorsichtigen Zugang zu den Gefühlen sucht, die keinen Ausdruck finden können.

Phase 2: Aufbrechende Emotionen

Die zweite Phase meldet sich an, wenn die Gefühle aufbrechen, Traurigkeit, Wut, Verlassenheit, Schuldgefühle, Ohnmacht und Angst – das ganze Chaos der Gefühle. Es ist die Zeit der emotionalen Ausbrüche, des Weinens und Schreiens (▶ Abb. 24.7). Trauernde berichten immer wieder, dass die starken Gefühle bei kleinsten Auslösern oder unverhofft wie Wellen über sie kommen.

Schuldgefühle sind geringer, wenn die Zeit mit dem Partner zum Reden genutzt wurde, wenn viele Dinge besprochen und geregelt wurden, eventuell eine Verabschiedung stattfand.



Abb. 24.7 Wie Wellen kommen die starken Gefühle immer wieder über Trauernde *(Symbolbild)*. (Foto: Hanoi Photography – stock.adobe.com)

▶ **Hilfestellung.** Begleiter müssen jetzt wissen, dass Gefühle erwünscht sind. Es ist, als ob die anfängliche Blockierung sich löst, die Gefühle sich entfalten können. Wer Trauernden zur Seite steht, darf jetzt nicht in der wohlgemeinten Absicht zu schonen, nur ablenken, sondern kann über den Verstorbenen sprechen und dadurch die Gefühle hervorrufen. Seine Aufgabe ist es, die chaotischen Gefühlsausbrüche immer wieder mit auszuhalten, mit dem Trauernden da durchzugehen. Schuldgefühle sollten jetzt zur Kenntnis genommen, nicht wegargumentiert werden. Die Beziehungsproblematik kann später aufgearbeitet werden. Der Begleiter muss damit rechnen, dass sich Wut und Zorn auch gegen ihn richten. Die Gefühle dieser Phase laufen heftiger ab, wenn der Tod plötzlich oder früh eintrat, wenn „vor der Zeit" gestorben wurde.

Phase 3: Suchen und sich Trennen

Die 3. Phase steht im Zeichen von Suchen und sich Trennen. Trauernde suchen in dieser Zeit immer wieder Orte auf, an denen sie sich mit dem Verstorbenen aufhielten, einen Weg, den man abends miteinander spazieren ging, ein Café, wo man sich regelmäßig traf. Der Trauernde sieht sich Fernsehsendungen an, die sie vorher gemeinsam schauten, er hört die Lieblingsmusik des verstorbenen Partners. Auf vielfältige Weise sucht er dessen Nähe. Es kann auch sein, dass dessen Tätigkeiten übernommen werden, dass man jetzt die Wiese mäht, was immer seine Arbeit war, dass man seine Zeitschrift liest, bis zur völligen Übernahme seines Lebensstils. Eine andere Form der Suche ist das innere Gespräch mit dem Verstorbenen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Suchen und sich Trennen. Seit einem Jahr geht Udo Wegener täglich, bei jedem Wetter am frühen Nachmittag zum Friedhof. Manchmal wirkt er dabei sehr bedrückt. Er ist 60 Jahre alt und lebt seit 2 Jahren im Vorruhestand. Seine Frau hat er 1 Jahr lang zu Hause gepflegt. Sie haben sich gut verstanden und viel miteinander gesprochen. Dann starb sie. Seither besucht er regelmäßig ihr Grab. Er setzt sich auf die Bank gegenüber und redet: „Weißt du noch, Liz, wie der kleine Timo geboren wurde? Er ist mit der Schule fertig und beginnt morgen seine Lehre. – Was meinst du, soll ich den Versicherungsvertrag abschließen? – Ich denke darüber nach, mir einen Hund anzuschaffen, was sagst du dazu?“ Auf dem Heimweg fühlt er sich beruhigt und zuversichtlich.

Das Suchen hat den Sinn, sich immer wieder mit dem Menschen, der real nicht mehr da ist, auseinander zu setzen. Dabei stürzt das scheinbare Finden den Trauernden immer wieder in ein Gefühlschaos. Wieder muss er erkennen, dass der Verstorbene nicht mehr da ist, wieder muss er sich trennen und wird so allmählich vorbereitet, den Verlust als Wirklichkeit zu realisieren und anzunehmen.

Auch Freuden werden nochmals nacherlebt. Werte, die in der Beziehung gelebt wurden, werden geschätzt und bewahrt. Im Verlauf dieser Zeit wird der trauernde Partner auch entscheiden, welche Verhaltensweisen, die in der Beziehung gelebt wurden, wirklich zu ihm gehören und welche als nicht zu ihm passend aussortiert werden. Es heißt nun nicht mehr: „Papa hätte das so gewollt.“, sondern: „Ich will das so.“

Das Suchen, scheinbare Finden, Trennen und Sortieren, was eigene Anteile bleiben sollen, wird von Phasen der Entmutigung begleitet: „Es wird nie mehr so sein, wie es war; hat das Leben noch Sinn, werde ich es schaffen?“.

► **Hilfestellung.** Die begleitenden Personen hören immer wieder die gleichen Geschichten. Auch dies ist eine Form des Suchens und Findens. Der trauernde Mensch sollte nicht gedrängt werden, endlich damit aufzuhören und die Fakten zu akzeptieren. Gelegenheiten, Emotionen zu äußern, dienen der Heilung. Diese Phase dauert Wochen bis Jahre.

Merke

Das Sterben eines nahestehenden Menschen zwingt dazu, zumindest ein Stück weit eine neue Identität zu finden.

Phase 4: Neuer Selbst- und Weltbezug

In der 4. Phase gelingt es immer mehr, einen neuen Selbst- und Weltbezug zu finden. Trauernde sind nun in der Lage, sich allmählich vom Verstorbenen zu distanzieren. Gleichzeitig können sie das, was sie mit diesem Menschen verbunden hat, besser in die eigene Persönlichkeit integrieren, jetzt als eigenes Erlebnis. Vieles, was vorher in die Beziehung gehörte, ist jetzt Eigenes geworden und nicht mehr wegzunehmen durch den Tod. Die neue Identität wird gefunden. Es gibt neue Freunde, neue Lebensmuster – ohne den Verstorbenen dabei zu vergessen.

Wird der Verstorbene aber zum krankmachenden inneren Begleiter, gibt der Hinterbliebene alles Eigene auf, er denkt wie der Verstorbene, fühlt wie er und entscheidet, wie er entschieden hätte. Dann ist der Trauerprozess misslungen. Es findet dann keine Entwicklung mit Chancen auf ein neues Leben statt.

► **Hilfestellung.** Begleiter müssen jetzt aufpassen, dass sie die Entwicklung nicht behindern, den trauernden Menschen nicht für so hilfebedürftig halten wie am Anfang, sondern seine neue Selbstständigkeit zulassen, den Abbau alter Gewohnheiten unterstützen und mutige Schritte auf dem neuen Weg begleiten.

Am Ende eines gelungenen Trauerprozesses steht die neue Freude am eigenen Leben, zu dem nun aber der Tod dazugehört, und die Überzeugung, dass Leben Sinn hat – auch mit der Trauererfahrung. Am Ende steht das Gefühl, eine große Leistung vollbracht zu haben.

24.6 Trösten

Die Wörter Trost, Treue, Trauen, Trauern gehören sprachlich zusammen. Wo Freunde in *Treue* viele Tage lang bei einem *traurigen*, verzweifelnden Menschen bleiben, ihm und auch sich selbst das Schweigen und die Stille *zutrauen*, da geschieht

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Trost. Trost ist keine spektakuläre Aktion. Es geschieht im Dasein und Mitgehen. Manchmal wird Trost gezielt und bewusst herbeigeführt, manchmal ist jemand getröstet, ohne dass man weiß, wie es geschah.

Merke

Trösten heißt: Die Hoffnung vermitteln, etwas sehr Schlimmes wird nicht so bleiben.

24.6.1 Wer tröstet und was tröstet?

Im Krankenhaus und im Pflegeheim wird oft getröstet. Jeder kann in die Lage kommen, Trost zu spenden, Mitarbeiter aller Bereiche, Patienten und Bewohner, Angehörige und Besucher und jeder kann einmal in die Lage kommen, Trost zu brauchen.

Meistens trösten Pflegende, Ärzte und Angehörige die Kranken, aber es kommt auch vor, dass ein Patient die Pflegefachkraft tröstet oder eine Frau vom Reinigungsdienst einen Pflegeheimbewohner. Sehr häufig trösten unheilbar kranke Menschen ihre Angehörigen.

Nicht nur im Todesfall wird Trost nötig. Ein Kind, wenn es im Krankenhaus bleiben muss und nicht mit den Eltern nach Hause gehen darf, ist traurig. Ein junges Mädchen, wenn es wegen einer Krankheit ein Fest versäumt und so auf ein wichtiges Treffen mit einem Jungen, in den es sich verliebt hat, verzichten muss, ist traurig. Ein Patient, dem man ganz unerwartet eine gefährliche und weit fortgeschrittene Erkrankung mitteilt, braucht Trost. Ein älterer Mensch, der vom „Betreuten Wohnen“ aus in eine Pflegestation verlegt wird, trauert um seine verlorene Unabhängigkeit.

► **Trost vermitteln.** Auf sehr verschiedene Art kann Trost vermittelt werden. Tröstlich können sein:

- Worte und Gespräche,
- Gesten und viele andere Signale der Körpersprache (► Abb. 24.8),
- ein Artikel, den jemand liest, ein Buch, ein Gedicht,
- ein Lied, eine Musik,
- ein Bild im Krankenzimmer, ein Foto,
- ein Blumenstrauß,
- etwas Süßes,
- eine Erinnerung,
- ein Tier.



Abb. 24.8 Trost durch stille Anteilnahme, da sein, aushalten *(Symbolbild)*. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

Aufgabe

7 Erinnern Sie sich: Wer hat Sie als Kind getröstet? Wie geschah es? Was hat Sie in jüngster Vergangenheit einmal getröstet?

24.6.2 Falsche Trostversuche

Bei manchem Versuch zu trösten oder im Todesfall sein Mitleid auszudrücken, ist der Druck groß, irgendetwas sagen zu wollen. Die Unsicherheit, was richtig ist und die Angst, etwas Falsches zu sagen, lassen einen die Hilflosigkeit und Befangenheit in dieser Situation spüren. Bleiben die Worte auf der Ebene des Verstandes in Form von logischen Erklärungen stecken, bleibt bei dem Betroffenen nur Kälte und Leere spürbar, und die Verlegenheit belastet die schwere Situation noch mehr.

Was man so sagt, nur um etwas zu sagen, hört sich zum Beispiel so an:

- „Das musste so kommen, der Aufprall war eben zu heftig.“
- „Ihm konnte medizinisch nicht geholfen werden, weil noch kein wirksames Medikament entwickelt wurde.“

Noch kränkender können Vertröstungen durch Bagatellisieren sein:

- „Das haben schon andere durchgestanden.“
- „Es gibt schlimmeres Leid auf der Welt“.
- „So schlimm kann es doch jetzt nicht mehr sein!“
- „Das ist der Lauf der Welt.“
- „Das ist Schicksal.“

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Auch religiöse Trostversuche können verletzen, wenn sie unüberlegt und aus dem biblischen Textzusammenhang gerissen, einem Trauernden hingeworfen werden:
- „Wen Gott liebt, den holt er zu sich."
- „Es ist eben Gottes Wille."
- „Es ist die Strafe Gottes."

Eine ungeheure Anmaßung liegt darin, den vermeintlichen Willen Gottes in einer Trauersituation zu erkennen und für die betroffenen Menschen zu deuten. Sie hinterlassen beim Trauernden Ärger und Wut statt Trost.

24.6.3 Gelingender Trost

Soll Trost gelingen, muss Trösten herzlich sein, also von Herzen kommen und mit Gefühl einhergehen. Dazu braucht es Fantasie und Sensibilität für den in Trauer geratenen Menschen mit seinem speziellen Umfeld, seinen Lebensgewohnheiten und seinen Ressourcen. Die Methode des Aktiven Zuhörens ermöglicht es, im Laufe der Zeit immer besser herauszufinden, wer oder was diesem Menschen Trost spenden kann.

► **Kleine Gesten.** Vielfach bewährt haben sich die „kleinen Gesten":
- regelmäßige Grüße,
- kleine Aufmerksamkeiten, Blumen, Süßigkeiten, ein Foto,
- wiederholte Anrufe,
- Besuche,
- Einladungen zum Kaffee,
- Gedankenaustausch bei einem Spaziergang,
- Ermutigung zum Erzählen oder zum Schreiben,
- Schweigen aushalten, nicht weglaufen,
- in den Arm nehmen, drücken, streicheln, Hand halten, sich anlehnen lassen.

Fallbeispiel

Hilfreicher Trost. Frau T. ist ins Pflegeheim gekommen, um von ihrem Vater, der hier im Alter von 82 Jahren verstorben ist, Abschied zu nehmen. Sie ist sehr traurig und in Tränen aufgelöst. Ihr Sohn Timo legt spontan den Arm um sie und deutet damit an: Dein Vater ist gestorben, aber du hast noch mich. Ich bin da. Es ist eine herzliche, liebevolle Tröstung ohne Worte. Sichtlich getröstet verlässt Frau T. schließlich das Zimmer.

24.7 Hospiz

24.7.1 Geschichte und Grundidee

Die Hospizbewegung ist noch jung und doch schon sehr alt, denn das Konzept gibt es seit 2000 Jahren.

Definition

Das Wort **Hospiz** kommt aus der lateinischen Sprache: „Hospes" heißt zugleich „Gast" und „Gastgeber". Hospiz war ursprünglich in der Frühzeit des Christentums ein Rasthaus für Reisende, Pilger, Fremde, aber auch für arme und kranke Menschen (► Abb. 24.9).

Zum Selbstverständnis der damaligen Zeit gehörte es, das Leben als Reise aufzufassen. In Hospizen ließ man sich rüsten für die Weiterreise. Hier gab es Schutz und Geborgenheit, Erfrischung und Stärkung, Pflege, Heilung oder einen Ort, um zu sterben. Gründer der Hospize waren die großen Mönchsorden der Benediktiner, die Ritterorden der Johanniter und Malteser. Im Mittelalter gab es Hospize in ganz Europa, in Deutschland vor allem in Mainz, Augsburg und Regensburg. Das Wohl des kranken Menschen stand im Mittelpunkt. Die Kranken wurden als Herren betrachtet, die bedient werden sollten.



Abb. 24.9 Mitten in einer Kleinstadt, ein Ort des Lebens und Sterbens. Hospize finden in der Bevölkerung Akzeptanz und Rückhalt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ordensregeln eines Jerusalemer Hospizes

In den Ordensregeln für ein Jerusalemer Hospiz steht:

„Wie unsere Herren, die Kranken, bedient werden sollen.

Wenn ein Kranker kommt, möge er zu Bett getragen werden und dort, bevor die Brüder zum Essen gehen, täglich mit Speise und Trank versorgt werden. Die Betten der Kranken sollen so breit und so lang bemessen sein, wie es eine angenehme Ruhe erfordert, und jedes Bett soll mit einer eigenen Zudecke versehen sein, und jedes Bett soll eigene Bezüge besitzen.

Für die Säuglinge, welche von Pilgerinnen in dem Haus zur Welt gebracht werden, sollen kleine Wiegen gebaut werden.

Die Leiter des Hauses sollen den Kranken mit frohem Herzen dienen. Und sie sollen ihre Pflicht ihnen gegenüber erfüllen und ihnen ohne Murren oder Klagen zu Diensten sein. Damit sie Tag und Nacht geschützt und bewacht seien, sollen ihnen überdies neun Diener zur Verfügung gestellt werden, welche sanft ihre Füße waschen und ihr Bettzeug wechseln.

Die adeligen Ritter bedienen die Kranken eigenhändig. Ein erfahrener Arzt besucht sie täglich, diagnostiziert und verschreibt Heilmittel. Der Direktor hat die Aufgabe, zweimal täglich mit jedem Kranken zu reden, ihn zu trösten und ihn zu ermutigen.

Nach der Abendmesse bittet der Priester unsere Herren Kranken, in ein großes Gebet mit einzustimmen und so Fürbitte für die Welt zu tun.“

Aufgabe

8 Welche Pflegeprinzipien haben sich seit den Jerusalemer Hospizrichtlinien bis in unsere Zeit erhalten, welche nicht?

Schmerztherapie nach Cicely Saunders

Die Barmherzigen Schwestern, irische „Sisters of Charity“ gründeten Ende des 19. Jahrhunderts in Dublin eine Unterkunft für unheilbar Kranke. Hier tauchte zum ersten Mal das englische Wort hospice auf. 1892 gründete dieser Orden das St.-Joseph-Krankenhaus in London.



Abb. 24.10 Hospiz-Gründerin Cicely Saunders.

In diesem Haus entwickelte später Cicely Saunders, Ärztin und Gründerin der modernen Hospizbewegung (▶ Abb. 24.10), ihre bahnbrechenden Vorstellungen von Schmerztherapie: Schmerzfreiheit und Entspannung bei vollem Bewusstsein. Die Erinnerung an den Schmerz und die Angst vor einem Rückfall sollen beseitigt werden. Schmerzlinderung bezeichnete Cicely Saunders als „wunderbarstes Werk der Barmherzigkeit.“ Eine sorgfältige Beobachtung von Schmerzverhalten im Endstadium gehörte zu ihren Forschungen bevor sie über Gesprächsführung nachdachte.

1967 gründete sie das St.-Christopher-Hospiz in London. Hier wurden die Prinzipien der Hospizpflege erarbeitet und erstmals erprobt. Von hier aus ging die Hospizbewegung in die ganze Welt.

24.7.2 Hospiz heute

Definition

Unter **Hospiz** versteht man heute sowohl eine stationäre Einrichtung, sei es als eigenes Haus oder als Pflegebereich innerhalb eines Krankenhauses, als auch ein ambulant tätiges Pflegeteam, das die Patienten zu Hause betreut. Stationäre Hospize verstehen sich nicht als „Sterbehäuser“, sondern als Orte, in denen die letzte Lebensphase gestaltet und erleichtert werden soll. So definieren Hospize ihre Aufgabe als „Begleitung und Unterstützung in der letzten Lebensphase“.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aus einer Informationsbroschüre: *„Das Hospizgebäude wurde im Jahr 2007 neu erbaut und liegt im Ortskern in unmittelbarer Nähe zur Kirche und zum Marktplatz. Das Haus ist ein speziell für die Bedürfnisse unserer Gäste gebautes Wohnhaus mit 10 Einzelzimmern, die allesamt im Erdgeschoss und nach hinten zum Garten gelegen sind. Die gläserne Front eines jeden Zimmers gibt den Blick auf die eigene Terrasse und den großen Garten frei.“* (Hospiz-Verein Kevelaer-Wetten)

Kennzeichen der Hospizpflege

Es liegen heute klare Beweise dafür vor, dass die Hospizmethoden medizinisch, psychologisch und moralisch besser sind als herkömmliche Behandlungsmethoden. Wegweisend bei Neugründungen ist heute immer noch das St.-Christopher-Hospiz in London, in dem viele Ärzte und Pflegende Ausbildungszeiten verbringen.

Zu den Besonderheiten und Grundprinzipien der Hospizpflege gehören heute folgende Aspekte:

- **Menschenbild:** Zur Philosophie der Hospizbewegung gehört, dass jeder Mensch seinen Wert hat und dass Menschen leben, bis sie sterben. Jeder Mensch ist einzigartig. Individualität spielt eine wichtige Rolle, sie soll auch in der letzten Lebensphase erhalten bleiben, deshalb wird eine sorgfältige Wahrnehmung des Einzelnen und der Familie geübt (▶ Abb. 24.11).
- **Religion:** Sie ist keine Vorbedingung. Der Glaube des Patienten entscheidet nicht über die Aufnahme in ein Hospiz. Der christliche Glaube ist aber der Hintergrund der Hospizarbeit (Matthäus 25, 40: Was ihr einem von diesen meinen geringsten Brüdern getan habt, das habt ihr mir getan).
- **Umgangsformen:** Es wird großer Wert auf gute, höfliche Umgangsformen gelegt, jeder Kranke wird mit Namen und, falls vorhanden und erwünscht, mit Titel angeredet. Patienten werden ermutigt, Wünsche zu äußern und so zu ihrem Wohlbefinden beizutragen (▶ Abb. 24.12).
- **Pflegemaßnahmen:** So ergibt sich eine breite Skala von (Pflege-)Handlungen, die Pflegende für die sterbenden Menschen tun: hoch entwickelte Medikamente, aber auch ganz einfach ein weiches Kissen, eine sanfte Massage, ein appetitanregendes Getränk, Zeit, um bei dem Kranken zu sein. Möglichkeiten für Ruhe und Zurückgezogenheit werden gegeben. Es kommt auch



Abb. 24.12 Es gehört zu den Grundgedanken der Hospizpflege, die Wünsche des kranken Menschen zu hören und nach Möglichkeit zu erfüllen.

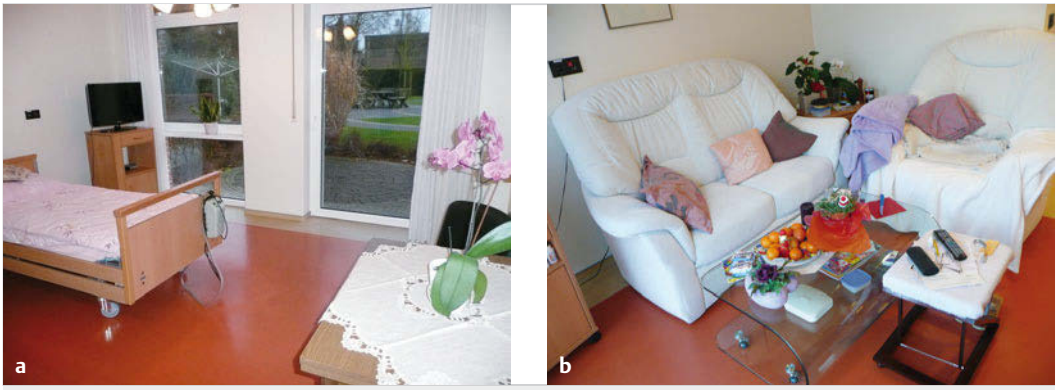


Abb. 24.11
a Unbewohntes Zimmer eines Hospizes.
b Bewohntes, persönlich eingerichtetes Zimmer eines Hospizes.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

immer wieder zu Entlassungen, mit der Zusicherung der Wiederaufnahme, wenn es zu Hause nicht mehr geht.
- **Maximale Pflege bei minimaler Therapie:** das ist ein Grundprinzip der Hospizbewegung, für Patienten, bei denen keine kausale Behandlung der Grunderkrankung mehr möglich ist.
- Eine **optimale Schmerztherapie** wird auf den einzelnen Patienten abgestimmt. So soll er eine möglichst angst- und schmerzfreie Teilnahme am Leben führen, soweit es die Krankheit erlaubt. Die Nahrungsaufnahme richtet sich nach dem Kalorienbedarf, der in der letzten Lebenszeit meistens deutlich abnimmt. Bei der Gabe von Flüssigkeit ist daran zu denken, dass das Durstgefühl oft deutlich nachlässt und dass der Verzicht auf Flüssigkeitsgabe eine schmerzreduzierende Wirkung haben kann. Flüssigkeitsmangel in der letzten Lebensphase ist heute aus medizinischer Sicht nicht mehr unbedingt auszugleichen. Eine individuelle Betreuung ist in dieser Frage besonders wichtig.
- **Integration der Angehörigen:** Freunde und Angehörige sind im Hospiz willkommen, werden integriert und betreut. Hospiz versteht sich als Gemeinschaft und bietet Gemeinschaft an. Betreuung von Angehörigen ist eine zentrale Aufgabe der Hospizarbeit.
- **Pflegeschlüssel:** Er liegt zwischen 1 : 1 und 1 : 1,3, je nach finanzieller Situation und Bundesland.
- **Interdisziplinäres Team:** Neben hoch qualifizierten medizinischen, pflegerischen, psychologischen und seelsorgerischen Fachkräften arbeiten im Hospizbereich ehrenamtlich tätige, geschulte Laien. Alle zusammen bilden das Team. Die Betreuung findet Tag und Nacht, rund um die Uhr statt. Ein hohes fachliches Niveau, hohe Einsatzbereitschaft und Menschlichkeit werden bei Pflegefachkräften und Ärzten vorausgesetzt.

Hospizpflege setzt sich für Menschen in der letzten Lebensphase ein, um ihnen ein Sterben in Würde zu ermöglichen, das heißt ein möglichst angstfreies, schmerzfreies und nicht isoliertes Sterben. Sie bietet Betroffenen konkrete und praktische Hilfen in dieser Lebensphase an. Sie unterstützt die Angehörigen Sterbender, auch über den Todeszeitpunkt hinaus. Jede Form aktiver Sterbehilfe wird abgelehnt.

Merke

Ziel der Hospizarbeit ist es, dass Menschen ihre letzte Lebensphase in Geborgenheit verbringen können.

24.8 Palliativpflege und Palliativstation

Unheilbar kranke und sterbende Menschen brauchen eine besondere Pflege. Aus den Grundgedanken der Hospizarbeit hat sich eine spezielle Pflegemethode entwickelt: die Palliativpflege (Palliative Care). Sie gilt als die Methode, die Hospizidee in der Pflege zu verwirklichen, die Idee in Handlung umzusetzen. Sie ist ihr Handlungskonzept und kann in unterschiedlichen Abteilungen in Krankenhäusern, in Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege eingesetzt werden.

Pallium ist das lateinische Wort für Mantel, auch Schutzmantel. Palliare heißt ummanteln, einhüllen. Care (englisch) steht für „sich um etwas oder jemanden kümmern, sorgen für etwas oder jemanden“. Also bedeutet Palliative Care: Eine Pflege, die sich wie ein Schutzmantel um den unheilbar kranken Menschen in seiner letzten Lebenszeit legt. Nicht im Wort, aber in der Sache enthalten ist die Liebe. Ohne sie gibt es keine Palliativpflege.

24.8.1 Definition

Definition

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert: **„Palliative Care** ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (WHO, 2002)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

In Deutschland gab es in den 1980er Jahren erste Palliativstationen und stationäre Hospize (Köln, Aachen). 2015 waren es knapp 300 Palliativstationen in Krankenhäusern und etwa 200 stationäre Hospize, die sich mit palliativer Pflege um nicht therapierbare und sterbende Menschen kümmern (Robert Koch Institut, 2015).

Seit 2007 gibt es auch eine organisierte Palliativpflege für den ambulanten Bereich, die „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung" (SAPV). In Palliativpflege ausgebildete Pflegefachkräfte betreuen Schwerkranke und Sterbende und deren Angehörige in ihrer häuslichen Umgebung. „Brückenschwestern und Brückenpfleger" kümmern sich um die Patienten beim Übergang von der stationären Einrichtung in die häusliche Pflege und umgekehrt. In den Palliativabteilungen stehen ausgebildete Palliativmediziner zur Verfügung. Die ambulante Palliativversorgung wird unter Mitarbeit des Haus- oder Facharztes der Familie gewährleistet.

24.8.2 Was tun im Einzelnen?

Was sind nun die speziellen Leistungen der Palliativpflege, der Pflege, die nicht mehr das Gesundwerden und die aktive Therapie zum Ziel hat, sondern sich um das Wohlbefinden des Kranken in seiner derzeitigen Situation kümmert? Hier gelten die Grundgedanken der Hospizpflege (S. 347). Genauso wie dort sind die Wünsche der Kranken zu hören und nach Möglichkeit zu erfüllen.

Fallbeispiel

Palliativpflege. Herr Lambert wird von der inneren Abteilung auf die Palliativstation verlegt. Seine Frau ist verzweifelt: „Er ist nur noch schmerzgeplagt, das ist nicht mehr erträglich. Er spricht nicht mehr. Er ist ja gar kein Mensch mehr." Dorothea, Fachkraft für palliative Pflege begrüßt Herrn und Frau Lambert, begleitet sie in das Zimmer. Der Raum ähnelt mehr einem Wohn- als einem Krankenzimmer. Da gibt es Bilder an den Wänden, ein Sessel in der Nähe des Fensters, daneben ein Tisch mit Tischtuch, eine Vase mit Blumen, Vorhänge an den Fenstern, eine Stehlampe, die angenehmes Licht ausstrahlt. Herr und Frau Lambert nehmen die wohnliche Ausstattung der Abteilung und des Krankenzimmers nur am Rande wahr. Aber sie spüren schon im Laufe dieses Tages die entspannende Atmosphäre, die von ihr ausgeht.

In ihrer ruhigen und freundlichen Art erhebt Dorothea die palliative Anamnese, die sich auf die Lebensgeschichte und persönliche Interessen und Wünsche bezieht. Dass sie sich im Verlauf des Tages immer wieder um Herrn Lambert und seine Frau kümmert, gibt den beiden das Gefühl, hier gut aufgehoben zu sein.

Am Abend dieses Tages kommt Frau Lambert aus dem Krankenzimmer gerannt, stößt fast mit Dorothea zusammen und eilt Richtung Ausgang der Station. „Schnell", ruft sie, „mein Mann hat einen Wunsch geäußert, er hat Durst, er möchte eine Cola! Er spricht wieder." Mit dem Getränk kehrt sie strahlend zurück. Dorothea findet die beiden in entspannter Stimmung im Zimmer. Frau Lambert erzählt: „Was war das für ein guter Tag! Wir haben heute gesprochen, wir hatten uns so vieles zu sagen. Wir haben gelacht und geweint!"

Die Atmosphäre der Palliativpflege, die sich aus Herz und Verstand, aus liebevoller Fürsorge und gutem Fachwissen zusammensetzt, hatte ihre Wirkung getan.

Palliativpflegende berichten immer wieder, dass der Kreativität, zum Wohl des Kranken zu handeln, keine Grenzen gesetzt sind:

- vor allem Da-Sein,
- Linderung oder Beseitigung von Schmerzen,
- immer wieder herausfinden, was der Patient wünscht, was ihm gut tut,
- bereit sein, miteinander zu reden oder zu schweigen,
- gute, wertschätzende Umgangsformen,
- alle Maßnahmen, die dem Kranken wehtun (Lagerung, Waschen, Nahrungsaufnahme) auf das Nötigste beschränken; es gibt keine festen Vorgaben, wann und wie oft etwas zu tun ist,
- Mundpflege (▶ Abb. 24.13),
- Hand-, Fußmassagen,
- Wickel, Auflagen,
- Lagerung, die das Atmen erleichtert,
- Lagerung, die ein Gefühl der Geborgenheit vermittelt,
- Einreibungen zur Verbesserung der Atmung,
- Vorlesen, auch einmal etwas spielen, singen,
- alle Sinne (optisch, akustisch, olfaktorisch, gustatorisch, haptisch, vestibulär) ansprechen, dabei wieder erfahren, was diesem einen Menschen gefällt; Sinnestätigkeit trägt zum Wohlbefinden bei.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 24.13 Mundpflegetablett mit Wunschutensilien. (Foto: K. Gampper, Thieme)

Aufgabe

9 Finden Sie Möglichkeiten, die Sinne des Kranken anzusprechen. Was könnten Sie ihm für die Augen, Ohren, Nase, Haut, für den Geschmackssinn und den Körpersinn, der Gleichgewicht, Lage und Bewegung wahrnimmt, anbieten?

Die **Angehörigen** von sterbenden Menschen brauchen Aufmerksamkeit und Zuwendung der Pflegenden, um die schwere Aufgabe der Begleitung erfüllen zu können. Um für den Menschen, von dem sie Abschied nehmen müssen, da sein zu können, brauchen sie Unterstützung durch die Pflegenden. Das Gefühl, nicht alleine gelassen zu sein, gibt ihnen Rückhalt und Sicherheit. Als sehr belastend empfinden sie, das Leiden mitzuerleben, zuzuschauen und nichts tun zu können. Gegen das Gefühl der Ohnmacht und Untätigkeit hilft ihnen die Anleitung der Pflegenden (auch der Physiotherapeuten) z. B. eine Fußmassage durchzuführen, beim Essen und Trinken zu unterstützen oder einfache Pflegemaßnahmen zu übernehmen.

Patienten, Angehörige und Pflegefachkräfte empfinden auf Palliativstationen nicht nur die wohnliche Einrichtung, das Fehlen von Hektik, den freundlichen Umgangston positiv, sondern vor allem die Offenheit, mit dem Thema Sterben und Tod umzugehen. Die gesamte Atmosphäre soll wohltun – in den letzten Lebenstagen und in der Berufsausübung.

Merke

Eine Palliativstation als „Sterbestation" zu bezeichnen, trifft nicht die ganze Wirklichkeit. Den Kranken hilft sie zum Leben, bis sie sterben können.

Fallbeispiel

Palliativstation. Pflegefachkraft Sina hat eine Zusatzausbildung in Palliativpflege abgeschlossen. Sie leitet die internistische Abteilung eines großen Krankenhauses und hat seit einem halben Jahr auch die Leitung der neu eingerichteten Palliativstation übernommen. Sie berichtet: „Auf der ‚Inneren' ist der Zeitmangel unser schlimmster Feind, alles muss schnell gehen. Hier mit einem Patienten über das Sterben zu sprechen, das würde mir schon schwerfallen. Auf der ‚Palli' habe ich kein Problem damit. Da könnten wir zwar auch noch zusätzliche Pflegefachkräfte brauchen, aber da geht alles ruhiger zu, da ist auch Zeit für Gespräche. Da herrscht eine andere Atmosphäre. Schon auf dem Weg von der internistischen Abteilung dorthin werden meine Schritte ruhiger."

Aufgabe

10 Die WHO spricht von körperlichen, psychosozialen und spirituellen Beschwerden sterbender Menschen. Ordnen Sie die Methoden der Palliativpflege, die oben genannt wurden, diesen 3 Bereichen zu. Finden Sie beim Austausch in der Gruppe Möglichkeiten, einem Sterbenden durch pflegerisches Handeln Erleichterung zu schaffen.
11 Was stellen Sie sich unter „guten, wertschätzenden Umgangsformen" im Einzelnen vor? Tragen Sie möglichst viele Ideen zusammen!

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

24.9 Pflegeschwerpunkt Kind und Tod

Auf allen Entwicklungsstufen geht der Tod eines Angehörigen oder eines Lieblingstieres mit dem Erleben von Trennung und Verlust einher. Schon kleine Kinder reagieren auf den Tod eines Elternteils mit heftigen Gefühlen, wie Wut, Angst, Passivität, Rückzug, die nach einiger Zeit wieder zur Ruhe kommen können. Bewältigungsmechanismen, wie konstruktives Trauern, stehen erst älteren Kindern zur Verfügung.

24.9.1 Wie Kinder den Tod verstehen

„Wenn nur der Tod nicht so schwer wäre," sagte Jum-Jum. „Wenn nur der Tod nicht so schwer wäre und wir nicht so klein und einsam." (Astrid Lindgren, Mio, mein Mio)

Kinder bis 6 Jahre

B

Fallbeispiel

Vorschulkinder und Tod. Einige Zeit nach dem Begräbnis ihrer Großmutter fragt die 4-jährige Lisa den Großvater: „Wann kommt Oma zurück?"

Im Kindergarten wird über das Thema Tod gesprochen. Der 4-jährige Heiner äußert sich dazu: „Du bist krank und stirbst und kommst in den Himmel, aber du kannst auf Besuch zurückkommen."

Kinder haben ihre eigene Art, mit Tod und Sterben umzugehen. Ihr Verständnis dafür, was der Tod ist, entwickelt sich in verschiedenen Schritten. Kleine Kinder haben zunächst gar keine Vorstellung vom Tod. In den ersten Lebensjahren lernen sie Lebendiges von Leblosem zu unterscheiden. Bis zum Alter von 5–6 Jahren verbinden sie vor allem Bewegung mit Leben; was sich nicht (mehr) bewegt und stillsteht, wird als leblos erkannt. Im Spiel üben Kinder, wenn sie z. B. einen Ball durch Anstoßen in Bewegung versetzen und wieder anhalten, wieder zum Rollen bringen und stoppen, „Macht" über Leben und Leblosigkeit aus. Ein Kind lernt den Tod i. d. R. im Rahmen des Naturerlebens bei Pflanzen und Tieren, im Fernsehen oder in der Literatur kennen.

Wenn in diesem frühen Kindesalter Menschen oder Tiere sterben, die zu seinem Leben gehörten, sind sie aus dem Gesichtsfeld verschwunden, „verloren gegangen". Im Vorschulalter begreift ein Kind, dass etwas (zumindest vorübergehend) nicht mehr da ist. Die Endgültigkeit des Todes jedoch kann es noch nicht verstehen.

Kinder von bis 6–11 Jahren

Erst wenn sich die kindlichen Denkstrukturen (Ursache – Wirkung) und das Zeiterleben (lineares Fortschreiten der Zeit von Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft, keine Wiederkehr der Vergangenheit) erweitern, kann das Kind im Grundschulalter nach und nach die ganze Wirklichkeit des Todes erfassen. Es begreift die

- Unabänderlichkeit des Todes: Wer einmal tot ist, wird nicht mehr lebendig, und die
- Universalität des Todes: Jedes Lebewesen muss sterben.

B

Fallbeispiel

6- bis 11-jährige Kinder und Tod. In einem Aufsatz schreibt die 10-jährige Katharina: „Jeder Mensch muss sterben. Es ist, wie wenn man von einem Haus in ein anderes geht. Da fängt die Seele ein neues Leben an."

Kinder ab 11 Jahren

Während der Pubertät setzen sich Jugendliche differenzierter mit dem Tod auseinander. Verschiedene Vorstellungen vom Tod werden betrachtet und verglichen. Meistens wird die Auseinandersetzung mit Fragen nach dem Sinn und Wesen des Todes und nach dem möglichen Leben danach vertieft, wenn Todesfälle erlebt werden.

24.9.2 Begleitung von sterbenden Kindern im Krankenhaus

Zur Begleitung von sterbenden Kindern gehört:

- sorgfältig beobachten,
- präsent und gesprächsbereit sein,
- ehrlich sein,
- das Kind integrieren.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Sorgfältig beobachten

Wer sterbende Kinder begleitet, geht einen schweren Weg mit ihnen. Gangbar kann der Weg werden, wenn sich der Begleiter zuerst Zeit nimmt, das Kind zu beobachten. Wie reagiert es auf die Erkrankung, die Untersuchungen, auf Einschränkungen und Schmerzen? Wie geht es selbst mit dem Thema um? Hier kann der Erwachsene durchaus von dem sterbenden Kind lernen, denn auch er kennt noch nicht alle Dimensionen des Sterbens.

Wenn ein chronisch und schwer krankes Kind ins Krankenhaus kommt, bringt es Vorerfahrungen und sein Wissen über das Sterben und den Tod mit. Mit welchem Todesbegriff geht es um, wenn es sich mit seinem eigenen Sterben beschäftigt? Hat es bestimmte Bilder übernommen, z. B. Tod sei Schlaf unter der Erde, eine Reise ohne Wiederkehr oder Verwandlung in einen Stern? Zur Beobachtung gehört die geschulte Wahrnehmung der Sprache des Kindes: Wie spricht es über sein Erleben? Sorgfältige Beobachtung ist die Voraussetzung, ein Kind seinen eigenen Weg gehen zu lassen.

Fallbeispiel

E. Kübler-Ross. Die Aussage von Elisabeth Kübler-Ross, der bekannten Sterbeforscherin, beruht auf sehr viel Erfahrung: „Ich habe gelernt, dass die Arbeit mit sterbenden Kindern viel leichter ist als mit sterbenden Erwachsenen. Das hat damit zu tun, dass Kinder viel ehrlicher sind als Erwachsene, weil sie auch viel intuitiver arbeiten. Sie merken ganz genau, ob die Erwachsenen eine Rolle spielen oder ob sie an ein Kinderbett herantreten und sich einfach hinsetzen und auf die Zeichen der Kinder warten, was die eigentlich von ihnen wollen." (E. Kübler-Ross: Kinder und Tod, mündlicher Vortrag vom 04.10.1984).

Präsent und gesprächsbereit sein

Für kleine Kinder ist es wichtig, dass jemand da ist und sie liebhat und ihnen viel Körperkontakt durch Tragen, Halten, Streicheln und Berühren gibt. Der Umgang mit dem älteren Kind ist Hilfe und Beistand, wenn er sich sachlich und zugleich gefühlvoll gestaltet. Das Kind braucht Informationen, in dem Maße, wie es sie erfassen kann; das zeigen die vielen Fragen der Kinder, die sie Pflegenden und Ärzten stellen:

- Werden mir die Haare ausgehen?
- Tut es weh?
- Meine Mutter hat gesagt, dass ich wieder gesundwerde, stimmt das?
- Nicht wahr, das stimmt nicht, was meine Eltern sagen?
- Wo ist Sandra aus dem Nachbarzimmer, ist sie gestorben?
- Kann die Krankheit wiederkommen?

Wie bei Erwachsenen gehört auch bei Kindern zu einer helfenden Sterbebegleitung die ständige Gesprächsbereitschaft: „Immer, wenn dich etwas beschäftigt, wenn etwas weh tut, wenn du etwas fragen willst, dann ruf mich!"

Dabei gibt ihm ein gefühlvoller Partner Gelegenheit, den eigenen Gefühlen Ausdruck zu verleihen. Eine gute Begleitung kann dabei todkranke Kinder ermutigen, auf verschiedene Art, ihre Empfindungen und Gedanken zu äußern. Durch Zeichnen und Malen, Puppen-und Rollenspiele, Musizieren und Schreiben in Form von angeleiteter, improvisierender Betätigung können die Ausdrucksmöglichkeiten des kranken Kindes erweitert werden. Kinder bedienen sich dabei einer besonderen, symbolhaltigen Sprache.

Fallbeispiel

Sprachsymbolik. Martina, ein 11-jähriges Mädchen, lag schwer krank auf der Intensivstation einer Kinderklinik. Zum Atmen benötigte sie zusätzlichen Sauerstoff.

Die Mutter besuchte das Kind jeden Tag. Sie spielte mit ihm, las ihm vor, machte ihm viele Geschenke und versuchte, es auf alle mögliche Weise abzulenken. Das alles aber entsprach offenbar nicht den Bedürfnissen der jungen Patientin. Martina hätte wohl gerne mit der Mutter auch einmal über ihre eigenen Sorgen gesprochen; aber die Mutter richtete es – ob bewusst oder unbewusst – immer so ein, dass es dazu nicht kam. Sie wusste über die lebensbedrohliche Erkrankung ihres Kindes Bescheid, war aber noch nicht bereit, diese zu akzeptieren. Sie hatte bereits ihren Ehemann verloren, der sie wegen einer anderen Frau verlassen hatte. Und jetzt sollte sie auch das Letzte, was ihr geblieben war, hergeben, ihr eigenes Kind!

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

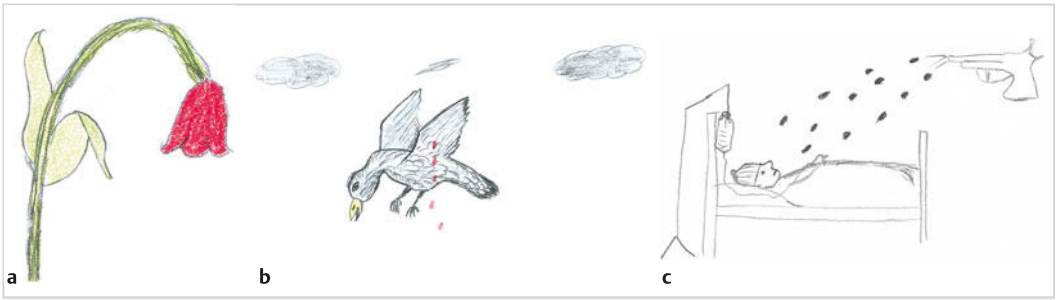


Abb. 24.14 Kinder geben in symbolhaften Bildern ihrem Wissen um das Sterben Ausdruck.

Martina hatte sich auf der Station mit Pflegefachkraft Klara angefreundet. Weil das Mädchen spürte, dass es mit der Mutter nicht sprechen konnte, suchte sie sich in ihr eine Art Ersatzmutter, mit der sie über alles reden konnte. Eines Nachts, als Klara wieder einmal in das Zimmer kam, stellte das Mädchen ihr eine sonderbare Frage: „Was wird passieren, wenn ich hier liege, und es bricht ein Feuer aus?“ Die Pflegefachkraft reagierte spontan, wie wohl jeder auf eine solche Frage reagiert hätte: „Du brauchst dir keine Sorgen zu machen; es ist doch niemand hier im Zimmer, der ein Feuer machen könnte.“ Und damit verließ sie das Zimmer.

Vor der Türe gab ihr die seltsame Bemerkung doch zu denken. Was hatte die Patientin eigentlich damit gemeint? Wollte Sie vielleicht jetzt über ihr Sterben sprechen? Nach langem Zögern kehrte sie in das Zimmer zurück und fragte: „Martina, was hast du eben mit dem Feuer im Zimmer gemeint?“

Darauf fing das junge Mädchen an zu weinen und die erfahrene Pflegefachkraft tat, was man eigentlich nicht tun darf: Sie legte sich zu dem Kind und fragte nur: „Glaubst du, dass dir das ein wenig hilft?“

Martina nickte nur, weinte weiter, beruhigte sich aber doch nach einiger Zeit und sagte dann: „Ich weiß genau, dass ich sterben muss und ich wollte einfach vorher mit einem Menschen darüber reden.“ Klara nahm sich Zeit, und Martina konnte sagen und fragen, was sie nur wollte und was sie bedrückte. Zum Schluss sagte sie beim Abschied: „Wenn ich doch nur einmal so mit meiner Mutter reden könnte.“ Dieses war offenbar ihr Hauptproblem.

Sterbenskranke jüngere Kinder drücken sich vor allem malend oder spielend in einer symbolischen, nonverbalen Sprache aus. Sie geben in ihren Bildern und Spielen, Gedichten und Briefen in symbolhaltiger Sprache Hinweise darauf, dass sie sich innerlich mit ihrem Kranksein und Sterben beschäftigen: Angst vor Feuer, eine verwelkende Blume, ein abstürzender Vogel, ein kriegerischer Angriff (▶ Abb. 24.14).

Ehrlich sein

Fallbeispiel

Fehlende Ehrlichkeit. Friedrich ist 11 Jahre alt. Er ist an einem Gehirntumor erkrankt. Er beklagt sich bei seinem Arzt über das Schweigen der Eltern: „Die sagen mir nichts. Aber ich weiß, ich habe einen Tumor. Ich muss sterben.“

Wer mit der Aufgabe beginnt, Kinder mit unheilbaren Krankheiten zu begleiten, kann sich nicht in allen Einzelheiten rezeptartig vorbereiten, aber er kann sich dabei von Aufrichtigkeit und Liebe leiten lassen und sich darin üben. Kinder bemerken schon an kleinen Verhaltensänderungen, wie dem Schweigen und den Täuschungen der Eltern, an der neuen Neigung zum Verwöhnen, Schonen und Abschirmen, dass etwas nicht stimmt. Sie ahnen Vieles und kennen ihren Zustand oft besser als die Menschen um sie herum ahnen.

Eine Begleitung der Eltern, die durch Ehrlichkeit und Zuwendung gekennzeichnet ist, wirkt sich positiv auf das kranke Kind aus, es gibt ihm eine gewisse Sicherheit in einem von Unsicherheit geprägtem Lebensabschnitt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Das Kind integrieren

Auf der Station sollte dem Kind, soweit das möglich ist, Alltäglichkeit erhalten bleiben, indem keine Isolierung erfolgt. Die Integration des sterbenden Kindes in das stationäre Gruppenleben kann durch aktive Rollenzuweisung an das Kind gefördert werden, sofern sie dessen Bedürfnissen entsprechen.

Dem Kind kommt es zugute, wenn einige Gewohnheiten, die zu seinem häuslichen Leben gehörten, in der Klinik aufrechterhalten bleiben, z. B. Einschlafrituale. Es braucht persönliche Gegenstände, die seine Selbstsicherheit unter den neuen Lebensbedingungen stützen und Geborgenheit vermitteln (▶ Abb. 24.15): das Kuscheltier, eine besondere Decke, Lieblingsbücher, den Tennisschläger und anderes, was die Phantasie und Organisationsfähigkeit des Pflegeteams herausfordert.

Fallbeispiel

Integration. Jani, 12 Jahre alt, liegt wegen Lungenmetastasen auf der Intensivstation. Neben ihrem Bett in Höhe des Kopfteils steht neben dem Tropfständer ein Notenständer mit aufgeschlagenen Noten. Im Bett liegt eine Klarinette neben ihr. Es war Janis größter Wunsch, diese geliebten Gegenstände bei sich zu haben.

Das Sterben ist auf den Normalstationen der Kinderkrankenhäuser selten geworden. In den Spezialabteilungen für Onkologie und chronische Krankheitsverläufe ist die Begleitung von sterbenskranken Kindern ein grundsätzliches Thema, das zusätzliche Schulung und Erfahrung verlangt.

Weil der Tod oft überraschend eintritt (Sepsis, Erstickung, hochakute Infektionen wie eitrige Hirn- und Hirnhautentzündung, Unfälle und Vergiftungen), ist in vielen Fällen im Akutkrankenhaus eine Begleitung des Kindes fast nicht mehr möglich. Dann ist zumindest die Begleitung der Eltern auch nach dem Tod des Kindes erforderlich.

▶ **Literaturhinweis.** „Oskar und die Dame in Rosa" von E. E. Schmitt (Frankfurt: Fischer) ist durchaus als Klassenlektüre zum Thema „Kind und Tod" zu empfehlen.



Abb. 24.15 Kleiner Begleiter, mutig und tröstend *(Symbolbild)*. (Foto: Gina Sanders – stock.adobe.com)

Aufgabe

12 Über welche Entwicklungsstufen bildet sich das Verständnis des Kindes für Tod und Sterben?
13 Wie können unheilbar kranke Kinder ermutigt werden, ihr Erleben zu äußern?
14 Welche Möglichkeiten der Begleitung sterbender Kinder haben Pflegende im Allgemeinkrankenhaus?

24.9.3 Palliative Care für Kinder

Aufgabe

15 Vergegenwärtigen Sie sich das Wissen über „Kinder im Krankenhaus (S. 272)" und über „Kind und Tod (S. 353)".

Die Grundgedanken der Palliativpflege (S. 350) gelten auch in der Kinderkrankenpflege. Ebenso können Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachkräfte eine Zusatzausbildung zur Palliativpflegefachkraft machen.

Definition

Kinderpalliativmedizin bedeutet die aktive Rundumbetreuung von Körper, Geist und Seele des Kindes und schließt die Unterstützung der Familie mit ein.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Sie beginnt mit der Diagnose der Krankheit und wird beibehalten, unabhängig davon, ob das Kind eine krankheitsbedingte Behandlung erhält oder nicht. Anbieter von Gesundheitsleistungen müssen die körperlichen, seelischen und sozialen Probleme des Kindes bewerten und lindern.

Wirksame Palliativmedizin erfordert einen breitgefächerten interdisziplinären Ansatz, der die Angehörigen mit einschließt und die verfügbaren regionalen Ressourcen nutzt. Sie kann erfolgreich eingesetzt werden, auch wenn die vorhandenen Möglichkeiten begrenzt sind.

Sie kann auch in wenig-spezialisierten Einrichtungen angewendet werden, so in Gesundheitszentren und selbst in Kinderheimen (WHO, 1998a).

Wie in der Palliativpflege für Erwachsene umfasst die Kinderpalliativpflege die Patienten und ihre Angehörigen, also Kinder und Jugendliche und ihre Familien. Dabei werden unheilbar kranke Kinder stationär oder ambulant versorgt. Es stehen regional Netzwerke von Kinderärzten, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachkräften, Mitarbeitern von Kinderhospizen, Palliativpflegefachkräften und Sozialdiensten zur Verfügung. Oft werden sie von fachlich fortgebildeten ehrenamtlichen Mitarbeitern unterstützt. Ein Team von Menschen verschiedener Berufsgruppen kümmert sich darum, dass für die Kinder eine möglichst gute Lebensqualität erreicht wird. Sie sollen sich ihren Bedürfnissen und Wünschen entsprechend wohlfühlen.

Aufgabe

16 Die Palliativpflege kümmert sich um das Kind als ganzen Menschen. In der WHO-Definition (S. 350) werden die körperlichen, seelischen und sozialen Probleme des Kindes angesprochen. Was können Palliativpflegefachkräfte im Einzelnen in diesen Bereichen für das Wohlbefinden des kranken Kindes tun?

24.9.4 Geschwister

Wenn in einer Familie ein Kind schwer erkrankt, verändert sich das familiäre Gleichgewicht. Die gewohnten Abläufe müssen neu organisiert werden. Die Sorge in der Familie absorbiert die Erwachsenen – äußerlich, wenn das Kind im Krankenhaus oder in einem Kinderhospiz ist, und innerlich, weil ihre Gedanken unaufhörlich um das kranke Kind kreisen.

Für die betroffenen Familien ist es gut, wenn Pflegefachkräfte darüber Kenntnisse haben, was Geschwisterkinder jetzt brauchen, um die Belastungen zu ertragen und zu verarbeiten. Sie können dann den Familien in einer Zeit voller körperlicher und psychischer Belastungen beratend zur Seite stehen.

Für eine gute Betreuung von Geschwistern unheilbar kranker und sterbender Kinder gilt allgemein, und jeweils dem Alter des Kindes angemessen, auf Folgendes zu achten:

- Das gesunde Kind (oder die Kinder) in das veränderte Familienleben einbeziehen, und an dem, was neu organisiert wird, teilhaben lassen.
- Für ausreichend Zuwendung sorgen, damit es sich nicht vernachlässigt fühlt; wenn nur wenig Zeit zur Verfügung steht, ganz präsent sein.
- Ehrlich und für das Kind verständlich über die Krankheit des Bruders oder der Schwester sprechen. Dabei auf die Fragen des Kindes achten und nur erklären, was es wissen will. Immer wieder Gelegenheiten zum Reden schaffen. Dem gesunden, wie auch dem kranken Kind Mut machen, Wünsche, Gefühle, Fantasien, Fragen zu äußern. Die beste Voraussetzung dafür ist ein sorgfältiges und geduldiges Zuhören.
- Möglichst viel „Alltagsnormalität“ beibehalten, zur Schule, in den Kindergarten gehen lassen, an gewohnten Freizeitaktivitäten teilnehmen lassen.
- Ermöglichen, dass ein Kontakt zum kranken Kind bestehen bleibt.

Eine gewissenhafte Palliativpflege spiegelt die hohe Wertschätzung wider, die Pflegende einem Kind in seiner letzten Lebenszeit und den ihm nahestehenden Menschen entgegenbringen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Kapitel 25

Seelsorge

25.1 Seelsorge ist auch Leibsorge *360*

25.2 Wer ist Seelsorger und wie geschieht Seelsorge? *360*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

25 Seelsorge

Examensschwerpunkte

Seelsorge ist auch Leibsorge (S. 360), Wer ist Seelsorger und wie geschieht Seelsorge (S. 360)

25.1 Seelsorge ist auch Leibsorge

Wer im Rahmen seiner Pflegetätigkeit auch seelsorgerlich handeln möchte, dem stellen sich möglicherweise Fragen wie „Was soll ich sagen?“, „Was kann ich tun?“.

Im diesem Kapitel wird beschrieben, wie Seelsorge geschieht und wie jeder Mensch Seelsorger sein kann und wie im Bereich der Alten- und Krankenpflege seelsorglich gehandelt werden wird.

Fallbeispiel

Notizen einer Krankenhausseelsorgerin am Ende eines Vormittags. „Hinter Frau S., die mehr mit den Händen auf den Handlauf gestützt als auf ihren schwachen Beinen geht, die Tür zur Toilette geschlossen. Für Herrn T. die Portionspackung Büchsenmilch geöffnet, weil diese so ungemein praktisch für zittrige Hände ist. Herrn K. geholfen, seinen unbeweglichen Rollstuhl zu verrücken, sodass er sein zwischen Fußteil und Tischbein eingeklemmtes Bein wieder frei bekam. Dem Praktikanten auf der Gruppe gesagt, dass Herrn G.s Auge schmerzt. Frau A.s Beine, die weit über das Schutzgitter zum Bett heraushingen, zurück gebettet, sie zugedeckt und das verschwitzte Gesicht abgewaschen. Krankenhausseelsorge? – Wo fängt die Seele an?“

Seelsorge heißt einem Menschen helfen, in einer schwierigen Zeit etwas leichter leben zu können, auch seine körperliche Not sehen und lindern, denn er ist Körper und Seele zugleich. Seelsorge ist auch Leibsorge und umgekehrt.

Seelsorge hat einen religiösen Hintergrund, gilt aber jedem Menschen unabhängig von seiner Religion. Die christliche Begründung von Seelsorge steht im Neuen Testament: „Was Ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, habt Ihr mir getan.“ (Mt. 25.40) Mit „geringsten Brüdern“ sind alle Menschen gemeint, unabhängig von Religion oder Konfession (▶ Abb. 25.1).

25.2 Wer ist Seelsorger und wie geschieht Seelsorge?

Jeder kann Seelsorger sein. Seelsorge geschieht quer durch alle Berufe: Pfarrer, Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte, ehrenamtlich tätige Mitarbeiter mit einer speziellen Ausbildung (z. B. Besuchsdienste), aber auch Mitarbeiter im Reinigungsdienst, in der Verwaltung, im technischen Bereich und Angehörige und Freunde werden zu Seelsorgern. Auch unter Bewohnern und Patienten geschieht Seelsorge.

Wo Pflege stattfindet, ist auch Raum für Seelsorge: in Einrichtungen der Altenpflege, in Krankenhäusern und im häuslichen Bereich.

Fallbeispiel

Schmerzen. Pflegefachkraft Konrad betritt das Zimmer von Herrn Ritter. Dieser ist schwer krank. Seine Haut ist gelb, elend und schmerzverzerrt liegt er im Bett. Er stöhnt bei jedem Ausatmen. Konrad spricht ihn an, berührt Herrn Ritter leicht an der Schulter: „Guten Abend, Herr Ritter. Ich bin es, Konrad. – Ich weiß nicht, ob sie mich hören können.“ Nach einer Pause fährt er fort: „Aber ich sehe, dass sie große Schmerzen haben und es Ihnen gar nicht gut geht.“ – Pause – „Wenn ich nur wüsste, was Ihnen wohltun könnte!“ Stöhnen und Schweigen füllen den Raum. Es kommt kein Zeichen von Herrn Ritter. Nach einer Weile legt Konrad ihm seine Hand auf den Bauch und fragt: „Sitzt da der Schmerz?“ Da fängt Herr Ritter an, ganz unverständlich zu sprechen. Konrad lässt seine Hand liegen, dann streicht er in ruhiger Bewegung hin und her – wie man einem Kind das Bauchweh wegstreichelt. Plötzlich sagt Herr Ritter im Rhythmus seines Atems: „Tut wohl“ – „tut wohl“ und immer wieder „tut wohl“. Er schläft ein. Konrad geht leise hinaus. Herr Ritter stirbt in dieser Nacht. Konrad hört noch lange sein „Tut wohl“.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 25.1 „Was Ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, habt Ihr mir getan." (Foto: K. Oborny, Thieme)

Seelsorge heißt:
- einen Menschen dort abholen, wo er ist; Herr Ritter war ganz in seinem Schmerz,
- Schmerzen lindern,
- einen Menschen trösten,
- wenn die Sprache der Worte versagt, die der Hände sprechen lassen (▶ Abb. 25.1).

Fallbeispiel

Fragen. Frau Rat macht heute einen Besuch bei ihrer Nachbarin Frau Studer. Diese ist vor 2 Tagen von der Strahlenklinik nach Hause entlassen worden, alles ging sehr schnell. Nun ist sie enttäuscht über Unwahrheit und mangelnde Aufklärung. „Geahnt habe ich es schon lange." Sie deckt sich auf und zeigt Frau Rat ihren Tumor. Die Krankheit ist weit fortgeschritten. „Ich habe Krebs", sagt sie, dabei schaut sie selbst hin, um das fassen zu können und sie hört ihren eigenen Worten nach, diesem schweren Satz, der wie ein Urteil klingt und tausend Fragen beinhaltet. „Andere sind noch jünger", versucht sie sich zu trösten; zu verstehen ist es nicht. Warum? Warum? Vor ihrer Nachbarin breitet sie ihre Fragen aus, ihre Antworten, ihr Schweigen. Auf einmal befinden sich beide Frauen auf der Suche nach Antwort, auf der Suche nach Trost. Sie können keinen Sinn sehen in dieser Krankheit, die schon eine so deutliche Sprache spricht.

Am nächsten Abend spricht Frau Rat bei Frau Studer ein Abendgebet. „Mein lieber Heiland, erbarme dich!" sagt Frau Studer in ihrer Sprache. Vom ersten Warum bis zu diesem Gebet liegt ein schwerer Weg hinter ihr.

Seelsorge heißt:
- gemeinsam mit dem Kranken eine Zeit lang ohne Antwort bleiben,
- gemeinsam als Fragende vor Gott stehen, denn die Fragen und Vorwürfe sind offen oder versteckt an Gott gerichtet,
- Fragen und Klagen aussprechen helfen,
- miteinander aushalten im Nicht-Verstehen, im Nicht-Wissen, ein Stück auf schwerem Weg mitgehen,
- als Wegzehrung alle Hoffnung bei sich haben, die einem der eigene Glaube gibt, z. B. das sichere Wissen, dass bei Gott nichts und niemand verloren geht, dass es keine Tränen, kein Leid, keine Fragen mehr geben wird, dass wir wissen werden, warum dies und das in unserem Leben uns so sinnlos erschien.

Fallbeispiel

Verletzungen. Frau M. war Gymnasiallehrerin. Vor 3 Jahren begann ihr Ruhestand. Seitdem betreut sie ehrenamtlich die Patientenbibliothek eines Krankenhauses. Wie üblich fährt sie eines Nachmittags mit ihrem beladenen Bücherwagen den Gang entlang. Während sie auf den Aufzug wartet, kommt Auszubildende Tatjana vorbei. Sie kennen und begrüßen sich. „Ich hatte gestern meinen ersten Tag im Kreißsaal", beginnt die junge Frau und schon kommen ihr die Tränen. „Ich konnte nicht mehr gestern Abend, mehr hätte ich nicht geschafft. Ich habe so etwas noch nie gesehen; ein Mann wurde schneeweiß, er griff dem Arzt in die Hände." Unter Schluchzen schildert sie in drastischen Worten ihre Erlebnisse: „Ich bin froh, dass ich nicht schwanger bin, sonst hätte ich jetzt Angst." Beim Zuhören gehen Frau M. Fragen durch den Kopf: „Wie wird man mit solchen Eindrücken fertig? Wohin mit solchen Bildern, die die Seele so lange festhält? Wohin mit solchen Worten, die im Gedächtnis nicht so leicht zu löschen sind?" Als der Aufzug sich öffnet, schiebt Frau M. umständlich den Wagen hinein, hält damit die Tür noch einen Moment offen. In aller Kürze wünscht sie Tatjana, dass sie so etwas nicht so bald wieder erleben muss, und sie wünscht ihr bald etwas Routine, dass manches ein wenig leichter geht. In Wirklichkeit wünscht sie für Tatjana einen Schutzengel, der Augen und Ohren bewahrt, dass sie keinen Schaden nimmt und ihre fröhliche Art beibehält.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 25.2 Zu einer guten zwischenmenschlichen Beziehung gehört persönliches Interesse an einem Menschen. (Foto: K. Oborny, Thieme)

Seelsorge heißt:
- auch wenn wenig Zeit zur Verfügung steht, im Moment einer Begegnung ganz präsent sein (▶ Abb. 25.2),
- Gutes für jemanden wünschen.

Fallbeispiel

Schuld. Frau A. ist 84 Jahre alt und lebt in der Seniorenresidenz einer Kleinstadt. Heute erwartet sie Herrn Mertens, den neuen Pfarrer, der zweimal in der Woche ins Haus kommt. Sie fühlt, dass ihr nicht mehr allzu viel Lebenszeit bleibt und ist fest entschlossen, einmal auszusprechen, was sie bedrückt.

Ja, sie ist ein wenig aufgeregt. Pfarrer Mertens kommt und Frau A. fasst nach kurzer Zeit Vertrauen zu ihm. Es fällt ihr nicht schwer, was sie sich vorgenommen hat, auszuführen: „Ich hätte mich um das Enkelkind kümmern müssen, ich habe es nicht getan. Gewiss, es gab gute Gründe, aber ich hätte mich kümmern müssen. Das Kind wurde versorgt, aber es war behindert. Das war die Strafe für mein Versagen." Herr Mertens versteht noch nicht ganz die Zusammenhänge, aber er spürt, wie sich Frau A. mit dem Gedanken an eine Schuld quält. Von Vergebung möchte sie zunächst nichts hören. „So leicht ist das nicht mit der Vergebung." Da stimmt der Pfarrer zu: „Nein, Gott ist das sicher nicht leichtgefallen, für alle Menschen Vergebung durchzusetzen. Und oft ist es nicht leicht, für möglich zu halten, dass einem eine Schuld wirklich vergeben wird." Die beiden kommen ins Gespräch. Sie haben den Eindruck, dass es noch vieles zu reden gibt und vereinbaren, ihre Treffen fortzusetzen.

Seelsorge heißt:
- von Gott erzählen; er straft kein Kind für die Schuld einer Großmutter; so ist er nicht,
- erzählen, dass Gott größer ist als unser Herz und größer ist als unser Gewissen, wenn es uns verurteilt; so steht es in der Bibel,
- von Gott erzählen in unserer Sprache, die oft zu eng ist, um alles auszudrücken.

Aufgabe

Lesen Sie die Ausführungen zum Thema „Trösten (S. 345)".

Fallbeispiel

Schweigen. Pflegefachkraft Vera hat den Nachtdienst auf der Intensivstation begonnen. Beim Übergabegespräch hat sie sich ein Bild von den Patienten gemacht, die heute Nacht intensivmedizinisch versorgt werden. Jetzt geht sie von Patient zu Patient. Da liegt ein junger Mann, groß, blond, von der Sonne gebräunt, ein Ohrring im linken Ohr. Wie erstarrt stehen Frau und Herr K., die Eltern, rechts und links vom Bett. Vera stellt sich vor, man begrüßt sich, steht eine Weile beieinander, es gibt gerade nichts zu tun. Jeder hängt seinen Gedanken nach. Einzelne Worte bleiben einsam und verloren im Raum. Das Schweigen ist stärker. Mutter und Vater können jetzt nicht reden, auch nicht hören; sie sind ganz auf das konzentriert, was hier passiert: Peter, ihr Sohn, 22 Jahre alt wird sterben. Vera fragt, ob sie etwas für sie tun kann, ob sie schon mit dem Arzt sprechen konnten. Einsilbig antworten sie. Dabei können sie ihren Blick kaum von dem Jungen lösen.

Bevor Vera am Morgen nach Hause geht, kann sie noch mit Dr. Böhme, dem behandelnden Arzt, sprechen: „Gibt es eine Chance für ihn?" fragt sie. „Er ist jung und stark," ist die Antwort, „wenn nur die Niere mitmachen würde …"

Auf dem Heimweg sind Veras Gedanken bei dem jungen Patienten: „Wenn nur die Angehörigen noch etwas Zeit bekommen würden, um das Schlimme fassen zu können!"

Am nächsten Abend: Peter ist noch da, er lebt. Als die Eltern erscheinen, gibt es wieder eine kurze Begrüßung; es gibt nicht viel zu reden. Alles ist unwichtig, belanglos vor der einen Frage: Leben oder Tod? Vera bleibt mit den Eltern am Bett ste-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

hen. „Seine Schwestern wollen nicht mehr kommen“, sagt Frau K., „es ist zu schwer!“. Die Eltern streicheln den Sohn, halten seine Hände. Tränen stehen in den Augen, aber sie fließen nicht. Kein Weinen, kein Schluchzen, kein Klagen, stumm sind sie, sprachlos vor Schmerz.

Am nächsten Tag treffen sie wieder Vera bei ihrem Sohn. Irgendwie fassen sie Vertrauen zu ihr. Sie erzählen von Peter, von seinen Freunden, von seiner Fröhlichkeit. Vera bleibt. Ein wenig von der Starrheit löst sich und dann schweigen sie wieder. Dieses Mal hat Vera mit ihren Tränen zu kämpfen: der gefährliche Gedanke „wenn es mein Sohn wäre“ bedrängt sie.

Und dann, als Vera zum Dienst kommt, ist Peter gerade verstorben. Jetzt sind auch seine Schwestern da. Wie erstarrt stehen sie am Bett, jede für sich, so alleine. Die Eltern nehmen sich in den Arm, stehen da, sprach- und hilflos, still. Plötzlich wendet sich die Mutter ab und schreit: „Nie mehr! Nie mehr!“ Vera tritt zu ihr, hält sie einen Moment, sie tut ihr so leid. Der Vater nimmt die Töchter in die Arme. Gemeinsam treten sie wieder ans Bett und nun beginnen sie zu reden, dass er es jetzt geschafft hat, dass diese Woche sehr schwer für sie war, was jetzt weiter mit ihm geschieht. Die Familie wirkt gelöster, sie reden und können ihren Schmerz äußern.

Merke

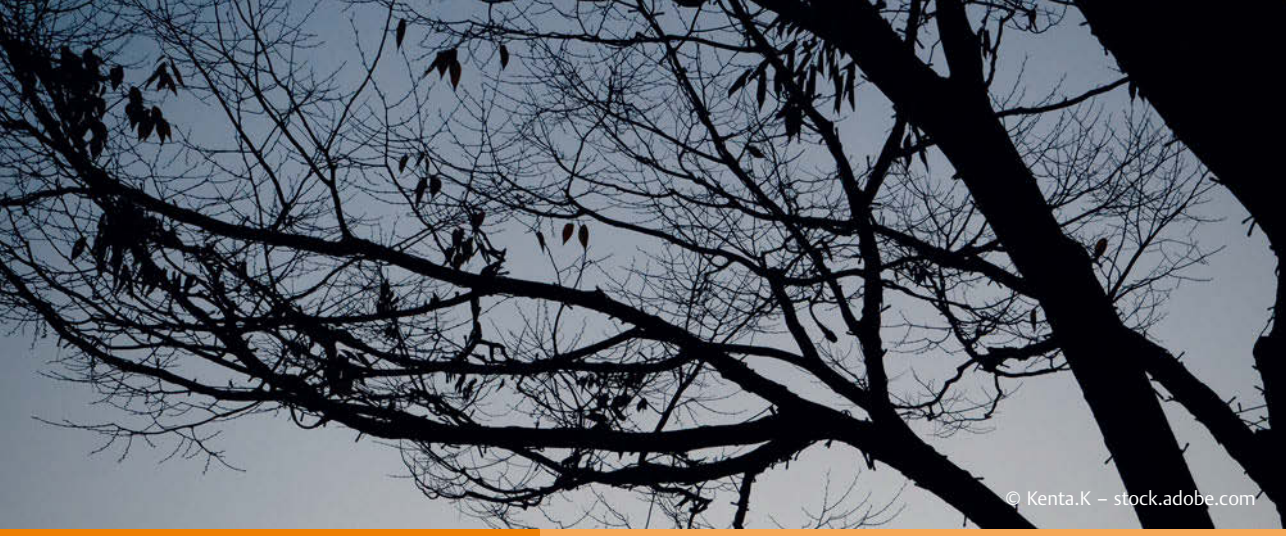
Seelsorge heißt:
- nicht weglaufen, dableiben,
- warten, bis Nähe wächst, manchmal Schweigen und Sprachlosigkeit aushalten,
- auch bei anhaltendem Schweigen sich zu Verfügung halten, bereit sein zum Reden,
- trösten und Trost brauchen, auch für die eigene Seele sorgen,
- geduldig sein.

Viele Pflegesituationen fordern zu seelsorgerlichem Handel auf. Seelsorge geschieht auf der Grundlage von Geduld und Vertrauen.

„Was muss ich tun?“ fragte der kleine Prinz. „Du musst sehr geduldig sein“, antwortete der Fuchs. „Du setzt dich zuerst ein wenig abseits von mir ins Gras. Ich werde dich so verstohlen, so aus dem Augenwinkel heraus anschauen, und du wirst nichts sagen. Die Sprache ist die Quelle aller Missverständnisse, aber jeden Tag wirst du dich ein bisschen näher setzen können ...“ (Antoine de Saint-Exupéry)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Kapitel 26

Suizid

26.1 Auf dem Weg zum Thema *366*

26.2 Zahlen und Fakten *366*

26.3 Suizidformen und suizidale Entwicklung *368*

26.4 Suizidalität und Prävention *370*

26.5 Suizidversuche in der Einrichtung – Krisenintervention und Nachsorge *371*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

26 Suizid

„Es ist besser, ein einziges kleines Licht anzuzünden, als die Dunkelheit zu verfluchen." (Konfuzius)

Examensschwerpunkte

Zahlen und Fakten (S. 366), Suizidformen und suizidale Entwicklung (S. 368), Suizidalität und Prävention (S. 370), Krisenintervention und Nachsorge (S. 371)

26.1 Auf dem Weg zum Thema

Definition

Unter **Suizid** wird die absichtliche Vernichtung des eigenen Lebens mit tödlichem Ausgang verstanden.

Sind Menschen in einer Krise, in der sie keinen Ausweg mehr sehen, kann es zu Suizidgedanken, zu Suizidversuchen oder sogar zur vollendeten Durchführung eines Suizids kommen.

Wie verzweifelt muss ein Mensch sein, um den Entschluss zu fassen sein Leben zu beenden. In Situationen, in denen Menschen einen Suizid begehen, stehen sie vor subjektiv nicht lösbaren, ausweglosen Problemen. Solche subjektiv ausweglosen Situationen erleben auch Menschen im Krankenhaus oder in Pflegeheimen. Ob die Lage auch objektiv ausweglos ist, sollte hinterfragt werden. Hier den richtigen Ansprechpartner zu finden, kann Leben retten.

26.2 Zahlen und Fakten

Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes starben im Jahr 2015 in Deutschland 10 078 Menschen durch Selbsttötung (davon 7 397 Männer und 2681 Frauen). Diese hohe Zahl der Suizidtoten ist in der Öffentlichkeit kaum bekannt. Wie hoch dieser Anteil ist, wird deutlich, wenn man die im gleichen Zeitraum erhobene Zahl von 3 573 Toten durch Verkehrsunfälle gegenüberstellt. Etwa einer von 90 Todesfällen geschieht durch Suizid.

In Deutschland nimmt sich im Durchschnitt alle 52 Minuten ein Mensch das Leben. Betrachtet man den Zeitraum von 1980 bis in die frühen 2000er war die Gesamtzahl der Suizide insgesamt deutlich rückläufig (▶ Abb. 26.1). Dieser deutliche Rückgang der Suizide ist unter anderem auf die Fortschritte in der Behandlung von depressiven Störungen sowie in der Notfall- und Intensivmedizin zurückzuführen. Dieser Trend zeigt sich auch in anderen europäischen Ländern, nicht jedoch weltweit.

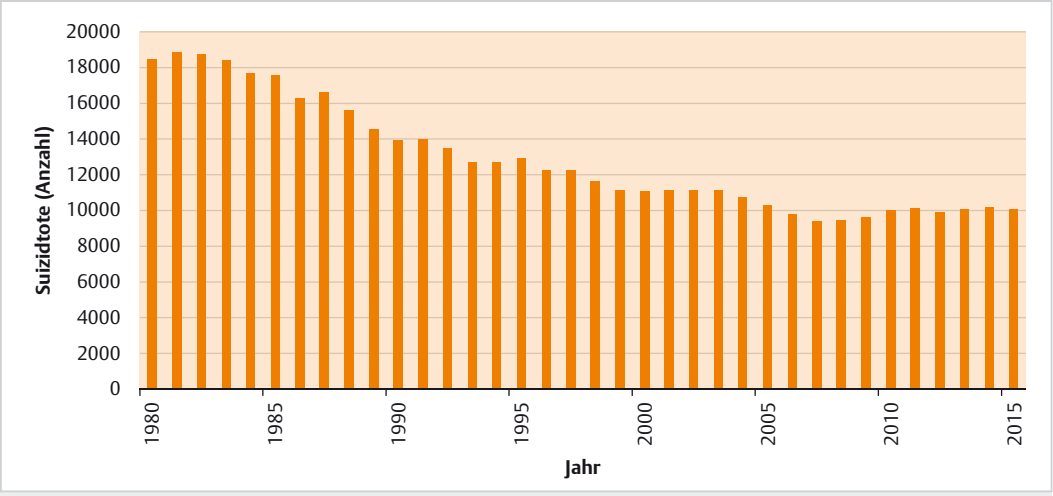


Abb. 26.1 Anzahl der Suizide zwischen 1980 und 2015 in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2018).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Im Jahr 2007 gab es die wenigsten Suizide. In den Folgejahren ist insgesamt wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen (▶ Abb. 26.1). Dieser ist unter anderem auf die demografische Entwicklung zurückzuführen, da mit der Zunahme der älteren Bevölkerung auch die Suizidrate steigt.

Insgesamt sind Statistiken über Suizide vorsichtig zu bewerten, da es eine hohe Dunkelziffer gibt. Es gibt viele Todesfälle bei älteren Menschen, die nicht näher untersucht werden. Bei manchen Verkehrs- oder Drogentoten ist nicht zu erkennen, ob suizidale Absicht vorlag.

Laut WHO (World Health Organization) nehmen sich jährlich ca. 8 00000 Menschen weltweit das Leben. Bei den 15- bis 29-Jährigen ist der Suizid die zweithäufigste Todesursache (WHO, 2018).

▶ **Vergleich Männer und Frauen.** Insgesamt begehen Männer etwa 3-mal so häufig einen vollendeten Suizid wie Frauen (Statistisches Bundesamt). Das begründet sich sowohl in den Motiven als auch in der Wahl der Methode. Während Frauen häufiger als Männer einen Suizidversuch begehen, um auf ihre Notlage aufmerksam zu machen und somit öfter Methoden mit Rettungsmöglichkeit wählen, steht bei Männern häufig die Selbsttötung als eigentliche Absicht hinter der Tat. Dementsprechend werden Methoden gewählt, die weniger Rettungsmöglichkeiten offenlassen. Ähnliches gilt für Menschen im höheren Lebensalter. Auch hier werden meist „endgültige“ Methoden gewählt.

▶ **Suizidmethoden.** Die häufigste Methode bei den vollendeten Suiziden ist bei Männern und Frauen das Erhängen (etwa die Hälfte aller Suizide), an 2. Stelle stehen Vergiftungen, gefolgt von Stürzen aus großer Höhe, Schusswaffengebrauch und „Sich-überfahren-lassen".

▶ **Suizidversuche.** Suizidversuche werden aus datenschutzrechtlichen Gründen in Deutschland nicht mehr erfasst. Angaben zu ihrer Häufigkeit beruhen heute lediglich auf Schätzungen durch wissenschaftliche Studien. Insgesamt geht man in der Bevölkerung von etwa 10 Suizidversuchen auf einen vollendeten Suizid aus. Das heißt Versuche sind etwa 10-mal so häufig wie der tatsächlich tödlich ausgehende Suizid. In der Bevölkerung kommen bei Männern auf einen vollendeten Suizid ca. 5,5 Suizidversuche, bei Frauen ca. 18 Suizidversuche (Statistisches Bundesamt).

Bei den über 75-Jährigen verändert sich dieses Verhältnis auf etwa 2 : 1, das heißt auf 2 Suizidversuche kommt eine vollendete Selbsttötung. Die Tötungsabsicht scheint somit im höheren Lebensalter ausgeprägter zu sein.

Dies zeigt sich auch in den besonders hohen Suizidraten der älteren Menschen: Mehr als 40 % aller Suizide werden von den über 60-Jährigen begangen (hinzukommt, dass diese Altersgruppe die höchste Dunkelziffer hat). Das durchschnittliche Alter eines durch Suizid gestorbenen Menschen ist in den letzten Jahren insgesamt gestiegen. Betrachtet man die Geschlechter getrennt, wird deutlich, dass sich das Durchschnittsalter der Frauen, die Suizid begehen seit dem Jahr 2000 kaum verändert hat und bei 58 Jahren liegt. Das Alter der Männer stieg im selben Zeitraum stetig an, von durchschnittlich 52 im Jahr 2010 auf 57 im Jahr 2015.

▶ **Methoden bei Suizidversuchen.** Bei beiden Geschlechtern ist die häufigste Vorgehensweise bei einem Suizidversuch die Vergiftung, gefolgt von Schnittverletzungen und Stürzen aus großer Höhe. Insgesamt ist davon auszugehen, dass 10–20 % der Menschen nach einem Suizidversuch irgendwann einen weiteren Versuch mit tödlichem Ausgang begehen werden. Umgekehrt bedeutet das aber auch, dass 80–90 % der Menschen, die einen Suizidversuch überleben, sich schließlich doch für das Weiterleben entscheiden (Statistisches Bundesamt).

▶ **Risikogruppen.** Es gibt Menschen, die in Situationen mit erhöhter Suizidgefahr leben. Man spricht hier von Risikogruppen:

- **Gruppe psychisch Kranker:** Die meisten Menschen, die einen Suizid begehen, gehören zur Gruppe der psychisch Kranken. Vorwiegend handelt es sich dabei um Menschen mit Depressionen, um Suchtkranke (Alkoholiker, Medikamenten- oder Drogenabhängige) oder um Menschen mit Psychosen (▶ Abb. 26.2).
- **Krisengruppe:** Suizidgefährdete Menschen in besonderen Lebenskrisen werden als Krisengruppe bezeichnet. Solche Lebenskrisen können Trennungen, Verluste, Ablösungsprozesse, Isolation und zunehmende Hilfebedürftigkeit sein, ebenso wie Versagensängste im Zusammenhang mit Leistungsdruck, Mobbing oder Existenzängsten. Auch Patienten mit chronischen Erkrankun-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 26.2 Zu den Menschen mit hohem Suizidrisiko gehören Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. (Foto: Lee O'Dell, Fotolia.com)

gen und Schmerzpatienten zählen zur Krisengruppe. Ebenso kann der Einzug in ein Pflegeheim durch die Verlustsituation und die Gefahr der Isolation eine solche Krise darstellen.

26.3 Suizidformen und suizidale Entwicklung

26.3.1 Suizidformen

Suizidversuche und Suizide sind sowohl in ihren Beweggründen, als auch in der Art ihrer Ausführung sehr unterschiedlich. Wer Patienten nach einem Suizidversuch begleitet, kann gezielt helfen, wenn er sich über die individuelle Situation detailliert informiert. So kann die Kenntnis über die Motive und über die Art und Weise, wie jemand versucht hat, seinem Leben ein Ende zu setzen, Hinweise enthalten, welche Bedeutung der Suizidversuch für ihn hat und welche Hilfe er braucht. Es werden verschiedene Arten von Suizid unterschieden:

- Pseudosuizid,
- Kurzschlusssuizid,
- Opfersuizid,
- Bilanzsuizid,
- erweiterter Suizid.

Pseudosuizide

Pseudosuizide stellen in erster Linie einen „Notruf", einen „Hilfeschrei" dar. Ein Mensch ist so verzweifelt, dass er auf diese Art auf seine Not aufmerksam macht. Pseudosuizide sind so angelegt, dass Rettungsmöglichkeiten eingeplant oder zumindest möglich sind.

Fallbeispiel

Pseudosuizid. Herr P. wurde von seiner Frau verlassen. Nach verschiedenen verzweifelten Versuchen, sie zurückzugewinnen, schreibt er einen Abschiedsbrief und schluckt am Morgen, kurz vor Beginn seiner Arbeit, einige Schlaftabletten. Als er in der Arbeit vermisst wird, wird seine Frau angerufen, um nach ihm zu sehen. Damit konnte Herr P. rechnen, da dies schon früher der Fall war, wenn er nicht zur Arbeit erschien.

Kurzschlusssuizide

Von Kurzschlusssuizid wird gesprochen, wenn zwischen Entschluss und Tat maximal 6 Stunden liegen.

Fallbeispiel

Kurzschlusssuizid. Als Herr Müller montags zur Arbeit kommt, erfährt er, dass er fristlos gekündigt wird, weil er Geld unterschlagen hat. Herr Müller ist schockiert, er weiß keinen Ausweg aus der Situation. Er geht direkt zum Bahnhof und beendet sein Leben, indem er sich vor einen Zug wirft.

Opfersuizide

Opfersuizide sind dadurch gekennzeichnet, dass die Absicht der Tat darin besteht, den Hinterbliebenen durch diese Selbsttötung zu helfen.

Fallbeispiel

Opfersuizid. Herr D. ist hoch verschuldet. Als ihm eine Räumungsklage für die Wohnung droht, nimmt er sich das Leben. Er hofft, dass es seiner Familie durch den Erhalt seiner Lebensversicherung dann besserginge.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Bilanzsuizide

Wird der Suizid nach gründlicher Bilanzierung des bisherigen Lebens und Abwägung der möglichen Zukunftsperspektiven durchgeführt, spricht man von Bilanzsuizid. Am häufigsten ist diese Suizidform bei älteren Menschen und chronisch kranken Patienten. Bilanzsuizide sind so geplant, dass i. d. R. keine Rettungsmöglichkeiten vorhanden sind.

Fallbeispiel

Bilanzsuizid. Herr J. leidet unter Lungenkrebs im Endstadium. Er weiß, dass seine Lebenszeit sehr begrenzt ist, und er das Krankenbett nicht mehr verlassen wird. Er geht davon aus, dass das Leben außer Schmerzen nichts mehr für ihn bereithält und beschließt, sein Leben zu beenden.

Erweiterter Suizid

Bei einem erweiterten Suizid gehen der Selbsttötung ein oder mehrere Tötungen voraus. Dabei handelt es sich oft um Familiendramen, bei denen ein Elternteil die Kinder und oft auch den (ehemaligen) Ehepartner tötet bevor es sich selbst das Leben nimmt. Auch bei Amokläufen handelt es sich häufig um einen erweiterten Suizid.

26.3.2 Suizidale Entwicklung (nach Pöldinger)

Bis es zu einem Suizidversuch kommt, hat der Betroffene meistens verschiedene Phasen durchlaufen (nach Pöldinger; Quelle: Amberger u. Roll: Psychiatriepflege und Psychotherapie, 2010). Man spricht hier von den „Phasen suizidaler Entwicklung". Dazu gehören:

- **Phase 1:** Erwägung,
- **Phase 2:** Abwägung (Ambivalenz),
- **Phase 3:** Entschluss,
- **Phase 4:** Tat.

► **1. Erwägung.** Inmitten einer Krise wird die Selbsttötung als mögliche Problemlösung in Betracht gezogen. Meist ist diese Phase gekennzeichnet durch angestaute Aggressionen zum Teil auch mit Tendenzen zu Autoaggression, also zu Aggressionen, die der Mensch gegen sich selbst richtet. In dieser Phase sind Menschen besonders sensibel für Suizide in ihrer Umgebung. Nachrichten über Suizidereignisse werden aufmerksam wahrgenommen und in eigene Überlegungen miteinbezogen.

► **2. Abwägung.** In dieser ambivalenten Phase findet ein Kampf zwischen selbsterhaltenden und selbstzerstörenden Kräften statt. Der Mensch ist hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch zu leben und dem Wunsch, allen Problemen ein Ende zu setzen. Argumente für und gegen einen Suizid werden abgewogen: Was spricht dafür weiterzuleben, was spricht für die Beendigung dieses Lebens (► Abb. 26.3).



Abb. 26.3 Im Verlauf der suizidalen Entwicklung kommt es zur Abwägung der Gründe für oder gegen einen Suizid.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

▶ **3. Entschluss.** Diese Phase wird auch als „Ruhe vor dem Sturm“ bezeichnet. Der Mensch ringt nicht mehr mit sich, die Entscheidung ist gefallen. In dieser Phase scheint der Mensch sich beruhigt zu haben, er spricht nicht mehr davon, wie sinnlos das Leben für ihn ist. Angehörige atmen in dieser Zeit oft fälschlicherweise auf. Alles ist nur noch eine Frage der Zeit, der Planung und der Durchführung. Um in dieser Phase Hinweise auf eine bestehende Suizidalität zu bekommen, ist es sinnvoll zu fragen: „Warum wollen Sie weiterleben?“ Gibt er darauf keine Antwort, kann dies ein Hinweis auf das Weiterbestehen einer akuten Suizidgefahr sein.

▶ **4. Tat.** Die Phasen des Abwägens, des Hin- und Hergerissenseins, des Entschlusses und der Planung eines Suizidversuchs können sich über unterschiedlich lange Zeiträume erstrecken. Sie gestalten sich mehr oder weniger im Verborgenen, sodass niemand etwas bemerkt, oder öffentlich, sodass sich später Menschen aus dem Umfeld Vorwürfe machen: „Hätten wir seine Andeutungen doch nur ernst genommen!“ Sind die vorausgehenden Phasen abgeschlossen, kann es zur Durchführung kommen.

26.4 Suizidalität und Prävention

Merke

Einer der wesentlichen Gründe für den Suizid ist das Nichtreagieren der Umwelt auf eine Krise.

▶ **Anzeichen erkennen.** Immer wieder wird diskutiert, ob Suizide vorhersehbar oder zumindest zu erahnen sind. Diese Frage bleibt strittig, da es Situationen gibt, in denen Angehörige im Nachhinein solche Anzeichen sehen, genauso wie es Angehörige gibt, die ein solches Geschehen für absolut unvorhersehbar halten. Sicher ist jedoch, dass es oft Alarmsignale gibt, bei denen Angehörige oder Pflegende aufhorchen sollten. Dazu gehören:

- Isolierung oder Rückzug,
- Aufgeben von Interessen und bisherigen Aktivitäten,
- Aggressionsstau, z. T. mit Autoaggression,
- Selbsttötungs- und Katastrophenfantasien.

Außerdem gilt es, jede Ankündigung eines Suizids, jede Drohung ernst zu nehmen. Je konkreter die Vorstellungen über den Suizid sind, umso gefährlicher ist die Situation einzuschätzen. Das Verschenken persönlicher Gegenstände, Abschiedsbriefe, vorangegangene Suizidversuche oder Selbstschädigungen sind deutliche Signale. Die Biografie und die Lebenssituation des Betroffenen beinhalten fast immer Anzeichen: familiäre Schwierigkeiten, fehlende Kontakte oder finanzielle und berufliche Probleme. Auch an diesen anzusetzen ist Prävention.

▶ **Fragebogen.** Zusätzlich zu Gesprächen und einer detaillierten Beobachtung des suizidalen Menschen stellt die Nurses-Global-Assessment-of-Suicide-Risk-Skala (NGASR) ein gutes Instrument zur Einschätzung der Suizidalität dar (▶ Tab. 26.1).

Tab. 26.1 Liste der Risikofaktoren der NGASR-Skala.

Risikofaktoren	Punkte
Vorhandensein/Einfluss von Hoffnungslosigkeit	3
kürzliche, mit Stress verbundene Lebensereignisse, z. B.: Verlust der Arbeit, finanzielle Sorgen, schwebende Gerichtsverfahren	1
deutlicher Hinweis auf Stimmenhören/Verfolgungsideen	1
deutlicher Hinweis auf Depression, Verlust an Interesse oder Verlust an Freude	3
deutlicher Hinweis auf sozialen Rückzug	1
Äußerung von Suizidabsichten	1
deutlicher Hinweis auf einen Plan zur Suizidausführung	3
Familienvorgeschichte von ernsthaften psychiatrischen Problemen oder Suizid	1
kürzlicher Verlust einer nahestehenden Person oder Bruch einer Beziehung	3
Vorgeschichte von Psychose	1
Witwe/Witwer	1
frühere Suizidversuche	3
Vorgeschichte schlechter sozioökonomischer Verhältnisse	1
Vorgeschichte von Alkohol- oder anderem Substanzmissbrauch	1
Bestehen einer terminalen Krankheit	1
mehrere psychiatrische Hospitalisationen in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der Entlassung	1
Interpretationsempfehlung: 0–5 Punkte = geringes Risiko, 6–8 Punkte = mäßiges Risiko, 9–11 Punkte = hohes Risiko, 12 und mehr Punkte = sehr hohes Risiko.	

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

1 Frau Arlt, 76 Jahre, ist nach dem Tod ihres Mannes vor 3 Monaten in das Pflegeheim eingezogen, in dem Sie als zuständige Wohnbereichsleitung arbeiten. In der Anamnese findet sich eine 10 Jahre zurückliegende Alkoholabhängigkeit und ein zu dieser Zeit erfolgter Suizidversuch. Ein Bruder starb durch Suizid.

Seit dem Einzug hat Frau Arlt kaum Kontakte geknüpft, in den letzten Tagen begibt sie sich zu den Mahlzeiten nicht mehr in den Speisesaal. Sie äußert immer wieder den Wunsch, ihrem Mann zu folgen und dass hier alles keinen Sinn mehr hätte.

a) Schätzen Sie das Suizidrisiko aufgrund der im Text genannten Informationen anhand der NSGAR-Skala ein.
b) Welche Informationen benötigen Sie noch, um zu einer exakteren Einschätzung anhand der NSGAR-Skala zu kommen? Formulieren Sie Fragen, die Sie Frau Arlt stellen sollten.

► **Schmerztherapie.** Erfahrungen mit chronisch Kranken zeigen, dass der Wunsch das Leben zu beenden, eng mit vorhandenen Schmerzen zusammenhängt. Bei gelungener Schmerztherapie lassen diese Gedanken meist nach oder verschwinden vollkommen.

► **Tragfähige Beziehung.** Eine tragfähige Beziehung ist eine gute Suizidprävention. Ebenfalls wichtig ist ein wertschätzender Umgang mit Förderung der Selbstständigkeit. Die Erreichbarkeit einer Bezugsperson kann entscheidend sein. Daher sollten möglichst konstant dieselben Pflegefachkräfte für suizidgefährdete Patienten zuständig sein. Die Patienten sollten informiert werden, wer auf der Pflegegruppe oder anderweitig zu erreichen ist. Im pflegerischen Umgang muss jede Schuldzuweisung vermieden werden, auch bei der ständig wiederholten Androhung eines Suizids darf nicht aggressiv reagiert werden, da dies autoaggressive Tendenzen fördern kann.

26.5 Suizidversuche in der Einrichtung – Krisenintervention und Nachsorge

Eine Situation, die sich kein Pflegender wünscht, ist, in ein Patientenzimmer zu kommen und zu sehen, wie ein Patient dabei ist, sein Leben zu beenden.

Wie so häufig, gibt es auch hierfür kein allgemeingültiges Rezept, jedoch gibt es einige Grundregeln für die Vorgehensweise:

1. Tat unterbrechen,
2. Patienten nicht alleine lassen,
3. Patienten psychologisch betreuen.

► **Tat unterbrechen.** Zunächst gilt es, die akute Gefahr zu entschärfen. Konkret heißt das, den Patienten zur Unterbrechung seiner Tat zu bringen. Sei es durch Ansprechen und langsames Näherkommen oder durch direktes Eingreifen. In unklaren Situationen sollte der Patient direkt auf sein Vorhaben angesprochen werden: „Haben Sie vor, sich das Leben zu nehmen?“

► **Patienten nicht alleine lassen.** In der akuten Situation darf der Patient keinesfalls alleine gelassen werden. Notfalls muss er die Pflegefachkraft begleiten, bis Unterstützung kommt. Schließlich muss der zuständige Arzt über eine Verlegung in eine schließbare, psychiatrische Abteilung entscheiden.

► **Patienten psychologisch betreuen.** In sehr direkten Gesprächen mit dem Menschen soll die Suizidabsicht formuliert und die Hintergründe angesprochen werden. Tabuthemen sollte es in diesen Gesprächen nicht geben. Krisenauslöser müssen erkannt und psychische Verletzungen thematisiert werden.

Merke

Der Erstkontakt ist oft entscheidend dafür, ob ein Patient wieder Vertrauen in die Realität fassen kann, aus der er flüchten wollte, und ob er weitere Hilfe annimmt: Das Lächeln der Pflegenden, ein freundliches Wort können schon positive Krisenintervention sein!

Unmittelbar nach dem Suizidversuch besteht meist eine Art Schockzustand. Jetzt steht Präsenz im Vordergrund. Da-Sein und zur Seite stehen, um stellvertretend für den Patienten Hoffnung zu geben, sind hier die ersten Schritte. Der Betreuende muss seine Bereitschaft, zuzuhören und das subjektive Erleben des Patienten ernst zu nehmen, deutlich signalisieren.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

26.5.1 Gespräche führen

Es wird davon ausgegangen, dass ein Suizidversuch immer ein Problemlösungsversuch ist, dem schon andere Bemühungen, das Problem zu beseitigen, vorausgingen. Der Suizid ist der letzte Ausweg, den der Patient sieht. Hierüber kann gesprochen werden. Der Gesprächspartner kann nun anbieten, gemeinsam neue Wege zu suchen, weitere Problemlösungsmöglichkeiten zu finden. An diesen Lösungen wird der Patient beteiligt. Inhalte der Gespräche sind vor allem die Beziehungen, in denen der Patient jetzt lebt. Gibt es destruktive Beziehungen, wo sind konstruktive Beziehungen?

Im Gespräch werden erste Zukunftsperspektiven entwickelt, und sei es auch nur: „Ich komme morgen um 9 Uhr wieder, dann setzen wir unser Gespräch fort."

Die Gespräche werden in einer Atmosphäre von Akzeptanz, positiver Wertschätzung, Echtheit, und emotionaler Wärme geführt. Keinesfalls sollte man versuchen, Menschen in dieser Situation oberflächlich aufzumuntern oder die Situation zu bagatellisieren. Sie würden sich unverstanden fühlen.

Freunde und Angehörige, sofern sie erwünscht sind, sollten hinzugezogen werden, denn Beziehungen hüten, heißt Suizid verhüten. Wer in guten, tragfähigen Beziehungen lebt, findet Partner, die ihm durch schwere Lebenszeiten hindurch helfen.

Wer die Gespräche führen soll, muss geklärt werden. Möglicherweise verfügt das Haus über Seelsorger oder Psychologen, oft sucht sich der Patient seine Ansprechpartner jedoch unter den Pflegenden aus. Gemeinsam müssen kurzfristige Hilfe- und Handlungspläne erstellt werden. Sinnvoll ist bei tragfähigen Beziehungen auch das Schließen von kleinen „Verträgen": „Versprechen Sie mir, sich nichts anzutun, bevor ich morgen früh zu Ihnen komme!" oder „Versprechen Sie, mich anzurufen, wenn es gar nicht mehr geht!".

Merke

Für die Betreuung des Suizidpatienten kann als Leitsatz gelten: Beziehungen hüten heißt Suizid verhüten. Dabei ist es für die Pflegenden sehr wichtig, auf eigene Grenzen zu achten und sich selbst im Sinne einer guten Psychohygiene zu schützen.

Aufgabe

2 Stellen Sie sich vor, Sie arbeiten auf einer nicht allzu großen, überschaubaren Intensivstation. Während der Vormittagsschicht, um 11:30 Uhr wird eine junge Frau nach einem Suizidversuch eingeliefert.

a) Was geschieht zunächst?
b) Welche Probleme bei der Behandlung des Suizidversuchs im Allgemeinkrankenhaus treten auf?
c) Stellen Sie sich vor, Sie leiten die Pflegegruppe. Welche Anordnungen treffen Sie für diesen und ähnliche Fälle?

26.5.2 Einer Wiederholung vorbeugen

Das Allgemeinkrankenhaus hat nicht die Möglichkeiten, einen Menschen Tag und Nacht zu dessen eigenem Schutz zu bewachen. Entschließt man sich jedoch, einen Patienten nach Suizidversuch nicht in eine schließbare psychiatrische Abteilung zu verlegen, müssen einige Voraussetzungen gegeben sein.

Wegen der lebensrettenden Sofortmaßnahme, z. B. Entgiftung, liegt der Patient zunächst meistens auf der Intensivstation. Neben dem Ziel, das Leben zu retten, besteht jetzt und auch nach der Verlegung auf eine andere Station die Aufgabe, einer Wiederholung des Suizidversuchs vorzubeugen. Dazu gehört: die Medikamenteneinnahme überwachen, Zugriff auf Medikamente verhindern, den Patienten im Blick behalten, scharfe oder spitze Gegenstände beseitigen und Fenster in oberen Etagen soweit wie möglich sichern. Es sollte in jeder Schicht eine bestimmte Bezugsperson, die sich möglicherweise für diese Aufgabe qualifiziert hat, als Ansprechpartner anwesend sein. Das gesamte Team muss über die Suizidalität des Patienten informiert sein. Unter Umständen werden psychotherapeutische oder seelsorgerliche Fachkräfte hinzugezogen.

Wo möglich, sollten Mitarbeiter einer Suizidnachsorgeinstitution, z. B. der „Arbeitskreis Leben" oder die „Beratungsstelle für Lebensfragen" eingeschaltet werden. Der Kontakt muss noch im Krankenhaus geknüpft werden, damit der Patient schon begleitet entlassen werden kann und sich nicht erst eine Adresse suchen muss, wo er seine Probleme besprechen kann. Diese Vorgänge müssen wegen der oft kurzen Liegezeit von oft nur 2–3 Tagen schnell organisierbar und erprobt sein.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

In anschließenden, meist ambulanten Therapien, gilt es, den Patienten in die Lage zu versetzen, mit der aktuellen, aber auch mit weiteren Krisen umzugehen.

Fallbeispiel

Suizidversuch. In der Nacht wird Frau Schulz, 62 Jahre alt, auf der Intensivstation nach der Einnahme einer Überdosis von Schlaf- und Beruhigungsmitteln behandelt. Gegen Morgen ist ihr Zustand stabil, sie bleibt zur Überwachung auf der Station. Am Vormittag kommt Pflegefachkraft Angela und signalisiert der Patientin während der Pflegemaßnahmen, dass sie etwas Zeit zum Reden hat. Schließlich setzt sie sich und hört Frau Schulz zu, die zunächst zögernd erklärt, wie sehr sie sich schämt, so etwas unternommen zu haben, und was nun die Leute und ihre Familie dazu sagen. Dann sprudelt es aus ihr heraus: Wie über Jahre hinweg die finanzielle Verschuldung anstieg und sie immer mehr belastete.

Angela: „Das war wohl eine schwere Zeit für Sie, mit wem konnten Sie denn reden?“

Frau Schulz: „Da war niemand, es war mir so peinlich. Vor meinem Mann hatte ich Angst.“

Angela: „Erzählen Sie doch mal, welche Versuche Sie gemacht haben, die Schulden abzutragen.“

Frau Schulz: „Ich habe versucht, Geld dazuzuverdienen, Heimarbeit, ich habe Nachbarkinder gehütet und eine Zeit lang habe ich Zeitungen ausgetragen. Als das wegen meines Rheumas nicht mehr ging, war ich so verzweifelt, da habe ich einmal einen großen Fehler begangen. Ich habe aus dem Geschäft, wo ich halbtags arbeitete, Geld gestohlen. Schrecklich, ich schäme mich sehr.“

Angela: „Sie haben ja wirklich vieles versucht, um aus dem Unglück herauszukommen, aber es war unmöglich. Und da war der Gedanke, sich das Leben zu nehmen, der letzte Versuch, eine Lösung herbeizuführen?“

Frau Schulz: „Ja. So ist es. Und jetzt? Wie soll es weiter gehen?“

Angela: „Jetzt sind wir auf jeden Fall zwei, die nach einer Lösung suchen können. Wir beide können noch einmal gemeinsam das Problem anschauen und neue Wege finden. Zwei Menschen sehen mehr als einer! Wir werden Ideen sammeln, was noch probiert werden kann und wer helfen kann. Ich will darüber nachdenken. Ruhen Sie sich nach all den Schrecken erst einmal aus, heute Abend komme ich wieder, ist 19 Uhr für Sie in Ordnung?“

Am Abend betritt Angela pünktlich das Zimmer. Sie erkundigt sich nach dem Befinden der Patientin und wie sie den Tag verbracht hat. Sie berichtet dann von der Möglichkeit, den Suizidnachsorgedienst, mit dem das Krankenhaus zusammenarbeitet, einzuschalten: „Die Mitarbeiter sind Menschen, die bereit und auch ausgebildet sind, Ihnen und anderen Menschen in Engpässen des Lebens zur Seite zu stehen, bis sie wieder zurechtkommen.“

Frau Schulz stimmt zu. Noch am gleichen Abend organisiert Angela einen Gesprächstermin und teilt Frau Schulz mit: „Morgen Vormittag um 10 Uhr kommt jemand zu Ihnen. Lernen Sie sich erst einmal kennen und urteilen Sie dann, ob hier eine neue Möglichkeit besteht, das Problem anzugehen.“

Am nächsten Tag kommt der Mitarbeiter der Nachsorgeeinrichtung. Es ist Herr Weippert, von Beruf ist er Notar, die Arbeit im Krankenhaus macht er ehrenamtlich. Frau Schulz und Herr Weippert vereinbaren noch weitere Gespräche nach der Entlassung am nächsten Tag. Durch sein fachliches Können und geschickte Umschuldungsmaßnahmen ist es gelungen, dass Frau Schulz ihr Problem lösen konnte.

Pflegefachkraft Angela ist es gelungen, offen auf Frau Schulz zuzugehen, sie zu akzeptieren und Verständnis für ihre Lage zu signalisieren. Dies ist oft wirklich schwierig, denn Menschen nach einem Suizidversuch zählen häufig zu den eher „schwierigen Patienten“. Oft erschwert fehlende Therapiebereitschaft (Compliance) verbunden mit einer ablehnenden und unzugänglichen Haltung den Umgang mit diesen Patienten: Viele wollen nicht über den Suizidversuch sprechen und drängen auf Entlassung. Immer wieder werden Suizidversuche nicht ernst genommen.

Liegt der Patient auf der Intensivstation, so finden erste Gespräche oft während der Entgiftungsphase statt. Befindet sich der Patient dabei noch in einem Durchgangssyndrom, ist zu beachten, dass Störungen der Auffassung und der Merkfähigkeit vorliegen können. Dann ist es besonders wichtig, die Gesprächsinhalte auch in den nächsten Tagen erneut zu wiederholen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

26.5.3 Gespräche mit Angehörigen nach Suizid

Fand im Krankenhaus oder im Pflegeheim ein Suizid statt, stehen danach oft schwierige Gespräche an (▶ Abb. 26.4). In diesen Gesprächen ist viel Empathie gefragt. Es gilt, sich in die Situation der Angehörigen einzufühlen und herauszuhören, was sie im Moment brauchen. Anschuldigungen, wie „Sie hätten auf meine Mutter besser aufpassen sollen“ muss sachlich begegnet werden, sie dürfen nicht persönlich genommen werden.

Schuldgefühle der Angehörigen sollen angehört werden, wobei jedoch eine Entlastung anzustreben ist. Wie viele Informationen und Details die Angehörigen hören möchten bzw. können, entscheiden sie selbst. Ein Abschiednehmen sollte, soweit möglich und erwünscht, unterstützt werden. Sinnvoll ist es, den Angehörigen weitere Gesprächsmöglichkeiten auch nach längerer Zeit anzubieten.



Abb. 26.4 Gespräche zwischen Angehörigen und psychologisch geschulten Pflegefachkräften sind hilfreich *(Symbolbild)*. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

Aufgabe

3 Wie sollen sich Pflegende in der akuten Situation eines Suizidversuches verhalten?
4 Was ist im Allgemeinkrankenhaus bei der Pflege und Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch zu beachten?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



© Kunstzeug – stock.adobe.com

Kapitel 27

Mobbing

27.1 Was ist Mobbing? *376*

27.2 Wie wird gemobbt? Mobbingverhalten *377*

27.3 Verlauf von Mobbing *380*

27.4 Ursachen für Mobbing *380*

27.5 Prävention von Mobbing *382*

27.6 Was tun bei Mobbing? *382*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

27 Mobbing

„Nichts macht die Menschen vertrauter und gegeneinander gutgesinnter als gemeinschaftliche Verleumdung eines Dritten." (Jean Paul)

Examensschwerpunkte

Was ist Mobbing? (S. 376), Mobbingverhalten (S. 377), Verlauf von Mobbing (S. 380), Ursachen für Mobbing (S. 380), Prävention von Mobbing (S. 382), Was tun bei Mobbing? (S. 382)

27.1 Was ist Mobbing?

Der Begriff „Mobbing" leitet sich in seiner Bedeutung und seiner grammatischen Form vom englischen Wort „to mob" ab, was „anpöbeln" bedeutet. Der Mob ist eine aufgebrachte Menge; so wurde schon während der Französischen Revolution das aufgebrachte Volk, der Pöbel bezeichnet. Der Tierverhaltensforscher Konrad Lorenz benutzte den Begriff „Mobbing" für die Attacken einer aufgebrachten Gänseherde zur Abwehr eines Fuchses.

In der Arbeitswelt ist der Begriff „Mobbing" in Mode gekommen. Dabei wird er nicht immer richtig verwendet. Nicht jeder Streit, nicht jede üble Nachrede, nicht jede sexuelle Belästigung ist Mobbing. Richtig wird der Begriff gebraucht, wenn man die Definition des schwedischen Arbeitspsychologen und Mobbingforschers H. Leymann zugrunde legt:

Definition

„Der Begriff **Mobbing** beschreibt negative kommunikative Handlungen, die gegen eine Person gerichtet sind (von einer oder mehreren anderen Personen) und die sehr oft über einen längeren Zeitraum hinaus vorkommen und damit die Beziehung zwischen Täter und Opfer kennzeichnen." (Leymann, 1993)

27.1.1 Kennzeichen von Mobbing

Mobbing liegt vor, wenn die ständige Wiederholung feindseliger Handlungen über einen längeren Zeitraum besteht. Beleidigungen und Schikanen führen dazu, dass eine Person ausgegrenzt wird. Mobbing verstößt gegen die Grundrechte, die im Grundgesetz Artikel 1 bis 3 (S. 492) verankert sind. Durch die Verletzung der Menschenwürde macht sich der Mobber, also die Mobbing ausübende Person, strafbar. Nach dem Strafgesetz können Beleidigungen, üble Nachreden oder Tätlichkeiten verfolgt werden.

Im Verlauf des Mobbinggeschehens wird eine Partei immer unterlegener und hilfloser, die andere immer mächtiger und Sieger im Mobbingkrieg. Kennzeichnend für Mobbing ist die Hilflosigkeit des Betroffenen. Er hat i. d. R. wenig Chancen, sich zu wehren.

Mobbing darf nicht als einseitige Aktivität eines Täters gegen ein Opfer gesehen werden. Es handelt sich um eine dynamische Wechselbeziehung von Angriff und Abwehr. Deshalb wird heute an Stelle von „Opfer" auch von Mobbingbetroffenen gesprochen. Damit wird deutlicher, dass auch die von Mobbing betroffene Person, zumindest am Anfang der Mobbingaktionen Handlungsmöglichkeiten hat.

Im Verlauf des Geschehens werden andere Personen als Zuschauer, Weggucker, „Möglichmacher" (Leymann, 1993) oder, wenn sie Stellung beziehen, als Helfer oder Mittäter, in das Mobbinggeschehen einbezogen: Es entwickelt sich ein gruppendynamischer Prozess.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Mobbingkennzeichen. Pflegefachkraft Theresa arbeitet schon 12 Jahre in einem großen, städtischen Pflegeheim. Sie ist auf allen Abteilungen herumgekommen und hat regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen. Kürzlich hat sie wesentlich den Umzug in ein neues und modern eingerichtetes Gebäude geleitet. Mit der Pflegedienstleitung Lotte G. versteht sie sich gut.

Eines Tages wird Pflegefachkraft Frieder, etwa gleich alt und gleich qualifiziert, eingestellt. Theresa und Frieder übernehmen je einen Bereich. Zwischen Theresa und Frieder entwickelt sich bald eine spannungsreiche, rivalisierende Beziehung. In gemeinsamen Dienstbesprechungen mit der Pflegedienstleitung kommt es immer häufiger zu Streit und gegenseitigen Anschuldigungen, die diese stets geschickt schlichten kann.

Als sich abzeichnet, dass Lotte G. in den Ruhestand eintreten wird, fängt Theresa an, ihren Kollegen massiv zu schikanieren: Willkürlich grüßt sie ihn auf dem Gang oder auch nicht, übersieht ihn in der Kantine, bei Gruppengesprächen richtet sie nie das Wort an ihn und geht auf seine Beiträge nicht ein. Sie enthält ihm Informationen vor. Bei anderen Kolleginnen lässt sie negative Bemerkungen über ihn fallen.

Frieder versucht anfangs, Hilfe durch die Vermittlung von Lotte G. zu bekommen. Diese zieht sich aber immer mehr zurück, sodass er an vielen Stellen im Haus Versuche seiner Rechtfertigung unternimmt. Er bemüht sich, Gerüchte über sich zu widerlegen und seine Arbeit besonders gut zu machen. Er hinterlässt dabei einen hilflosen, inkompetenten Eindruck. „Sie sind immer so nervös, mit Ihnen stimmt doch etwas nicht!“ Kollegen seiner Abteilung kritisieren ihn und stellen sein Können in Frage. Mit Stress und Ängsten beginnt Frieder nun täglich seine Arbeit, nimmt kleinere Auszeiten und muss schließlich wegen anhaltender Migräneanfälle krankgeschrieben werden.

In dieser Zeit läuft die Bewerbung auf die Stelle der Pflegedienstleitung, die mit Pflegefachkraft Theresa neu besetzt wird. Frieder sieht keine Möglichkeit, unter ihrer Leitung weiter zu arbeiten, und kündigt.

27.2 Wie wird gemobbt? Mobbingverhalten

Fallbeispiel

Mobbingverhalten. In einer Selbsthilfegruppe für Mobbingbetroffene berichtet Pflegefachkraft Eva: „Das Schlimmste war, dass ich keine Informationen mehr bekam. Man ließ mich ständig ins offene Messer rennen. Wurde die Visite verschoben, wusste das jeder – außer mir. Ebenso bei Veränderungen von Entlassungsterminen. Wenn ich den Raum betrat, wurde sofort das Thema gewechselt, oder es wurde ganz still.“

Eine gute Möglichkeit der Orientierung, welche Verhaltensweisen bei Mobbing praktiziert werden und wie vielerlei feine Nuancierungen der Sprache und der Körpersprache sie enthalten, bieten die 45 Mobbinghandlungen, die Leymann (1993) zusammengestellt hat (▶ Tab. 27.1).

Jede dieser in ▶ Tab. 27.1 aufgeführten Handlungen drückt etwas aus, denn (so die 1. Grundregel der Kommunikation) jedes Verhalten ist kommunikativ. So wird dem Mobbingbetroffenen und auch seiner Umgebung mitgeteilt, dass man ihn für unfähig hält, dass er weder als Person noch als Arbeitskraft willkommen ist, man ihn in der Gruppe nicht haben will. Es finden somit aktive Angriffe auf den Selbstwert der Person statt.

Merke

Wenn eine oder mehrere negative Handlungen dieser Art über ein halbes Jahr oder länger und mindestens einmal in der Woche geschehen, liegt Mobbing vor.

Aufgabe

1 Beschäftigen Sie sich mit den 45 Mobbinghandlungen nach Leymann: Welche Handlungen konnten Sie schon beobachten? Welche Handlungen halten Sie im Bereich der Pflege für möglich? Welche Handlungen würden Sie selbst als besonders schlimm empfinden?
2 Welche der 45 Mobbinghandlungen hat Pflegefachkraft Frieder im obigen Fallbeispiel erlebt?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. 27.1 Die 45 Mobbinghandlungen nach H. Leymann (1993).

Angriffe auf die Möglichkeit, sich mitzuteilen	Angriffe auf die sozialen Beziehungen	Angriffe auf das soziale Ansehen	Angriffe auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation	Angriffe auf die Gesundheit
• der Vorgesetzte schränkt die Möglichkeit des Betroffenen ein, sich zu äußern • Betroffener wird ständig unterbrochen • Kollegen schränken die Möglichkeit ein, sich zu äußern • Anschreien oder lautes Schimpfen • ständige Kritik an der Arbeit • ständige Kritik am Privatleben • Telefonterror • mündliche Drohungen • schriftliche Drohungen • Kontaktverweigerung durch abwehrende Blicke und Gesten • Kontaktverweigerung durch Andeutungen, ohne dass man etwas direkt ausspricht	• man spricht nicht mehr mit dem Betroffenen • man lässt sich nicht ansprechen • Versetzung in einen Raum weitab von den Kollegen • den Arbeitskollegen wird verboten, den Betroffenen anzusprechen • Betroffener wird wie Luft behandelt	• hinter dem Rücken des Betroffenen wird schlecht über ihn gesprochen (▶ Abb. 27.1) • man verbreitet Gerüchte • man macht jemanden lächerlich • man verdächtigt jemanden, psychisch krank zu sein • man will jemanden zu einer psychiatrischen Untersuchung zwingen • man macht sich über eine Behinderung lustig • man imitiert den Gang, die Stimme oder Gesten, um jemanden lächerlich zu machen • man greift die politische oder religiöse Einstellung an • man macht sich über das Privatleben lustig, • man macht sich über die Nationalität lustig • man zwingt jemanden, Arbeiten auszuführen, die das Selbstbewusstsein verletzen • man beurteilt den Arbeitseinsatz in falscher und kränkender Weise • man stellt Entscheidungen des Betroffenen infrage • man ruft obszöne Schimpfworte oder andere entwürdigende Ausdrücke nach • man unternimmt sexuelle Annäherungen oder macht verbale sexuelle Angebote	• man weist dem Betroffenen keine Arbeitsaufgabe zu • man nimmt ihm jede Beschäftigung am Arbeitsplatz, sodass er sich nicht einmal selbst Aufgaben ausdenken kann • man gibt ihm sinnlose Arbeitsaufgaben • man gibt ihm Aufgaben weit unter seinem eigentlichen Können • man gibt ihm ständig neue Aufgaben • man gibt ihm kränkende Arbeitsaufgaben • man gibt dem Betroffenen Arbeitsaufgaben, die seine Qualifikationen übersteigen, um ihn zu diskreditieren	• Zwang zu gesundheitsschädigenden Arbeiten • Androhung von körperlicher Gewalt • Anwendung leichter Gewalt, z. B. um jemandem einen Denkzettel zu verpassen • körperliche Misshandlung • Verursachung von Kosten für die Betroffenen, um ihnen zu schaden • Verursachung von physischen Schäden im Heim oder am Arbeitsplatz der Betroffenen • sexuelle Handgreiflichkeiten

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 27.1 Ein bekanntes Mobbing-Verhalten ist das Reden über Dritte *(Symbolbild)*. (Foto: Gernot Krautberger – stock.adobe.com)

27.2.1 Häufig vorkommende Mobbingkonstellation

Wer mobbt? Mobbingtäter

Mobbing kommt unter gleichgestellten Kollegen und zwischen Vorgesetzten und Untergebenen, bei Männern und Frauen vor. Von Mobbingtätern meist „erfolgreich" eingesetzte Schikanen sind:

► **Mobbing durch Vorgesetzte.** Vorgesetzte spielen ihre Macht Untergebenen gegenüber gerne durch folgende Strategien aus:
- Keinen Gesprächstermin geben oder immer wieder absagen bzw. Gespräche an Stellvertreter delegieren.
- Einschränkung der Möglichkeit, sich zu äußern.
- Unterforderung: Der nachgeordnete Mitarbeiter bekommt ständig leichte, unbedeutende Aufgaben gestellt, die bei weitem nicht seiner Qualifikation entsprechen. Langeweile am Arbeitsplatz kann quälend sein und führt zu Frustration und Stress.
- Überforderung: Die Aufträge überfordern die Fähigkeiten. Arbeiten werden nicht, zu spät oder fehlerhaft fertig gestellt. Unzufriedenheit, Ärger und Stress sind die Folgen.

► **Mobbing durch Frauen.** Frauen benutzen häufig die Gelegenheiten
- jemanden vor Dritten lächerlich zu machen,
- jemanden hinter seinem Rücken schlecht zu machen,
- jemanden ständig zu kritisieren,
- sich in Andeutungen zu ergehen, ohne konkrete Aussagen.

► **Mobbing durch Männer.** Von Männern bevorzugte Mobbingmaßnahmen sind
- Drohungen aussprechen,
- ignorieren, „links liegen lassen",
- zurückhalten von Arbeitsmaterialien und Informationen,
- „versetzen" und zwar so, dass der schikanierte Mitarbeiter isoliert wird,
- Aufträge zur Erledigung übergeben und wieder wegnehmen in häufigem Wechsel,
- sexuelle Belästigungen.

► **Mobbing durch Kinder und Jugendliche.** Kinder und Jugendliche mobben meist, indem sie
- auf dem Schulweg auflauern und „anpöbeln",
- auf dem Schulhof schubsen, boxen, stolpern lassen,
- wichtige Informationen zurückhalten,
- andere aus der Klasse oder einer anderen Gruppe ausgrenzen,
- Gerüchte verbreiten und schlecht über andere reden,
- den anderen „verpetzen" bzw. öffentlich bloßstellen,
- jemanden durch sexuell anzügliche Bemerkungen vor anderen in Verlegenheit bringen.

Merke

Nicht jede harmlose Rangelei und Streiterei unter Kindern ist Mobbing. Wenn aggressives Verhalten jedoch über eine lange Zeit anhält und gegen eine immer hilfloser werdende Person gerichtet ist, spricht man von ernst zu nehmendem, gefährlichem Mobbing.

Betroffene

Im Laufe des Berufslebens kann Mobbing jeden treffen. Den typischen Mobbingtäter und das typische Mobbingopfer gibt es nicht. Eine vergleichsweise hohe Wahrscheinlichkeit, gemobbt zu werden, haben aber Personen, die
- eine schwache Position haben,
- unter Gleichrangigen eine besonders gute Qualifikation haben und durch sehr gute Leistungen hervorragen,
- irgendwie auffallen, sei es durch einen Makel, eine Verhaltensbesonderheit oder eine Behinderung,

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- nach der Ausbildung gerade neu in den Beruf eintreten oder kurz vor dem Ausscheiden aus dem Berufsleben stehen,
- in einem Betrieb neu eingestellt werden (neue Kollegen),
- einer Minderheit angehören.

27.3 Verlauf von Mobbing

Einer Mobbingproblematik geht immer ein Konflikt voraus, der nicht gelöst wird. Im Laufe der Zeit eskaliert der Streit und geht in Mobbing über. Dabei werden die schädigenden Handlungen immer massiver und unberechenbarer. Man kann sagen: Je größer die Unfähigkeit ist, mit Konflikten konstruktiv umzugehen, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass aus einem alltäglichen Streit mit fortgesetzten Schikanen und Demütigungen Mobbing wird. Bleibt die anfängliche Gegenwehr des Betroffenen erfolglos, wird er immer hilfloser bis er der Belastung nicht mehr standhält.

Mobbingmaßnahmen haben oft Folgen in Form von psychischen und physischen Störungen. Der Gang zum Arzt bringt in den meisten Fällen keine positive Wende, sondern eine Diagnose, die den Betroffenen eher stigmatisiert: psychische Labilität, depressive Verstimmung, nervöse Schlaf- und Essstörung. Zusammen mit der Empfehlung, eine „Auszeit" einzulegen, wird ihm seine Handlungsunfähigkeit bescheinigt, was ihn noch passiver und hilfloser macht. Das quittieren manche Betriebe z. B. in Form von für den Betroffenen unvorteilhaften Versetzungen.

Durch aktive oder passive Stellungnahme Dritter werden immer mehr Personen in die Problematik einbezogen. Dabei besteht der Personenkreis weit mehr aus passiven „Möglichmachern" als aus aktiven Mitmachern.

27.3.1 Mobbingphasen

Im „klassischen" Mobbingverlauf werden 4 Phasen unterschieden (nach Holzbecher u. Meschkutat, 2002):

- Phase 1:
  - ungelöste Konflikte,
  - Schuldzuweisungen,
  - persönliche Angriffe.
- Phase 2:
  - systematische Schikane,
  - Verweigerung einer Klärung,
  - zunehmende Isolation.
- Phase 3:
  - betriebliche Fehlentscheidungen, wie z. B. Abmahnungen aufgrund der Fehlzeiten,
  - unterbleibende Schutzmaßnahmen.
- Phase 4:
  - Ausschluss aus der Arbeitswelt, z. B. Eigenkündigung, langfristige Krankschreibungen und Frühpensionierung.

27.4 Ursachen für Mobbing

Die Ursachen für Mobbing sind oft nicht einfach zu erkennen. Die Arbeitswelt ist vielfältig, und so entsteht Mobbing auch aus vielen und ganz unterschiedlichen Gründen. Meistens ist das Mobbinggeschehen abhängig von

- den Organisationsstrukturen der Abteilungen oder der gesamten Einrichtung,
- der Konfliktfähigkeit der Beteiligten,
- dem Führungsstil der Vorgesetzten,
- dem beteiligten Personenkreis.

Eine wichtige Rolle spielen dabei die gegebenen Kommunikationsmöglichkeiten und die Kommunikationsfähigkeiten jedes Einzelnen.

27.4.1 Strukturelle Ursachen in der Organisation

Übergeordnete Entwicklungen, im Pflegebereich z. B. die Gesundheitspolitik mit Stellenstreichungen und Bettenreduzierung, können durch zunehmenden Stress und Spannungen ein Mobbingklima schaffen oder verstärken.

Eine Mobbing begünstigende Wirkung hat in vielen Bereichen eine rezessive Wirtschaftslage. Kollegen werden als Konkurrenten und Rivalen um den Arbeitsplatz erlebt und werden, um den eigenen Platz zu sichern, hinausgeekelt.

27.4.2 Unzureichende Konfliktfähigkeit

Es kommt zu Mobbing, wenn ein Konflikt nicht gelöst, sondern verschleppt wird und schließlich bestehen bleibt, bis einer der Konfliktpartner vernichtet ist (▶ Abb. 27.2). Mitarbeiter in Betrieben können – eventuell mit fachlicher Unterstützung – einen besseren Umgang mit Konflikten lernen. Heute werden in einigen Einrichtungen und Firmen Trainingskurse für Konfliktfähigkeit angeboten.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 27.2 Wenn Konflikte nicht offen ausgetragen werden, gehen sie leicht in Mobbing-Verhalten über *(Symbolbild)*. (Foto: Dynamic Graphics)

27.4.3 Führungsstil

Zu einem guten oder schlechten Betriebsklima trägt wesentlich das Führungsverhalten des Vorgesetzten bei.

Autokratischer Führungsstil

Ein autokratischer Führungsstil schränkt den Handlungsspielraum der Mitarbeiter und die Mitsprachemöglichkeiten bei Entscheidungen ein. Informationen werden nur an bestimmte Mitarbeiter und nur in unbedingt nötigem Umfang weitergegeben. Der Vorgesetzte behält auf diesem Wege der Informationskontrolle die Fäden des Geschehens in der Hand. Individuelle Stärken und Schwächen bleiben unberücksichtigt. Die Kommunikationsmöglichkeiten sind geregelt, eingeschränkt und kontrolliert. Es wird nur arbeitsbezogene Kommunikation erlaubt, Austausch der Mitarbeiter über Privates ist unerwünscht.

Die Unzufriedenheit der Mitarbeiter ist groß, die Leistungsmotivation gering. Es herrscht eine offene oder latente aggressive Stimmung. Feindseligkeiten, Anschuldigungen und Gerüchte gehören zum Umgangsstil in diesen Gruppen. Einzelne Mitarbeiter reagieren mit Apathie, Lustlosigkeit und „innerer Kündigung". Konflikte können nicht offen ausgetragen werden und können dann in Mobbingmaßnahmen übergehen.

Demokratischer Führungsstil

Dieser Führungsstil bezieht die Mitarbeiter weitgehend ein. Sie können ihre individuellen Eignungen und Neigungen einbringen, was sich über eine gute Motivation leistungssteigernd auswirkt. Der demokratische Führungsstil erlaubt freie Kommunikation auf und zwischen allen Ebenen der betrieblichen Hierarchie. So können Konflikte im Entstehen angesprochen und oft von den beteiligten Mitarbeitern gelöst werden; sie gehen konstruktiver mit Konflikten um.

Kommunikative Fähigkeiten werden bei einer ständigen Rückmeldung über Leistungen jedes Einzelnen verlangt. Sowohl die Anerkennung der Leistung als auch konstruktive Kritik muss verstehbar und transparent sein. In dieser Hinsicht begeht ein autokratischer Führungsstil Kommunikationsfehler, die mehr Frustration und Stress bei den Mitarbeitern zur Folge haben.

Aufgabe

3 „In einem mit demokratischem Stil geführte Mitarbeiter sind insgesamt zufriedener und das Mobbingaktionen sind seltener als unter autokratischem Führungsstil". Nehmen Sie Stellung zu dieser Aussage und begründen Sie Ihre Meinung.

27.4.4 Individuelle Persönlichkeit

In der Mobbingforschung wurden gemobbte Personen auf ihre Persönlichkeitsstruktur hin untersucht. Mobbingbetroffene unterscheiden sich von Nichtbetroffenen durch mangelnde Fähigkeit, Stress abzubauen. Sie verfügen über weniger Ressourcen und Konfliktbewältigungsstrategien (Coping-Strategien). Es konnten aber keine typischen Persönlichkeitsmerkmale bei Mobbingbetroffenen gefunden werden. Jedoch treten Persönlichkeitsveränderungen im Verlauf eines andauernden Mobbinggeschehens auf: Ängstlichkeit, Unsicherheit und Misstrauen nehmen zu, das Selbstwertgefühl wird labiler.

Definition

Unter **Coping** versteht man Strategien einer Konfliktbewältigung, bei denen die Person versucht, den Konflikt zu lösen oder die Bedrohlichkeit einer Situation zu verringern, zu vermeiden oder sich damit zu arrangieren (engl. to cope = bewältigen)

Im Verlauf einer anhaltend feindseligen beruflichen Beziehung hält derjenige länger durch, der die besseren Ressourcen und Coping-Strategien

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

hat. Sich um eine sachliche Lösung des Konfliktes z. B. durch Beschaffen von Informationen, Befragung von Experten, Sammeln unterschiedlicher Lösungsansätze zu bemühen, ist in jedem Fall besser als Resignation oder der gesteigerte Konsum von Alkohol, Zigaretten oder Kaffee.

Aufgabe

4 Sammeln Sie in der Gruppe Ideen, welche Ressourcen und Stressbewältigungsmaßnahmen in der Anfangszeit, bevor ein Konflikt zum Mobbing eskaliert, verhindern könnten, ein Mobbingopfer zu werden.

27.5 Prävention von Mobbing

► **Prävention durch den einzelnen Mitarbeiter.** Um zu verhindern, dass Mobbing am Arbeitsplatz aufkommt, kann der einzelne Mitarbeiter dafür sorgen, dass er

- sich Grundkenntnisse auf dem Gebiet der Psychohygiene aneignet, insbesondere Stressbewältigungsmechanismen beherrscht,
- mit kollegialen und privaten Beziehungen ein soziales Netz aufbaut und pflegt, auf das er in Krisenzeiten zurückgreifen kann,
- seine Kommunikationsfähigkeiten erweitert,
- sich im Umgang mit Konflikten weiterbildet,
- Informationen zum Thema Mobbing sammelt,
- sich weigert, sich an destruktivem Verhalten (z. B. Gerüchte verbreiten) zu beteiligen,
- betroffene Personen und Probleme anspricht,
- auf Unterstützungsmöglichkeiten der Konfliktberatung hinweist.

► **Prävention durch den Betrieb.** Zur Prävention von Mobbing trägt ein Betrieb bei, indem er

- durch den Führungsstil ein Arbeitsklima schafft, das Mitarbeiter zu guten Leistungen motiviert,
- Mitarbeiter und Führungskräfte in Stressbewältigung, Konfliktfähigkeit und Kommunikation fortbildet,
- mit informativen Veranstaltungen Wissen zum Thema Mobbing verbreitet und das Bewusstsein für die Gefährlichkeit dieses negativen Verhaltens schärft, sodass frühzeitig Signale erkannt werden, die auf ein Mobbinggeschehen hinweisen,
- Ansprechpartner für Streitfälle zur Verfügung stellt, die beratende Gespräche führen und sowohl Einzel- als auch Teamsupervision anbieten können.

Merke

Die beste und wirkungsvollste Art, Mobbing zu vermeiden, ist die Fähigkeit, konstruktiv mit Konflikten umzugehen.

27.6 Was tun bei Mobbing?

► **Problemanalyse.** Sie ist der erste Schritt zur Konfliktlösung:

- Worum geht es?
- Welche Interessen sind in einem Konflikt erkennbar?
- Liegt das Problem auf der sachlichen Ebene oder spielen persönliche Interessen auf emotionaler Ebene eine Rolle (Rivalität, Machtanspruch, Ängste vor Verlust der Aufstiegschancen oder des Arbeitsplatzes)? Wie sieht das Problem auf der Sachebene, wie sieht es auf der Beziehungsebene aus?
- Wem gehört das Problem? Wer war primär am Konflikt beteiligt? Wer kam erst später dazu?
- Der Konflikt hat eine Geschichte. Wie ist er bisher verlaufen, wie entstand daraus Mobbing? Wo sind Lösungsmöglichkeiten versäumt worden?

► **Konstruktive Lösungswege.** Es müssen nun Möglichkeiten erarbeitet werden, um mit dem Konflikt in seiner gegenwärtigen Gestalt konstruktiv umzugehen:

- Es kann eine neue Sichtweise des Konflikts eingeführt werden: „Wir haben hier ein Problem“ anstatt von „Er hat ein Problem“, „Sie haben ein Problem“ oder gar „Sie sind das Problem!“
- Die Erlebensebene jedes Beteiligten wird einbezogen: Jeder kann seine Sicht, seine Gefühle und Wünsche für zukünftiges Verhalten formulieren. Die anderen hören zu.
- Ressourcen, die zur Lösung beitragen können, werden bei allen Beteiligten gesammelt.
- Es kann versucht werden, eine für alle Parteien akzeptable Lösung auf Kompromissbasis herzustellen.
- Es können außenstehende Dritte als Vermittler hinzugezogen werden.
- Es werden klare Vereinbarungen getroffen, wie in Zukunft mit einer bestimmten Situation umgegangen wird, und es wird darauf geachtet, dass sie eingehalten werden, z. B. durch Betriebsvereinbarungen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Insgesamt sollte ein Problembewusstsein für Mobbing am Arbeitsplatz geschaffen werden. Das Erkennen erster Anzeichen, das Wissen um die Gefährlichkeit und die Bereitstellung eines Ansprechpartners sind wichtige Voraussetzungen zur Prophylaxe und zur Problemlösung.

Der einzelne Mobbingbetroffene kann den negativen Prozess unterbrechen, wenn er über das Phänomen Bescheid weiß, Mobbing erkennt und aktiv dagegen vorgeht:

► **Aktiv verhalten.** Im Falle von sexueller Belästigung hat sich gezeigt, dass es erfolgreich ist, wenn man sich wehrt, anstatt das Geschehen scheinbar zu übersehen und zu ignorieren. Entsprechendes gilt auch für andere Mobbingaktionen.

Ein aktives Verhalten wird erleichtert, wenn entsprechende Strukturen in einem Betrieb vorhanden sind, z. B. Betriebsvereinbarungen (z. B. VW-Betriebsvereinbarung: www.igmetall.de/betriebsraete/betriebsvereinbarungen/vw_mobbing.html).

Um die psychische Stabilität und ein gesundes Selbstwertgefühl zu erhalten, kann der Betroffene seine sozialen Beziehungen und seine emotionalen Stärken mobilisieren.

► **Problem ansprechen.** Mobbingbetroffene müssen nicht tatenlos in die Opferrolle gleiten. Sie können (möglicherweise mit Unterstützung durch andere Personen) das Problem ansprechen.

► **Mobbingberater hinzuziehen.** Durch den Einsatz geschulter Mobbingberater, die z. B. in Krankenhäusern über den Betriebs- oder Personalrat erreichbar sind, kann der Teufelskreis der Schikanen durchbrochen werden. Ein hinzugezogener Vermittler verfolgt das Ziel, je nachdem wie weit der Zerstörungsvorgang fortgeschritten ist, eine für alle akzeptable Lösung des Grundkonflikts zu finden und die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit des Mobbingopfers zu erhalten.

Wenn Mobbing offenkundig wird, ist die Beziehung der Streitparteien schon derart verwickelt und hat einen solchen Grad von Feindseligkeit erreicht, dass der Betroffene sich meistens nicht mehr selbst helfen kann, und gute Ratschläge Außenstehender nicht greifen.

Manchmal kann der durch Mobbing Geschädigte noch mit letzter Kraft den Fall vor Gericht bringen und bekommt sehr oft Recht, sodass dem Geschehen ein Ende gesetzt wird.

Fallbeispiel

Maßnahmen bei Mobbing. Seit einem halben Jahr arbeitet Leon auf der pädiatrischen Intensivstation. Er ist Pflegefachkraft mit ganzem Herzen und verrichtet seine Arbeit gewissenhaft. Durch sein gutes technisches Verständnis ist er schon nach wenigen Monaten ein Experte für die Gerätemedizin auf der Station. Wenn ein Notfall zu versorgen ist, bietet er von sich aus bereitwillig seine Mitarbeit an.

Nachdem es sich 2 Mal ergeben hat, dass er wegen Verkehrsstaus zu spät zum Dienst kam, scheint die bisher doch arbeitsbezogene, sachliche Beziehung zu seinen Kolleginnen – es gibt außer ihm nur weibliche Pflegefachkräfte – umzuschlagen. Von der Stationsleitung wird er übermäßig wegen seiner Unpünktlichkeit, auch im Beisein der anderen gerügt: „So etwas können Sie sich auf unserer Station nicht erlauben! Da machen wir für Sie keine Ausnahme!“

Es kommt nun immer häufiger vor, dass sich Kolleginnen, wenn sie unter sich sind, über ihn lustig machen: „Habt ihr gesehen, wie Leon sich wieder ausgiebig und demonstrativ in jedem freien Moment die Hände desinfiziert?“ Solche Bemerkungen werden dann mit den vermeintlich passenden, übertriebenen Handbewegungen begleitet.

Eine Auszubildende betritt das Stationszimmer, wo die Kolleginnen beim Frühstück sitzen, sie verdreht die Augen, macht eine andeutende Kopfbewegung nach hinten und sagt: „Der nervt!“ Jeder weiß, wer gemeint ist.

Wenn ein Beatmungsgerät nicht funktioniert, fallen Bemerkungen: „Fragt doch unseren Technik-Spezialist, der kann doch alles!“

Die Pflegenden befinden sich zu dieser Zeit mitten in einer Mobbingaktion.

Nach einigen schlaflosen Nächten wendet sich Leon an eine psychologische Beratungsstelle. Dort erfährt er, dass er die Mobbingaktionen nicht ignorieren soll, sondern aktiv dagegen vorgehen kann. Leon wird ermutigt, den Betriebsrat zu informieren. Dieser schaltet einen Mobbingberater ein. In Gesprächen mit allen Beteiligten gelingt es die Konflikte aufzudecken und gemeinsam neue Perspektiven zu erarbeiten.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © Syda Productions, Fotolia.com

Kapitel 28

Burnout – wenn Pflege zur Belastung wird

28.1 Der Begriff Burnout *386*

28.2 Ursachen des Burnout-Syndroms *387*

28.3 Symptome und Verlauf des Burnouts *394*

28.4 Bewältigungsstrategien und Prophylaxe *396*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

28 Burnout – wenn Pflege zur Belastung wird

„Erst Feuer und Flamme, dann ausgebrannt?“

Examensschwerpunkte

Der Begriff Burnout (S. 386), Ursachen des Burnout-Syndroms (S. 387), Symptome und Verlauf (S. 394), Bewältigungsstrategien und Prophylaxe (S. 396), Stressverarbeitungsmodell nach Lazarus, Double Care

28.1 Der Begriff Burnout

Der Begriff Burnout ist umstritten. Experten diskutieren darüber, ob es sich dabei um eine Form einer depressiven Störung, um eine eigenständige Krankheit oder lediglich um ein Trendwort handelt, das widerspiegelt, dass Menschen in ihrem Beruf bis zur totalen Erschöpfung arbeiten.

In der aktuellen Klassifikation der WHO (ICD-10, Dilling, Freyberger, 2015) ist Burnout keine Behandlungsdiagnose, die die Finanzierung einer Therapie begründen würde. Burnout wird eingestuft als ein „Problem mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“.

Für die Betrachtungen in diesem Kapitel ist entscheidend, dass es sich um einen Erschöpfungszustand handelt, der durch besondere Bedingungen und Konstellationen im Pflegeberuf häufig auftritt und der es nötig werden lässt, über seine Entstehung und über präventive Maßnahmen Bescheid zu wissen.

Definition

Burnout (engl. to burn = brennen; out = aus) ist eine Bezeichnung für einen psychischen und/oder physischen Erschöpfungszustand nach einer Phase von anhaltendem Stress. In manchen Fällen führt dies zu länger anhaltenden psychischen und physischen Störungen und zu sozialen Folgen.

Merke

Der Begriff Burnout, übersetzbar mit „ausbrennen“ oder „ausgebrannt“, umfasst ein Syndrom, das u. a. bei Pflegenden als Folge von Überlastung auftritt. Es ist gekennzeichnet durch

- körperliche Erschöpfung,
- emotionale Erschöpfung,
- zynisch-abwertende, distanzierte Haltung gegenüber dem Hilfesuchenden (Dehumanisierung),
- Gefühl, der beruflichen Aufgabe nicht mehr gewachsen zu sein.

Es handelt sich um einen Erschöpfungszustand der im Zusammenhang mit Frustration und oft unrealistischen Erwartungen auftritt.

Fallbeispiel

Burnout. Pflegefachkraft Lisa ist im achten Jahr berufstätig. Im Krankenhaus gehört sie zum Team einer gynäkologischen Station. Sie hat Familie, die Kinder sind 1 und 3 Jahre alt. Am Anfang ging ihr alles leicht von der Hand. Das Koordinieren von Haushalt und Beruf hat sie mit Schwung gemeistert. Seit einem halben Jahr fällt ihr Vieles schwerer, es kostet sie Kraft, zum Dienst zu gehen. Gegen Feierabend denkt sie mit Grauen an die vor ihr liegende Hausarbeit.

Die Kolleginnen bemerken, dass sie weniger lacht, weniger freundlich mit Patienten umgeht und ihr ab und zu Fehler unterlaufen. Ihr Mann bemängelt ihre schlechte Laune. Wenn er ihr Hilfe anbietet, lehnt sie ab: „Ich schaffe das schon!“ Auf der Station erledigt sie nur noch das Nötigste, was sie viel Kraft kostet, und lebt stets auf die freien Tage zu. Morgens ist sie nicht ausgeschlafen und möchte am liebsten im Bett bleiben. Nach einer verschleppten Erkältung muss sie krankheitsbedingt fehlen. Manchmal ist sie so niedergeschlagen, dass sie sich fragt, ob das Ganze noch einen Sinn hat.

Viele Menschen erleben heute in ihrer beruflichen Laufbahn einen Prozess von Begeisterung am Anfang bis hin zur völligen Enttäuschung am Ende. Sie erinnern sich, wie sie in ihrem Beruf Feuer und Flamme waren und empfinden nun nur noch Leere, Sinnlosigkeit und Erschöpfung. In dieser Zeit häufen sich Krankheitssymptome und beruflicher Misserfolg. Betroffene Menschen beschreiben Verlauf und Endzustand als „Ausbrennen“ und „wie

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

ausgebrannt sein“. Aus dem amerikanischen Sprachraum kommt hierfür der auch bei uns gebräuchliche Begriff Burnout. Er wurde 1974 von dem Psychoanalytiker Herbert Freudenberger geprägt. Das Phänomen selbst gab es schon vorher.

Seit den 1960er-Jahren gibt es zunehmend Berichte und Diskussionen zum Thema Burnout. Es war eine erschreckend hohe Anzahl von Selbsttötungsfällen, Suchterkrankungen, Depressionen und „Zusammenbrüchen“ bei Mitarbeitern in helfenden Berufen festgestellt worden. Auch wenn im Folgenden nur von Pflegeberufen die Rede ist, trifft die Problematik doch auch für Ärzte, Pfarrer, Psychotherapeuten, Lehrer, Sozialarbeiter, Eltern, pflegende Angehörige und ehrenamtliche Helfer zu. Besonders die psychologischen Gegebenheiten der helfenden Berufe wurden in der Folgezeit analysiert.

Merke

Heute wird Burnout nicht nur in sozialen Berufen festgestellt, sondern auch bei Personen, die in Industrie und Wirtschaft, Haushalt und Familie tätig sind.

Fachkräfte in Pflegeberufen helfen Menschen beim Gesundwerden, Gesundbleiben und begleiten sie in schweren Lebenssituationen, auch beim Sterben.

Manchmal ist es gar nicht einfach, so zu helfen, dass es für den anderen eine wirkliche Hilfe bedeutet. Hilfe kann für jeden Menschen etwas anderes bedeuten; es ist deshalb wichtig, die Bedürfnisse einer Person zu kennen. Hilfe zu leisten, erfordert vom Helfer, seine Fähigkeiten und auch seine Grenzen zu kennen. Immer wieder benötigen Helfende zeitliche oder materielle Möglichkeiten, um erfolgreiche Hilfe leisten zu können, oft geschieht wirksame Hilfe jedoch auch ohne großen Aufwand.

Aufgabe

1 Kreisen Sie in Gedanken das Thema Helfen ein. Wie verschieden kann Helfen aussehen?

Neben allen beruflichen Verpflichtungen stehen sie der Aufgabe gegenüber, ihre eigene Gesundheit zu erhalten. Während der Ausbildung und in der Fachliteratur wird heute das umfangreiche Wissen über Pflege, Behandlung und Begleitung des Kranken ergänzt durch das Wissen um die eigene körperliche und seelische Gesundheit.

Um für die anspruchsvolle Arbeit in der Krankenpflege gut ausgerüstet zu sein, müssen Pflegende heute etwas von den Mechanismen wissen, die sie selbst krank machen, und von den Kräften und Bedingungen, die das verhindern können. Lesen Sie hierzu auch das Kapitel Salutogenese (S. 323).

28.2 Ursachen des Burnout-Syndroms

Burnout entsteht nicht plötzlich. Es handelt sich um einen Prozess, der sich oft über Jahre erstreckt und an dem verschiedene Faktoren beteiligt sind. Ursachen, die bei einer Person zu Burnout führen, können sehr unterschiedlich sein und finden sich in folgenden Bereichen:

- Berufsrollenverständnis,
- fachliche Anforderungen,
- emotionale Belastungen,
- zwischenmenschliche Konflikte,
- organisatorische Bedingungen,
- Persönlichkeitsstruktur.

28.2.1 Berufsrollenverständnis

Der Pflegeberuf ist derzeit durch verschiedene Rollenverständnisse gekennzeichnet. Der Einfachheit wegen beschränkt sich die Übersicht auf 2 extreme Sichtweisen. Im Alltag finden sich jedoch Rollenverständnisse der Pflegeberufe, die sich auf einem Kontinuum zwischen diesen Sichtweisen bewegen (▶ Abb. 28.1):

- traditionelles Rollenverständnis,
- modernes Rollenverständnis.

▶ **Traditionelles Rollenverständnis.** Pflegende im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert:

„Selbstlosigkeit, Ordnungs- und Wahrheitsliebe, Beobachtungsgabe, Taktgefühl, Reinlichkeit gehören zu den Aufgaben und Eigenschaften einer Pflegekraft.

Die Pflegeperson soll körperlich nicht abstoßend sein. Sie ist unentbehrliche und geschätzte Hilfskraft des behandelnden Arztes. Er muss von seiner Pflegerin verlangen, dass sie seine Verfügungen kritiklos und unbedenklich durchführt. Für die Pflegerin ist

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

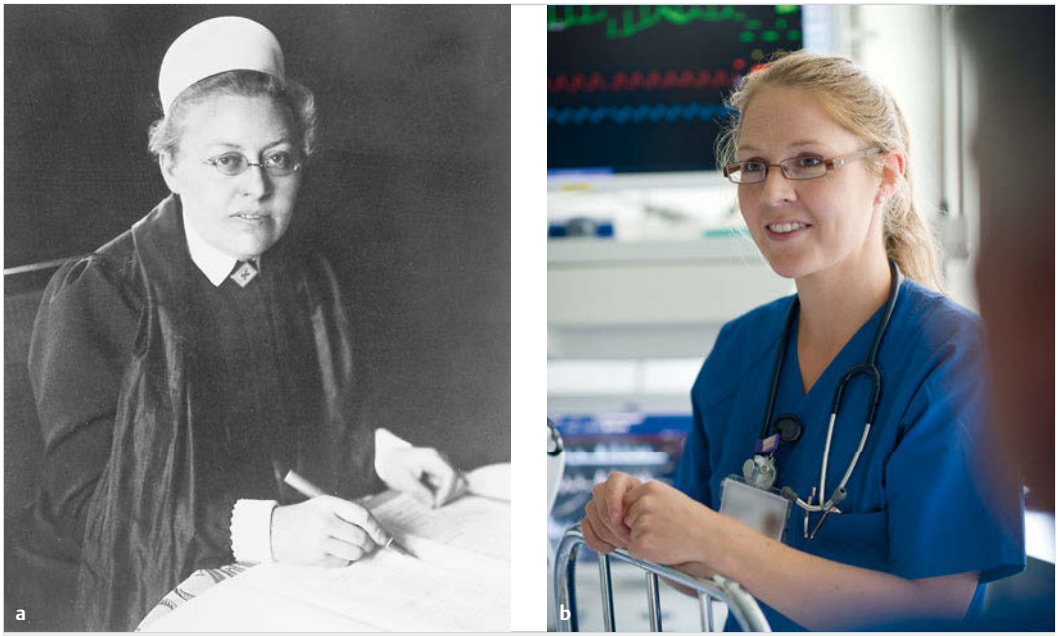


Abb. 28.1 Das Rollenverständnis äußert sich auch in der Berufsbekleidung.
a Traditionell. (Abb. von: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe [DBfK], Berlin)
b Modern. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

die ärztliche Visite das Hauptereignis des Tages. Nichts schädigt den schweren aber schönen Pflegeberuf intensiver als die Anmaßung ärztlicher Tätigkeit durch die Pflegeperson“ (Blum, A.: Handbuch der Krankenpflege, 1917).

„Die Schwester soll eine persönliche unmittelbare Beziehung des Vertrauens und der sorgenden Liebe aufbauen, immer auch Anteil nehmen und sich selbst in der so knapp bemessenen Freizeit noch in Gedanken mit der Arbeit beschäftigen.

Ärzten und Vorgesetzten gegenüber hat sie sich eines bedingungslosen Gehorsams zu befleißigen und trotzdem sollte sie eine intelligente Hilfskraft sein.

Vollkommene Selbstbeherrschung sowie die bedingungslose Unterordnung wurde verlangt“ (Feßler, J.: Taschenbuch der Krankenpflege, 1925).

Das sog. traditionelle Rollenverständnis ist im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstanden. Pflegende waren unverheiratet, kinderlos, waren rund um die Uhr bereit, sich für die Kranken einzusetzen, sie arbeiteten für wenig Geld, für „Naturalien“ oder auch für „Gottes Lohn“. Ihr Beruf war Berufung, Selbstaufopferung und es galt bedingungsloser Gehorsam gegenüber der Autorität des Arztes.

▶ **Modernes Rollenverständnis.** Heute wird Pflege als Dienstleistung verstanden. Die Berufsverbände vertreten ein modernes Verständnis der Pflegeberufe. Sie sprechen von Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit und betonen gleichzeitig die Vermittlerstellung der Pflegenden und ihre Aufgaben in einem interdisziplinären Team. Pflegerische Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten werden rechtlich definiert. Arbeitszeit und Vergütung werden tariflich festgelegt (▶ Tab. 28.1).

▶ **Erwartungen.** Die Bestandteile der verschiedenen Rollenverständnisse durchziehen die Erwartungen der Gesellschaft, der Patienten, der Pflegeheimbewohner, der Angehörigen und Besucher, der Ärzte, der Pflegeheim- und der Krankenhausleitung, der Kollegen und der Pflegenden selbst. Die Erfahrung, dass nie alle Erwartungen der existierenden Rollenvorstellungen erfüllt werden können, führt oft zu Unzufriedenheit und Frustration (▶ Abb. 28.2).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. 28.1 Rollenverständnisse des Pflegeberufs

Traditionelles Rollenverständnis (historisch gewachsene Erwartungen an die Persönlichkeit und an die Fähigkeiten der Pflegenden)	Modernes Rollenverständnis
• Aufopferung • Selbstlosigkeit • Berufung • religiöser Auftrag • „dienen“ • Bezeichnung: Schwester	• Pflege als Dienstleistung • Bezeichnung: Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Altenpfleger/-in
• Pflege häufig vollständig eigenverantwortlich	• rechtliche Klärung der Verantwortlichkeit • Pflege als Teamleistung
• ohne „Recht auf Freizeit“	• Anspruch auf geregelte Arbeitszeit/Teilzeitarbeit • Anspruch auf Urlaub und Freizeit • Freizeit hat eigene Inhalte • Anspruch auf Fortbildung
• Arbeit für „Gottes Lohn“	• Anspruch auf tarifliche Vergütung
• Pflege ist ein Frauenberuf • ledige Frauen	• auch Männer arbeiten in Pflegeberufen • Pflegende können verheiratet sein und Kinder haben
• „Untergebene des Arztes“	• Pflegende in enger Zusammenarbeit mit dem Arzt
• Pflegende als Experten und Autorität	• Patienten werden in die Pflege einbezogen und informiert • der „mündige Patient“



Abb. 28.2 Niemand kann alle Erwartungen der verschiedenen Rollenvorstellungen erfüllen.

Rollenkonflikte

Aus nicht miteinander zu vereinbarenden Erwartungen an bestimmte Rollen entstehen Rollenkonflikte. Wenn sie nicht zufriedenstellend bearbeitet werden, entstehen Unzufriedenheit und Motivationsverlust. Das Rollenselbstbild wird infrage gestellt. Die Identifikation der Pflegefachkraft mit ihrem Beruf wird gestört.

Ganz deutlich werden die Abweichungen der Rollenverständnisse, wenn die in der Ausbildungszeit vermittelte Theorie auf die Praxis stößt. Jetzt erscheinen viele, oft mühsam vermittelte Idealbilder als unerfüllbare Illusionen.

Auswirkungen des traditionellen Rollenverständnisses schlagen sich heute noch in Strukturen des Pflegeberufs (z. B. Arbeitszeiten) und in finanziellen Gegebenheiten nieder, z. B. bei Tarifen für Nacht- und Wochenendarbeit, Feiertagszuschlägen und in Schichtzulagen, die deutlich unter den Vergütungen im Bereich der Wirtschaft liegen.

Berufliche Identitätsfindung – Ideale

Die verschiedenen Rollenverständnisse beinhalten verschiedene Ideale. Im Verlauf der Berufsfindung und -ausübung entwickelt die Pflegefachkraft eigene Vorstellungen über die „ideale Ausübung“ ihres Berufs. Sie macht einen Prozess der beruflichen Identitätsfindung durch. Dabei ist es nötig, sich klar zu machen, dass Ideale für den Pflegeberuf äußerst wichtig, aber auch gefährlich sind.

► **Ideale stellen Ziele dar.** Ziele sind notwendig, um für eine gute Pflegeleistung motiviert zu sein. Dies ist Voraussetzung für eine gute Versorgung von alten und kranken Menschen. Ideale sind somit notwendig, um Pflege auf hohem Niveau auszuüben.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

▸ **Ideale bergen Gefahren.** Sie sind nie ganz zu verwirklichen, oft nicht einmal ansatzweise. Der häufigste Irrtum besteht darin, das Nichterreichen der Ideale als Scheitern zu interpretieren. Dies würde langfristig zu hoher Unzufriedenheit führen. Der richtige Umgang mit Idealen in Pflegeberufen besteht darin, jede Annäherung an die Ideale als Erfolg zu werten. Es geht nicht um ein hohes, unerreichbares Ziel, sondern darum kleine, erreichbare Teilziele zu setzen, deren Erreichen die Motivation und die Freude an der Arbeit erhöht.

Aufgabe

2 Fassen Sie die in den Textstellen beschriebenen Anforderungen an eine Pflegende zur Zeit des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts (S. 387) zusammen. Welche in den Zitaten beschriebenen Erwartungen kommen Ihnen auch in der heutigen Zeit bekannt vor? Überlegen Sie Beispiele, in denen solche historischen Erwartungen noch heute von Angehörigen, Ärzten, Patienten und anderen Personen an die Pflegenden gestellt werden.
3 Schildern Sie, warum es gerade in Pflegeberufen wichtig ist, Ideale zu haben. Erläutern Sie, wie mit Idealen umgegangen werden sollte, um die Gefahr des Burnout zu verringern.

28.2.2 Fachliche Anforderungen

So vielseitig wie der Beruf ist, so komplex sind auch die fachlichen Anforderungen, die an ihn gestellt werden. Von Pflegenden wird erwartet, dass sie sowohl medizinisch-pflegerisch als auch psychologisch kompetent sind. Ständig werden zu dem, was sich in der Pflege bewährt hat, Neuerungen bei der Arbeit eingeführt. Es werden neue Medikamente, Lagerungstechniken und behandlungspflegerische Maßnahmen erforscht und weiterentwickelt.

▸ **Psychologische Kenntnisse.** Darüber hinaus sollen Pflegende über neue psychologische Kenntnisse verfügen: Angemessen mit Patienten verschiedener Krankheitsbilder und mit Angehörigen umzugehen, gehört heute zu den Berufsaufgaben der Pflegenden.

▸ **Fortbildungen.** Es kommt zu zusätzlichen Belastungen, wenn sich die Zuständigkeit auf fachfremde Arbeitsbereiche erstreckt, für die man sich nicht kompetent fühlt, z. B. das Arbeiten am Computer mit häufig geänderten Programmen. Es werden neue Anforderungen an die Pflegenden gestellt. Fortbildungen erweitern das Fachwissen. Häufig werden Fortbildungen während der Arbeitszeit angeboten, und es ist nicht möglich, Mitarbeiter dafür frei zu stellen ohne andere Mitarbeiter dadurch zu belasten. Werden Fortbildungen in der Freizeit angeboten, geht dies meist auf Kosten der Erholungszeit der Arbeitnehmer. Nehmen nur einzelne Mitarbeiter an einer Fortbildung teil, kann es schwierig werden, das neu erworbene Wissen an die Gruppe weiterzugeben und in der Abteilung umzusetzen.

▸ **Auf sich allein gestellt sein.** Besonders kritisch und schwierig sind Situationen, in denen Pflegende auf sich allein gestellt sind, wie es oft bei Nachtwachen oder Mitarbeitern in ambulanten Diensten der Fall ist.

▸ **Hohe Verantwortlichkeit.** Kranken- und Altenpflege ist durch eine hohe Verantwortlichkeit bei vergleichsweise geringer persönlicher Entscheidungs- und Handlungsfreiheit des Einzelnen gekennzeichnet. Diese Verantwortung zu tragen ist schwer, vor allem weil man oft nicht nur für das eigene Tun und Lassen verantwortlich ist, sondern auch für das von nicht examinierten Hilfskräften, Auszubildenden und teilweise auch der Patienten und Angehörigen.

▸ **Zeitdruck.** Zu den hohen qualitativen Anforderungen kommt der hohe Zeitdruck, unter dem Pflegende arbeiten. Es muss in viele Richtungen gleichzeitig und vorausschauend gedacht werden, ständige Einsatzbereitschaft wird gefordert.

Aufgabe

4 Welche fachlichen Kenntnisse müssen Pflegende haben? Nennen Sie verschiedene Gebiete und Beispiele.
5 Zu welchen Themen gibt es Fortbildungen? Zu welchen Themen halten Sie Fortbildungen für sinnvoll oder notwendig? Wie wird auf Ihrer Station die Teilnahme an Fortbildungen gehandhabt?
6 Überlegen Sie Situationen, in denen Pflegende viel Verantwortung tragen müssen und wenig Entscheidungs- oder Handlungsfreiheit haben. Sammeln Sie in der Gruppe Beispiele dafür, dass Fehler durch Handeln aber auch durch Nicht-Handeln entstehen können.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

28.2.3 Emotionale Belastungen

Die Konfrontation mit Verlusten und die Begleitung von Menschen, die mit Verlusten umgehen müssen, sind emotional oft sehr belastend:

- Verlust der Gesundheit in Form von unheilbaren Krankheiten,
- Verlust eines Organs oder eines Körperteils,
- Verlust von bestimmten Fähigkeiten,
- Verlust der Beweglichkeit, teilweise oder vollständig,
- Verlust der eigenen Unabhängigkeit und der Selbstbestimmung,
- Verlust von Beziehungen,
- Verlust von Hoffnung und Zukunftsperspektiven,
- Verlust des Lebens.

Das Leid von Patienten und Angehörigen gehört zum Pflegeberuf. Helfen zu wollen und oft nur lindern zu können oder sogar hilflos mit ansehen zu müssen, wie ein Patient leidet oder einen hoffnungslosen Kampf kämpft, das sind Situationen, die Pflegende an ihre Belastungsgrenzen bringen können und auch darüber hinaus.

► **Überforderungssituationen.** Es kommt immer wieder zu Überforderungssituationen, z. B. wenn erwartet wird, dass Menschen in ihrer ersten Trauerreaktion aufgefangen und begleitet werden müssen. Pflegende sind Gefühlsausbrüchen von Patienten und Angehörigen ausgesetzt, die sie aushalten müssen, ohne sie auf sich selbst zu beziehen und ihren eigenen Gefühlen unmittelbar freien Lauf lassen zu dürfen. Von Fachkräften wird ein professioneller Umgang mit Gefühlen erwartet.

► **Belastende Vergleiche.** Hinzu kommt, dass Pflegende sich nicht vollkommen von diesem Leid abgrenzen können. „Wer weiß denn, was mir selbst bevorsteht? Wie das eigene Alter wohl aussieht?“ Möglicherweise werden belastende Vergleiche mit einem selbst, den eigenen Kindern, den Eltern oder Bekannten hergestellt.

Fallbeispiel

Emotionale Belastung. Auf der Intensivstation wird ein Zugang angemeldet: Ein junger Mann, 21 Jahre. Diagnose: Hodenkrebs im Endstadium. Pflegefachkraft Erna übernimmt die Aufnahme und die Pflege in ihrer Schicht. Als der Patient am 4. Tag stirbt, ist sie fassungslos. Sie weint laut und verlässt das Zimmer. Erna hat einen 20 Jahre alten Sohn. „Es hätte meiner sein können“ denkt sie immer wieder.

Je mehr Ähnlichkeit die belastende Situation im Krankenzimmer mit der privaten Lebenssituation hat, umso schwerer und umso dringender wird es sein, sich abzugrenzen.

Aufgabe

7 Nehmen Sie sich für diese Aufgabe genug Zeit und sorgen Sie für eine ruhige, ungestörte Atmosphäre. Erinnern Sie sich an emotional belastende Situationen. Wer oder was war Ihnen eine Hilfe? Tauschen Sie sich in der Kleingruppe aus. Wie gehen Sie persönlich mit solchen Belastungen um? Gibt es Unterstützung im Team?

28.2.4 Zwischenmenschliche Konflikte

Pflegende haben mit unterschiedlichen Personengruppen zu tun: Mit Patienten und Bewohnern, Angehörigen, Kollegen, Ärzten, Therapeuten, Mitarbeitern der Hauswirtschaft und mit vielen anderen. Sie erleben täglich viele Begegnungen mit ganz unterschiedlichen Personen, die verschiedene Erwartungen haben. Diese Begegnungen finden oft in Situationen statt, in denen die einzelnen Personen starken Belastungen ausgesetzt sind und die „Nerven blank liegen“. Dadurch sind Konflikte vorprogrammiert.

Konflikte unter den Mitarbeitern

Sie werden oft nicht angemessen ausgetragen, sodass es nicht zu einer wirklichen Lösung kommt. Macht- und Interessenkonflikte werden dann jahrelang mitgeschleppt und aufrechterhalten. Wenn sie sich ausweiten, kann die Zusammenarbeit erschwert und eine produktive Arbeit unmöglich werden. Es kann zu Mobbinghandlungen (S. 377) kommen.

Gefühle der Über- oder Unterlegenheit stören eine sachliche Zusammenarbeit. Wenn eigentlich geklärt werden soll, wer der überlegene Partner ist, ist man nicht mehr frei, gemeinsam eine gute Lösung eines sachlichen Problems zu finden. Wenn davon ausgegangen wird, dass von „ganz unten“ in

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

der Hierarchie eines Stationsgefüges kein effektiver Lösungsvorschlag kommen kann und nur „weiter oben“ die Kompetenz für jegliche Problemlösung vorhanden ist, wird eine sehr gute Idee einer Auszubildenden unbeachtet bleiben.

Konflikte mit Patienten, Pflegeheimbewohnern oder Angehörigen

Konflikte können häufig nicht offen ausgetragen werden, wenn dies ein fachlich korrekter Umgang mit Kranken oder Schutzbefohlenen nicht erlaubt.

So ist es i. d. R. nicht möglich mit einem demenziell erkrankten Patienten eine Meinungsverschiedenheit sachlich zu diskutieren und ihn mit Argumenten zu überzeugen. Auch im Umgang mit suchtkranken oder depressiven Patienten kommt es manchmal zu Situationen, in denen nicht alles ausgesprochen werden sollte. Manches bleibt unausgesprochen.

Pflege als Dienstleistung beinhaltet auch, dass Pflegebedürftige bzw. Angehörige „Kunden“ sind, die möglichst nicht verärgert werden sollen. Hilfreich kann es dann sein, die belastenden Situationen und den verbliebenen Ärger mit Kollegen zu besprechen, denen es vielleicht auch schon ähnlich ergangen ist.

Konflikte mit Partnern und Familie

Sie entstehen meist zwangsläufig durch die Arbeitszeiten. Auch für den Partner ist es belastend, wenn der Dienstplan kurzfristig geändert werden muss und private Vorhaben wieder einmal verschoben werden müssen. Diese Konflikte finden zwar außerhalb der Dienststelle statt, erreichen aber mit ihrem belastenden Einfluss auch die berufliche Tätigkeit.

Wechselschichten machen eine regelmäßige Teilnahme an bestimmten Freizeitaktivitäten unmöglich. Bei Kontaktmangel in der Freizeit und zunehmender Isolation von Freunden können viele gute Möglichkeiten, außerberuflich Stress abzubauen, nicht genutzt werden. Wenn Pflegende auch ihre privaten Beziehungen nur zu Personen aus dem Bereich der Kranken- oder Altenpflege unterhalten, besteht die Gefahr, dass berufliche Probleme zu sehr im Vordergrund bleiben und die alltäglichen Dinge der Umgebung nicht mehr den notwendigen Realitätsbezug und Stellenwert bekommen.

Aufgabe

8 Vertiefen Sie das Thema „Zwischenmenschliche Konflikte“, indem Sie in 3 Gruppen der Frage nachgehen: Welche Konflikte haben Sie mit Kollegen (1), Patienten oder Pflegeheimbewohnern (2), Partnern oder Familie (3) erlebt? Wie wird in Ihrem Arbeitsbereich mit Konflikten umgegangen?

28.2.5 Organisatorische Bedingungen

Zur Entwicklung eines Burnout-Syndroms tragen organisatorische Faktoren auf verschiedenen Ebenen bei:

- politische Ebene,
- Verwaltung oder Leitung der Einrichtung,
- Stations- bzw. Wohnbereichsleitung,
- persönliche Organisation.

▶ **Politische Ebene.** Es wird über Personalschlüssel, tarifliche Vergütung, finanzielle Zuschüsse, Bestimmungen der Pflegeversicherung, Kontrolle durch Behörden und medizinischen Dienst entschieden. Bereits hier ergeben sich gravierende Ursachen für eine Überlastung des Personals.

▶ **Verwaltung oder Leitung der Einrichtung.** Sie entscheidet über die Ausschreibung von Stellen und die Einstellung von Mitarbeitern und die Organisation und Schulung z. B. von ehrenamtlichen Mitarbeitern. Die ausbleibende Genehmigung von Pflegemitteln und Materialien kann zu Unzufriedenheit der Mitarbeiter führen. Mit der Bereitstellung von Material, von Pausenräumen oder Erholungsmöglichkeiten kann auf dieser Ebene Burnout entgegengewirkt werden.

▶ **Stations- bzw. Wohnbereichsleitung.** Sie hat entscheidende Einflussmöglichkeiten. Sie ist zuständig für die Mitarbeiterführung, für die Motivation und die Weitergabe von Informationen. Die Gestaltung der Übergabesituation spielt hierbei eine wichtige Rolle. Oft fehlen klare Absprachen und konstruktive Mitarbeitergespräche.

Problematisch ist auch, dass Auszubildende oft wenig angeleitet aber wie eine Fachkraft eingeplant und damit überfordert werden (▶ Abb. 28.3).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 28.3 Auszubildende und neue Mitarbeiter werden oft unzureichend eingearbeitet und sind dadurch überfordert *(Symbolbild)*. (Foto: A. Fischer, Thieme)

Pflegehilfskräfte und neue Mitarbeiter werden oft unzureichend eingearbeitet.

In Dienstplangestaltung und Urlaubsplanung liegen wesentliche Möglichkeiten, der Entstehung von Burnout entgegen zu wirken. Unregelmäßige Arbeitszeiten, Nacht-, Wochenend- und Schichtdienste verhindern einen gleichmäßigen Lebensrhythmus. Sie erfordern ein hohes Maß an Flexibilität. Dabei müssen zu physiologisch ungünstigen Zeiten große Leistungen erbracht werden. Der normale Schlaf-Wach-Rhythmus wird gestört. Deshalb ist es besonders wichtig, in der Dienstplanung dafür zu sorgen, dass zwischen den Diensten ausreichend Erholungszeit vorhanden ist.

► **Persönliche Organisation.** Mangelnde persönliche Organisation und Unterbrechung von Arbeitsabläufen führen zu zusätzlichem Stress. Sorgfältige Planung und ein gut organisierter Arbeitsplatz erleichtern den Arbeitsablauf.

Viele der genannten Faktoren bewirken einen hohen Zeitdruck. Dadurch kann Pflege nicht immer nach den eigenen Maßstäben gestaltet werden. Ein an die Visite oder eine Diagnosemitteilung sich anschließendes Gespräch entspräche wohl den Vorstellungen der Pflegenden und Patienten, muss aber in den organisatorischen Ablauf eingeplant werden. Ständig muss abgewogen werden, welcher Patient oder Bewohner vordringlich versorgt werden muss, das geht meistens nur auf Kosten der anderen. Das Gefühl, nie allen gerecht zu werden, stellt eine große Belastung dar.

Aufgabe

9 Können Sie sich vorstellen, auf die genannten organisatorischen Faktoren, die bei Burnout möglicherweise beteiligt sind, selbst Einfluss zu nehmen? Tauschen Sie Ihre Ideen und vielleicht auch Ihre Erfahrungen aus.

28.2.6 Persönlichkeitsstruktur: das Helfersyndrom

Definition

Unter einem **Helfersyndrom** versteht man eine Konstellation von Persönlichkeitsfaktoren, die eine Entstehung des Burnout-Syndroms begünstigen.

In Pflegeberufen arbeiten viele Menschen unter schwierigen Bedingungen. Dennoch entwickeln nicht alle ein Burnout-Syndrom. Ausschlaggebend dafür, ob es dazu kommt, ist auch die Persönlichkeitsstruktur des Einzelnen. Es gibt bestimmte Persönlichkeitseigenschaften, die – wenn sie zusammentreffen – eine erhöhte Burnout-Gefährdung darstellen. Zu diesen Eigenschaften gehört:

- Nicht in der Lage sein, erfüllbare Wünsche rechtzeitig zu äußern oder sich Wünsche selbst zu erfüllen. Sie werden angesammelt und treten dann meistens, wenn es zu spät ist, als Vorwürfe auf.
- Es besteht ein starkes Bedürfnis, gebraucht zu werden, Dankbarkeit zu erfahren und anderen etwas zu bedeuten. Das kann zu starken Abhängigkeitsbeziehungen führen.
- „Nein“ sagen fällt schwer.
- Die eigene Belastungsgrenze wird nicht wahrgenommen oder ignoriert.
- Man kann sich nicht vorstellen, Anerkennung und Zuneigung zu bekommen, ohne für andere etwas getan, eine Leistung erbracht zu haben. Oft wurde als Kind gelernt, für das, was man *„tut“*, nicht für das, was man *„ist“*, geliebt oder wertgeschätzt zu werden.
- Auch private Beziehungen sind meist asymmetrisch; sie bestehen vor allem zu „Hilfebedürftigen“.
- Es fällt schwer, selbst Hilfe anzunehmen, obwohl dies von Patienten als selbstverständlich erwartet wird.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Lob und Anerkennung können nicht angenommen werden. Stattdessen fallen Bemerkungen wie „Das ist doch selbstverständlich“, „Ich tue doch nur meine Pflicht“, „Das ist nicht der Rede wert“. Eigene Kommentare von der Art „Jawohl, das habe ich sehr gut gemacht“, „Das ist mir wirklich gut gelungen“ fehlen.

Fallbeispiel

Persönlichkeitsstruktur. Eine Stationsleitung sagt nach jahrelanger Zusammenarbeit bei der Verabschiedung eines Arztes: „Dass Sie mich all die Jahre nie gelobt haben, werde ich Ihnen nie verzeihen!“

Es ist kein Zufall, dass Menschen mit den genannten Persönlichkeitsmerkmalen häufig einen helfenden Beruf wählen: Sie haben gelernt, dass Helfen auch die eigenen Bedürfnisse, z. B. die Bedürfnisse nach Anerkennung und Wertschätzung, befriedigt und erwarten dies nun auch in ihrem Beruf.

Merke

Personen mit Helferpersönlichkeit fällt es schwer, die Belastungen des Helferberufes zu kompensieren, weil

- das starke Bedürfnis, gebraucht zu werden, andere, freie Aktivitäten blockiert,
- sie Wünsche und Forderungen für die eigene Person schlecht äußern können,
- auch die verbleibende Freizeit mit Beziehungen zu Hilfebedürftigen verbracht wird.

Aufgabe

10 Lassen Sie sich die Eigenschaften der Helferpersönlichkeit noch einmal in Ruhe durch den Kopf gehen. Halten Sie für sich fest, mit welchen Bereichen Sie in Zukunft besonders achtsam umgehen wollen.

28.3 Symptome und Verlauf des Burnouts

28.3.1 Symptome

Das Erscheinungsbild des Burnout-Syndroms hat eine Vielzahl variierender Symptome. Diese können sich körperlich, emotional oder kognitiv bemerkbar machen.

▶ **Körperliche Symptome.** Ein Burnout-Syndrom kann körperlich verschiedene Symptome verursachen. Dazu gehören:

- Schwächung des Immunsystems,
- Schlafstörungen und die Unfähigkeit, sich in Pausen zu erholen,
- chronische Müdigkeit,
- Kopfschmerzen, Migräne,
- Kreislaufbeschwerden,
- Verdauungsbeschwerden,
- Rücken- und Nackenschmerzen,
- psychosomatische Erkrankungen wie Magengeschwür, Asthma oder Ekzem,
- übermäßige oder reduzierte Nahrungsaufnahme.

Kaffee-, Nikotin-, Medikamenten- oder Drogenkonsum können zum Problem werden.

▶ **Emotionale Symptome.** Neben körperlichen Symptomen kommt es zu emotionaler Erschöpfung (▶ Abb. 28.4). Diese zeigt sich in:

- dem Wunsch, in Ruhe gelassen zu werden, sich zurückzuziehen,
- Gefühlen des Versagens und der Unzulänglichkeit,
- Niedergeschlagenheit und Resignation,
- Nervosität, innerer Leere, manchmal Verzweiflung.

▶ **Kognitive Veränderungen.** Das Denken bzw. die Einstellung des Einzelnen kann sich verändern:

- Anfängliche Ziele und Ideale gehen verloren.
- Die negative Einstellung erstreckt sich auf die eigene Person, die Arbeit, die Patienten bzw. Bewohner und das Leben.
- Als Selbstschutz funktioniert nur noch eine abwertend zynische Haltung. Patienten werden als „Fall“ gesehen: „Die Niere von Zimmer 8 hat geklingelt“ (Dehumanisierung).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 28.4 Emotionale Erschöpfung äußert sich in Gefühlen des Versagens und in Resignation *(Symbolbild)*. (Foto: A. Fischer, Thieme)

- Mechanismen, die gesunde Menschen einsetzen, um Stress zu regulieren, wie Ansprüche senken oder Verpflichtungen delegieren, versagen.

Aufgabe

11 Körperliche, emotionale und kognitive Symptome bilden das Syndrom des Burnout. Welche einzelnen Symptome haben Sie schon bei Kolleginnen und Kollegen oder bei sich selbst kennen gelernt?

28.3.2 Verlauf des Burnout-Syndroms

Burnout verläuft in verschiedenen Stadien, die wiederholt auftreten können:

1. Enthusiastische Phase,
2. Stagnation und Frustration,
3. Apathie,
4. körperlicher und psychischer Zusammenbruch.

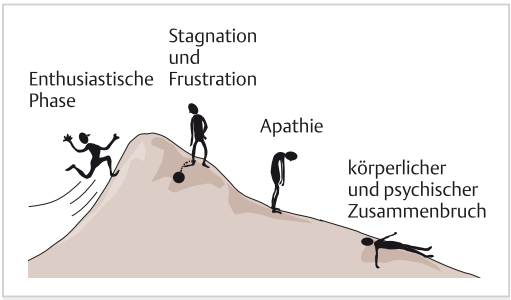


Abb. 28.5 Verlauf des Burnout-Prozesses.

In jeder Phase gibt es Möglichkeiten, den Prozess des Ausbrennens zu unterbrechen (▶ Abb. 28.5).

Enthusiastische Phase

Am Anfang steht die Begeisterung für den Beruf. Mit Schwung und viel Wissen wird nach dem Examen in der ersten Zeit der Berufstätigkeit gearbeitet. Freiwillige oder unfreiwillige Überlastungen werden toleriert. Pflegende identifizieren sich am Anfang durch überhöhte, zum Teil unrealistische Erwartungen an sich und andere mit dem Beruf übermäßig.

Wenn immer häufiger die Erholungsphase ausbleibt, treten erste Probleme auf. Erschöpfungszustände körperlicher, emotionaler und kognitiver Art stellen sich ein.

Stagnation und Frustration

Erwartungen aus der Ausbildungszeit und der ersten Phase der Berufstätigkeit erfüllen sich nicht. Ideale gehen verloren (Desillusionierung). Es wird offensichtlich, dass der Einzelne seine Arbeit weniger beeinflussen kann als erwartet, dass es zu wenig individuelle Unterstützung und zu wenig ausgesprochene Anerkennung gibt. Erste Unzufriedenheit über vergleichsweise mäßige Bezahlung und oft fehlende Mitbestimmungsmöglichkeiten tritt auf. „Lohnt sich das eigentlich?“ Insgesamt wird die Arbeit deutlich negativer erlebt.

Weitere Enttäuschungserlebnisse kommen hinzu: Aus dem Engagement wird Distanz und Gleichgültigkeit. In diesem Stadium, unter dem Vorzeichen der zunehmend problematischen Arbeitssituation, nehmen sich die Pflegenden selbst immer mehr zu-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

rück und sehen den Pflegebedürftigen immer mehr als Teil einer Arbeit, die getan werden muss. Zum Selbstschutz werden mitmenschliche Gefühle reduziert (Dehumanisierung).

Apathie

Es kann zu völliger Gleichgültigkeit kommen. Die ursprünglichen Ideale sind verschwunden. Die Pflege reduziert sich immer mehr auf rein körperliche, technische Verrichtungen.

Der Rückzug findet auch im privaten Bereich statt. Die Persönlichkeit verändert sich. Ein Teufelskreis bildet sich.

Jetzt stellen sich sehr schnell Schuldgefühle ein. Man leistet ja nicht das, was man eigentlich wollte und könnte. Depressive, manchmal aggressive Reaktionen schränken die Leistungsfähigkeit weiter ein. Es gibt immer weniger Anerkennung, immer mehr Kritik. Beschwerden und kollegialer Streit verschlechtern das Ansehen.

Körperlicher oder psychischer Zusammenbruch

Die Fehlzeiten werden häufiger und länger, ohne dass sich die Situation zum Positiven wendet. Spätestens jetzt treten psychosomatische Symptome auf. Ein Ausbrechen aus dem „Teufelskreis" ist meist nur mit professioneller Hilfe möglich. Auch Selbsthilfegruppen können helfen, neue Sichtweisen und Verhaltensweisen zu entwickeln.

Aufgabe

12 Mit welchen Maßnahmen könnte man in den einzelnen Phasen den weiteren Verlauf des Burnout-Syndroms aufhalten und wieder zu einer befriedigenden Arbeitssituation zurückkehren?

28.4 Bewältigungsstrategien und Prophylaxe

Mit geeigneten Maßnahmen ist es in jedem Stadium möglich, den Prozess des Ausbrennens zu unterbrechen. ▶ Tab. 28.2 zeigt, welche vielfältigen Einflussmöglichkeiten – entsprechend den Ursachen – bestehen, um sich vor Burnout zu schützen oder einen solchen Prozess rückgängig zu machen.

Viele Menschen machen mehrmals Erfahrungen mit Burnout. Durch frühzeitiges Erkennen, eigene, rechtzeitige Entscheidungen und gegebenenfalls das Hinzuziehen von Fremdhilfe können sie den Verlauf unterbrechen und in eine befriedigende Arbeitsqualität zurückfinden.

Aufgabe

13 Führen Sie nun mit Pflegefachkraft Lisa (S. 386) ein beratendes Gespräch über ihre Situation. Arbeiten Sie Ansatzpunkte heraus, die Situation zu verändern mit dem Ziel, dass Lisa wieder Freude an ihrer Arbeit erlebt.

28.4.1 Stressverarbeitungsmodell nach Lazarus

Belastungen und Stress gehören zum Pflegeberuf. Deshalb verfügen Pflegefachkräfte über Kenntnisse und Erfahrungen, mit Stress kompetent umzugehen. Unter anderen hat das Stressverarbeitungsmodell von R. S. Lazarus, einem amerikanischen Psychologen (1922–2002, Veröffentlichung 1974) in die Pflegeausbildung Eingang gefunden. Lazarus ging von der Beobachtung aus, dass Menschen auf eine bestimmte Situation unterschiedlich reagieren, weil sie das Geschehen unterschiedlich bewerten. Was die einen als Bedrohung erleben, betrachten andere vielleicht mit Interesse oder empfinden es bedeutungslos, jedenfalls als nicht stressig (▶ Abb. 28.6). Unterschiedliches Denken, Wahrnehmen, Urteilen, also kognitive Prozesse, ergeben von Mensch zu Mensch unterschiedliche Bilder der Wirklichkeit.

„Jeder meint, dass seine Wirklichkeit die wirkliche Wirklichkeit ist." Paul Watzlawick (1921–2007), Kommunikationswissenschaftler.

Beim Bewertungsprozess unterscheidet Lazarus 3 Stufen:

1. Das Ereignis erscheint positiv, als Herausforderung, die gemeistert werden kann („Das ist machbar, lösbar, das schaffe ich").
2. Das Ereignis ist irrelevant. („Das geht mich nichts an, betrifft mich nicht").
3. Das Ereignis ist gefährlich oder kann gefährlich werden. („Ich habe Angst, Stress"). Nach Lazarus entsteht Stress, wenn die Ressourcen eines Menschen möglicherweise nicht ausreichen, um belastende Herausforderungen der Umwelt zu bewältigen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. 28.2 Prophylaxe/Bewältigungsstrategien des Burnout-Syndroms.

	Pflegende	Organisation/Leitungsebene der Einrichtung
Berufsrollenverständnis	• Klärung des eigenen Rollenselbstbilds • Darstellung des Rollenselbstbilds nach außen. Nicht ständig Zugeständnisse machen, Überstunden aufschreiben, freie Tage als Recht, nicht als Geschenk betrachten usw. • Sichtweise entwickeln: Ideale sind nötig, Nichterreichen heißt nicht „scheitern" sondern „Teilziele erreichen!" • Grenzen setzen • Rollentrennung	• Rechte der Pflegenden achten und unterstützen • Öffentlichkeitsarbeit leisten
Fachliche Anforderungen	• realistische Erwartungen an sich stellen • delegieren können • Fortbildungen wahrnehmen	• Fort- und Weiterbildung des Personals fördern • sicherstellen, dass Information über neue Methoden/Material untereinander weitergegeben werden
Emotionale Belastungen	• Entlastungsmöglichkeiten schaffen und nutzen (Gespräche im Team usw.) • Einstellung zum Alter, zu Tod und Krankheiten entwickeln • Verdrängung zeitweise als Selbstschutz zulassen	• Todesfälle gemeinsam erleben, Abschied ermöglichen • Mitarbeitern Gesprächsmöglichkeiten bieten (Zeit und Raum)
Zwischenmenschliche Konflikte	• Offenheit • direktes Ansprechen • fairer Umgang, Loyalität • Kontaktpflege zu Partner, Familie, Freunden	• Offenheit • keine starren Gegenschichten • nicht über- sondern miteinander reden • Zuständigkeiten klären
Organisatorische Ursachen	• strukturierter Arbeitsablauf • Absprachen im Team • Arbeitsplatz organisieren • Handlungsspielräume ermitteln und nutzen • selbst Hilfe annehmen (um Hilfe bitten heißt auch, den anderen aufzuwerten) • Freizeit/Privatleben organisieren	• Dienstplangestaltung mit Erholungszeiten • Regelung der Arbeitszeiten: Planbarkeit, wenig geteilte Dienste • Arbeitsunterbrechungen minimieren • störungsfreie Pausen und Übergabegespräche • einräumen von Entscheidungsmöglichkeiten für Mitarbeiter • regelmäßige konstruktive Mitarbeitergespräche • Mitarbeiter wertschätzen und Lob aussprechen • Organisation von Material • sinnvolle Verantwortungsbegrenzung (der Kollege kann die Arbeit fortsetzen)
Persönlichkeitsmerkmale	• lernen, für sich zu sorgen und sich Wünsche zu erfüllen • lernen, sich Wünsche zu erfüllen • lernen, „nein" zu sagen • lernen, als Person geliebt zu werden • lernen, sich zu loben und Lob anzunehmen • bei aller Selbstkritik einen liebevollen, ehrlichen Umgang mit sich pflegen: „Nicht alles lief optimal, aber ich habe so gut wie möglich gehandelt"	• Lernmöglichkeiten geben • Mitarbeiter für Selbstpflege loben • respektieren der Freizeit und freien Tage • Mitarbeiter als Person wertschätzen

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

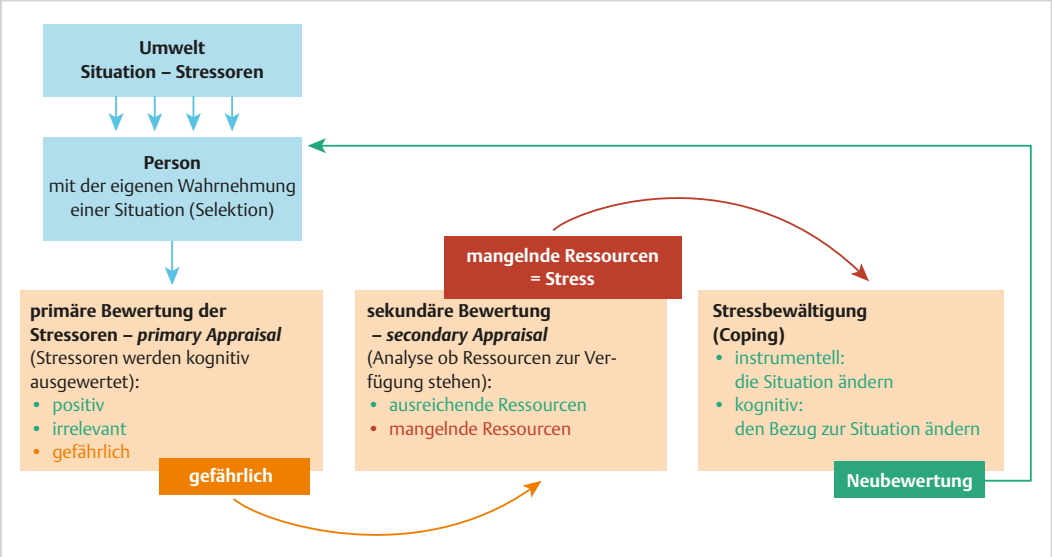


Abb. 28.6 Stressverarbeitungsmodell nach Lazarus. (Abb. nach Schwior-Popp S, Sitzmann F, Ullrich L. Thiemes Pflege. Thieme; 2017)

Das Erstaunliche, das Lazarus herausfand, war, dass die Personen nach einem prüfenden Blick auf die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen (eigene Fähigkeiten, Selbstkonzept, soziales Netz) eine zweite Bewertung abgaben. Wenn sie jetzt den Eindruck hatten, die Ressourcen zur Problembewältigung reichten doch aus – Coping (S. 303) –, erfolgte eine Neubewertung. Das Ereignis erschien nun als Herausforderung, der man sich stellen konnte. Denken und Wahrnehmung (Kognitionen) können Emotionen (Stress, Angst, Selbstwertgefühl) beeinflussen. Die subjektive Einschätzung ist also durch eine neue Sicht der Dinge wirklich veränderbar.

Aufgabe

14 Informieren Sie sich über den Zusammenhang von Gefühlen und kognitiven Prozessen (S. 99).

Fallbeispiel

Stressverarbeitung. Pflegefachkraft Erna ist 52 Jahre alt, erzählt von einer guten Erfahrung mit jungen Kolleginnen: Sie hatte vor 3 Monaten von einer chirurgischen Abteilung auf die Kinderstation gewechselt. Nach wenigen Tagen und schlaflosen Nächten wuchs ihr alles über den Kopf. Die neuen Arbeitsbedingungen waren wohl doch eine Nummer zu groß für sie. Obwohl sie besonnen, fleißig und belastbar war und nicht so schnell aufgab, geriet sie mehr und mehr unter Stress und kam schließlich zu der Überzeugung: „Das schaffe ich nicht." Also trug sie ihr Problem bei der nächsten Dienstbesprechung vor (Ressource, soziales Netz), worauf die jungen Kolleginnen sie derart unterstützten, dass sie wieder Tritt fassen konnte und jetzt überzeugt ist (Neubewertung): „Ich schaffe die Arbeit in der Kinderklinik tatsächlich und mit großer Freude!" (Coping).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

28.4.2 Problemorientierte und lösungsorientierte Sichtweise

Ob ein Problem erfolgreich gelöst wird, hängt nicht nur von guten oder schlechten Lösungsvorschlägen ab, entscheidend ist schon die Art und Weise, das Problem wahrzunehmen. Unterschieden werden hier:

- problemorientierte Sichtweisen,
- lösungsorientierte Sichtweisen.

Problemorientierte Sichtweise

Diese Art, ein Problem zu behandeln, stellt folgende Fragen:

- Woher kommt das Problem?
- Wo liegen in der Vergangenheit seine Ursachen?
- Wer ist schuld?
- Wer hat angefangen?

Die Sprache der Problemorientierung enthält Verallgemeinerungen: „nie …“, „jedes Mal“, „alle“, „keiner“, „das schaffen wir nie!“, „immer ich!“. Bei Argumentationen macht das beliebte „ja, aber …“ einer gefundenen Übereinstimmung gerne wieder ein Ende.

Jammern und Klagen bestimmen das Arbeitsklima. Die Beteiligten beißen sich am Problem fest. Es fallen Sätze wie „Wir können eben nicht miteinander reden!“, „Es hat ja sowieso keinen Zweck!“, „Es ist immer dasselbe!“

Der Einzelne oder eine Gruppe starren wie gebannt auf das Problem. Sie wirken wie von ihm hypnotisiert. Manches Team scheint sich in der „Jammerecke“ eingerichtet zu haben und in einer „Stress-Jammer-Kultur“ wohlzufühlen, in der man miteinander wetteifert, wer die meisten Belastungen hat und wem es am schlechtesten geht. Dadurch bleibt keine Energie, nach praktikablen Lösungen zu suchen.

Lösungsorientierte Sichtweise

Die lösungsorientierte Sichtweise geht mit einem Problem anders um (▶ Abb. 28.7). Sie fragt:

- Wo sind meine oder unsere Ressourcen, Kraftquellen, Potenziale?
- Was kann ich, was will ich? Wo bin ich kompetent? Was liegt mir?
- Was habe ich schon einmal gut gemacht?
- Was ist das Ziel, welche Teilziele führen dorthin, wie soll die Lösung aussehen?



Abb. 28.7 In der Teambesprechung führt eine lösungsorientierte Sichtweise zum konstruktiven Umgang mit Problemen. (Foto: A. Fischer, Thieme)

Statt „ja, aber“ führt sie Überlegungen mit „ja, und …“ weiter. Ideenentwicklung, Kreativität, Bewegung, Humor und Lachen gehören hier zum konstruktiven Umgang mit Problemen.



Aufgabe

15 Kennen Sie das „Dschungelbuch“ von Rudyard Kipling, als Buch oder als Film, der danach gedreht wurde? Gönnen Sie sich das Vergnügen! Der Bär Balu und die Schlange Kaa vertreten je eine der beiden beschriebenen Sichtweisen eines Problems. Ordnen Sie ihnen die problemorientierte und die lösungsorientierte Sichtweise zu (nach Wirsing, 2000).

28.4.3 Selbstpflegekonzept

Um in einem konfliktreichen Arbeitsfeld gesund zu bleiben, bedarf es einer sorgfältigen Psychohygiene. Auf Gesundheitsvorsorge für die eigene Person zu achten, gehört zu den Aufgaben von Pflegenden. Schon in die Ausbildungszeit gehört die Entwicklung eines Selbstpflegekonzeptes. Im Laufe der Berufstätigkeit kann es weiter entwickelt werden.

Abschließend einige interessante Vorschläge von Menschen mit eigener Burnout-Erfahrung für die Selbstpflege:

- Zur Lösung von Problemfällen ziehe ich das Team hinzu.
- Ich achte auf meine eigenen Grenzen.
- Ich genieße es, mit den zu Pflegenden auch einmal herzlich zu lachen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 28.8 Sich bewusst über gelungene Arbeit freuen gehört zum Selbstpflegekonzept. (Foto: P. Blåfield, Thieme)

- Ich trenne Arbeits- und Pausenzeiten.
- Ich freue mich im Pflegealltag an gelungenen Situationen (▶ Abb. 28.8).
- Ich delegiere Aufgaben.
- Ich formuliere meine Wünsche.
- Ich versuche, einige Situationen mit Humor zu betrachten.
- Ich äußere meine Meinung.
- Ich gestehe mir Schwächen zu.
- Ich interessiere mich für Dinge außerhalb meines Berufs.
- Ich pflege Kontakte und Freundschaften zu Menschen außerhalb meines Kollegenkreises.
- Ich gestalte meinen Arbeitsplatz freundlich.
- Ich versuche, Positives bewusster wahrzunehmen.
- Ich halte auch Zeit für mich frei.
- Ich nehme Berufliches nicht mit nach Hause.
- Ich fühle mich nicht für alles zuständig.
- Ich nehme Fortbildungen wahr.
- Ich achte auf körperliche Warnsignale.
- Ich treibe Sport und nehme mir Zeit für Bewegung.

Aufgabe

16 Sie haben schon eigene Erfahrung mit Selbstpflege. Sammeln Sie bitte alles, was Ihnen in schwierigen Zeiten schon einmal gutgetan hat. Wie erholen Sie sich am besten? Was hat sich schon bewährt, um aus einem schlechten psychischen Zustand wieder in Ihr Gleichgewicht zu finden?

Tauschen Sie die wertvollen Erfahrungen in der Gruppe aus. So können andere ihr Selbstpflegekonzept erweitern, indem sie Neues ausprobieren. (Das übrigens entspricht einer lösungsorientierten Sichtweise!)

28.4.4 Double Care

▶ **Auf dem Weg zum Thema.** Lesen Sie die vorherigen Seiten; wenn wenig Zeit zur Verfügung steht ab Bewältigungsstrategien und Prophylaxe (S. 396), etwas ausführlicher das gesamte Kapitel Burnout – wenn Pflege zur Belastung wird (S. 386).

Aufgabe

17 Tragen Sie in der Gruppe Ihre Kenntnisse über gelungene Kommunikation zusammen, gerne anhand dieses Buches. Zum Beispiel: Aktives Zuhören (S. 224), Vier-Ohren-Modell (S. 225), Gesprächstherapie (S. 469), Feedback (S. 226), Small Talk (S. 231), persönliches Gespräch (S. 228), Gespräche mit Angehörigen.

Wer über grundlegende Kenntnisse der Kommunikation und über den Auf- und Ausbau eines Selbstpflegekonzepts verfügt, ist für den Pflegeberuf gut ausgestattet. Beide „Werkzeuge" ermöglichen qualifizierte Tätigkeit zum Wohl des Patienten und auf lange Sicht auch Freude an der Pflegetätigkeit.

Forschungsergebnisse zu den Themen „Kommunikation" und „Selbstkonzept" werden in den Vorschlägen der „Wittener Werkzeuge" gebündelt und ausgearbeitet. Damit bieten Pflegefachleute von der Universität Witten/Herdecke eine Methode an, Gespräche zum Wohl der Patienten und auch der Pflegenden zu führen.

Definition

Der Begriff **Double-Care** steht für Patienten- und Selbstpflege.

„Mit den Wittener Werkzeugen wurde ein umfassender Gesprächsansatz entwickelt, der Pflegenden zeigt, wie sie eine förderliche Beziehung zum Bewohner gestalten und gleichzeitig für sich selbst sorgen können." (Zegelin, 2016)

Der Doppelstern (▶ Abb. 28.9) gibt je 5 Werkzeuge an, Patientenpflege und Selbstpflege zu gestalten. Im Vordergrund stehen Achtsamkeit, Einlassung, Mitgefühl, Ermutigung, Berührung für die Patienten-Care; dahinter bringen Selbstachtung, Intuition, Selbst-Spürung, Selbstermutigung, Selbststärkung den Stern mit seinen 10 Spitzen so richtig zum Leuchten.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Ein guter professioneller Umgang mit Patienten beruht auf einem guten professionellen Umgang mit sich selbst.



Abb. 28.9 Wittener Werkzeuge. Der blau-grüne Doppelstern zeigt je 5 Werkzeuge zur Gestaltung von Patienten- und Selbstpflege. (Quelle: Arbeitsgruppe Wittener Werkzeuge)

Pflegefachkräfte, die sich über einige Zeit mit den Begriffen des Wittener Sterns vertraut gemacht haben, wählen einige der Werkzeuge aus, die ihnen liegen und sich bewähren. Es ist nicht erforderlich, ständig alle Werkzeuge einzusetzen (▶ Abb. 28.10).

Wenn Pflegefachkräfte und Patienten miteinander kommunizieren, geschieht dies, indem sie hinschauen und hinhören. Dabei kommen Gefühle ins Spiel, es wird gesprochen und gehandelt. Sehen, Hören, Fühlen, Sprechen, Tun sind Möglichkeiten, mit den Werkzeugen umzugehen.

Über Sehen und Achtsamkeit lesen Sie ausführlich im Kapitel Wahrnehmung und Beobachtung, in dem der Begriff Achtsamkeit eingeführt wird (S. 40). Ein Fallbeispiel weist auf die doppelte Wirksamkeit für Pflegefachkraft und Patient hin (S. 41).

Aufgabe

18 Informieren Sie sich über die Arbeit mit den Wittener Werkzeugen (Internet, Pflegezeitschriften, Bücher. Es werden auch Seminare und Fortbildungen angeboten).

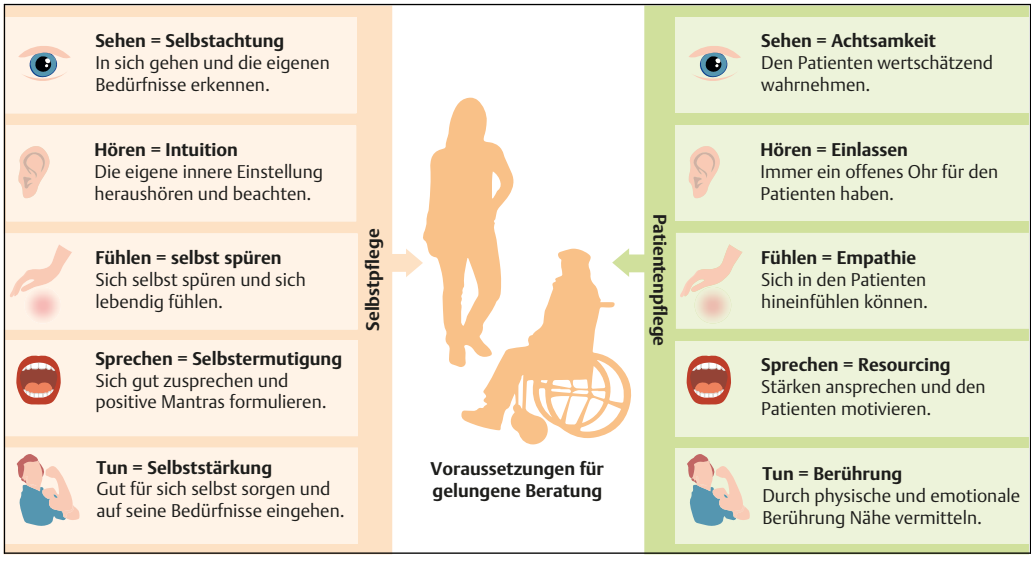


Abb. 28.10 Wittener Werkzeuge. (Abb. aus: I care Pflege. Thieme; 2015)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Teil VI: Psychische Störungen – Wenn Menschen mit psychischen Störungen Pflege und Begleitung brauchen

29 Menschen mit psychischen Störungen *405*

30 Demenzielle Erkrankungen *410*

31 Depressive Störungen *424*

32 Wahn *436*

33 Suchtkranke Patienten – Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit *444*

34 Traumatisierung und Notfallpsychologie *452*

35 Psychotherapie *464*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © FemmeCurieuse, Photocase

Kapitel 29

Menschen mit psychischen Störungen

29.1 Epidemiologie *405*

29.2 Verhaltensauffälligkeiten *405*

29.3 Allgemeine Richtlinien für den Umgang mit psychisch kranken Menschen *407*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

29 Menschen mit psychischen Störungen

Examensschwerpunkte

Epidemiologie (S. 405), Verhaltensauffälligkeiten (S. 405), Richtlinien für den Umgang mit psychisch kranken Menschen (S. 407)

29.1 Epidemiologie

Noch immer nehmen die meisten Menschen an, dass psychische Erkrankungen sehr selten auftreten und dass vor allem „labile" Menschen davon betroffen sind. Beides trifft nicht zu.

Verschiedene epidemiologische Studien, (z. B. Jacobi et al., 2004, Jacobi, 2009, Wittchen und Jacobi, 2001, 2006, 2007, Ravens-Sieberer et al., 2007) sowie Berichte verschiedener Krankenkassen (z. B. Barmer Ersatzkasse, 2009; Techniker Krankenkasse, 2009), welche die Verbreitung psychischer Störungen in Deutschland untersuchten, zeigen ein ganz anderes Bild (Quelle: Wittchen, Jacobi, Hoyer, o. J.):

- Im Laufe ihres Lebens erkranken über 40 % der Bevölkerung an mindestens einer psychischen Störung (Lebenszeitprävalenz). Das sind fast die Hälfte der Frauen und etwas mehr als ein Drittel der Männer.
- In den letzten 12 Monaten betrug der Anteil von Menschen mit psychischen Störungen ca. 30 % (12-Monats-Prävalenz).
- Die 1-Monats-Prävalenz lag bei fast 20 %.

Menschen mit psychischen Störungen werden mindestens so häufig wie andere Menschen im Allgemeinkrankenhaus behandelt. Außerdem stellen sie einen immer größer werdenden Anteil der Bewohner in Pflegeheimen dar. Dies erfordert auch von nicht speziell dafür ausgebildeten Pflegenden ein hohes Maß an Wissen und Kompetenz im Umgang mit diesen Patienten.

29.2 Verhaltensauffälligkeiten

Psychisch kranke Menschen verhalten sich in verschiedener Hinsicht anders als gesunde Menschen. Durch Abweichungen vom erwarteten Verhalten entsteht für Angehörige und für Pflegende, die in diesem Bereich wenig Erfahrungen haben, häufig zunächst ein Gefühl der Fremdartigkeit und des



Abb. 29.1 Psychische Erkrankungen lösen beim Laien das Gefühl von Fremdartigkeit und Unbehagen aus.

Unbehagens. Häufig bestehen Vorurteile und Unsicherheiten gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen (▶ Abb. 29.1).

Eine internationale Klassifikation der psychischen Störungen stellt die von der WHO verfasste ICD-10 (International Classification of Diseases, Kap. V) dar (▶ Abb. 29.2).

Verhaltensauffälligkeiten, die den Eindruck des „Sonderbaren" und „Andersartigen" ausmachen, können in einem weiten Spektrum an Ausprägungsgraden erscheinen:

- von motorischer Unruhe und Sprunghaftigkeit bis hin zu Bewegungsarmut oder Bewegungslosigkeit,
- von Distanzlosigkeit und Enthemmung bis hin zu totalem Rückzug und Isolation,
- von ununterbrochenem Sprechen und ständigem Wiederholen von bereits Gesagtem bis hin zur Sprachlosigkeit,
- von extremen Gefühlen und starken Gefühlsschwankungen bis hin zu abgeflachtem Affekt,
- von schnellem und übersteigertem Denken bis hin zu eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten z. B. bei demenziellen Erkrankungen.

Befremdend wirkt auch, dass bei psychisch kranken Patienten oft gesundes Verhalten im Wechsel mit Verhaltensstörungen bzw. Krankheitssymptomen auftritt. Häufig fällt schon bei der Kontaktaufnahme auf, dass die Kommunikation nicht wie gewohnt verläuft. Sind Pflegende dadurch verunsichert, kann ein Teufelskreis einer immer schwierigeren Beziehung zu dem Patienten entstehen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

F0	**Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen**
F00	Demenz bei Alzheimer-Krankheit
F01	vaskuläre Demenz
F02	Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen
F03	nicht näher bezeichnete Demenz
F04	organisches amnestisches Syndrom (nicht durch psychotrope Substanzen bedingt)
F05	Delir (nicht durch psychotrope Substanzen bedingt)
F06	sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F1	**Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**
	Störungen durch:
F10	Alkohol
F11	Opioide
F12	Cannabinoide
F13	Sedativa und Hypnotika
F14	Kokain
F15	sonstige Stimulanzien einschließlich Koffein
F16	Halluzinogene
F17	Tabak
F18	flüchtige Lösungsmittel
F19	multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen
F1x.0	akute Intoxikation
F1x.1	schädlicher Gebrauch
F1x.2	Abhängigkeitssyndrom
F1x.3	Entzugssyndrom
F1x.4	Entzugssyndrom mit Delir
F1x.5	psychotische Störung
F1x.6	amnestisches Syndrom
F1x.7	Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F2	**Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen**
F20	Schizophrenie
F21	schizotype Störung
F22	anhaltende wahnhafte Störung
F23	akute vorübergehende psychotische Störung
F24	induzierte wahnhafte Störung
F25	schizoaffektive Störungen
F3	**Affektive Störungen**
F30	manische Episode
F31	bipolare affektive Störung
F32	depressive Episode
F33	rezidivierende depressive Störung
F34	anhaltende affektive Störungen
F38	sonstige affektive Störungen
F4	**Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**
F40	phobische Störung
F41	sonstige Angststörungen
F42	Zwangsstörung
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F44	dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
F45	somatoforme Störungen
F48	sonstige neurotische Störungen
F5	**Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren**
F50	Ess-Störungen
F51	nicht organische Schlafstörungen
F52	nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörungen
F53	psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett
F54	psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten
F55	schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen
F6	**Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**
F60	spezifische Persönlichkeitsstörungen
F61	kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen
F62	andauernde Persönlichkeitsänderungen (nicht hirnorganisch bedingt)
F63	abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F64	Störungen der Geschlechtsidentität
F65	Störungen der Sexualpräferenz
F66	psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F68	sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	**Intelligenzminderung**
F70	leichte Intelligenzminderung
F71	mittelgradige Intelligenzminderung
F72	schwere Intelligenzminderung
F73	schwerste Intelligenzminderung
F74	dissoziierte Intelligenzminderung
F8	**Entwicklungsstörungen**
F80	umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
F81	umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
F82	umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen
F83	kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
F84	tief greifende Entwicklungsstörungen
F9	**Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend**
F90	hyperkinetische Störungen
F91	Störungen des Sozialverhaltens
F92	kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F93	emotionale Störung des Kindesalters
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F95	Ticstörungen
F98	sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Abb. 29.2 Klassifikation der psychischen Störungen (ICD-10).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

29.3 Allgemeine Richtlinien für den Umgang mit psychisch kranken Menschen

Wie kann ein angemessener Umgang mit psychisch kranken Menschen aussehen? Hier gibt es kein allgemeingültiges Rezept. Zu unterschiedlich sind die Patienten, jede Situation ist gesondert zu betrachten und erfordert ein ihr angemessenes Verhalten.

Trotzdem gibt es bestimmte Grundhaltungen und Verhaltensweisen, die für den Kontakt und die Kommunikation mit diesen Patienten hilfreich sind. Pflegende sollten:

- eine tragfähige Beziehung zu dem psychisch kranken Patienten aufbauen. Der Patient erlebt in seinem Umfeld ständig den Abbruch von Beziehungen, indem sich Menschen von ihm zurückziehen. Diesem Beziehungsabbruch sollten sich die Pflegenden nicht anschließen;
- den Patienten auch mit seiner Krankheit als Mensch in seiner besonderen Situation annehmen und ihn aktiv, so weit möglich, in Entscheidungen miteinbeziehen;
- fehlende Therapiebereitschaft im Zusammenhang mit der Krankheit betrachten; mangelnde Krankheitseinsicht, Misstrauen gegenüber anderen Menschen und eine herabgesetzte Frustrationstoleranz sind Bestandteil verschiedener Erkrankungen;
- damit rechnen, dass Abmachungen nicht eingehalten werden, dass sie hintergangen, ignoriert oder abgelehnt werden, auch dann sollten sie den Kontakt nicht abbrechen;
- die Vorgeschichte des Patienten beachten: Der Patient hat meist viele Erfahrungen gemacht, die sein jetziges Verhalten teilweise erklärbar machen: vielleicht wurde er abgelehnt, hat im Beruf und im Privatleben die Erwartungen nicht erfüllen können, sodass das Selbstwertgefühl oft stark beeinträchtigt ist;
- immer wieder, auch gemeinsam mit dem Arzt und dem Team eine evtl. vorliegende Selbst- und Fremdgefährdung einschätzen.

In den folgenden Kapiteln wird der Umgang mit erwachsenen Patienten, die unter psychischen Störungen leiden, näher betrachtet. Ausgewählt wurden hier Störungen, die auch bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus recht häufig vorkommen: depressive Störungen, stoffgebundene Abhängigkeiten, Erkrankungen mit Wahnsymptomatik und demenzielle Erkrankungen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Kapitel 30

Demenzielle Erkrankungen

30.1 Einführung *410*

30.2 Grundlagen demenzieller Erkrankungen *410*

30.3 Psychologisches Grundwissen und Handlungskompetenz im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen *415*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

30 Demenzielle Erkrankungen

„Wo ich gestern war, weiß ich nicht mehr, ich muss nachsehen." Ernst Albrecht, Ministerpräsident von 1976–1990

Examensschwerpunkte

Grundlagen demenzieller Erkrankungen (S. 410), Psychologisches Grundwissen (S. 415)

30.1 Einführung

Ich hatte einen Traum. Ich lief eine Straße entlang. Alles war sonderbar und fremd. Da waren Häuser, die sahen anders aus als die Häuser, die ich kannte. Menschen, viele Menschen. Ich kenne keinen von ihnen. Sie sehen sehr ähnlich aus und sie laufen alle sehr schnell an mir vorbei, in verschiedene Richtungen, mir wird schwindelig, so schnell bewegen sie sich.

Eine junge Frau winkt mir und kommt auf mich zu. Sie spricht ganz viele Worte zu mir, die ich zwar höre aber nicht verstehe. Dann sagt sie immer wieder „Mutter" zu mir. Sie zieht an meinem Mantel und sagt, ich solle mitkommen. Ich fange an mich zu ärgern, sie soll mich in Ruhe lassen: Ich gehe nicht mit fremden Leuten mit. Ich will nach Hause und laufe wieder los. Aber wo ist meine Wohnung? Hier nicht. Nicht einmal die Gegend kommt mir bekannt vor. Also laufe ich weiter, ich laufe und laufe … Alles ist fremd. Ich bleibe stehen, um jemanden nach dem Weg zu meiner Wohnung zu fragen. Aber niemand versteht mich. Mir wird heiß, ich bekomme Angst. Meine Beine schmerzen. Ich laufe weiter. Wo bin ich? Warum versteht mich hier niemand? Ich komme mir vor wie auf einem anderen Planeten.

Es ist laut, ein Durcheinander verschiedener Geräusche. Dazwischen plötzlich ein schrilles Klingeln.

Ganz langsam wird mir klar – das ist mein Wecker. Ich wache auf und bin erleichtert: Ein Glück – ich habe nur geträumt.

Aber für viele demenziell erkrankte Menschen ist das so – oder so ähnlich – der Alltag, Tag für Tag.

Demenziell erkrankte Menschen leiden an einer Welt, die sie nicht mehr verstehen. Eine Welt, die von Tempo und Leistungsbewusstsein bestimmt wird, bietet für sie kaum Raum für ein würdevolles Leben. Da der demenziell erkrankte Mensch nicht mehr über Strategien verfügt, sich an diese Welt anzupassen, ist er darauf angewiesen, dass er auf Menschen trifft, die ihn verstehen und begleiten. Das erfordert jedoch nicht nur einen guten Willen, sondern auch viel Wissen über diese Erkrankungen und vor allem Handlungskompetenz.

Fehlende Handlungskompetenz im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen führt zu enormen, psychischen (Arbeits-)Belastungen. So ist die Qualifikation der pflegenden und betreuenden Menschen eine wichtige Aufgabe, denn nur dann kann es möglich sein, den schwierigen Lebenssituationen der demenziell Erkrankten bei zunehmendem Bedarf der Versorgung gerecht zu werden.

Im ersten Teil dieses Kapitels werden deshalb die wichtigsten Fakten zu demenziellen Erkrankungen beschrieben. Im zweiten Teil liegt der Schwerpunkt auf der Psychologie: Es wird ein fundiertes psychologisches Wissen über einen professionellen, die Lebensqualität verbessernden Umgang dargestellt und Handlungskompetenz vermittelt.

30.2 Grundlagen demenzieller Erkrankungen

30.2.1 Der Begriff Demenz

Definition

Demenz ist eine Bezeichnung für verschiedene Erkrankungen, die durch hirnorganische Veränderungen zu erworbenen Beeinträchtigungen in verschiedenen kognitiven Bereichen (z. B. Gedächtnis, Orientierung, Konzentration, logisches Denken, Problemlösung, Sprache, Urteilsvermögen) führen, und in der Regel chronisch bzw. fortschreitend verlaufen.

30.2.2 Diagnosekriterien Demenz nach ICD-10

Die Diagnosekriterien einer Demenz nach ICD-10 sind in ▸ Tab. 30.1 aufgelistet.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. 30.1 Diagnosekriterien Demenz nach ICD-10.

Kriterium	Erklärung
1. Abnahme der Gedächtnisleistung	Störungen des Gedächtnisses, Störungen der Orientierung
1. Zunahme kognitiver Beeinträchtigungen	Beeinträchtigungen von z. B. Konzentration und Aufmerksamkeit, logischem Denken, Problemlösung, Planung, Abstraktion, Urteils- und Kritikfähigkeit
1. Massive Alltagsbeeinträchtigung, Verschlechterung des früheren Leistungsniveaus	z. B. Berufsunfähigkeit, erhebliche Beeinträchtigungen sozialer Kontakte, Beeinträchtigung der selbstständigen Lebensführung (z. B. Haushalt)
1. Keine Bewusstseinstrübung	
1. Mindestens 6 Monate anhaltende Symptomatik	

Tab. 30.2 Symptome demenzieller Erkrankungen.

Bezeichnung der Störungen	Merkmale
Gedächtnisstörungen	• Störungen der Merkfähigkeit (Sekunden bis Minuten) • Störungen des Kurzzeitgedächtnisses (Minuten bis Stunden) • später Ausdehnung auf Inhalte des Langzeitgedächtnisses (▶ Abb. 30.3)
Orientierungsstörungen	Orientierungsstörungen bezüglich: • Zeit • Ort • Situation • Person
Störungen der Auffassung und des Denkens	• Auffassungsstörungen • Konzentrationsstörungen • Abstraktionsverlust: logische Ableitungen und somit auch die gedankliche Vorwegnahme von Handlungsergebnissen sind kaum mehr möglich • Agnosie: Störung des Erkennens von Gegenständen und Personen, trotz intakter Sinnesorgane • Agrafie: Schreibstörung • Alexie: Lesestörung • Akalkulie: Rechenstörung
Störungen der Sprache	• motorische Aphasie: Störung der Sprachproduktion bei gutem Sprachverständnis • sensorische Aphasie: Störung des Sprachverständnisses bei oft flüssiger Sprache mit Gebrauch falscher/unpassender Wörter
Störungen des Handelns	Apraxie: Schwierigkeiten, Handlungen oder Bewegungsabläufe motorisch geschickt, sinnvoll und ihrer Abfolge entsprechend auszuführen

30.2.3 Häufigkeiten

Die Zahl demenziell erkrankter Menschen in Deutschland wurde im Jahr 2015 auf ca. 1,6 Millionen geschätzt. Davon leiden etwa ⅔ unter einer Alzheimer-Demenz.

Mit dem Lebensalter steigen die Prävalenzzahlen steil an. Während bei den unter 70-Jährigen etwa 1 % der Bevölkerung an einer demenziellen Störung erkrankt ist, leiden etwa 40 % der über 90-Jährigen an einer solchen Erkrankung.

Jedes Jahr kommen etwa 300000 demenziell Neuerkrankte hinzu. Bis zum Jahr 2050 wird mit bis zu 3 Millionen Demenzerkrankten gerechnet. So werden in Pflegeheimen, in Krankenhäusern aber auch in privaten Haushalten immer mehr Menschen mit demenziellen Erkrankungen zu betreuen und zu versorgen sein.

30.2.4 Symptome demenzieller Erkrankungen

An dieser Stelle erfolgt zunächst eine Übersicht über häufig auftretende Symptome demenzieller Erkrankungen (▶ Tab. 30.2). Im zweiten Teil des Kapitels werden diese Symptome ausführlich mit Beispielen beschrieben und der Umgang mit daraus entstehenden Situationen erläutert.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

1 Überlegen Sie sich, welche der oben beschriebenen Symptome Sie schon beobachtet haben. Tauschen Sie sich darüber aus.

30.2.5 Stadien

Demenzielle Erkrankungen lassen sich in unterschiedliche Stadien (mit fließenden Übergängen) einteilen. In ▶ Tab. 30.3 finden Sie eine gängige Einteilung in 3 Stadien.

30.2.6 Klassifikation demenzieller Erkrankungen

Demenzielle Erkrankungen werden einerseits nach ihrer Entstehung, andererseits auch nach der Lokalisation der Schädigungen im Gehirn unterteilt.

Primäre und sekundäre Demenz

Ein demenzielles Syndrom kann entstehen durch (▶ Abb. 30.1):
- hirneigene Ursachen (primäre Demenz)
- aufgrund von anderen Erkrankungen, die zu einer sekundären Schädigung des Gehirns führen (sekundäre Demenz)

Primäre Demenz (ca. 90 % der demenziellen Erkrankungen): Ursache direkt im Gehirn, z. B.:
- Alzheimer-Demenz,
- vaskuläre Demenz,
- Mischformen aus Alzheimer-Demenz und vaskulärer Demenz,
- Huntington-Demenz,
- Lewy-Body-Demenz.

Sekundäre Demenz (ca. 10 % der demenziellen Erkrankungen): Demenz als Folge einer anderen Grunderkrankung, z. B. aufgrund von:
- Nierenversagen, Leberversagen,
- Sauerstoffmangel,
- Vitamin-B-Mangel,

Tab. 30.3 Stadien demenzieller Erkrankungen.

Stadium	Symptomatik und Alltagsbeeinträchtigung
Stadium 1	Beginnende Störungen von Gedächtnis und Orientierung, Denken und Wortfindung führen zu ersten Schwierigkeiten im Alltag, vor allem bei komplexen Aufgaben. Ein Leben in der eigenen Umgebung ist jedoch möglich.
Stadium 2	Der Betroffene findet sich auch in bekannter Umgebung nicht mehr zurecht (ausgeprägte Orientierungsstörungen). Eine deutliche Beeinträchtigung der Problemlösungsfähigkeit, Erkennungsstörungen sowie ausgeprägte Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, der Wortfindung und des Sprachverständnisses führen dazu, dass der Patient in vielen Bereichen auf Hilfe angewiesen ist. In einfachen, kurzen Handlungssequenzen kann noch eine gewisse Selbstständigkeit vorhanden sein.
Stadium 3	Ausgeprägter kognitiver Abbau. Gedächtnisstörungen beziehen sich nun auch auf die meisten Inhalte des Langzeitgedächtnisses. Vorausschauendes Planen ist nicht mehr möglich, einfache Alltagshandlungen gelingen nicht mehr. Der Betroffene ist zunehmend pflegebedürftig und in allen Lebensbereichen auf fremde Hilfe angewiesen. Er kann sich nicht mehr verbal verständlich ausdrücken. Hinzu kommen zunehmende körperliche Symptome.

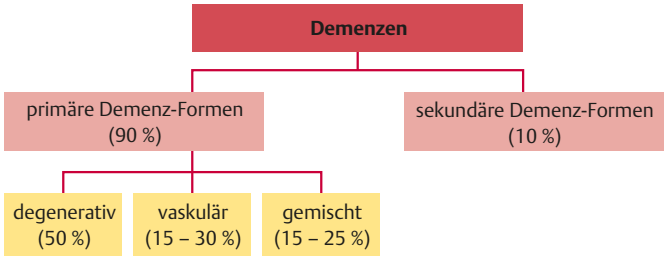


Abb. 30.1 Einteilung der Demenzen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Infektionen: z. B. HIV-Infektion,
- hormonellen Störungen: z. B. Schilddrüsenunterfunktion,
- chronischen Intoxikationen.

Kortikale – subkortikale Demenzen

Nach der Lokalisation der Schädigungen im Gehirn unterteilt man in demenzielle Erkrankungen mit Schädigungen im Kortex (Hirnrinde) oder unterhalb des Kortex in tiefer liegenden Hirnregionen:

- **kortikale Demenz:** vor allem Störungen der Instrumentalfunktionen: Sprache, Gedächtnis, Erkennen, gerichtetes, geplantes Handeln,
- **subkortikale Demenz:** vor allem Störungen der Fundamentalfunktionen: Aufmerksamkeit, Motivation, Stimmung, automatisierte motorische Bewegungsabläufe.

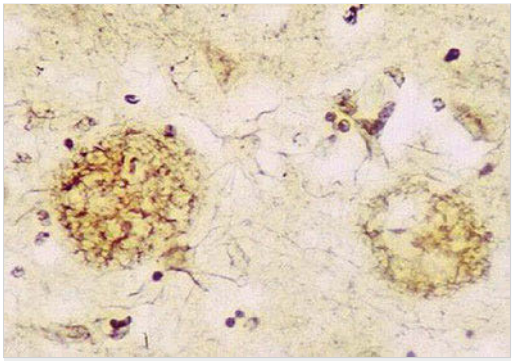


Abb. 30.2 Unter dem Lichtmikroskop weist dieses Hirngewebe die typischen verklumpten Nervenzellen auf, die auch Alzheimer-Fibrillen genannt werden. (Abb. aus: Riede UN, Werner M, Schäfer HE. Allgemeine und spezielle Pathologie. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme)

30.2.7 Alzheimer-Demenz

Alois Alzheimer notierte am 26.11.1901 im Krankenblatt der 51-jährigen Auguste Deter:
Alzheimer: *„Wie heißen Sie?“*
Frau Deter: *„Auguste“.*
Alzheimer: *„Familienname?“*
Frau Deter: *„Auguste“.*
Alzheimer: *„Wie heißt Ihr Mann?“*
Frau Deter: *„Ich glaube Auguste.“*
Alzheimer: *„Ihr Mann?“*
Frau Deter: *„Ja, so mein Mann“* (versteht offenbar die Frage nicht.)
Alzheimer: *„Sind Sie verheiratet?“*
Frau Deter: *„Zu Auguste.“*
Alzheimer: *„Frau Deter?“*
Frau Deter: *„Ja, zu Auguste Deter.“*

Frau Deter verstarb etwa 4½ Jahre später. In den Nervenzellen ihres Gehirns fanden sich Knäuel von Eiweißfäden (neurofibrilläre Bündel), an den Nervenzellen dicke Beläge (amyloide Plaques). Diese Veränderungen gelten heute als Kennzeichen der Alzheimer-Demenz.

Der Begriff Alzheimer-Demenz

Der Begriff Alzheimer-Demenz bezeichnet eine fortschreitende, primäre degenerative Demenz mit den typischen hirnorganischen Veränderungen (▶ Abb. 30.2):

- **Hirnatrophie,** Synapsenschwund, Dendritenschwund,
- **neurofibrilläre Bündel:** paarige, spiralförmige Strukturen durch fehlerhafte Veränderung des Tau-Proteins (Membranprotein), v. a. in Gehirnregionen, die für Gedächtnis- und Denkprozesse bedeutsam sind,
- **amyloide Plaques:** Ablagerungen aus krankhaft verändertem Eiweiß (wesentlicher Bestandteil Beta-Amyloid-Protein), v. a. in Kortex und Hippokampus,
- **Mangel an Acetylcholin** und weiterer Botenstoffe.

Psychopathologische Leitsymptome

Bei der Alzheimer-Demenz finden sich folgende psychopathologische Leitsymptome:

- zunehmende Gedächtnis- und Orientierungsstörungen,
- Beeinträchtigungen der Sprache, der Aufmerksamkeit, des komplexen Denkens (Planen, Problemlösen, Urteilsfähigkeit),
- später massive Alltagsbeeinträchtigung bis hin zur Pflegebedürftigkeit,
- schließlich Veränderungen der Persönlichkeit.

Verlauf

Die Alzheimer-Demenz verläuft meist langsam fortschreitend, oft über einen Zeitraum von etwa 5–10 Jahren, wobei unter anderem abhängig vom Erkrankungsbeginn jedoch auch kürzere oder deutlich längere Verläufe bekannt sind.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

30.2.8 Vaskuläre Demenz

Vaskuläre Demenzen sind demenzielle Erkrankungen, die aufgrund von Schädigungen von Gefäßen im Gehirn entstehen.

Risikofaktoren

Als Risikofaktoren gelten z. B.:
- arterielle Hypertonie,
- Nikotinabusus,
- Übergewicht,
- hoher Cholesterinspiegel,
- Diabetes Mellitus,
- erbliche Belastung,
- Stress.

Verlauf

Wichtig ist eine frühe Erkennung. Um ein Fortschreiten zu verzögern bzw. zu verhindern, muss eine weitere Gefäßschädigung vermieden werden. Hier ist auch eine Umstellung bisheriger Lebensgewohnheiten bedeutsam.

Symptomatik

Zusätzlich zu anderen typischen Demenzsymptomen sind hier häufig Beschwerden wie Müdigkeit, Kopfschmerz, Schwindel und fokale neurologische Ausfälle zu beobachten. Persönlichkeit und Urteilsfähigkeit sind oft noch recht lange erhalten (▶ Tab. 30.4).



Aufgabe

2 Erklären Sie die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Demenzen und geben Sie je ein Beispiel.
3 Erklären Sie die Unterscheidung zwischen kortikalen und subkortikalen Demenzen und beschreiben Sie die jeweils typischen Symptome.
4 Welche hirnorganischen Veränderungen kennzeichnen eine Alzheimer-Demenz?
5 Vergleichen Sie Alzheimer-Demenz und vaskuläre Demenz bezüglich Entstehung, Symptomatik und Verlauf.
6 Erklären Sie, warum die Früherkennung einer vaskulären Demenz so wichtig ist.
7 Der Sohn eines Patienten hat erfahren, dass bei dem Vater eine beginnende vaskuläre Demenz vorliegt. Er befürchtet nun auch, diese Erkrankung zu bekommen. Beraten Sie den Patienten unter dem Gesichtspunkt der Salutogenese.

Tab. 30.4 Hachinski-Ischämieskala zur klinischen Differenzierung zwischen Multiinfarktdemenz (MID) und primär degenerativer Demenz.

klinische Merkmale	Hachinski-Wertung	Differenzierungswert gegenüber degenerativer Demenz (nach Loeb und Gandolfo 1983)
plötzlicher Beginn	2	sehr hoch
Schlaganfälle in der Anamnese	2	
fokale neurologische (subjektive) Symptome	2	
fokale neurologische (objektive) Zeichen	2	
Hinweis auf gleichzeitige Atherosklerose	1	
Hypertonie in der Anamnese	1	hoch
Persönlichkeit relativ gut erhalten	1	mittel
Depression	1	
stufenweise Verschlechterung	1	gering
fluktuierender Verlauf	2	
nächtliche Verwirrtheit	1	
körperliche Beschwerden	1	
emotionale Labilität	1	

Ein Totalwert von ≥ 7 Punkten spricht für eine vaskuläre (MID), ≤ 4 für eine degenerative (Alzheimer-Typ) Form, 5 oder 6 Punkte sprechen für eine gemischte Form.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

30.3 Psychologisches Grundwissen und Handlungskompetenz im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen

„Einem Demenzkranken eine nach herkömmlichen Regeln sachlich korrekte Antwort zu geben, ohne Rücksicht darauf, wo er sich befindet, heißt versuchen, ihm eine Welt aufzuzwingen, die nicht die seine ist.“ (aus: Arno Geiger, Der alte König in seinem Exil)

Der Umgang mit demenziell erkrankten Menschen unterscheidet sich in vieler Hinsicht vom Umgang mit Menschen mit anderen Erkrankungen. Der körperlich erkrankte Mensch verfügt noch über viele Möglichkeiten, sich an eine veränderte Umgebung oder Situation anzupassen. Er kann i. d. R. seine Situation und verschiedene Perspektiven anderer Menschen erfassen. Er versteht, dass er im Krankenhaus ist, dass die Pflegenden wenig Zeit haben, dass er sein Zimmer mit Mitpatienten teilt, und dass eine Infusion seinen Heilungsverlauf positiv beeinflusst. Er kann Schmerzen und Bedürfnisse äußern und Hilfe einfordern.

Demgegenüber ist der demenziell erkrankte Mensch im Krankenhaus in einer ganz anderen Situation: Er weiß nicht, wo und warum er hier ist, warum ständig Menschen das Zimmer betreten und wieder verlassen, wer die vielen Leute sind. Manche kommen, fügen ihm Schmerzen zu und gehen wieder. Es gibt piepsende Monitore, fremde Geräusche. Er fühlt sich unwohl, hat Schmerzen, kann beides nicht zuordnen und versucht diesen zu entkommen, indem er sich von diesem Ort entfernen will, was ihm verwehrt wird. Er fühlt sich fremd und verloren.

Merke

Da sich der demenziell erkrankte Mensch nicht auf seine Umgebung einstellen kann, ist er darauf angewiesen, dass sich seine Umgebung auf ihn einstellt. Er benötigt Menschen, die ihn verstehen, auch wenn er sich nicht mehr richtig ausdrücken kann, und die ihn in seiner Angst und Verzweiflung nicht im Stich lassen.

Was schon in Pflegeheimen nicht einfach ist, wird im Krankenhaus zusätzlich durch die Räumlichkeiten und durch die Unmöglichkeit, eine sichere Umgebung herzustellen, erschwert.

- Die steigende Anzahl demenziell erkrankter Menschen,
- die mit hohem Leiden verbundene Lebenssituation der Betroffenen, und
- die Arbeitssituation im Krankenhaus (wo mit begrenzten Mitteln, wenig Zeit und oft wenig speziell dafür ausgebildetem Fachpersonal eine umfassende Betreuung nötig ist),

erfordern, dass Pflegende viel Wissen und Handlungskompetenz im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen haben.

30.3.1 Symptome der Demenz verstehen

Gedächtnisstörungen

Gedächtnisstörungen zeigen sich in Störungen der Merkfähigkeit (Sekunden bis Minuten) und des Kurzzeitgedächtnisses (Minuten bis Stunden). Später dehnt sich die Beeinträchtigung auch auf Inhalte des Langzeitgedächtnisses aus: Dies kann man sich vorstellen wie eine Bibliothek mit Büchern, in denen sich Ereignisse und Informationen befinden. Bedingt durch die Demenzerkrankung „fallen“ bzw. verschwinden zunächst die Bücher mit kurz zurückliegenden Inhalten (z. B. die aktuelle Aufnahme in das Krankenhaus). Im Verlauf der Erkrankung verschwinden zunehmend auch Bücher mit immer weiter zurückliegenden Informationen. So bleiben früh erworbene, routinierte, einfache Bewegungsabläufe, die im prozeduralen Gedächtnis (S. 70) gespeichert sind (wie z. B. das Gehen), bei der Alzheimer-Demenz eher lange erhalten (▶ Abb. 30.3).

Eine Ausnahme stellen früh erworbene, komplizierte Inhalte, wie z. B. das Rechnen dar. Obwohl bereits in der Kindheit erworben, geht diese Fähigkeit aufgrund ihrer Komplexität meist früh im Erkrankungsverlauf verloren.

Bereits zu Beginn der Erkrankung ist die Fähigkeit, neue Informationen für kurze Zeit (Minuten bis Stunden) zu speichern, beeinträchtigt. Dies zeigt sich z. B. darin, dass Betroffene einem Gespräch nicht lange folgen können, sich nicht erinnern, was sie vor kurzem gehört oder getan haben. So wird oft bestritten, dass ihnen bestimmte Infor-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

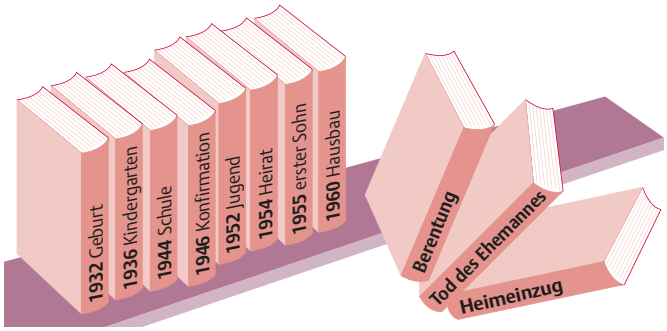


Abb. 30.3 Inhalte des Langzeitgedächtnisses gehen von der Gegenwart zur Vergangenheit verloren. (Abb. aus: Köther, Altenpflege, 4. Aufl. Thieme; 2016)

mationen mitgeteilt wurden, oder sie finden Gegenstände nicht mehr, weil sie sich nicht erinnern, wo sie diese gerade noch verwendet haben.

Fallbeispiel

Gedächtnisstörungen. Herr A. ist 77 Jahre alt. Er sitzt morgens im Speisesaal. Er hat gerade sein Frühstück zu sich genommen, das Geschirr wurde bereits abgedeckt. Herr A. hat aber schon vergessen, dass er gerade gegessen hat (Störung des Kurzzeitgedächtnisses). Er beschwert sich mehrfach, worauf ihm eine Pflegehelferin versichert, er habe doch gerade gegessen. Herr A. wird ärgerlich und bezichtigt die Helferin zu lügen. Schließlich steht er auf, zieht sich seine Jacke an und verkündet, dass er dann eben, ohne gegessen zu haben, zur Arbeit geht. Er hat vergessen, dass er schon viele Jahre im Ruhestand ist (Störung des Langzeitgedächtnisses).

Orientierungsstörungen

Störungen der Orientierung bezüglich
- Zeit,
- Ort,
- Situation,
- Person.

Zu Beginn der Erkrankung treten zunächst meist Orientierungsstörungen zu Zeit und Ort auf.

Betroffene wissen nicht mehr, welches Jahr, welcher Monat, welcher Tag oder auch welche Tageszeit gerade ist. Sie verlaufen sich selbst in vertrauter Umgebung und finden ihre Wohnung oder ihr Zimmer nicht mehr.

Hinzu kommen im weiteren Verlauf der Erkrankung Störungen der Orientierung zur Situation, die sich dadurch zeigen, dass der Betroffene die Situation nicht mehr richtig deutet, und später auch zur eigenen Person. Dann werden auch grundlegende biografische Fakten vergessen, wie der eigene Beruf, das Wissen, dass man Kinder hat oder sogar der eigene Name.

Fallbeispiel

Orientierungsstörungen. Frau Ebert ist 82 Jahre alt. Sie denkt jedoch, dass sie ein Schulmädchen ist und möchte jeden Tag zur Schule gehen. Abends sucht sie ihre Mutter, damit diese sie ins Bett bringen soll.

Bei Frau Ebert zeigen sich Orientierungsstörungen zur Zeit und zur Person.

Frau Becker bewohnt ein Doppelzimmer mit einer anderen Bewohnerin. Sie meint jedoch, man hätte ihr hier wegen des gerade stattfindenden 2. Weltkrieges eine fremde Person einquartiert. Sie beschimpft die Mitbewohnerin, sie hätte hier nichts zu suchen.

Frau Becker überblickt die Situation nicht. Hier liegt eine Störung der Orientierung zur Situation und zur Zeit vor: Sie begreift nicht, dass sie hier im Pflegeheim mit einer Mitbewohnerin wohnt, und glaubt sich noch in Kriegszeiten zu befinden.

Auch Frau Class leidet unter Orientierungsstörungen zur Situation: Sie meint sich nicht ins Bett legen zu können, weil fremde Menschen in ihrem Zimmer seien. Tatsächlich ist sie jedoch allein in ihrem Zimmer und versteht nicht, dass die Menschen, die sie im Fernseher sieht, nicht wirklich anwesend sind.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Störungen des Denkens

Folgende Denkstörungen treten auf:
- Störungen der Auffassung und der Konzentration,
- Abstraktionsverlust,
- Agnosie,
- Agrafie,
- Alexie,
- Akalkulie.

Störungen des Auffassungsvermögens führen dazu, dass der Betroffene Informationen und Zusammenhänge nicht mehr richtig verstehen und einordnen kann. Denkprozesse werden immer langsamer, schwieriger und erfordern immer mehr Kraft. Der demenziell erkrankte Mensch ermüdet leicht und hat zunehmend Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren. Dies zeigt sich anfangs oft darin, dass er Gesprächen nicht mehr folgen kann.

Der demenziell erkrankte Mensch verliert auch die Fähigkeit des abstrakten Denkens: Er kann sich nicht vorstellen, was er nicht sehen oder direkt wahrnehmen kann. Damit verliert er die Fähigkeiten logische Ableitungen vorzunehmen und vorausschauend zu denken und zu planen. In der Kommunikation zeigt sich der Abstraktionsverlust auch darin, dass z. B. Ironie nicht mehr als solche erkannt wird.

Fallbeispiel

Abstraktionsverlust. Frau Dreher geht im Winter bekleidet mit einem dünnen Nachthemd auf der Hauptstraße spazieren. Sie kann nicht gedanklich vorwegnehmen, was alles passieren könnte. Als ihre Tochter sie findet, versteht Frau Dreher deren Aufregung nicht. Sie war doch „nur" spazieren gegangen.

Ihre Tochter bittet sie, das nie wieder zu tun und ermahnt die Mutter eindringlich, sich immer warm anzuziehen, wenn sie das Haus verlässt. Frau Dreher meint dazu nur, sie hätte nichts anderes zum Anziehen. Mit dem Hinweis der Tochter, dass der ganze Kleiderschrank voll mit Kleidung sei, kann sie nichts anfangen. Kleidung, die sie nicht sehen kann, existiert für Frau Dreher nicht.

Frau Dreher hat die Fähigkeit abstrakt zu denken verloren.

Agnosie. Herr Faber sitzt ratlos vor seinem in kleine Dreiecke geschnittenem Abendbrot. Er erkennt nicht mehr, dass dies ein Brot ist.

Herr Hauser lebt seit einigen Jahren in einer Wohnung des Betreuten Wohnens. Heute kommt er wütend aus seinem Zimmer gelaufen und beschwert sich bitter darüber, dass jemand Sperrmüll in sein Zimmer gestellt hätte. Herr Hauser erkennt – trotz intakter Sinnesorgane – seinen eigenen Sessel, in dem er seit Jahren viel Zeit verbracht hat, nicht mehr. Es liegt eine Agnosie vor.

Alexie und Agrafie. Herr Siebert kann nicht mehr lesen, was auf der Einwilligungserklärung für eine Operation steht: Es gelingt ihm aufgrund der hirnatrophischen Veränderung nicht mehr, Buchstaben zu Wörtern zu verknüpfen.

Auch schreiben kann er nicht mehr: Er weiß nicht mehr, wie man seinen Namen schreibt und kritzelt ein kleines Kreuz auf das Papier.

Akalkulie. Frau Weimer will am Krankenhauskiosk Schokolade kaufen. Die Verkäuferin nennt den Preis, aber Frau Weimer kann nicht mehr ausrechnen, welche Münzen sie nun geben soll. So hält sie der Verkäuferin den Geldbeutel hin und bittet sie, sich den Betrag zu entnehmen.

Störungen des Handelns

Zunehmende Schwierigkeiten entstehen für den demenziell erkrankten Menschen bei der Durchführung alltäglicher Handlungen. Er weiß, was er tun soll bzw. will, erkennt auch die dazu notwendigen Gegenstände, weiß aber nicht mehr, welche Bewegungen in welcher Reihenfolge dazu nötig sind. Man spricht hier von Apraxie.

Fallbeispiel

Apraxie. Herr Z. ist seit einer halben Stunde unter großen Schwierigkeiten damit beschäftigt, sich anzuziehen. Die Unterhose hat er über die Hose angezogen, einen Socken versucht er über den Schuh zu ziehen. Den Reißverschluss zu schließen hat er aufgegeben.

Frau T. möchte sich einen Kaffee kochen. Sie gibt das Kaffeepulver in den Wasserbehälter der Kaffeemaschine und schüttet das Wasser auf die Heizplatte.

Herr Z. und Frau T. haben Schwierigkeiten, Handlungen oder Bewegungsabläufe geschickt, sinnvoll und zweckmäßig auszuführen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Störungen der Sprache

Störungen der Sprache beeinträchtigen soziale Kontakte und auch die Lebensqualität in erheblichem Ausmaß. Sich nicht mehr ausdrücken zu können und dies zu bemerken, beeinflusst das Selbstbewusstsein. Zu spüren, dass andere ihn nicht verstehen, kann Wut, Ärger oder auch Resignation zur Folge haben. Wünsche und Bedürfnisse können so kaum mehr verbal ausgedrückt werden, der Betroffene ist darauf angewiesen, dass sein Gegenüber sich viel Mühe gibt, ihn auch nonverbal zu verstehen. Man unterscheidet:

- motorische Aphasie: Störung der Sprachproduktion bei gutem Sprachverständnis,
- sensorische Aphasie: Störung des Sprachverständnisses bei oft flüssiger Sprache mit Gebrauch falscher/unpassender Wörter.

Fallbeispiel

Motorische Aphasie. Herr Kramer will Pflegefachkraft Simone mitteilen, dass er fernsehen möchte. Er versucht immer wieder das Wort „Fernsehen" auszusprechen, jedoch erklingt nur eine unverständliche Lautkombination.

Herr Kramer weiß, was er sagen will, er kennt auch die Wörter, jedoch ist sein Sprechapparat (Lippen, Kiefer, Kehlkopf, Stimmbänder) aufgrund der hirnorganischen Beeinträchtigung nicht mehr in der Lage, das Wort korrekt zu produzieren.

Fallbeispiel Sensorische Aphasie Pflegefachkraft Katja möchte bei Frau Paulsen einen Verband am Fuß wechseln: „Guten Morgen, Frau Paulsen, ich komme um bei Ihnen den Verband zu wechseln."

Frau Paulsen versteht nicht, was Katja von ihr möchte und macht den Mund weit auf. Sie denkt es geht um die Mundpflege und bittet darum, ihr beim Zähneputzen zu helfen: „Da hinten die Säge saubermachen."

Frau Paulsen versteht bestimmte Wörter nicht und verwendet auch falsche Begriffe ohne dies selbst zu bemerken.

30.3.2 Demenziell erkrankte Menschen verstehen und begleiten

Bisher wurden nur einzelne Symptome demenzieller Erkrankungen beschrieben. Tatsächlich kommen jedoch viele dieser Symptome gleichzeitig vor und bestimmen das Verhalten und Erleben der Betroffenen und der sie umgebenden Personen.

Fallbeispiel

Begleitung demenziell Erkrankter. Frau Trost, 77 Jahre, verwitwet und demenziell erkrankt, irrt seit Stunden durch die Flure des Pflegeheimes und spricht jeden, der ihr begegnet, an: „Wo ist die Turmstraße? Es wird schon dunkel, bring' mich nach Hause!". Mitbewohner lassen sie stehen und gehen weiter, eine Besucherin sagt zu ihr: „Sie wohnen doch hier, es ist alles in Ordnung!" Frau Trost läuft weiter und weiter und weiter. Niemand kann ihr sagen, wie sie nach Hause kommt. Eine Praktikantin kommt zu ihr: „Frau Trost ihre Tochter ist gekommen!" Eine fremde Frau sagt: „Mama ich bin es, deine Tochter. Du weißt doch, dass du jetzt hier lebst …"

Frau Trost: „Tochter – so ein Blödsinn. Sag mir, wie ich nach Hause komme …" Sie läuft weiter. Schließlich kommt sie zur Tür des Wohnbereiches. Es ist keine abgeschlossene Tür, dennoch gelingt es Frau Trost nicht, diese zu öffnen: Sie versucht es, drückt gegen die Tür, aber die geht nicht auf. Dann drückt sie die Türklinke nach unten ohne jedoch die Tür zu bewegen, sodass sie schließlich verzweifelt dagegen tritt und sich dabei Schmerzen am Fuß zufügt.

Um Frau Trost helfen zu können, sollte man versuchen, sich ihre Lage genauer vorzustellen: Bis zur Erschöpfung gelaufen, niemanden gefunden der helfen kann. Und die Menschen sagen komische Dinge: Sie würde hier wohnen! Wären wir nicht auch empört, wenn man uns sagen würde, dass wir an einem solchen Ort wohnen? Das ist nicht der Ort, der die Sicherheit und das Wohlbefinden der eigenen Wohnung aufweist. So ist Frau Trost sich ganz sicher, dass sie hier falsch ist.

Und dann spricht die Praktikantin noch von einer Tochter. Frau Trost weiß nichts von einer Tochter. Und nun noch diese erwachsene Frau, die „Mama" zu ihr sagt und auch noch behauptet, dass sie hier wohnen würde. Das ist Frau Trost zu viel. Sie läuft weiter …

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Wie sieht ein hilfreicher Umgang aus?

Hilfreich für Frau Trost wäre schon, jemanden zu finden, der sie versteht. Also jemanden, der ihre Denkweise nicht infrage stellt, sie bei ihren Gefühlen abholt und sie wertschätzend begleitet. Man spricht hier von einem validierenden Umgang.

Claudia arbeitet als gerontopsychiatrische Fachpflegerin auf diesem Wohnbereich: Sie sieht, wie Frau Trost mit schmerzverzerrtem Gesicht an der Tür rüttelt. Welche Gefühle hat Frau Trost? Sie ist müde, erschöpft, empört, verunsichert und verzweifelt. Sie hat Angst, nicht vor der Nacht zu Hause zu sein. Claudia geht zu ihr.

Claudia: „Hallo Frau Trost, sie sind ja ganz verzweifelt …“

Frau Trost: „Ja. Ich muss schnell nach Hause. Die Tür geht nicht auf.“

Claudia: „Es wird ja schon dunkel, da will man schnell nach Hause …“

Frau Trost: „Ja. Ich muss das Abendbrot richten, gleich kommt mein Mann nach Hause.“

Claudia öffnet die Tür und bietet Frau Trost ihren Arm zum Unterhaken an. Claudia: „Darf ich Sie begleiten?“

Frau Trost nimmt den Arm. Beide laufen miteinander einige Schritte.

Claudia: „Sie haben immer gut für Ihren Mann gesorgt!“

Frau Trost: „Ja. Er hat abends immer viel Hunger. Arbeitet auf dem Bau. Ich habe ihm immer ein ordentliches Abendbrot gemacht.“

Claudia: „Das glaube ich. Das können Sie gut.“

Frau Trost: „Ja, das kann ich.“

Claudia: „Was haben Sie ihm denn auf das Brot getan?“

Frau Trost: „Wurst und Gurken. Und manchmal Rettich und Zwiebeln. Und dazu ein kaltes Bier.“

Claudia: „Das klingt gut!“

Frau Trost: „Ja.“

Claudia: „Manchmal war Ihr Mann auch länger unterwegs.“

Frau Trost: „Ja. Manchmal waren die Baustellen weiter weg.“

Claudia: „Ich muss heute auch noch viele Brote vorbereiten, da könnte ich Hilfe gut brauchen. Meinen Sie, sie könnten mir dabei ein bisschen helfen?“ (Inzwischen sind beide eine gewisse Strecke gelaufen).

Frau Trost: „Wenn mein Mann heute nicht nach Hause kommt …“

Claudia: „Nein, Ihr Mann kommt heute nicht nach Hause.“

Frau Trost: „Ja, dann kann ich Ihnen helfen.“

Beide gehen gemeinsam in die Küche des Wohnbereiches und bereiten das Abendessen vor.

Wie hat Claudia es geschafft, Frau Trost aus ihrer verzweifelten Situation herauszuholen?

- Sie hat Frau Trost zunächst **bei ihren Gefühlen abgeholt.**
- Sie hat die **Richtigkeit der Denkweise** von Frau Trost **nicht in Frage gestellt**, sondern deren Situation als subjektive Wirklichkeit von Frau Trost anerkannt.
- Sie hat Frau Trost dazu gebracht, dass sie immer wieder Zustimmung äußert: „Ja. …“ (**Ja-Haltung erzeugen**).
- Sie hat gegenüber Frau Trost **Wertschätzung** gezeigt und ausgesprochen, indem sie ihre **Fähigkeiten** als gute Hausfrau und fürsorgliche Ehefrau **anerkannt und bestätigt** hat.
- Sie konnte Frau Trost **emotional anknüpfen lassen an Zeiten, in denen sie** nicht hilflos, sondern handlungsfähig war und **Ressourcen hatte**. In diesen Emotionen ist das Denken nicht mehr so fokussiert und hoffnungslos, Frau Trost kann von ihrer ursprünglichen Absicht Abstand bekommen.
- Auch die **Bewegung in Begleitung** hilft Abstand von der verzweifelten Situation zu bekommen.
- Claudia verwendet eine **positive Sprache**: „Darf ich Sie begleiten“ anstatt: „Ich bringe sie …“; „Das glaube ich. Das können Sie gut.“
- Die Äußerung, dass Claudia selbst Hilfe gebrauchen könnte, bringt Frau Trost in eine **neue Position**: Nun ist sie nicht hilflos, sondern kann andern helfen.

30.3.3 Besonderheiten bei der Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen

Beeinträchtigungen der Kommunikation führen bei den Betroffenen zu Stress, zu Angst, Verunsicherung und Ärger. Als Folge entstehen unter anderem herausfordernde Verhaltensweisen wie Weigerung, Weglaufen, Schlagen, aber auch Rückzug und Apathie.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Positive Sprache

Da demenziell erkrankte Menschen vor allem auf das reagieren, was sie mit bestimmten Worten verknüpfen, ist es hilfreich, positiv besetzte Begriffe gezielt einzusetzen.

- Anstatt: „Sie sollten …“ oder „Sie müssen …“ ist es hilfreicher Formulierungen wie z. B. „Darf ich Ihnen … anbieten?“ oder „Es wäre gut für Sie …“, zu verwenden.
- Anstatt: „Ich bringe Sie …“ ist es hilfreicher Formulierungen wie z. B. „Darf ich Sie begleiten …?“ zu gebrauchen.
- Anstatt: „Ich wasche Sie jetzt …“ besser: „Darf ich Ihnen beim Waschen helfen?“
- Anstatt: „Ich ziehe Sie eben an …“ besser: „Darf ich Sie beim Anziehen unterstützen?“

Umgang mit Wortfindungsstörungen

Wortfindungsstörungen zeigen sich z. B. durch das Einsetzen von Füllwörtern, durch Umschreibungen oder durch die Nutzung falscher Begriffe. Letztere sind oft inhalts- oder klangähnliche Begriffe.

Erinnern Sie sich an Frau Paulsen: Sie bittet darum, ihr beim Zähneputzen zu helfen: „Da hinten die Säge saubermachen.“

Sie verwendet den klang- und auch inhaltsähnlichen Begriff „Säge“ anstatt „Zähne“. Klangähnlichkeit besteht durch den Umlaut „ä“. Inhaltlich besteht eine gewisse Ähnlichkeit, da beides etwas zerkleinert: die Säge zerkleinert Holz, Zähne zerkleinern Nahrung.

Frau M. wollte dem Arzt mitteilen, dass sie eine Tablette zum Einschlafen möchte und sagte zu ihm: „Geben Sie mir Dingsda, das Dingsda …“. Frau M. verwendet Ersatzwörter.

Bei vorliegenden Wortfindungsstörungen ist es hilfreich zu überlegen, welches inhalts- oder lautähnliche Wort der Betroffene meinen könnte. Zudem können nonverbale Signale wie Blickrichtung und Mimik Anhaltspunkte geben, welches Wort gemeint ist. Oft entschärft es die Situation, wenn die betreuende Person Verständigungsprobleme auf sich nimmt.

Umgang mit Störungen der Sprachproduktion

Herr Kramer versuchte immer wieder das Wort „Fernsehen“ auszusprechen, jedoch erklang nur eine unverständliche Lautkombination.

Herr Kramer kann unterstützt werden, indem man ihm Zeit gibt, um sich auszudrücken, nonverbale Signale beachtet und ihm ggf. Wortangebote macht.

Körperkontakt

Viele demenziell erkrankte Menschen reagieren positiv auf Körperkontakt.

Immer wieder lässt sich beobachten, dass Pflegende und betreuende Menschen sehr schnell Körperkontakt zu demenziell erkrankten Menschen aufnehmen, ohne dies genauer zu reflektieren.

Aber: Nicht jeder möchte einen solchen Körperkontakt. Gerade bei der älteren Generation waren Berührungen etwas, was den Eltern oder dem Partner vorbehalten war. Hier muss deshalb sehr genau beobachtet werden, ob Körperkontakt wirklich erwünscht ist, und wenn ja, in welcher Weise. Am ehesten ist dies am Arm erwünscht, Berührungen im Gesicht sind oft unerwünscht.

Durch gut reflektierte Berührungen können auch im Endstadium der Erkrankung Sicherheit und Geborgenheit vermittelt werden.

Nutzung der Spiegelneuronen-Effekte

Spiegelneurone sind über den Kortex verteilte Neurone, die Gefühle und Absichten unseres Gegenübers erfassen. Sie melden, wie es dem Gegenüber geht, man fühlt so ein bisschen, was der andere fühlt. Sie bieten somit eine neurophysiologische Erklärung für die Entstehung von Empathie.

Auch Gesunde lassen sich von Stimmungen ein bisschen anstecken. Aber während gesunde Menschen dabei sehr deutlich zwischen eigenen Gefühlen und den Gefühlen anderer unterscheiden können, gelingt dies demenziell erkrankten Menschen oft nicht mehr: Sie nehmen dann die Stimmungen des anderen wahr, und werden von diesen Stimmungen „angesteckt“ bzw. überflutet.

Kommt nun eine gestresste Pflegende zu einem demenziell erkrankten Menschen, so springt dieses Gefühl auf ihn über. Und ohne es klar benennen zu können entwickelt auch er Merkmale einer

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 30.4 Von der positiven Ausstrahlung eines Menschen geht eine wohltuende Wirkung aus *(Symbolbild)*. (Foto: Monkey Business – stock.adobe.com)

Stressreaktion. Trifft er jedoch auf einen fröhlichen, ihn anlachenden Menschen, fühlt auch der demenziell erkrankte eine ähnliche Stimmung. Diese Effekte sollten viel bewusster eingesetzt werden:

Merke

Es ist sinnvoll, Spiegelneuronen-Effekte zu nutzen: Pflegende sollten vor dem Betreten des Raumes schlechte Stimmungen abschütteln, sich auf den Patienten/Bewohner einstellen und ihm mit positiver Emotion begegnen (▶ Abb. 30.4).

30.3.4 Der demenziell erkrankte Mensch im Krankenhaus

Demenziell erkrankte Patienten stellen hohe Anforderungen an die Pflegefachkräfte des Krankenhauses. Auch hier gilt es zunächst, den Patienten in seinem Erleben zu verstehen, ihm Zeit zu geben und Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Darüber hinaus ist es hier besonders wichtig, vermeidbare Risiken auszuschließen und unvermeidbare zu erkennen.

Gefahrenquellen

Bedingt durch die Desorientierung können verschiedene Gefahrensituationen entstehen, z. B.:

- Der demenziell erkrankte Patient weiß oft nicht, wo er ist und warum er an einem bestimmten Ort ist. So kann es sein, dass er versucht aufzustehen, obwohl er gerade erst operiert wurde und längere Zeit liegen muss. Es bestehen häufig Weglauftendenzen.
- Er vergisst zu trinken, er exsikkiert, der Verwirrtheitszustand verschlimmert sich.
- Er steckt möglicherweise wahllos Gegenstände in den Mund, wenn er nicht mehr zwischen essbar und nicht essbar unterscheiden kann.
- Aufgrund von Agnosie und Apraxie kann es zu fehlerhafter Nutzung von Gegenständen kommen.
- Er nimmt die Medikamente nicht oder alle auf einmal ein.
- Er versteht den Sinn von Kathetern und Infusionen nicht und entfernt diese.

Die Pflegenden müssen daher ständig nach dem demenziell erkrankten Patienten schauen, was im normalen Stationsablauf nicht einfach ist. Dabei sollten sie alle Möglichkeiten ausschöpfen: wenn möglich, die Patienten beschäftigen, ablenken oder sie in das Stationszimmer mitnehmen. Erfahrungen auf Stationen mit gut geschulten Pflegefachkräften haben gezeigt, dass eine Sicherheit vermittelnde, zugewandte Betreuung entsprechend der nachstehenden Richtlinien eine drastische Reduzierung sedierender Medikamente ermöglicht. Krankenhäuser sind hier gefordert, sich mit neuen Konzeptionen auf diese Menschen einzustellen. So gibt es bereits Kliniken, die Stationen speziell für ältere Menschen eingerichtet haben, die dort unabhängig von der Erkrankung durch ein multiprofessionelles Team behandelt und betreut werden. Auch für die Nacht sollten Betreuungskonzepte (ähnlich den Nachtcafés in machen Pflegeheimen) eingeführt werden.

Fallbeispiel

Demenz. Frau Seeger ist sehr unruhig. Sie nestelt an der Bettdecke herum und versucht immer wieder, ihren Verband am Handgelenk zu lösen. Als Auszubildende Rita ihr ein Stofftuch in die Hand gibt, beginnt sie es glatt zu streichen und zu falten. Damit ist sie die nächste Zeit beschäftigt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

30.3.5 Zusammenfassung

Merke

Der demenziell erkrankte Mensch kann sich nicht mehr ausreichend auf seine Umgebung einstellen. Er ist darauf angewiesen, dass sich seine Umgebung auf ihn einstellt.

Richtlinien

- Die **Richtigkeit seiner Denkweise nicht infrage stellen**, sondern die Situation als subjektive Wirklichkeit des Betroffenen anerkennen.
- **Fähigkeiten erkennen, anerkennen und bestätigen, Wertschätzung** zeigen und aussprechen.
- Den demenziell erkrankten Menschen bei seinen **Gefühlen und Bedürfnissen abholen.**
- **Emotional anknüpfen an Zeiten, in denen der Betroffene** nicht hilflos war, sondern **Ressourcen hatte**. In diesen Emotionen ist das Denken nicht mehr so fokussiert und hoffnungslos. Der demenziell erkrankte Mensch kann von seiner ursprünglichen Absicht Abstand bekommen.
- **Ablenkung und Beschäftigung** anbieten.
- **Bewegung in Begleitung** anbieten. Auch das hilft, Abstand von der verzweifelten Situation zu bekommen und sich nicht mehr so einsam zu fühlen.
- Den Betroffenen in eine **neue Position bringen, zum Beispiel um seine Hilfe bitten.**
- **Ja-Haltung erzeugen.**
- Verwendung einer **positiven Sprache.**
- Klar, deutlich und nicht zu schnell sprechen. **Verständliche und eindeutige Informationen** geben.
- Durch beruhigende Sprechweise und nonverbale Kommunikation, **Sicherheit vermitteln.**
- **Zeit geben**, um sich auszudrücken.
- Bei vorliegenden Wortfindungsstörungen überlegen, welches **inhalts- oder klangähnliche Wort** gemeint sein könnte. Den Betroffenen **nicht auf seine Defizite in der Kommunikation hinweisen**. Eher Verständigungsprobleme auf sich nehmen.
- **Nonverbale Signale** beachten.
- **Falls erwünscht, Wortangebote** machen.
- **Genau beobachten, ob Körperkontakt erwünscht ist** und wenn ja, in welcher Weise.
- **Nutzung der Spiegelneuronen-Effekte:** vor dem Betreten des Raumes schlechte Stimmungen abschütteln, sich auf den Patienten/Bewohner einstellen und ihm mit positiver Emotion begegnen.
- **Orientierungshilfen** anbieten, Regelmäßigkeit in die Tagesstruktur und in die pflegerischen Maßnahmen bringen. Dies hilft dem Patienten, sich in einer „verwirrenden Welt" besser zurechtzufinden.
- In der Umgebungsgestaltung eine **Atmosphäre von Sicherheit und Wohlbefinden** schaffen.

Aufgabe

8 Welche Maßnahmen können ergriffen werden, um demenziell erkrankte Patienten im Krankenhaus vor Gefahren zu schützen?
9 Überlegen Sie, wie Sie in allen geschilderten Situationen reagieren könnten. Spielen Sie die Situationen im Rollenspiel und tauschen Sie sich anschließend darüber aus, wie sich der Erkrankte und wie sich die pflegende Person gefühlt haben, und welche Maßnahmen der Begleitung, welche Kommunikation etc. hilfreich oder auch nicht hilfreich waren.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Kapitel 31

Depressive Störungen

31.1 Einführung *424*

31.2 Das Problem dieser Erkrankung *424*

31.3 Der Begriff depressive Störung *424*

31.4 Symptome *425*

31.5 Diagnostik einer depressiven Störung *426*

31.6 Schweregrade depressiver Episoden *426*

31.7 Differenzialdiagnostik *427*

31.8 Arten depressiver Störungen *428*

31.9 Verlauf und Prognose *428*

31.10 Entstehung und Häufigkeit *428*

31.11 Therapie *429*

31.12 Richtlinien für den Umgang mit depressiven Menschen *430*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

31 Depressive Störungen

Geh ich schlafen,
so denk ich:
wann wird Tag.
Wenn ich aufstehe,
denke ich:
kommt je der Abend?
Dann wird es Abend,
Nacht,
und es dauert endlos.
Huub Oosterhuis (Auf halbem Weg, 1975)

Examensschwerpunkte

Das Problem dieser Erkrankung (S. 424), Der Begriff depressive Störung (S. 424), Symptome (S. 425), Diagnostik (S. 426), Schweregrade depressiver Episoden (S. 426), Differenzialdiagnostik (S. 427), Arten depressiver Störungen (S. 428), Verlauf und Prognose (S. 428), Entstehung und Häufigkeit (S. 428), Therapie (S. 429), Richtlinien für den Umgang mit depressiven Menschen (S. 430)

31.1 Einführung

Viele Menschen berichten nach dem Abklingen einer depressiven Erkrankung, dass sie kaum Worte finden um zu beschreiben, was sie erlebt haben. Das Geschehen ist so fern von dem bisher Erlebten, dass es auch außerhalb der Sprache des alltäglichen Lebens liegt. Es geht sowohl um überwältigende Gefühle als auch um innere Leere, Kälte und Gefühllosigkeit. Um das Unsagbare dieser Krankheit zu vermitteln, wird oft auf Bilder und Vergleiche zurückgegriffen, die mehr als Worte sagen.

Aufgabe

1 Ein Patient versucht auszudrücken, was er während einer Depression erlebte: „Ich saß allein in einer Taucherglocke auf dem Grund der eiskalten Nordsee." Versuchen Sie, sich in Gedanken in diese Lage zu versetzen. Wie geht es Ihnen? Tauschen Sie sich mit Ihren Mitschülern aus.

31.2 Das Problem dieser Erkrankung

Das Problem dieser Erkrankung ist, dass Nicht-Betroffene sie kaum verstehen können. Die Idee, man müsse sich nur einen Ruck geben und sich „etwas zusammenreißen" ist falsch, denn genau darin besteht die Krankheit: Der depressive Patient kann das nicht. Es ist keine Frage des Wollens, sondern er kann wirklich nicht. Genau das ist für Nicht-Betroffene kaum nachzuvollziehen. Kenntnisse, die Pflegefachkräfte während der Ausbildung oder durch Fortbildungen erwerben, führen zu einer angemessenen Einstellung gegenüber dem an einer depressiven Störung erkrankten Menschen. Ähnlich wie bei anderen Erkrankungen, z. B. Demenz (S. 410), oder Wahnerkrankungen (S. 436), befähigt Wissen die Pflegenden, mit dem oft Fremdartigen sicherer und entspannter umzugehen.

Im Folgenden wird beschrieben,

- was man unter depressiven Störungen versteht (Definition und Symptome),
- welche Arten und Schweregrade es gibt (Klassifikation),
- wie sich depressive Störungen von anderen Erkrankungen unterscheiden (Differenzialdiagnostik),
- wie sie entstehen und verlaufen können und
- wie depressiven Menschen im Bereich der Kranken- und Altenpflege begegnet werden kann (Therapie und Richtlinien für den Umgang).

Merke

Das Problem der Depression ist, dass Nicht-Betroffene sie nicht verstehen können. Fachwissen kann helfen, auf depressives Verhalten angemessen zu reagieren.

31.3 Der Begriff depressive Störung

Der Begriff „depressive Störung" beschreibt einen Zustand von Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit, Interessenverlust, reduziertem Antrieb und oft auch körperlichem Leiden. Er kann den gesamten

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Organismus und alle Lebensbereiche umfassen. Emotionen, Denken, Wahrnehmung, körperliches Wohlbefinden, Lebenswille und Arbeitskraft sind von dieser Störung betroffen.

Bedrücktheit und Stimmungstiefs sind normale Bestandteile unseres Lebens und den meisten Menschen aus eigener Erfahrung bekannt. Mit einer Depression haben solche Zustände jedoch nichts zu tun. Wenn Bedrücktheit und Stimmungstiefs länger anhalten, immer häufiger auftreten und zusammen mit weiteren Symptomen bald das Erleben und Verhalten beherrschen, kann dies auf das Vorliegen einer Depression hindeuten.

Nicht selten liegen aber auch scheinbar rein körperlich begründete Schmerz- und Spannungszustände wie Kopfschmerzen, Verkrampfungen im Brustkorb, Bauch oder Gliedern vor, die oft nur von Spezialisten als durch die depressive Störung bedingt erkannt werden. Die endgültige Diagnose kann jedoch nur ein Arzt oder Psychologe stellen.

Merke

Anders als einem psychisch gesunden Menschen, gelingt es dem an einer depressiven Störung erkrankten Menschen in der Regel nicht, sich selbst mit Willenskraft aus diesem emotionalen Tief herauszuholen. Depressive Störungen sind deshalb, genauso wie körperliche Krankheiten, als ernsthafte Erkrankungen einzustufen und bedürfen somit einer ärztlichen Behandlung.

31.4 Symptome

Symptome einer depressiven Erkrankung finden sich in allen Bereichen des Verhaltens und Erlebens: im kognitiven, emotionalen, sozialen und körperlichen Bereich treten Veränderungen auf. Die Vielzahl der Symptome lässt sich in Symptomgruppen einteilen (▶ Tab. 31.1).

Tab. 31.1 Symptomgruppen und Symptome.

Symptomgruppe	Symptome
Gefühl/Affekt	• Gefühl der Leere und Gefühllosigkeit: abgestumpft, freudlos, lustlos, gefühllos, hoffnungslos • Niedergeschlagenheit, Verzweiflung • vermindertes Selbstwertgefühl • Angst vor Alltagspflichten • Misstrauen • Gefühl lebensmüde zu sein, Todessehnsucht
Antrieb und Verhalten	• Fehlende Eigeninitiative, Interessenverlust, Rückzug aus sozialen Beziehungen • schnelle Erschöpfung, Leistungsabfall, Rückzug ins Bett • Antriebsverarmung bis zum Stupor oder • Agitiertheit (als Ausdruck innerer Unruhe), unruhiges Herumlaufen
Denken	formal: • Denkhemmung, verlangsamtes Denken • Grübelzwang • Konzentrationsstörungen • Aufmerksamkeitsstörung inhaltlich: • Selbstvorwürfe, Selbstabwertung • pessimistisches Denken • depressive Wahneinfälle (Schuldwahn, Verarmungswahn, hypochondrischer Wahn) • meist sehr Ich-zentriertes Denken • Suizidgedanken
Wahrnehmung	• Fokussierte Wahrnehmung (Tunnelblick) • verzerrte Wahrnehmung
Körperliche Symptome	• Müdigkeit, Erschöpfung • Störungen Schlaf-Wach-Rhythmus, Zunahme der REM-Phasen • Durchschlafstörungen, häufig Früherwachen und Morgentief • Schmerzen • Appetitverlust/Gewichtsverlust, Obstipation, Übelkeit, Libidoverlust

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

31.5 Diagnostik einer depressiven Störung

Fallbeispiel

Diagnostik. Herr Fink, 52 Jahre alt, hat sich endlich entschlossen, einen Arzt aufzusuchen. Er schildert ihm seine Beschwerden: „Ich habe Rückenschmerzen, schon längere Zeit, erst nur gelegentlich, jetzt tut es andauernd weh. Ich kann kaum mehr zur Arbeit gehen. Ich kann einfach nicht mehr." Der Arzt bestellt den Patienten zum Röntgen ein und gibt ihm ein Rezept über ein Schmerzmittel mit. Sie vereinbaren einen nächsten Termin.

Die Vielfalt der Symptome, die mit einer Depression einhergehen können, macht es schwer, in kurzer Zeit oder bei einem ersten Arztbesuch die Krankheit zu erkennen. Patienten schildern Veränderungen des Verhaltens, des Erlebens und auch körperliche Veränderungen.

Vermutlich sucht nicht einmal die Hälfte der depressiv erkrankten Menschen einen Arzt auf. Nur bei etwa der Hälfte der an einer depressiven Störung erkrankten Patienten, die einen Arzt konsultieren, wird die depressive Störung erkannt.

31.5.1 Diagnosekriterien der ICD-10

Die ICD-10 nennt Haupt- und Zusatzsymptome (▶ Abb. 31.1).

31.6 Schweregrade depressiver Episoden

Depressive Erkrankungen treten in unterschiedlichen Schweregraden auf (▶ Abb. 31.1).

Für die Diagnose einer depressiven Episode gilt als Zeitkriterium, dass die Symptome mindestens 2 Wochen bestehen müssen.

Von einer leichten depressiven Episode wird ausgegangen, wenn 2 Haupt- und 2 Zusatzsymptome vorliegen. Für die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode müssen 2 Haupt- und 3 oder 4 Zusatzsymptome vorhanden sein. Eine schwere depressive Episode beinhaltet alle 3 Haupt- und mindestens 4 Zusatzsymptome.

Hauptsymptome	Zusatzsymptome	Somatisches Syndrom		
• depressive Verstimmung • Verlust von Interesse/Freude • Verminderung des Antriebs	• Konzentrationsstörung • mangelndes Selbstwertgefühl, -vertrauen • Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit • pessimistische Zukunftsperspektiven • Suizidalität • Schlafstörungen • Appetitverminderung	• deutlicher Interessenverlust/ Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten • mangelnde Fähigkeit, emotional zu reagieren • Früherwachen • Morgentief • objektivierte psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit • deutlicher Appetitverlust/ mehr als 5 % Gewichtsverlust • deutlicher Libidoverlust		
		Depressive Episode		
2	2	leicht	– monophasisch	F 32
2	3 – 4	mittel	– rezidivierend	F 33
3	≥ 4	schwer	– biphasisch	F 31
Dauer der Symptome (mind. 2 Wochen)		Schweregrad	Verlauf	ICD-10

Abb. 31.1 Klassifizierung der Depressionen nach ICD-10.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Wie zeigen sich die Schweregrade von depressiven Störungen im Alltag?

- Leichte depressive Episode: Der Patient hat Schwierigkeiten, die normale Berufstätigkeit und soziale Aktivitäten fortzusetzen, gibt aber die alltäglichen Aktivitäten nicht vollständig auf.
- Mittelgradige depressive Episode: Der Patient kann nur unter erheblichen Schwierigkeiten berufliche, soziale und häusliche Aktivitäten fortsetzen.
- Schwere depressive Episode: berufliche, soziale und häusliche Aktivitäten können i. d. R. nicht mehr aufrechterhalten werden, es besteht praktisch immer ein somatisches Syndrom.

Aufgabe

2 Was unterscheidet eine schlechte Stimmung und Niedergeschlagenheit von einer depressiven Störung? Nehmen Sie Bezug zu den Diagnosekriterien der ICD-10.
3 Schildern Sie mögliche Symptome einer depressiven Störung aus den Bereichen Emotion, Antrieb und Denken.
4 Wie unterscheiden sich leichte depressive Störungen von mittelgradigen depressiven Störungen?

31.7 Differenzialdiagnostik

Depressive Symptome, wie z. B. Niedergeschlagenheit und Konzentrationsschwierigkeiten, treten auch als Begleiterscheinung anderer körperlicher und psychischer Erkrankungen auf. Eine Differenzialdiagnose dient dazu, die bestehende Krankheit von anderen Krankheiten abzugrenzen, und so eine richtige Behandlung und einen angemessenen Umgang mit dem Patienten zu ermöglichen.

Eine depressive Störung ist von folgenden psychischen Erkrankungen abzugrenzen:

- Störungen durch psychotrope Substanzen (z. B. Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, Drogen),
- Angststörungen,
- demenzielle Erkrankungen.

Auch von normalen Trauerreaktionen muss eine deutliche Abgrenzung erfolgen.

Vor allem bei älteren Menschen werden depressive Störungen oft nicht erkannt. Stattdessen erfolgt immer wieder die Fehldiagnose einer demenziellen Störung. Eine solche Fehldiagnose kann verhängnisvolle Folgen für den Betroffenen haben. Wie kann es zu einer solchen Fehldiagnose kommen? Auf den ersten Blick bestehen bezüglich einiger Symptome Ähnlichkeiten.

Symptome, die bei Demenz und Depression auftreten können, sind z. B.:

- verlangsamtes Denken,
- Konzentrationsstörung,
- Rückzug,
- Antriebsreduzierung (bei Demenz meist in späteren Stadien),
- vermehrter Antrieb (bei agitierter Depression und in frühen Stadien einer Demenz),
- reduziertes Sprechen,
- reduzierte Leistung,
- Schlafstörungen.

Bei näherer Betrachtung lassen sich jedoch demenzielle Erkrankungen von depressiven Störungen unterscheiden. Es muss dabei berücksichtigt werden, dass depressive Störungen auch bei demenziellen Erkrankungen als Reaktion auf Verluste auftreten können.

Die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale zwischen einer Alzheimer-Demenz und einer depressiven Störung sind in ▶ Tab. 31.2 dargestellt.

Tab. 31.2 Unterscheidungsmerkmale zwischen Alzheimer-Demenz und depressiver Störung.

Alzheimer Demenz	Depressive Störung
Orientierungsstörungen	orientiert
Gedächtnisstörungen	Konzentrationsstörungen
Versuch, anfangs Defizite zu überdecken	weist eher auf Defizite hin
Morgentief selten	Morgentief häufig
Verlauf fortschreitend	Verlauf in Phasen
Aphasie, Apraxie, Alexie, Agrafie, Akalkulie	keine Aphasie, keine Apraxie, keine Alexie, keine Agrafie oder Akalkulie

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. 31.3 Subtypen von Depressionen.

Art der Depression	Erklärung
rezidivierende kurze Depression	kurzzeitige, maximal 2 Wochen dauernde depressive Episode
saisonale Depression	jahreszeitlich ausgelöste Depression (meist in Herbst, Winter)
larvierte Depression	die typische depressive Symptomatik wird verdeckt von körperlichen Symptomen der Depression
agitierte Depression	diese Form ist gekennzeichnet durch vermehrte Bewegungsunruhe, Reizbarkeit, Angst, Erregung
gehemmte Depression	als Leitsymptom steht die Antriebshemmung im Vordergrund
anankastische Depression	depressive Störung mit zwanghafter Symptomatik
Dysthymia	chronische depressive Störung leichterer Ausprägung
Spätdepression	Ersterkrankung nach dem 45. Lebensjahr
Altersdepression	Ersterkrankung nach dem 60. Lebensjahr

31.8 Arten depressiver Störungen

Es werden verschiedene Subtypen von Depressionen unterschieden, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt sie auftreten oder welches die Hauptsymptome sind (▶ Tab. 31.3).

Aufgabe

5 Wie kann es dazu kommen, dass depressive Störungen bei älteren Menschen immer wieder für eine demenzielle Erkrankung gehalten werden?
6 Wie können depressive Störungen von demenziellen Erkrankungen abgegrenzt werden?
7 Beschreiben Sie die Kennzeichen einer agitierten Depression.
8 Oft dauert es viele Jahre, bevor eine larvierte Depression diagnostiziert wird. Woran kann das liegen?

31.9 Verlauf und Prognose

Depressive Störungen bestehen aus einer oder aus mehreren Episoden von unterschiedlicher Dauer. Typischerweise verlaufen sie kurvenförmig in Phasen. Sie beginnen meist schleichend, gelegentlich auch plötzlich und klingen i. d. R. (auch unbehandelt) wieder vollständig ab. Etwa ein Viertel der Erkrankten erlebt eine Episode, ein weiteres Viertel erlebt 2 oder 3 Episoden, etwa die Hälfte der Erkrankten durchlebt mehr als 3 Episoden.

Die Dauer einer einzelnen Episode beträgt bei etwa 50 % der depressiven Störungen bis zu 3 Monaten, bei 25 % zwischen 3 Monaten und 1 Jahr, bei etwa 25 % mehr als 1 Jahr.

Durch eine Therapie können Episoden verkürzt, abgeschwächt und Rezidive möglicherweise verhindert werden. Vor allem bei langjährigen Erkrankungen kommt es gelegentlich zu Residualzuständen mit leichten psychischen Veränderungen (z. B. schnelle Ermüdbarkeit, Leistungsschwäche, Konzentrationsschwäche). Im Verlauf der Erkrankung kommt es häufig zu Suizidversuchen. Im schlimmsten Fall enden depressive Störungen mit einem vollendeten Suizid.

31.10 Entstehung und Häufigkeit

Zur Entstehung einer depressiven Erkrankung tragen verschiedene Faktoren bei. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell geht davon aus, dass Menschen unterschiedlich anfällig für psychische Störungen sind. Wie anfällig ein Mensch ist, ist das Ergebnis eines Zusammenspiels von biologischen, psychologischen und durch das Umfeld gegebenen Voraussetzungen (▶ Abb. 31.2).

Zu einer bestehenden Vulnerabilität kommt aktueller oder sich über Jahre hinziehender, beruflicher oder privater Stress hinzu, z. B.:

- Konflikte, beruflich oder privat,
- Arbeitslosigkeit,
- finanzielle Belastungen,
- Leistungsdruck,
- körperliche Erkrankung.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

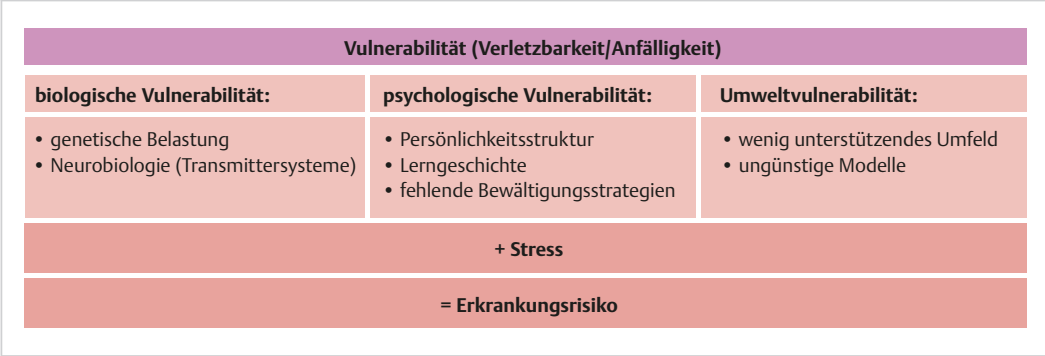


Abb. 31.2 Vulnerabilitäts-Stress-Modell.

Merke

Es kommt zu einer psychischen Störung, wenn die Summe von bestehender Vulnerabilität und Stress ein bestimmtes Maß übersteigt.

► **Häufigkeit.** Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer depressiven Episode zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), liegt bei etwa 20 %. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. In Deutschland sind zurzeit ca. 4 Millionen Menschen (etwa 5 % der Gesamtbevölkerung) an einer depressiven Störung erkrankt (RKI, 2017).

Aufgabe

9 Frau Schweigle ist 73 Jahre alt, sie lebt in einem Seniorenstift. In den letzten 3 Jahren erlitt sie 2 depressive Episoden, die jeweils etwa 5 Monate andauerten. Heute kommt ihre Tochter nach einem Besuch bei Frau Schweigle zu Ihnen ins Dienstzimmer und hat einige Fragen an Sie: „Wie häufig kommen solche depressiven Episoden vor? Müssen wir damit rechnen, dass es nun immer wieder dazu kommt? Und dauern die immer so lange wie bei meiner Mutter? Wie kommt es überhaupt zu dieser Krankheit?“

Beantworten Sie die Fragen der Tochter und erläutern Sie dabei auch das Vulnerabilitäts-Stress-Modell.

31.11 Therapie

Die Therapie depressiver Störungen umfasst i. d. R. eine Kombination von medikamentöser (v. a. Antidepressiva) und psychotherapeutischer Behandlung, die ambulant oder stationär durchgeführt wird.

► **Psychotherapie.** Verschiedene psychotherapeutische Verfahren (S. 464) werden bei depressiven Störungen eingesetzt:

- In einer **Verhaltenstherapie** wird versucht, auf dem Weg des Lernens eine positive Veränderung einer depressiven Störung zu erreichen. Es werden nicht-depressive Verhaltensweisen und soziale Fähigkeiten eingeübt bzw. verstärkt, um Erfolgserlebnisse zu haben. Die Patienten werden unterstützt, positive Aktivitäten und Entspannung zu lernen. Alltagstraining führt zur Umsetzung des Gelernten im persönlichen Umfeld.
- Mit Hilfe der **Kognitiven Therapie** werden zunächst verzerrende Denkmuster und fehlerhafte Schlussfolgerungen analysiert. Der Patient lernt, seine Schlussfolgerungen an der Realität zu überprüfen. Er wird unterstützt, nicht-depressive Denkmuster zu entwickeln und Schlussfolgerungen und Bewertungen entsprechend der Realität zu verändern.
- Im Verlauf einer **Gesprächstherapie** versucht der Patient mit Unterstützung des Therapeuten zwischenmenschliche und psychosoziale Probleme, Belastungen und Konflikte zu bearbeiten, die möglicherweise im Zusammenhang mit der depressiven Störung stehen, z. B. kann es sich um unbewältigte Trauer, um familiäre oder berufliche Konflikte handeln. In den therapeutischen

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Gesprächen werden die vorhandenen eigenen Fähigkeiten des Patienten wiederentdeckt und gefördert und weitere wirkungsvolle Strategien entwickelt. Der depressiv erkrankte Mensch erfährt seine Stärken und kann ein positiveres Selbstbild entwickeln.

▸ **Körperbezogene Therapieformen.** Dies sind z. B. Lichttherapie, Bewegungstherapie, Schlafentzugsbehandlung.

▸ **Weitere Therapieformen.** Therapieformen, die unterstützend in der Behandlung von depressiven Patienten wirken können, sind Kunsttherapie, Beschäftigungstherapie und Musiktherapie.

Fallbeispiel

Therapie bei stationärem Aufenthalt. Herr Klaiber, 59 Jahre alt, ist wegen einer depressiven Erkrankung schon in der 4. Woche im „Haus Berghöhe", einer psychiatrischen Einrichtung. Er findet sich inzwischen ganz gut zurecht, was die räumlichen Verhältnisse angeht, und kennt auch einige der Menschen, die ihm täglich begegnen. Wirklich Orientierung gibt ihm der Plan, den er gemeinsam mit Pflegefachkraft Rainer für jede Woche erstellt. Sein persönlicher „Stundenplan" teilt ihm den Tag ein. An den hält er sich. Heute z. B. wird er von 9:00–9:45 Uhr bei der Gesprächsgruppe sein, von 10:30 bis 11:30 Uhr nimmt er auf eigenen Wunsch, weil er vor seiner Erkrankung im Posaunenchor Trompete spielte, an der Musiktherapie teil. Nach dem Mittagessen findet heute schon um 14:00 Uhr ein Waldspaziergang statt. Danach ist für ihn freie Zeit, bis er um 16:00 Uhr ein Einzelgespräch mit seinem Therapeuten hat. Es gefällt Herrn Klaiber, wenn Rainer ihn ab und zu fragt, wie es ihm mit dem Stundenplan ergehe. Jeden Freitag besprechen sie gemeinsam den Verlauf der vergangenen Woche und erstellen einen Plan für die nächste Woche.

Aufgabe

10 Beschreiben Sie verschiedene Möglichkeiten der Therapie depressiver Störungen.

31.12 Richtlinien für den Umgang mit depressiven Menschen

Pflegefachkräfte begegnen im Allgemeinkrankenhaus, in psychiatrischen Kliniken und in Einrichtungen der Altenhilfe Menschen mit depressiven Erkrankungen unterschiedlicher Ausprägung. Diese sind darauf angewiesen, dass das Verhalten der Pflegenden in freundlich zugewandter Art geschieht und auf fachlichem Wissen über ihre Krankheit beruht. Zum professionellen Verhalten einer Pflegefachkraft gehört auch, dass sie sich Klarheit verschafft, was es bedeutet, depressiv erkrankte Menschen zu pflegen.

Fallbeispiel

Reflexion. Pflegefachkraft Mirjam, 32 Jahre alt, bemerkt, dass an ihrer neuen Arbeitsstelle, der „Seniorenresidenz am Stadtpark", mehrere Bewohner depressiv erkrankt sind. Nach ihren ersten Pflegeeinsätzen nimmt sie sich die Zeit, über ihre Tätigkeit nachzudenken. Sie stellt sich die Frage: „Bin ich ausreichend ausgestattet, um depressive Menschen zu pflegen und zu begleiten?" Und sie fragt sich weiter: „Was brauche ich, um diese Arbeit leisten zu können, um dem Erstarrten, der Sprachlosigkeit oder dem sich ständig wiederholenden Klagen und der negativen Sichtweise der Patienten begegnen zu können? Kann ich das und will ich das?"

Eine sinnvolle Eingrenzung ergibt sich mit der Frage: „In welcher Funktion komme ich eigentlich? Als Erzieherin, Therapeutin oder als Begleiterin und Weggefährtin?" In ihrer Pflegerolle, so nimmt sie sich vor, will sie nicht als Erzieherin oder Therapeutin auftreten. Was der Kranke braucht, ist ein verlässlicher Begleiter, ein Gefährte, der ihn versteht und der dem Patienten auf einer dunklen Wegstrecke mit Fachwissen zur Seite steht. Mit dieser neu gewonnen Einstellung und dem Entschluss, sich in Fortbildungen vertiefendes Fachwissen anzueignen, nimmt Mirjam ihre Arbeit wieder auf und fühlt sich schon bald nun zufriedener als vorher.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. 31.4 Positive und negative Verhaltensweisen.

positiv	negativ/„verboten“
Nicht-depressives Verhalten positiv verstärken	Bagatellisieren und oberflächliches Aufmuntern wie „Sie haben doch so reizende Kinder!“, „Schauen Sie, wie schön die Sonne heute scheint!“
Geduld	Appelle an den Willen, wie „Lassen Sie sich nicht so gehen!“, „Reißen Sie sich doch zusammen!“
Von Schuldgefühlen entlasten, bei unrealistischen Schuldgefühlen Realitätsbezug stärken	Schuldgefühle erzeugen oder verstärken
Hinweisen auf positive Verhaltensweisen und auf Fortschritte	Hinweisen auf Defizite und Fehler
Hinweisen auf das Vorübergehen der Krankheit	Sich von der Hoffnungslosigkeit und der Niedergeschlagenheit anstecken lassen
In Bewegung bringen; auch in „Minimalbewegungen“ locken, z. B. einen Löffel nur in die Nähe der Hand reichen, bis er vom Patienten selbst gegriffen wird, Schuhe so vor die Füße stellen, dass er selbstständig hinein schlüpft	Erste Ablehnung von Angeboten akzeptieren.

Aufgrund des aktuellen Wissens über depressive Störungen, können einige Verhaltensweisen im Umgang mit Betroffenen als Fehler eingestuft werden, andere gelten als positiv und richtig (▶ Tab. 31.4).

Fallbeispiel

Hinweisen auf das Vorübergehen der Krankheit. Frau S., 60 Jahre alt, verbringt nun schon 10 Tage in einer psychiatrischen Klinik. Sie sitzt wie jeden Abend, wenn Pflegefachkraft Lydia das Zimmer betritt, bewegungslos am Tisch und schaut zum Fenster hinaus, obwohl es fast dunkel ist. Wie immer versucht Lydia, ein Gespräch zu führen, Frau S. bleibt wie gewohnt einsilbig. Doch dann nach einer Pause äußert sie plötzlich: „Wie soll das weitergehen? Wie lange soll ich diese Welt aushalten? Wer kann so viel Schweres ertragen. Ich kann nicht mehr!“

Lydia rückt sich einen Stuhl zurecht, sodass sie neben Frau S. sitzen kann. Sie legt ihr leicht die Hand auf den Arm und sagt: „Frau S., Sie können das jetzt nicht glauben, aber ich weiß, diese Krankheit wird vorübergehen. Jede depressive Episode geht vorbei. Sie sehen jetzt alles nicht anders als schwarz und grau, aber ich weiß, Sie werden auch wieder die farbige Seite der Welt sehen. Bis dahin sind wir hier an Ihrer Seite!“

Fallbeispiel

Umgang mit depressiven Menschen. Noch vor 2 Jahren kommentierte Peter K. das Gejammer seines Nachbarn, den er stets lustlos und unzufrieden erlebt: „Sie haben doch alles! Nun freuen Sie sich doch mal an Ihrem Wohlstand, den Enkeln, Ihrer Gesundheit!“ Inzwischen befindet sich Peter im 2. Ausbildungsjahr zum Gesundheits- und Krankenpfleger. Seit er erfahren hat, dass sein Nachbar an einer depressiven Störung erkrankt ist und seit er im Psychologieunterricht gelernt hat, wie die Erkrankten die Welt erleben, sieht er seinen Nachbarn mit anderen Augen und hört mit seinen „Reißen-Sie-sich-doch-zusammen!“-Ratschlägen auf.

Im Folgenden werden weitere Probleme dargestellt, die im Zusammenhang mit einer Depression auftreten können. Es wird beschrieben, wie es möglich ist, innerhalb der Pflegebeziehung darauf einzugehen.

31.12.1 Suizidgefahr

Je nach Verlauf, Schweregrad und Symptomatik ergeben sich ganz unterschiedliche Situationen bei der Pflege und Begleitung von depressiven Patienten und Bewohnern. Jede depressive Erkrankung verläuft individuell. Generell gilt es aber, die bestehende Suizidgefahr zu beachten. Der Gedanke, sich

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

das Leben zu nehmen, tritt bei an depressiven Störungen erkrankten Menschen häufig auf. Nicht immer wird er geäußert. Die Suizidgefahr ist während der gesamten Episode erhöht. Zu Beginn und am Ende der Episode, wenn der Antrieb zu Handlungen noch oder wieder vorhanden ist, besteht besonders hohe Suizidgefahr. In der mittleren Erkrankungsphase ist bei Antriebsarmut die Gefahr geringer, zu Beginn einer Antidepressivamedikation oft höher.

Bei einem Verdacht auf Suizidgefahr muss dies angesprochen werden. Wenn es gelingt, über bestehende Suizidgedanken zu reden, kann es zu einer Vereinbarung kommen: der depressiv Erkrankte und seine Vertrauensperson verabreden einen zeitnahen Gesprächstermin, der Patient sagt zu, sich bis dahin nicht das Leben zu nehmen (Antisuizidpakt).

Merke

Allgemein gilt bei Suizidgefahr: einen möglichst guten Kontakt zum Patienten aufbauen oder zu erhalten, eine mögliche Suizidgefahr ansprechen, den Patienten nicht alleine lassen, ihn vor Selbstgefährdung schützen, z. B. die Medikamentengabe kontrollieren. Siehe Kapitel Suizid (S. 366).

31.12.2 Schuldgefühle

Fast immer spielen im Zusammenhang mit einer depressiven Störung Schuldgefühle eine Rolle. Aufgabe der begleitenden Pflegefachkraft ist es nicht zu entscheiden, ob die Schuldgefühle zu Recht oder zu Unrecht bestehen. Sie sollte den Patienten aber von unrealistischen Schuldgedanken entlasten und ihm während dieser Krankheitsepisode ein Gefühl der begleiteten Sicherheit geben, ihm vermitteln, dass er in dieser belastenden Situation nicht alleine ist, sondern einen Menschen, der einen Ausweg sieht, an seiner Seite hat.

Aufgabe

11 Seit einigen Tagen ist Frau Schenk im „Franziskusheim“, einem Haus der gerontopsychiatrischen Versorgung einer Kleinstadt, eingezogen. Sie befindet sich in einer mittelgradigen depressiven Episode. Pflegefachkraft Antonia trifft sie am Morgen in einem ungewohnten Unruhezustand an. Hin und her laufend, klagt Frau Schenk über das Unglück, das über ihre Familie gekommen ist: Seit dem Tod des Sohnes ging es mit der Familie bergab, die Kinder, 16 und 17 Jahre alt, gerieten auf die schiefe Bahn, die Schwiegertochter griff zum Alkohol. Frau Schenk wirkt verzweifelt, als sie immer wiederholt: „Das ist meine Schuld, alles meine Schuld! Ich kann nicht mehr! Ich will nicht mehr!“

Wie kann Antonia auf die Bewohnerin eingehen. Welche kurz- oder längerfristige Maßnahmen wird sie ergreifen? Lesen Sie im Kapitel „Suizid (S. 366)“ nach. Wie kann sie mit Frau Schenk reden?

31.12.3 Einsamkeit

Fallbeispiel

Einsamkeit. Nachdem die Depression abgeklungen war, berichtete Frau Linke: „Es gab Zeiten, da fühlte ich mich wie ein Fisch im Aquarium, der immer wieder an die Scheiben stößt und doch nicht durch das Glas dringen kann. Ich horchte, aber nichts kam herüber. Während der Krankheit erlebte ich grenzenlose Einsamkeit, von Gott und der Welt verlassen, in einer Welt, wo es keine Zuneigung und Fürsorge gibt. Es mögen andere Menschen da gewesen sein, die das anboten, aber nichts davon drang durch die Mauern, die mich von allen trennten (▶ Abb. 31.3).“

Steht das Gefühl von Einsamkeit im Vordergrund einer Depression, kommt der Beziehung zu den Pflegenden eine besondere Bedeutung zu. Außer-



Abb. 31.3 Freunde und Familie können den Betroffenen unterstützen *(Symbolbild)*. (Foto: didesign – stock.adobe.com)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

dem haben die Pflegefachkräfte die Möglichkeit, Angehörige aufzufordern, trotz der krankheitsbedingten Schwierigkeiten im Umgang mit dem Familienmitglied, zu Besuch zu kommen. Sie können Freunde motivieren, den Kontakt zum Kranken nicht abzubrechen, indem sie über die Krankheit aufklären und versichern, dass sie vorübergehen wird. Innerhalb der Einrichtung achten sie darauf, den Kranken – wenn auch in passiver Weise – am Geschehen teilhaben zu lassen.

31.12.4 Gefühl der Wertlosigkeit

Für Menschen, die während einer depressiven Episode ihr Leben als sinnlos, sich selbst als absolut wertlos erleben, sind Pflegende eine Hilfe, wenn sie zunächst dieses Gefühl der Wertlosigkeit wahrnehmen. Anstatt den Kranken mit Argumenten zu bedrängen, die gegen diesen Eindruck sprechen, begegnen sie ihm mit einer wertschätzenden, respektvollen Haltung. Im Verlauf des Tagesgeschehens suchen sie Gelegenheiten, bei denen sich der Patient selbstständig und kompetent verhalten kann, bestätigen ihm seine Fähigkeiten, nehmen auch einmal einen Rat von ihm an und bedanken sich, wo es passend ist. So fördern sie seine eigene Wertschätzung.

31.12.5 Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, reduzierter Antrieb

Fallbeispiel

Niedergeschlagen, hoffnungslos, antriebslos sein. Herr Schöller, 43 Jahre alt, leidet unter einer schweren depressiven Episode. Zurzeit befindet er sich zur Abklärung und Behandlung seiner Rückenschmerzen in einem Allgemeinkrankenhaus. Am Vormittag nach der Visite ergibt sich ein Gespräch zwischen Herrn Schöller und Pflegefachkraft Udo:

Herr Schöller: „Ich glaube, das wird nichts mehr, es geht keinen Schritt voran. Ich habe keine Lust mehr, die Untersuchungen mitzumachen, das bringt doch nichts! Ich will nur noch meine Ruhe haben, ja endlich einmal ausruhen. Ich werde die Rückenschmerzen nicht mehr los. Früher hatte ich mehr Kraft und auch Mut. Ich will nur noch Ruhe haben!“

Pflegefachkraft Udo: „Herr Schöller, Sie sind an einer schweren Depression erkrankt. Da kann es gar nicht sein, dass Sie Mut und Hoffnung und Lust auf irgendetwas haben. Das gehört zu dieser Krankheit dazu. Aber sie verläuft in Phasen, sie geht vorüber. Ich weiß, dass Sie das jetzt nicht glauben können. Diese Krankheit auszuhalten ist Schwerstarbeit, deshalb fühlen Sie sich müde. Kein Wunder, dass Sie sich nur ausruhen wollen!“

Aufgabe

12 Wie viele Haupt- und Nebensymptome gehören zu einer mittelschweren Depression?
13 Beschreiben Sie Richtlinien für den Umgang mit an einer depressiven Störung erkrankten Menschen. Benennen Sie dazu zunächst ein vorrangiges Problem und leiten Sie dann fachlich korrektes Verhalten und Maßnahmen ab.
14 Als Pflegefachkraft Luise am Abend nach Herrn Kunze, der an einer Spätdepression erkrankt ist, schaut und ihm noch eine Tasse Tee für die Nacht bereitstellt, ergreift er ihren Arm, damit sie stehen bleibt und streckt ihr ein Blatt Papier entgegen: „Bitte, lesen Sie das!“ Luise rückt sich einen Stuhl zurecht und liest folgenden Text (Huub Oosterhuis, Auf halbem Weg, 1975):

Geh ich schlafen,
so denk ich:
wann wird Tag.
Wenn ich aufstehe,
denke ich:
kommt je der Abend?
Dann wird es Abend,
Nacht,
und es dauert endlos.

Zwei Mal liest Luise diese Zeilen, dann schaut sie Herrn Kunze an.

Helfen Sie ihr, ein Gespräch zu führen.

Merke

Informationen über Depressionen finden sich auch unter www.kompetenznetz-depression.de

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



© Pavel Losevsky, Fotolia.com

Kapitel 32

Wahn

32.1 Definition und Vorkommen *436*

32.2 Wahnthemen *436*

32.3 Wahnspannung, Wahnwahrnehmung und Wahnerinnerung *436*

32.4 Umgang mit Patienten mit wahnhaften Störungen *438*

32.5 Verlauf und Therapie *441*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

32 Wahn

Examensschwerpunkte

Definition und Vorkommen (S. 436), Wahnthemen (S. 436), Wahnspannung, Wahnwahrnehmung und Wahnerinnerung (S. 436), Umgang mit Patienten mit wahnhaften Störungen (S. 438), Verlauf und Therapie (S. 441)

32.1 Definition und Vorkommen

Definition

Unter Wahn versteht man fehlerhafte, feste, unkorrigierbare Überzeugungen, die nicht von der soziokulturellen Bezugsgruppe geteilt werden.

Wahn kann als eigenes Krankheitsbild stehen (isolierte wahnhafte Störung) oder als Symptom bei organischen Befunden und psychiatrischen Erkrankungen auftreten.

▸ **Begleitsymptomatik bei organischen Befunden.** Wahn kann z. B. auftreten bei:
- Alkohol- oder Drogenmissbrauch,
- Medikamenteneinnahme (als Nebenwirkung),
- Intoxikation,
- Erkrankungen des zentralen Nervensystems (degenerative oder raumfordernde Prozesse),
- Systemerkrankungen (endokrine Erkrankungen, Vitaminmangel, Organinsuffizienzen),
- Störungen der Sinnesorgane (Schwerhörigkeit, Beeinträchtigungen des Sehvermögens).

▸ **Begleitsymptomatik bei psychiatrischen Erkrankungen.** Wahn tritt vor allem auf bei:
- schizophrenen Störungen,
- manischen, depressiven oder bipolaren Störungen,
- schizoaffektiven Störungen.

Fallbeispiel

Wahnsymptomatik bei organischer Grunderkrankung. Frau Neumann wird mit einer schweren Nierenerkrankung auf der Intensivstation aufgenommen. Sie hat zu diesem Zeitpunkt hohes Fieber und die Nieren können die Entgiftung des Körpers nicht mehr ausreichend leisten.

Sie spricht davon, dass überall im Zimmer Schmetterlinge und Fliegen seien, die ganzen Wände seien voll mit diesen Tieren. Auch in ihrem Bett wäre Ungeziefer, das über ihren Körper laufe.

Nachdem das Fieber gesenkt wurde und eine Dialysebehandlung Erfolg zeigte, verschwanden Wahnsymptomatik und Halluzinationen.

32.2 Wahnthemen

▸ Tab. 32.1 beschreibt verschiedene Wahnthemen.

32.3 Wahnspannung, Wahnwahrnehmung und Wahnerinnerung

▸ **Wahnspannung.** Oft beginnen Psychosen mit einer Wahnstimmung, auch Wahnspannung genannt. Darunter versteht man das noch sehr wenig konkrete Gefühl, es sei etwas im Gange, es verändere sich etwas, irgendetwas stimme nicht und braue sich zusammen.

▸ **Wahnwahrnehmung.** Im weiteren Verlauf kommt es mit der zunehmend festen Überzeugung dazu, dass reale Sinneswahrnehmungen wahnhaft gedeutet werden (Wahnwahrnehmung). So wird z. B. das Rauschen eines Radiosenders als Informationsübertragung von einem Geheimdienst wahrgenommen.

▸ **Wahnerinnerung.** Häufig dehnt sich die Wahnthematik auch auf Zeiten vor der Erkrankung aus. Von einer Wahnerinnerung spricht man, wenn nachträglich vergangene Ereignisse im Sinne der Wahnthematik umgedeutet werden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. 32.1 Wahnthemen.

Wahnthema	Erklärung/Beschreibung der fehlerhaften Überzeugungen	Beispiele solcher fehlerhaften Überzeugungen
Beziehungswahn	Die Überzeugung, was sich in der Umwelt ereigne, geschehe nur im Zusammenhang mit dem Patienten, es solle ihm etwas bedeutet werden.	Was in den Nachrichten gesagt wird, was in der Zeitung steht, was andere reden, ein Blick, ein Lachen, alles hat mit ihm zu tun und ist möglicherweise ein Zeichen für ihn.
Beeinträchtigungswahn	Der Patient erlebt was um ihn herum geschieht nicht nur auf sich bezogen, sondern gegen sich gerichtet.	Man beleidige ihn, wolle ihn schädigen oder vernichten, er werde benachteiligt und ungerecht behandelt.
Verfolgungswahn	Harmlose Ereignisse der Umwelt werden als Zeichen der Bedrohung und Verfolgung erlebt. Meist handelt es sich hier um ein sehr komplexes Wahnsystem.	Eine Vernichtungsaktion werde geplant, er werde beobachtet, abgehört, es gibt Hintermänner, Helfershelfer, Drahtzieher.
Liebeswahn	Gewissheit, von einer anderen (meist „höher gestellten“) Person geliebt zu werden, obwohl dies nicht der Realität entspricht.	Die fehlerhafte Überzeugung, vom Chefarzt, von einer bekannten Persönlichkeit etc. geliebt zu werden.
Eifersuchtswahn	Fehlerhafte, feste Überzeugung, vom Partner betrogen zu werden.	Haare auf der Jacke des Partners, kurze Verspätungen – all das wird als sicherer Beweis für die Untreue des Partners gewertet.
Größenwahn	Wahnhafte Überschätzung der eigenen Person, der eigenen Fähigkeiten, der eigenen Bedeutung.	Manche Patienten fühlen sich als eine andere, bedeutende Person, z. B. als König oder als Gott. Andere sind überzeugt, die Welt retten oder verbessern zu können oder halten sich für bedeutende Erfinder.
Kleinheitswahn	Gewissheit, immer kleiner, unbedeutender zu werden.	Dies kann sich steigern bis zum nihilistischen Wahn, bei dem es zu einer Negierung der Umwelt, der eigenen Existenz und der Existenz der Angehörigen kommen kann.
Dermatozoenwahn	Die feste fehlerhafte Überzeugung, von Parasiten auf und unter der Haut befallen zu sein.	Verletzung der Haut durch massiven Einsatz von Insekten-vernichtungsmitteln oder durch Schnitte, mit denen der Patient versucht, die Parasiten zu entfernen.
Hypochondrischer Wahn	Überzeugung, unheilbar krank zu sein, obwohl dies nicht der Realität entspricht.	Ärzte, die keine Diagnose stellen, werden als inkompetent betrachtet, der Patient sucht oft eine Vielzahl von Ärzten auf, um eine Bestätigung der (nicht existierenden) unheilbaren Erkrankung zu bekommen.
Religiöser Wahn	Überzeugung, auserwählt zu sein oder einen göttlichen Auftrag zu haben.	Zum Beispiel ein Prophet oder Gott zu sein.
Schuldwahn	Überzeugung, Schuld auf sich geladen zu haben und dafür bestraft zu werden.	Eine Krankheit wird als Strafe für ein schlechtes Verhalten betrachtet, Selbstverletzungen als Bestrafung.
Verarmungswahn	Fehlerhafte Überzeugung, verarmt zu sein.	Trotz hoher Rücklagen auf dem Konto ist der Patient überzeugt, verarmt zu sein.
Bestehlungswahn	Überzeugung, bestohlen zu werden, obwohl dies nicht der Realität entspricht.	Falsche Verdächtigungen gegenüber dem Personal oder Mitpatienten sind häufig die Folge.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Wahnerinnerung. Von dem Psychiater befragt, seit wann er glaubt verfolgt zu werden, überlegt Herr P. einige Zeit. Dann antwortet er: „Wenn ich so darüber nachdenke, eigentlich haben mich schon auf dem Weg zum Kindergarten immer Menschen verfolgt. Vor allem Frauen. Die haben wohl als Tarnung so getan, als ob sie ihre Kinder zum Kindergarten bringen …“

32.4 Umgang mit Patienten mit wahnhaften Störungen

Um mit wahnkranken Menschen gut umgehen zu können, ist es wichtig, ihre Erlebenssituation zu verstehen. Der Patient ist fest von etwas überzeugt und stellt fest, dass alle Personen in seinem Umfeld diese Ansicht nicht teilen. Hier ist es hilfreich, sich im Sinne einer Perspektiveübernahme vorzustellen, wie es dem Patienten geht: Wie würde es mir gehen, wenn ich ganz sicher wäre, dass etwas so ist, wie ich es erlebe, aber jeder sagt, dass das falsch ist und ich mich irre? Wenn ich vor Angst fast durchdrehe, weil ich sehe wie Menschen mich beobachten und verfolgen und niemand glaubt mir? Die Polizei schickt mich weg und ich merke, dass sie mich nicht ernst nimmt? Und anstatt mich zu beschützen, rät man mir, einen Arzt aufzusuchen?

Der Wahnkranke bezieht viele Gegebenheiten auf sich, sodass er ständig erwartet, von irgendetwas betroffen zu werden. Der Patient befindet sich in ständiger Anspannung, ist misstrauisch und erlebt viel Angst (▶ Abb. 32.1 und ▶ Abb. 32.2). Er zeigt keine Krankheitseinsicht und hält unkorrigierbar an seinen Überzeugungen fest. Es hat also keinen Sinn, ihn mit Argumenten überzeugen zu wollen. Solche Versuche sind von vornherein zum Scheitern verurteilt und belasten die Beziehung zwischen den Pflegenden und dem Patienten.

32.4.1 Feste fehlerhafte Überzeugung

Entscheidend für den Umgang ist das jeweilige Ziel.

Danke Pfleger Alexander, Tausend Dank!
Aber … Der Schlüssel fehlt!
Sie haben ihn mitgenommen. Sie werden mich heute Nacht holen…
Die Birne ist kaputt in der … . Geheim!!
Darf ich nicht sagen!!

Grüße an den Vater. Welchen?
Den! Vater.
Ich werde mitgehen, wenn sie heute Nacht kommen.
Sie sehen mich immer.
Die Löcher in der Wand habe ich zugeklebt – aber sie sehen mich.
Warum ich? – Weil ich es weiß… .
Herzlichen Gruß

Thomas

Abb. 32.1 Brief eines Patienten mit Verfolgungswahn.

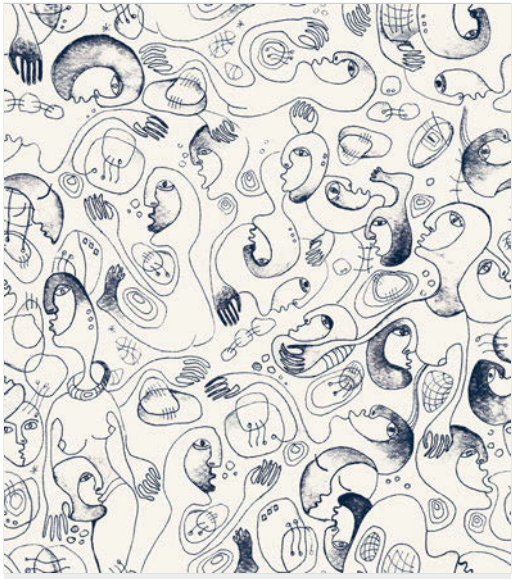


Abb. 32.2 Bild einer akut schizophrenen Patientin, die unter dem Einfluss von Stimmen steht (Timlin/Adamson: Art as healing. Conventure. Boston 1984/1990). (Foto: Julia Tochilina – stock.adobe.com)

Demenziell erkrankte Menschen.

Bei demenziell erkrankten Menschen steht vor allem eine Verbesserung des Wohlbefindens im Vordergrund. Ein validierender Umgang ist hier oft sinnvoll.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Wahnsymptomatik bei demenziell erkrankten Menschen. Frau Seeger ist demenziell erkrankt. An manchen Abenden findet sie keine Ruhe und ruft um Hilfe. Sie spricht davon, dass in ihrem Zimmer Kinder seien, die hier nicht hingehören. Alle Erklärungsversuche der Pflegenden helfen nicht. Inzwischen weiß man im Team, dass Frau Seeger sich beruhigt und gut schläft, wenn man ihr sagt, dass man die Kinder mit hinausnimmt und nach Hause bringt.

Nicht demenziell erkrankte Menschen.

Bis die Medikation ihre Wirkung zeigt, aber auch darüber hinaus, gilt es den Umgang mit dem Patienten so zu gestalten, dass die Symptomatik nicht verstärkt und die Compliance verbessert wird.

Oft ist es verlockend, dem Wunsch eines Patienten nachzugehen, Mäuse, Schlangen oder andere Tiere aus ihrem Zimmer zu entfernen. Das ist jedoch vor allem bei nicht demenziell erkrankten Menschen in verschiedener Hinsicht problematisch: Die ohnehin schon feste Überzeugung, dass ein Tier da war, würde so bestätigt werden: das Tier muss da gewesen sein, sonst könnte die Pflegefachkraft es ja nicht hinaus gebracht haben. Außerdem können Situationen entstehen, in denen sich die Pflegenden unglaubwürdig machen, wie im folgenden Fallbeispiel.

Fallbeispiel

Falscher Umgang bei Wahnsymptomatik. Frau Weber klingelt. Sie könne nicht schlafen, unter ihrem Bett befänden sich 2 Schlangen. Pflegefachkraft Inge kommt und will Frau Weber beruhigen, indem sie so tut, als würde sie die Schlangen hinaustragen. Frau Weber schaut sie erstaunt an: „Was machen Sie denn da? Sind da auch Schlangen? Die beiden, die ich meine, sind inzwischen doch in der rechten Ecke und Sie haben irgendwas aus der linken Ecke geholt!?“

Merke

Bei nicht demenziell erkrankten Menschen sind die vorrangigen Ziele

- die Wiederherstellung des Realitätsbezugs und
- Reduzierung der Ängste.

Dazu wird die Denkweise des Patienten als für ihn gültige Realität respektiert, während die Pflegenden bei ihrer eigenen Realität bleiben und diese auch zurückmelden. Sie lassen sich dabei nicht auf lange Diskussionen über die Richtigkeit der Sichtweisen ein.

Anstatt den Patienten von der Fehlerhaftigkeit seiner Vorstellungen zu überzeugen, kann gemeinsam mit dem Patienten nach Lösungen für die aktuelle Situation gesucht werden.

Oft ist es hilfreich zu versuchen, den Patienten von seinen wahnhaften Gedanken abzulenken. Dies wird nicht immer Erfolg haben, ist jedoch – wenn es gelingt – eine gute Möglichkeit, die Eskalation einer Situation zu verhindern.

Eine klare Tagesstruktur bedeutet für die Patienten eine gewisse Stabilität und Sicherheit. Sie fördert den Bezug zur Realität, indem feste Termine (Mahlzeiten) wahrgenommen und eingehalten werden und so der Tag auf diese Weise planbar und überschaubarer wird.

Fallbeispiel

Umgang mit festen fehlerhaften Überzeugungen der Patienten. Frau M. ist fest davon überzeugt, dass Sie von verschiedenen Menschen verfolgt und beobachtet wird. Heute weigert sie sich, in ihrem Zimmer zu bleiben, denn es stünde ein „schwarzer Mann“ hinter ihrem Vorhang. Pflegefachkraft Petra versucht sie zu beruhigen. Sie geht mit ihr in das Zimmer, schaut hinter den Vorhang und sagt: „Ich kann hier niemanden sehen, aber wenn sie Angst haben, hier zu bleiben, gehen Sie doch mit mir ins Stationszimmer.“ Frau M. nimmt das Angebot gerne an und verbringt den Nachmittag im Stationszimmer.

32.4.2 Selbstgefährdung

Selbstgefährdung kann im Rahmen einer Wahnsymptomatik in unterschiedlicher Form auftreten, z. B. als:

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Selbstversorgungsdefizit,
- Selbstverletzung,
- Suizid.

Im Rahmen einer Wahnsymptomatik kann es z. B. bei einem Vergiftungs- oder Verarmungswahn zu einem Selbstversorgungsdefizit kommen.

Fallbeispiel

Selbstversorgungsdefizit. Herr Greiner fühlt sich von einem Geheimdienst bedroht und ist überzeugt, dass man ihn vergiften will. Er lehnte deshalb zunächst jegliche Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit ab. Pflegefachkraft Kai hat inzwischen gemeinsam mit Herrn Greiner einen Weg gefunden: Herr Greiner sucht sich die Nahrungsmittel für sein Essen selbst aus, bereitet sein Essen selbst zu und bestimmt anschließend, was und wie viel davon Kai essen soll. Dann begleitet er Kai die nächste Stunde und lässt ihn dabei nicht aus den Augen. Stellt er dann fest, dass es Kai noch gut geht, nimmt er sein Essen ein.

Gerät ein Patient in Panik, z. B. weil er sich verfolgt fühlt, kann er ohne sich umzusehen auf die Straße laufen, stürzen oder sich in anderer Form verletzen.

Eine weitere Form der Selbstgefährdung stellt eine potenzielle Suizidgefahr da: Viele Patienten mit Wahnsymptomatik stehen unter starkem Druck, erleben große Ängste und Verzweiflung. Es kann z. B. im Rahmen eines Schuldwahns die Überzeugung bestehen, sich selbst verletzen oder sogar umbringen zu müssen. Bei verschiedenen Wahnthemen können Halluzinationen in Form von befehlenden Stimmen eine hohe Suizidgefahr bewirken.

32.4.3 Fremdgefährdung

Menschen mit einer Wahnerkrankung sind – entgegen weit verbreiteter Vorstellungen – nicht grundsätzlich gefährlich. Sie fühlen sich aber häufig bedroht, haben Angst und können sich oder andere Menschen in ihrer Panik selbst gefährden. Deshalb ist es wichtig, den Patienten, die Mitpatienten, Angehörige und sich selbst durch geeignete Maßnahmen zu schützen. Dazu gehört die Entfernung spitzer oder anderer gefährlicher Gegenstände und die Durchführung von Pflegemaßnahmen zu zweit oder mit Sichtschutz bei offener Tür.

Im eigenen Verhalten gilt es ruhig zu bleiben, dem Patienten mittels eindeutiger, klarer Sprache eine Orientierung in seiner Panik zu verschaffen und ihn zu beruhigen. Pflegende sollten Maßnahmen der Deeskalation einsetzen. Oft hilft es, mit dem Patienten gemeinsam eine Lösung für die Situation zu suchen. Das Gefühl miteinbezogen zu werden kann seine Angst senken.

Merke

Zu den pflegerischen Aufgaben gehört eine genaue Verlaufsbeobachtung und -dokumentation um früh zu erkennen, wann sich eine Selbst- oder Fremdgefährdung anbahnt.

32.4.4 Halluzinationen und Illusionen

Häufig treten im Zusammenhang mit einer Wahnsymptomatik Halluzinationen und Illusionen auf.

Definition

Halluzinationen sind als wirklich empfundene Wahrnehmungen, die nicht von einem äußeren Sinnesreiz ausgehen.

Illusionen sind verfälschte Wahrnehmungen realer Objekte.

Fallbeispiel

Halluzination und Illusion. Während Frau Neumann mit hohem Fieber auf der Intensivstation lag, hatte sie optische Halluzinationen: Sie sah Insekten und Schmetterlingen in ihrem Zimmer. Hinzu kamen taktile Halluzinationen: Sie spürte das Krabbeln von Insekten auf ihrer Haut.

Als sie einmal nachts aufwachte, glaubte sie einen Arzt an der Türe ihres Zimmers zu sehen und sprach diesen mehrfach an. Dort hing aber lediglich ein Arztkittel, den sie fehlerhaft als Person des Arztes wahrnahm. Frau Neumann hatte eine Illusion.

Halluzinationen können auftreten als:

- akustische,
- optische,

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- taktile,
- Geruchs- und Geschmackshalluzinationen.

Leiden Patienten unter Illusionen, reicht es den auslösenden Sinnesreiz zu beseitigen.

Fallbeispiel

Umgang mit Illusionen. Herr P. ist ganz aufgeregt. Er sieht in seinem braun karierten Bettbezug Hakenkreuze und verlangt, diese zu entfernen. Pflegefachkraft Birgit wechselt den Bettbezug und tauscht ihn gegen einen einfarbigen Bezug aus. Herr P. beruhigt sich.

Leiden Patienten unter Illusionen, reicht es oft, den auslösenden Sinnesreiz zu beseitigen.

Halluzinationen klingen in aller Regel mit einer erfolgreichen Behandlung der Grunderkrankung ab. So lange gilt es, Maßnahmen zu finden, die der Patient als beruhigend empfindet und die den Realitätsverlust des Patienten nicht verstärken.

32.4.5 Beeinträchtigte soziale Kontakte

Das Unverständnis der Umwelt und die Ich-Bezogenheit des Patienten können zu Kontaktabbrüchen oder zu distanzierten Beziehungen führen. Familien haben oft viel gelitten und sich irgendwann, auch um sich selbst zu schützen, distanziert.

Im Rahmen der Therapie werden behutsam Kontakte aufgebaut. Meist erfolgt dies zuerst zu einer Bezugspflegefachkraft. Später wird der Kontakt zu weiteren Pflegenden intensiviert.

Sobald wie möglich erfolgt eine Integration auf der Pflegegruppe, z. B. über die Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten und über die passive oder aktive Teilnahme an Aktivitäten.

Nach Absprache mit dem Patienten können die Angehörigen hinzugezogen werden. Sie benötigen oft zuerst Informationen über die Erkrankung, um das Verhalten des Patienten in der Vergangenheit aber auch noch in der Gegenwart zu verstehen. Sie werden über angemessene Verhaltensweisen im Umgang mit dem Erkrankten informiert und können im Rahmen des Modelllernens bei den Pflegenden schauen, wie ein solcher Umgang gestaltet werden kann.

32.5 Verlauf und Therapie

Ein großes Problem bei der Therapie ist die fehlende Krankheitseinsicht. So fehlt dem Patienten oft die Therapiemotivation.

Verlauf und Therapie sind in erster Linie abhängig von der Ursache der Wahnsymptomatik.

Bei organischen Ursachen steht die Behandlung der Grunderkrankung an. Das kann z. B. eine Regulierung des Hormonspiegels, die Behandlung einer Organerkrankung, einer hirnorganischen Beeinträchtigung oder einer Vergiftung sein.

Bei einer psychiatrischen Grunderkrankung wird diese behandelt. Ein Schuldwahn im Rahmen einer depressiven Störung klingt ab, wenn diese erfolgreich behandelt wurde.

Gegen die aktuelle Wahnsymptomatik werden Medikamente (v. a. Antipsychotika) eingesetzt. Unter Umständen erfolgt eine weitere Medikation als Rezidivprophylaxe.

Eine Psychotherapie mit Blick auf vergangene und aktuelle Lebenskrisen ist hilfreich und kann durch eine Stabilisierung des Patienten Rückfällen entgegenwirken.

Für den Patienten und auch für Angehörigen gibt es psychoedukative Gruppen, in denen sie Wissen über die Entstehung der Krankheit, den Umgang, über Frühsymptome und das Handeln bei erneuten Symptomen bekommen (Notfallpläne).

Merke

Ziele im therapeutischen Umgang mit dem Patienten sind es

- Selbst- und Fremdgefährdung zu vermeiden,
- Angst und Misstrauen zu reduzieren und so die Compliance zu verbessern,
- den Realitätsbezug in seinem Denken und Erleben zu steigern.

Da viele soziale Beziehungen durch die Wahnerkrankung beeinträchtigt wurden, ist es wichtig, die Patienten – soweit es möglich ist – auf der Pflegegruppe bzw. auf dem Wohnbereich zu integrieren.

Den Pflegenden kommt im therapeutischen Prozess eine besondere Bedeutung zu. Hat der Patient das Vertrauen in die Außenwelt verloren, ist eine tragfähige, verlässliche und authentische Beziehung ein wichtiger Schritt um zurück in die Realität zu finden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Kapitel 33

Suchtkranke Patienten – Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

33.1 Psychische und physische Abhängigkeit *444*

33.2 Diagnosekriterien eines Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10 *444*

33.3 Alkoholabhängigkeit *445*

33.4 Medikamentenabhängigkeit *446*

33.5 Hinweise auf das Vorliegen von Abhängigkeitserkrankungen *446*

33.6 Therapieziele *447*

33.7 Umgang mit suchtkranken Patienten *447*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

33 Suchtkranke Patienten – Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Examensschwerpunkte

Psychische und physische Abhängigkeit (S. 444), Diagnosekriterien eines Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10 (S. 444), Alkoholabhängigkeit (S. 445), Medikamentenabhängigkeit (S. 446), Hinweise auf das Vorliegen von Abhängigkeitserkrankungen (S. 446), Therapieziele (S. 447), Umgang mit suchtkranken Patienten (S. 447)

33.1 Psychische und physische Abhängigkeit

Definition

Stoffgebundene Abhängigkeit ist definiert als psychisches und meist auch körperliches Zustandsbild als Folge der Einnahme psychotroper Substanzen. Kennzeichnend ist das starke, nicht mehr ausreichend kontrollierbare Verlangen, eine oder mehrere Substanzen trotz negativer Folgen periodisch oder chronisch zu konsumieren, um den Effekt des Suchtmittels zu erfahren bzw. um unangenehme Auswirkungen ihres Fehlens zu vermeiden.

Der Begriff der stoffgebundenen Abhängigkeit wird heute meist synonym mit dem Begriff der stoffgebundenen Sucht verwendet. Wie in der Definition beschrieben, ist Abhängigkeit bzw. Sucht gekennzeichnet durch psychische und oft auch physische Abhängigkeit.

▶ **Psychische Abhängigkeit.** Kennzeichen sind:
- extremes Verlangen, den Stoff erneut zu beschaffen und einzunehmen,
- verminderte Kontrolle bezüglich Zeitpunkt und Menge des Konsums,
- Vernachlässigung anderer Aktivitäten (Beruf, soziale Kontakte, Hobbys und Interessen).

▶ **Physische Abhängigkeit.** Sie zeigt sich in Form von gesteigerter Toleranz, d. h. in einer zunehmenden Verträglichkeit des Stoffes als Folge von zellulären Gewöhnungsprozessen und Enzyminduktion. Dies führt zu Dosiserhöhung und Entzugserscheinungen.

33.2 Diagnosekriterien eines Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10

Fallbeispiel

Diagnosekriterien eines Abhängigkeitssyndroms. Die Auszubildenden Thomas und Michael unterhalten sich:

Thomas: „Ich war gerade bei Herrn Wehner im Zimmer. Er hat eine Leberzirrhose und es ist wirklich schlimm zu sehen, wie er leidet. Wie Alkohol einen Menschen zerstören kann, ist wirklich furchtbar …“

Michael: „Ich gehe auch gerne am Wochenende mit meinen Freunden aus, und da trinken wir auch manchmal ziemlich viel.“

Thomas: „Mein Vater trinkt jeden Abend 2 oder 3 Flaschen Bier. Ist das nicht normal? Ab wann ist Alkohol eigentlich gefährlich und ab wann ist man abhängig?“

Die WHO beschreibt in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen die Diagnosekriterien eines Abhängigkeitssyndroms: „Die sichere Diagnose Abhängigkeit sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres 3 oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren (Quelle: Dilling, Mombour, Schmidt, 2008):

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums […].
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanzen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich […].

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums […].
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen […].

33.3 Alkoholabhängigkeit

Alkoholabhängigkeit ist eine der häufigsten Erkrankungen in Deutschland; man geht von etwa 1,6–2,5 Millionen alkoholabhängigen Menschen aus, wobei die Statistiken hier wegen einer hohen Dunkelziffer nur bedingt aussagefähig sind. Die Lebenszeitprävalenz, also die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln, liegt bei etwa 5 %. Alkohol als eine gesellschaftlich weitgehend legitimierte Droge ermöglicht einen vergleichsweise einfachen Einstieg in die Abhängigkeit und führt zu tiefgreifenden persönlichen (psychischen und körperlichen), gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Folgen (▶ Abb. 33.1).

Bei dieser hohen Anzahl der alkoholabhängigen Menschen erstaunt es nicht, dass sie als Patienten bzw. Bewohner einen erheblichen Anteil der Menschen im Krankenhaus (Studien gehen von etwa 20 % der Patienten auf internistischen und chirurgischen Stationen aus) und in Institutionen der Altenhilfe darstellen.

33.3.1 Alkoholabhängigkeitstypen

Nach der Art des Trinkverhaltens werden folgende Abhängigkeitstypen unterschieden (nach Jellinek):

- Alpha-Trinker: Konflikttrinker, trinken bei Stress und in Konfliktsituationen.
- Beta-Trinker: Gelegenheitstrinker, trinken zunächst bei Festen, Feiern und gesellschaftlichen Anlässen, sie suchen solche Anlässe schließlich immer gezielter auf.
- Gamma-Trinker: süchtige Trinker mit Kontrollverlust, physischer und psychischer Abhängigkeit.
- Delta-Trinker: sog. Spiegeltrinker. Sie trinken gewohnheitsmäßig, verhalten sich jedoch diesbezüglich unauffällig. Sie haben einen recht konstanten Blutalkoholspiegel, sind dabei selten berauscht, aber praktisch nie nüchtern.
- Epsilon-Trinker: Quartaltrinker, auch episodische Trinker genannt, haben oft recht lange abstinente Phasen im Wechsel mit exzessiven Trinkphasen, die über Wochen anhalten können.



Abb. 33.1 Alkohol ermöglicht einen einfachen Einstieg in die Abhängigkeit *(Symbolbild)*. (Foto: lassedesignen, Fotolia.com)

33.3.2 Klinische Erscheinungsbilder als Folge von Alkoholkonsum

Wenn alkoholkranke Menschen in ein Krankenhaus kommen, können unterschiedliche klinische Erscheinungsbilder vorliegen, z. B.:

- Akute Intoxikation mit Übelkeit, Erbrechen, Fieber oder Unterkühlung, der Gefahr der Bewusstlosigkeit und der Aspiration. Es kann zu internistischen Komplikationen und zu Atemlähmung kommen.
- Schädlicher Gebrauch: Organschädigungen (z. B. Schädigung des Magens, Nierenversagen oder Leberzirrhose), neurologische Ausfallerscheinungen oder psychische Störungen (z. B. depressive Episoden nach massivem Alkoholkonsum).
- Abhängigkeitssyndrom: psychische und meist auch physische Abhängigkeit.
- Entzugssyndrom.
- Entzugssyndrom mit Delir: u. U. lebensbedrohliche Komplikation, die vor allem bei Entzug (Entzugsdelir) gelegentlich auch bei lang anhaltendem Trinken (Kontinuitätsdelir) auftreten kann. Ein Delir kann einhergehen mit Bewusstseinsstörungen, internistischen Komplikationen, Unruhe, Störungen der Orientierung, psychotischer Symptomatik und aggressivem Verhalten.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Entzugssyndrom mit Delir. Auf der chirurgischen Abteilung liegt Frau H., 44 Jahre. Sie wurde vor 3 Tagen aufgenommen und soll morgen am Magen operiert werden. Heute ist sie den ganzen Tag sehr unruhig, sie schwitzt und klagt über Übelkeit. Als Pflegefachkraft Anja abends in ihr Zimmer kommt, spricht Frau H. von Insekten, die überall im Zimmer wären. Anja benachrichtigt sofort den diensthabenden Arzt, der ihren Verdacht auf das Vorliegen eines Entzugssyndroms mit Delir bestätigt. Bei der Erhebung der Anamnese wurde ein erhöhter Konsum von Alkohol von Frau H. verneint.

- Psychotische Störung mit Wahnsymptomatik und/oder Halluzinationen.
- Amnestisches Syndrom: gekennzeichnet durch Gedächtnisstörungen. Versucht der Patient verlorengegangene Gedächtnisinhalte durch eigene Erfindungen und Fantasien zu füllen, spricht man von Konfabulationen.

Fallbeispiel

Konfabulationen. Herr D., 71 Jahre, lebt in einem Pflegeheim. Er hat bedingt durch langjährigen Alkoholkonsum Gedächtnisstörungen, sodass er sich z. B. nicht mehr daran erinnert, wo er früher gearbeitet hat. Fragt man ihn danach, erzählt er erfundene, abenteuerliche Geschichten, z. B. dass er früher Chauffeur des Bundeskanzlers war.

- Wernicke Enzephalopathie als schwerste alkoholbedingte Psychose mit zerebralen Gefäßläsionen und Blutungen.

33.4 Medikamentenabhängigkeit

Medikamentenabhängigkeit wird meist noch schwerer erkannt als Alkoholabhängigkeit. Statistiken lassen vermuten, dass die Zahl medikamentenabhängiger Menschen in Deutschland bei etwa 1,5 Millionen liegt. Häufig wissen die Betroffenen gar nicht, dass sie bereits von bestimmten Medikamenten abhängig sind. Dies trifft besonders häufig bei älteren Menschen zu, die oft über lange Zeit bestimmte Medikamente eingenommen haben.

► **Medikamentengruppen.** Medikamentengruppen mit hohem Abhängigkeitspotenzial sind:
- Tranquilizer (Beruhigungsmittel),
- Hypnotika (Schlafmittel),
- Analgetika (Schmerzmittel),
- Amphetamine (sog. Aufputschmittel).

Definition

Wenn Menschen von mehreren Stoffen abhängig sind, spricht man von **Polytoxikomanie** (**Mehrfachabhängigkeit**).

33.5 Hinweise auf das Vorliegen von Abhängigkeitserkrankungen

Häufig stehen Pflegende vor Situationen, in denen nicht offiziell bekannt ist, dass ein Patient suchtkrank ist. Hinweisgebend können folgende Anzeichen und Verhaltensweisen sein:
- Ausbleibende Wirkung verschiedener Medikamente oder hohe notwendige Dosis, z. B. an Narkotika.
- Auffälliges Sozialverhalten, Beschaffung von Suchtmitteln (z. B. Entfernen aus der Einrichtung um Alkohol zu beschaffen, Entwenden von Medikamenten anderer Bewohner/Patienten oder aus dem Stationszimmer).
- Ständiges Fragen nach Medizin, Ausspielen verschiedener Mitarbeiter gegeneinander, indem versichert wird, noch keine Medikamente erhalten zu haben.
- Unruhe, Nervosität, aggressives Verhalten als Entzugssymptomatik.
- Körperliche Symptome und Entzugserscheinungen (z. B. Diarrhö, Erbrechen, Delir), vor allem nach Operationen bzw. bei einzuhaltender Bettruhe ohne Beschaffungsmöglichkeit oder auch in der Phase des Sterbens nach Absetzen von Medikamenten.
- Erscheinungsbild, z. B. in Form von Verwahrlosung.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

33.6 Therapieziele

Lange wurde als Ziel einer Therapie ausschließlich die totale Abstinenz definiert. Da bei stoffgebundenen Abhängigkeiten aber oft sehr komplexe Mechanismen zugrunde liegen, ist es auch für die Therapie wichtig, die Ursachen der Störung zu finden. Das ist jedoch, wenn sich die Suchterkrankung nach oft vielen Jahrzehnten der Abhängigkeit verselbstständigt hat, nicht immer möglich: Der Konsum hat die Regulierung der Befindlichkeit ermöglicht und wurde so zu einem Mittel der Alltagsbewältigung, auch in Situationen, die mit der ursprünglichen Ursache oft kaum noch etwas zu tun haben.

Da Frustrationen oft eine Ursache für den ursprünglichen Konsum der Substanz sind, gilt es in der Therapie gemeinsam mit dem Patienten realistische Ziele zu finden, die eine andere Erfolgsdefinition ermöglichen. Diese Ziele werden im Verlauf der Therapie immer wieder angepasst bzw. stufenweise gesteigert. Die Zielhierarchie-Pyramide stellt hierzu ein gutes und praktisch bewährtes Modell dar (▶ Abb. 33.2).

Wie in der Zielhierarchie-Pyramide dargestellt, kann es als erstes Ziel betrachtet werden, das Überleben des Patienten zu sichern. In Anbetracht der oft erheblichen körperlichen Schädigungen kann dies unter Umständen eine intensivmedizinische oder internistische Krankenhausbehandlung erfordern. Ist das Überleben gesichert, geht es darum, gesundheitliche Beeinträchtigungen so gering wie möglich zu halten. So ist bei dieser Zielsetzung jeder Tag ohne Konsum oder mit Reduzierung des Suchtstoffes als Erfolg zu werten, was die Motivation positiv beeinflussen und ermutigen kann, die nächsten Schritte zu gehen. Nächste Ziele können eine weitere Reduzierung der Substanzmenge und der Konsumexzesse sein, bis hin zu dem Ziel immer länger ohne Substanzkonsum auszukommen, möglicherweise sogar dauerhaft auf die Substanz verzichten zu können.

Merke

Therapieziele müssen individuell sein und können im Verlauf der Therapie angepasst bzw. stufenweise gesteigert werden.

33.7 Umgang mit suchtkranken Patienten

33.7.1 Grundgedanken und allgemeine Richtlinien

▶ **Tragfähige Beziehungen.** Um mit suchtkranken Patienten eine tragfähige pflegerische Beziehung zu gestalten und professionell umgehen zu können, ist es wichtig, die Situation der Patienten mit ihren Ängsten und dem von ihnen erlebten Druck zu verstehen und ihnen vorurteilsfrei zu begegnen. Dies ist leider noch immer keine Selbstverständlichkeit. Oft hört man Sätze wie „selbst Schuld“ oder „wenn er nur wollte, hätte er schon lange aufhören können“. Das Verständnis, dass es sich hier um eine Krankheit handelt, die jeden treffen kann, dass diese Patienten vor ihrer Erkrankung oft mitten im Leben standen, vielleicht liebevolle Mütter oder Väter waren, ihren Alltag so gut oder schlecht

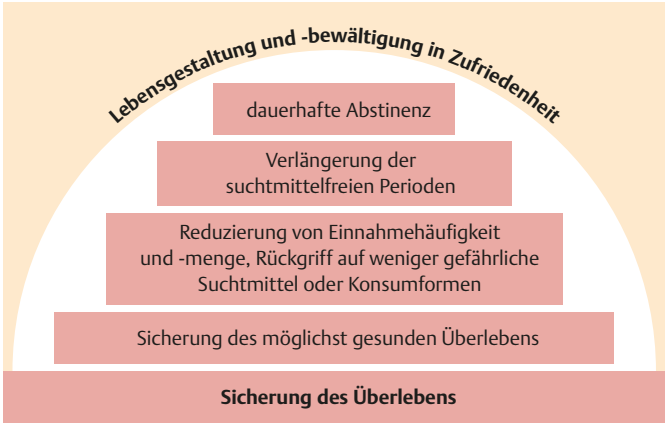


Abb. 33.2 Klassische Zielhierarchie-Pyramide in der Suchttherapie (nach Körkel und Kruse 2005).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

bewältigt haben wie andere Menschen auch – dieses Verständnis rückt oft in den Hintergrund, während nur allzu schnell eine Verurteilung geschieht. Dies haben die Patienten schon vielfach erlebt, sie haben Blicke gespürt und Bemerkungen gehört und irgendwann ihre Selbstachtung verloren. Der Patient hat in seiner Krankheitsgeschichte viele Enttäuschungen erlebt, am meisten ist er oft über sich selbst enttäuscht, auch wenn er sich das lange nicht eingestehen kann.

Die Scheinwelt, die sich der Suchtkranke aufgebaut hat, kann er nur verlassen, wenn sein Selbstwertgefühl gestärkt ist.

Deshalb ist es die Grundlage jeder pflegerischen Beziehung, diesen Patienten mit Wertschätzung zu begegnen. Dazu ist es wichtig, sich immer wieder zu verdeutlichen, dass das Nichteinhalten von Absprachen Bestandteil des Krankheitsbildes ist.



Merke

Pflegende müssen suchtkranken Patienten vorurteilsfrei begegnen, um eine professionelle, tragfähige Beziehung zu gestalten.

▸ **Anfangs oft fehlende Krankheitseinsicht bzw. leugnen der Abhängigkeit.** Sich und auch anderen gegenüber die Krankheit einzugestehen, ist ein schwieriger Prozess und es kann lange dauern, bis dies möglich wird. In frühen Stadien zeigen die Patienten oft keine Krankheitseinsicht und wehren sich gegen die Diagnose der Abhängigkeit, was sich auch in einer fehlenden Therapiebereitschaft ausdrückt. Hier wird schon klar: Es handelt sich selten um „einfache“ Patienten. In späteren Stadien der Abhängigkeit erkennen viele Patienten ihre Situation, können sich aber meistens nicht selbst aus dem Teufelskreis der Sucht befreien.

▸ **Angst.** Suchtkranke Patienten haben in ihrer Krankengeschichte meist starke Ängste erlebt: Angst um den Arbeitsplatz, die Finanzen, um Beziehungen und um die eigene Gesundheit. Sie benötigen deshalb Sicherheit, Planbarkeit und Mitbestimmung.



Merke

Die Angst davor, sich in eine Therapie zu begeben, darf nicht mit fehlender Motivation verwechselt werden.

▸ **Ambivalenz in der Therapiemotivation.** Entzugssymptome, Ängste und auftretende Konflikte und Schwierigkeiten führen dazu, dass viele Patienten immer wieder schwanken zwischen der Entscheidung, den Weg der Therapie weiterzugehen oder die Therapie doch abzubrechen.

▸ **Funktion der psychotropen Substanz.** Die psychotrope Substanz war meist über viele Jahre eine Möglichkeit, die Befindlichkeit zu steuern. Erst wenn der Patient über andere Möglichkeiten verfügt, wird er das Suchtverhalten loslassen können.

▸ **Chronische Erkrankung.** Abhängigkeitserkrankungen sind chronische Erkrankungen, Rückfälle gehören zu diesem Krankheitsbild dazu.

Allgemeine Richtlinien für den Umgang mit suchtkranken Patienten

Aus diesen Grundgedanken ergeben sich folgende Richtlinien für den Umgang mit suchtkranken Patienten.

Beziehung gestalten

- Dem Patienten zuhören, einfühlsam versuchen ihn zu verstehen und ihn als Mensch akzeptieren und wertschätzen. Dies kann nur gelingen, wenn die Pflegenden ohne Vorurteile auf den Patienten zugehen und ihn nicht moralisch verurteilen.
- Dem Patienten authentisch begegnen und klare Aussagen machen.
- In der Therapie wird nicht über den Patienten entschieden, sondern er wird an den zu treffenden Entscheidungen beteiligt. Behandlungsziele werden vereinbart und deren Einhaltung wird besprochen. Gemeinsam werden Tages- und Wochenpläne erstellt.
- In Krisen unterstützen, begleiten und als Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Therapiemotivation und Reduzierung der Ängste

- Der Patient muss so viel Leidensdruck spüren, dass er selbst die Motivation für eine Veränderung durch eine Therapie aufbringt.
- Den Patienten immer wieder auf die Möglichkeiten einer Behandlung und auf Perspektiven außerhalb des Teufelskreises der Sucht hinweisen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Den Patienten zum Nachdenken anregen, Selbsteinsicht fördern.
- Förderung von Veränderungsbereitschaft und Zuversicht.
- Den Patienten ermutigen, den Schritt in die Therapie zu wagen bzw. die Therapie durchzuhalten.
- Kleine Ziele setzen lassen, kleine Veränderungen und Erfolge müssen sensibel bemerkt und positiv verstärkt werden.
- Bei starkem Verlangen nach der Substanz (Craving) Ablenkung und Hilfen zur Entspannung anbieten: Bäder, Aromapflege, Entspannungsübungen.

Selbstwert stärken

- Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen, Vorwürfe vermeiden, Persönlichkeit stärken.
- Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit fördern: der Patient soll zu der Erkenntnis kommen, dass er selbst entscheidenden Einfluss darauf nehmen kann, das Ziel zu erreichen.
- Beziehungsgestaltung „auf Augenhöhe".

Ambivalenz in der Compliance

- Patienten bei Fehlverhalten nicht mit Vorwürfen begegnen, sondern sie an ihre eigenen Ziele erinnern und gemeinsam herausfinden, warum es zu dem Verhalten kam, um erneutem Fehlverhalten vorzubeugen.
- Auf versteckte Drogen, Medikamente oder Alkohol achten, Angehörige gegebenenfalls darauf hinweisen, dass sie dem Patienten durch das Mitbringen dieser Stoffe schaden.
- Der Patient wird möglicherweise versuchen, Pflegende gegeneinander auszuspielen. Deshalb sind innerhalb des Teams klare Absprachen nötig. Absprachen mit dem Patienten müssen nachvollziehbar dokumentiert werden.

Schutz und Vermittlung von Sicherheit

- Gestaltung der Räumlichkeiten als freundliches und ruhiges Umfeld.
- Vermitteln, dass der Patient kompetent begleitet wird.
- Bei Suchtkranken besteht erhöhte Suizidgefahr, möglicherweise auch die Gefahr der Fremdgefährdung. Entsprechende Maßnahmen treffen.
- Gute Krankenbeobachtung, auf Rückfallanzeichen achten.

Handlungskompetenz stärken

- Vermittlung von Wissen, Aufklärung über Krankheit und Therapiemöglichkeiten, Bewusstmachen von Folgen bei weiterem Konsum.
- Erkennen von Ressourcen.
- Förderung von Alltagsfähigkeiten und -fertigkeiten, Entwicklung von Bewältigungsstrategien.
- Training der Übernahme von Verantwortung.
- Förderung der Konzentration, Gedächtnistraining.
- Förderung von Freizeitaktivitäten.
- Mit fortgeschrittener Therapie zunehmende Förderung einer eigenverantwortlichen Planung und Gestaltung des Alltags.
- Erarbeiten von Maßnahmen zur Rückfall-Prävention und zum Umgang mit Rückfällen.

Integration

- Bezugspflege.
- Integration in die Gruppe.
- Wenn es gelingt, die Angehörigen sinnvoll mit einzubeziehen, kann dies die Motivation fördern, den Therapieverlauf günstig beeinflussen und Rückfällen entgegenwirken.
- Beginnende Integration in das frühere oder in ein neues Umfeld noch vor der Entlassung. Vermittlung/Begleitung zu niederschwelligen Hilfsangeboten, z. B. zu Selbsthilfegruppen.

Rückfälle

Abhängigkeit ist eine chronische Erkrankung, Rückfälle bedeuten nicht ein Versagen der Therapie oder des Patienten, sondern sind der Normalfall. Dem Patienten vermitteln, dass jeder Versuch, den Konsum zu reduzieren eine Erholung für den Organismus bedeutet. Positives aufzeigen, Mut machen, der Patient soll die Bedeutung eines Rückfalls nicht überschätzen, sondern – ggf. mit Unterstützung – herausfinden, warum es dazu kam und wie einem erneuten Rückfall vorgebeugt werden kann.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

1 Herr Rieger ist seit vielen Jahren suchtkrank. Nun wurde er zum dritten Mal in diesem Jahr zur Entgiftung im Krankenhaus aufgenommen. Sie hören, während sie den Bettnachbarn versorgen, wie seine geschiedene Frau, die ihm einige Sachen vorbeigebracht hat, zu ihm sagt: „Ich verstehe gar nicht, warum die dich hier überhaupt noch aufnehmen, das Bett könnten sie sinnvoller nutzen. Du hast es so oft nicht geschafft, das wird so enden wie die letzten Male …“

Führen Sie ein Gespräch mit der Frau, in dem sie

- sie bei ihren Emotionen abholen,
- sie über die Erkrankung informieren,
- sie über mögliche Auswirkungen ihrer Worte und über den Umgang mit Rückfällen informieren.

33.7.2 Umgang mit Patienten in der Entgiftungsphase

In der Entgiftungsphase gilt es, mit pflegerischen Maßnahmen die Entzugssymptomatik des Patienten zu lindern, ihn zum Durchhalten zu ermutigen und vor Gefahren zu schützen. Generell sollten Beschimpfungen nicht persönlich genommen werden, der Patient hat Schmerzen und Ängste und ist häufig verzweifelt. Er erlebt Pflegende oft als Bedrohung. Bei aggressiven Übergriffen müssen sich Pflegende schützen, möglicherweise die Pflege zu zweit übernehmen. Bei erheblicher Eigen- oder Fremdgefährdung wird zum Schutz des Patienten gegebenenfalls gegen dessen Willen eine ärztliche Einweisung in eine psychiatrische Klinik bzw. auf eine geschützte Station in die Wege geleitet.

Liegt ein Entzugsdelir vor, muss neben der internistischen Überwachung auf Orientierungsstörungen und erhöhte Sturzgefahr geachtet werden.

33.7.3 Besonderheiten beim Umgang und in der Therapie mit älteren suchtkranken Patienten

Im Alter steigt der Anteil der Medikamentenabhängigen bei den suchtkranken Patienten. Dies liegt daran, dass Menschen, die über viele Jahre in hohem Maße Alkohol konsumiert haben, dieses Alter oft gar nicht erreichen. Außerdem steigt die Zahl der Medikamentenverschreibungen im Alter stark an. Dass ältere Menschen Medikamente nehmen, scheint die Norm zu sein; die Überprüfung, ob die Medikamente aktuell überhaupt noch notwendig sind, bleibt häufig aus.

▸ **Symptomatik.** Problematisch ist, dass Wirkungen des Stoffes, Nebenwirkungen und Entzugserscheinungen bei älteren Menschen oft nicht als solche erkannt werden. Verwaschene Sprache, unsicherer Gang und Zittern werden oft allzu schnell als zugehörig zu einer anderen Erkrankung, z. B. einer Demenz oder einer Parkinsonerkrankung betrachtet. Hier gilt es für Pflegende, besonders gut zu beobachten, insbesondere auf Schwankungen in der Symptomatik zu achten.

▸ **Therapieziele.** Bei älteren Menschen ist das Therapieziel selten die totale Abstinenz, eher geht es darum, so weit wie möglich die Selbstständigkeit, die eigene Wohnung usw. zu erhalten. Der körperliche Entzug erfolgt entsprechend der körperlichen Verfassung älterer Menschen eher schleichend, meist mit dem Ziel, dass sich der Konsum in einem verträglichen Rahmen einpendelt. So trinken manche Bewohner in Pflegeheimen 1 oder 2 Gläser Bier oder Wein am Tag und fühlen sich damit wohl.

▸ **Therapie.** Insgesamt zeigte sich in den letzten Jahren, dass Therapie bei altersentsprechenden Zielen und Methoden bei älteren suchtkranken Menschen nicht weniger erfolgreich ist als bei jüngeren Menschen. Therapie umfasst i. d. R. Einzel- und Gruppentherapie. Beschäftigungstherapeutische Gruppen führen an eine geregelte Tagesstruktur heran und fördern soziale Kompetenz und Integration. Bewegungstherapie ermöglicht die Verbesserung des Körpergefühls. In einer Verhaltenstherapie werden Verhaltensweisen für den Alltag eingeübt und die aktuelle Lebenssituation thematisiert. Da familiäre Beziehungen bei älteren Suchtkranken häufig zerbrochen sind, erlangt die Beziehung zu den Pflegenden eine große Bedeutung bei der Suche nach Lebensqualität. In der Therapie spielt bei älteren Menschen die Vergangenheit, bei jüngeren Patienten die Zukunftsperspektive eine zentralere Rolle.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Kapitel 34

Traumatisierung und Notfallpsychologie

34.1 Traumatische Ereignisse *452*

34.2 Akute Belastungsreaktion und posttraumatische Belastungsstörung *454*

34.3 Traumatische Erfahrungen in der Biografie von Patienten und Bewohnern *455*

34.4 Pflege und Begleitung von Menschen mit traumatischen Erfahrungen *457*

34.5 Notfallpsychologie *458*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

34 Traumatisierung und Notfallpsychologie

Examensschwerpunkte

Traumatische Ereignisse (S. 452), Akute Belastungsreaktion und posttraumatische Belastungsstörung (S. 454), Traumatische Erfahrungen in der Biografie von Patienten und Bewohnern (S. 455), Pflege und Begleitung von Menschen mit traumatischen Erfahrungen (S. 457), Notfallpsychologie (S. 458)

34.1 Traumatische Ereignisse

Durch die Medienübertragung ist das Interesse an Katastrophen, Großschadensereignissen, Verbrechen und den daraus entstehenden Folgen im materiellen, somatischen und psychischen Bereich für die betroffenen Menschen weltweit öffentlich geworden. Das Bewusstsein für die psychischen Folgen von extremen, belastenden Ereignissen ist gewachsen. Für die medizinische Notfallversorgung ist in Deutschland gesorgt. Es liegen klare Konzepte für eine schnelle und optimale Hilfeleistung in unterschiedlichen Bedarfssituationen vor. Die psychologische Betreuung von Menschen, die schlimme Ereignisse erleben mussten, ist in den Blick der Forschung gerückt. Sie bietet inzwischen gesicherte Erkenntnisse darüber an, wie Hilfe gestaltet werden kann, damit psychische Verletzungen aufgefangen oder gelindert werden können.

Das Wort „Trauma“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung. Unter einem psychischen Trauma versteht man eine psychische Verletzung nach außergewöhnlich belastenden Lebensereignissen wie z. B.:

- **Unfälle:** Verkehrsunfälle, Unfälle am Arbeitsplatz oder Zuhause,
- **Straftaten:** Geiselnahmen, Entführungen, Terrorismus, Attentate, Körperverletzung, Vergewaltigung, Einbruch oder andere Verbrechen,
- **Todesfälle:** Suizid, Suizidversuch, Tod einer Bezugsperson,
- **Großschadensereignisse, Katastrophen:** Unglücksfälle im Bahn-, Flug- oder Schiffsverkehr, Explosionen, Großbrände, Unwetter, Überschwemmungen, Vulkanausbrüche, Erdbeben und Kriege (▶ Abb. 34.1).

Definition

Von einem **traumatischen Ereignis** wird gesprochen, wenn:

- die Person etwas erfahren hat oder Zeuge eines Ereignisses wurde, das eine außergewöhnliche Bedrohung (Lebensbedrohung, Tod oder schwere Verletzung) enthielt,
- die Reaktion der betroffenen Person aus intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen bestand,
- die ursprünglichen Reaktionen (Flucht oder Kampf) und konstruktive Problemlösungen wegen der massiven Überreizung des Nervensystems versagen; die Situation kann von der Person selbst zu diesem Zeitpunkt nicht sinnvoll verarbeitet werden.

Merke

Ein traumatisches Ereignis liegt außerhalb dessen, was Menschen normalerweise erleben.

Es werden verschiedene Arten von Traumata unterschieden:

- akzidentielle Traumata: Traumata, die nicht unmittelbar von einem Menschen verursacht werden, z. B. Naturkatastrophen,
- man-made Traumata: unmittelbar von einem Menschen verursachte Traumata, z. B. Vergewaltigung,
- Typ I Traumata: einmalig oder kurz andauernd, z. B. Unfall,
- Typ II Traumata: wiederholt, lange andauernd, z. B. Folter, langjähriger Missbrauch.

Aufgabe

1 Mit welchen traumatischen Ereignissen können Sie im Krankenhaus oder im Pflegeheim konfrontiert werden? Welche könnten Sie in die Lage bringen, psychologische Hilfe zu leisten oder notfallpsychologische Hilfe zu vermitteln?

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.







Abb. 34.1 Belastende Lebensereignisse.
a Unfall. (Foto: Spidi1981, Fotolia.com)
b Gewalt *(Symbolbild)*. (Foto: P. Blåfield, Thieme)
c Naturkatastrophe. (Foto: Photodisc)

34.1.1 Betroffene Personen

Außergewöhnliche Belastungen können sich in jedem Leben ereignen. Von einem Trauma betroffene Personen sind:

- **Primäropfer**: Menschen, die selbst unmittelbar in ein traumatisches Ereignis verwickelt sind, wie Verletzte nach einem Unfall, Obdachlose nach einem Erdbeben, als Geisel festgehaltene Personen, Entführte, in suizidaler Absicht Verletzte.
- **Sekundäropfer**: Menschen, die zu einem extremen Ereignis hinzukommen, mit den traumatisierten Opfern unmittelbar konfrontiert werden, wie Einsatzkräfte der Polizei, der Feuerwehr, des notärztlichen Dienstes und Augenzeugen.
- **Tertiäropfer**: Sie haben das Ereignis nicht direkt vor Ort erlebt. Sie haben aber eine enge persönliche Beziehung zu mindestens einem Opfer. Zu Tertiäropfern zählen in der Regel Angehörige der Betroffenen, Mitschüler, Freunde der Primär- oder Sekundäropfer. Dies können Eltern sein, die nachts von der Polizei informiert werden, dass ihr Kind verunglückt ist, oder Schüler einer Schule, an der ein Amoklauf stattgefunden hat, während die Schüler selbst aber nicht vor Ort waren, auch Personal in Arztpraxen, Krankenhaus oder Pflegeheim.

34.1.2 Neurophysiologie der Traumatisierung

Was geschieht im Gehirn, wenn ein Mensch in eine traumatische Situation gerät? Bei traumatischen Erlebnissen sind die Sinneseindrücke und die Emotionalität der Situation so intensiv und belastend, dass das Gehirn sie nicht ausreichend verarbeiten kann. Ein Teil des limbischen Systems, der Mandelkern, hemmt die Weiterleitung zu Sprachzentren und zu weiter verarbeitenden Hirnregionen. Die Sinneseindrücke werden zerlegt in Bilder, Töne und Gerüche. Diese hängen in Bruchstücken wie in einer Warteschleife und gelangen nicht in die „Endablage" des Gehirns. So können sie nicht

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

in die bisherigen Erfahrungen und die bestehende Vorstellung von der Welt integriert werden. Bei ähnlichen Reizen oder Situationen kommen sie wieder hervor. Dies kann in Form von sog. Flashbacks oder auch als ein Wiedererleben in Alpträumen erfolgen.

34.2 Akute Belastungsreaktion und posttraumatische Belastungsstörung

Bei der Diagnostik der psychischen Folgeschäden eines außergewöhnlich belastenden Lebensereignisses oder einer über eine gewisse Zeit anhaltenden schweren Belastung unterscheidet die WHO in der ICD-10 (International Classification of Diseases) zwischen der:

- akuten Belastungsreaktion und der
- posttraumatischen Belastungsstörung.

34.2.1 Akute Belastungsreaktion

Sie „zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von ‚Betäubung', mit einer gewissen Bewusstseinseinengung und eingeschränkten Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sich-Zurückziehen aus der Umweltsituation folgen oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität […]." (ICD-10, F43.0; ▶ Abb. 34.2).



Abb. 34.2 „Was ist nur mit mir los?" *(Symbolbild)* (Foto: Mangostar – stock.adobe.com)



Abb. 34.3 „Ich kann nicht mehr!" *(Symbolbild)* (Foto: DoraZett – stock.adobe.com)

Merke

Eine akute Belastungsreaktion findet in den ersten 4 Wochen nach dem belastenden Ereignis statt. Bestehen die Symptome länger als 4–6 Wochen, liegt eine posttraumatische Belastungsstörung vor.

34.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

„Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks) oder in Träumen vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Gewöhnlich tritt ein Zustand von vegetativer Übererregbarkeit mit gesteigerter Wachsamkeit, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind oft mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten […]." (ICD 10, F43.1; ▶ Abb. 34.3).

Merke

Alle Symptome der akuten Belastungsreaktion und der posttraumatischen Belastungsstörung sind normale Reaktionen in anormalen Situationen.

Belastungsstörungen in diesem Sinne, die sich in der Folge eines traumatischen Erlebnisses ausbilden, sind medizinisch als Krankheit anerkannt. Psychische Traumatisierung kann ebenso arbeitsunfähig machen wie eine körperliche Verletzung.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung

Nicht jede psychische Störung nach einem schweren Erlebnis ist eine posttraumatische Belastungsstörung. Um sie zu diagnostizieren sind verschiedene Kriterien zu beachten:

1. Das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses (der Patient ist selbst oder indirekt betroffen, z. B. als Augenzeuge bei Ereignissen mit Todesfall, schwerer Verletzung oder Lebensbedrohung) und die Reaktion von Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen.
2. Quälendes Wiedererleben der traumatischen Situation. Im Wachzustand werden plötzlich und lebhaft Ereignisanteile erlebt, gesehen, gerochen, gehört (Flashback). Die gleichen physiologischen Begleiterscheinungen, wie Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, treten auf. In Form von Alpträumen wiederholt sich die erschütternde Situation im Schlaf.
3. Vermeiden und emotionale Stumpfheit. Die Personen fühlen sich wie betäubt. Sie berichten von Starrheit, Unzugänglichkeit im Gefühlsbereich. Alle Reize, die einen an das Ereignis erinnern könnten, werden gemieden.
4. Übererregung in Form von Wachsamkeit, Alarmbereitschaft, Schreckhaftigkeit. Dadurch entstehen Einschlafstörungen und Konzentrationsprobleme, häufig auch somatische Symptome.

Aufgabe

2 Herr und Frau Krämer haben bei einem Autounfall 2 Neffen verloren. Obwohl sie selbst zum Unfallzeitpunkt nicht im Auto waren und die Fahrerin des Autos keine Schuld hatte, fühlen sie sich verantwortlich und werden von Gedanken geplagt wie „wenn wir nur bei ihnen gewesen wären …“, „wenn wir die Kinder nur zu Hause behalten hätten …“, „wenn wir nur unser Auto zur Verfügung gestellt hätten …“. In den Wochen nach dem Unfall nahm Frau Krämer 10 Kilo Gewicht zu, bei Herrn Krämer zeigten sich Herzrhythmusstörungen. Die Unfallstelle umfuhren sie noch nach Monaten weiträumig. Sie zogen sich aus ihren kirchlichen und sozialen Aktivitäten zurück. Sie litten beide unter Flashbacks und Schlafstörungen. Obwohl ihr Leben nicht durch den Unfall gefährdet und sie nicht Zeuge des Ereignisses waren, entwickelten sie eine posttraumatische Belastungsstörung entsprechend der Schwere ihres Verlustes.

Zeigen Sie an diesem Fall Diagnosekriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung auf.

34.3 Traumatische Erfahrungen in der Biografie von Patienten und Bewohnern

34.3.1 Sexualisierte Gewalterfahrungen

Die Polizeiliche Kriminalstatistik 2017 gibt an, dass in Deutschland 5 6000 Fälle von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung gemeldet wurden, davon fast 11300 Fälle von Vergewaltigung oder sexueller Nötigung. Das bedeutet, dass im Durchschnitt alle 45 Minuten eine Vergewaltigung angezeigt wird. Hinzu kommt eine enorme Dunkelziffer nicht angezeigter Straftaten. Schätzungen gehen davon aus, dass über 20 % aller älteren Frauen sexualisierte Gewalt erfahren haben.

Sexualisierte Gewalt fand und findet auch heute noch in verschiedenen Lebensbereichen statt:

- in der Kriegs- und Nachkriegszeit,
- innerhalb der Familie,
- in der Ehe,
- in kriminellen Handlungen durch fremde Personen.

Pflegende begegnen in ihrem Beruf Menschen, die in ihrer Biografie mit lang oder kurz zurückliegenden traumatischen Erfahrungen konfrontiert wurden. Diese Erfahrungen bringen die Patienten und Bewohner mit. Sexuelle traumatische Erfahrungen beeinflussen das Erleben der Pflegesituationen und wirken sich oft belastend auf die Pflegebeziehung aus.

Sexualisierte Gewalterfahrungen älterer Frauen in der Kriegs- und Nachkriegszeit

Sexuelle Gewalt fand in Deutschland in der Kriegs- und Nachkriegszeit statt in Form von:

- **Massenvergewaltigungen:** Schätzungen gehen von mindestens 2 Millionen Vergewaltigungen allein auf deutschem Gebiet aus – davon etwa 240 000 unmittelbar mit Todesfolge für die Mädchen und Frauen. Es kam zu vielen unerwünschten Schwangerschaften. Viele Frauen wurden mehrfach vergewaltigt. Immer wieder mussten Kinder mit ansehen, wie die eigenen Mütter vergewaltigt wurden.
- **Zwangsprostitution:** Zehntausende von Frauen wurden in Wehrmachtsbordellen zur Prostitution gezwungen. Frauen, die sich dabei mit Geschlechtskrankheiten angesteckt hatten, wurden

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

erschossen. In Konzentrationslagern fand Zwangsprostitution zur Steigerung der Arbeitsmoral der Zwangsarbeiter statt.
Nach Kriegsende sahen viele Frauen keine andere Möglichkeit, sich und ihre Familien zu ernähren, als sich bei den amerikanischen Soldaten zu prostituieren.

Wie gingen Frauen mit diesen sexuellen Gewalterfahrungen um?

Um ihre aus dem Krieg zurückkehrenden Männer nicht zu belasten, aber auch aus Angst davor, verstoßen zu werden, schwiegen und verdrängten die meisten Frauen das Erlebte. Sie wollten vergessen und stürzten sich deshalb in ihre Aufgaben als Mütter, Hausfrauen, Versorgerinnen und nach Kriegsende als sog. Trümmerfrauen in den Wiederaufbau Deutschlands. So blieb für die meisten Frauen keine Zeit, um die traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten.

Die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung (deren Ursache u. a. sexualisierte Gewalt ist), kommt erstaunlicherweise bei älteren Frauen so gut wie nie vor. So werden deren Symptome (z. B. Übererregung, emotionale Erstarrung, Flashbacks, Schlaf-, Konzentrations-, Persönlichkeits- und vor allem Gedächtnisstörungen, plötzliche Desorientierung, Angst- und Panikzustände, Fluchtverhalten und Halluzinationen) im Alter oft mit den Diagnosen Demenz, Depression oder mit Psychosen assoziiert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet: Verabreichung von Sedativa, Antidepressiva und Antipsychotika (z. B. mit den Nebenwirkungen der kognitiven Leistungsminderung, Bewegungsstörungen und vegetativen Symptomen) oder sogar Unterbringung im Demenzbereich einer Institution!

Sexuelle Gewalterfahrungen innerhalb der Familie

Sexuellen Missbrauch von Kindern gibt es heute und gab es vermutlich auch früher. Durch die Machtposition der Väter in der Familie und die Tabuisierung der Thematik zu der damaligen Zeit liegt die Vermutung nahe, dass solche Verbrechen früher kaum aufgedeckt wurden.

Sexuelle Gewalterfahrungen in der Ehe

Viele Vergewaltigungen fanden und finden an Ehefrauen bzw. in einer Partnerschaft statt, an jungen und alten Frauen. Dabei geht es fast immer um Macht, aus der die Täter ihre Befriedigung erhalten. Ziel ist dabei oft, Frustration abzureagieren oder die Demütigung und Unterdrückung der Frau, um das eigene Selbstwertgefühl zu steigern.

Bis 1977 existierte im Gesetzestext der Begriff „Eheliche Pflichten". Viele ältere Frauen sind mit diesem Rechtsbegriff aufgewachsen und wehrten sich nicht dagegen, wenn der Ehemann sein Recht einforderte. Erst 1997 wurde erzwungener ehelicher Beischlaf als Vergewaltigung in der Ehe strafbar. Aus Angst vor den Reaktionen des Mannes wurden dennoch viele dieser Straftaten nicht angezeigt. Zum Schutz der Frauen bei häuslicher Gewalt wurden schließlich 2002 „schnell wirksame Schutzanordnungen" bei Gewalt in der Ehe und gegen Kinder möglich.

Dennoch werden nach wie vor viele solcher Verbrechen nicht angezeigt. Dabei spielen Abhängigkeitsverhältnisse und Ängste vor den Reaktionen des Mannes aber auch davor, alleine nicht zurechtzukommen, eine wichtige Rolle.

Da die heute älteren Frauen fast immer in finanzieller Abhängigkeit zu ihren Ehemännern standen und die Gesetzeslage damals noch weniger Möglichkeiten bot, um sich zu wehren, liegt die Vermutung nahe, dass gerade ältere Frauen vermehrt von Gewalt in der Ehe betroffen waren oder sind.

Bei Menschen mit Migrationshintergrund können zudem traumatische Erfahrungen durch Zwangsheirat, Beschneidungen etc. vorliegen.

Sexuelle Gewalterfahrungen durch kriminelle Handlungen

Neben den oben beschriebenen sexuellen Gewalterfahrungen im Krieg oder im häuslichen Umfeld geschehen auch Traumatisierungen durch Straftaten, z. B. sexuelle Übergriffe am Arbeitsplatz, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung unter Drogen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

34.3.2 Nicht sexualisierte Gewalterfahrungen

Zu den sexualisierten Gewalterfahrungen kommen in vielen Biografien noch andere traumatisch erlebte Gewalterfahrungen hinzu.

Gewalterfahrungen in der Kriegs- und Nachkriegszeit

In dieser Zeit wurde Gewalt in vielfältiger Form erlebt, z. B. in Form von Hunger, Schmerzen, körperlichen Verletzungen und Demütigungen, Enteignung, Zerstörung von Häusern und Lebensraum.

Gewalterfahrungen innerhalb der Familie und in der Schule

Geprägt von einem autoritären Erziehungsstil haben viele Menschen der älteren Generationen Gewalt durch die Eltern erlebt, sie wurden z. B. geschlagen, im Zimmer oder im Keller eingesperrt. Erst im Jahr 2000 wurde die körperliche und seelische Misshandlung der Kinder im Gesetzestext ausdrücklich verboten.

Viele ältere Menschen haben auch durch Lehrer Gewalt erfahren, wie Demütigungen vor der Klasse oder Schläge mit dem Stock.

Gewalterfahrungen in der Ehe

In vielen Ehen wurde getan, was der Mann sagte, auch gegen den Willen der Ehefrau. So gab es im Gesetz bis 1957/58 das „Letztentscheidungsrecht des Mannes in der Ehe". Demnach durfte der Mann auch über Erziehungsfragen, Haushalt und Geld entscheiden.

Sich zu trennen war damals sehr schwierig: Frauen waren meistens finanziell vom Ehemann abhängig. Oft hatten Frauen nur eine geringe Schulbildung. Nach einer Heirat blieb die Frau meistens zu Hause und verdiente kein eigenes Geld. Eine Scheidung war auch aus der Sicht der Gesellschaft problematisch. Hinzu kam, dass noch bis 1977 bei Scheidungen das Schuldprinzip galt (Unterhaltsansprüche nach Schuldanteil).

Auch heute findet Gewalt in Ehen oder Beziehungen statt, manchmal auch durch die Frau.

In der Pflege kann es bei den Betroffenen zu fehlendem Vertrauen, ängstlichen Reaktionen und zu Abwehrverhalten – vor allem auch gegenüber Personen des anderen Geschlechts – kommen.

Gewalterfahrungen durch andere kriminelle Übergriffe

Auch kriminelle Handlungen wie Körperverletzung, Geiselnahme, Einbruch, Raub, können Menschen traumatisieren.

Fallbeispiel B

Gewalt durch Kriminalität. Nach einer Knieoperation liegt eine junge Frau im Krankenhaus. Am frühen Abend findet Pflegefachkraft Lukas sie in einem Zustand der Unruhe und Angst vor. Sie drängt darauf, dass man ihre Freundin benachrichtigen soll, die Nacht in ihrem Zimmer zu verbringen. Lukas versucht, sie zu beruhigen, erfährt dabei, dass in der Wohnung der jungen Frau vor wenigen Tagen eingebrochen wurde. Die Täter hatten mit brutaler Gewalt Vieles zerstört. Seitdem erlebt sie immer wieder Angstattacken. Das Stationsteam beschließt, die Patientin in ein Doppelzimmer zu verlegen, gleich gegenüber dem Stationszimmer. Die Tür bleibt ein wenig geöffnet. Es wird eine ruhige Nacht.

34.4 Pflege und Begleitung von Menschen mit traumatischen Erfahrungen

34.4.1 Richtlinien für Pflege und Begleitung von traumatisierten Menschen

Die Aufgaben der Pflegenden beinhalten: Begleiten – Unterstützen – Anleiten – Beraten.

- Traumatisierte Menschen als Menschen mit ihrer Lebensgeschichte begreifen.
- Symptome wahrnehmen und richtig einordnen: Symptome und Verhaltensweisen müssen immer erst als Reaktionen auf bestimmte Situationen und Maßnahmen betrachtet werden. Es gilt Abwehrverhalten und Scham wahrzunehmen und darauf zu reagieren, z. B. durch Unterbrechen und durch Schutz der Intimsphäre.
- Betroffenen Sicherheit vermitteln; einen sicheren Raum zur Verfügung stellen, z. B. ein abschließbares Zimmer, auf Wunsch ein Nachtlicht anlassen, sich ankündigen, sodass der Betroffene nicht erschrickt.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

- Betroffenen Kontrolle über sich und seine Situation ermöglichen; fragen, ob bestimmte Pflegehandlungen durchgeführt werden dürfen bzw. was er selbst übernehmen will.
- Vertrauen aufbauen. Das ist oft ein langwieriger Prozess, der durch Zuverlässigkeit und respektvollen Umgang geprägt sein muss. Menschen mit Gewalterfahrungen suchen selten Nähe, sie wirken oft ablehnend und „hart". Manche verhalten sich sehr angepasst, Berührungen sind häufig unerwünscht. Die Person, die Gewalt erfahren hat, bestimmt über Nähe und Distanz.
- Die Reaktivierung des Traumas vermeiden, d. h. die Situationen und Reize unterbinden, die traumatische Erinnerungen wachrufen können (Trigger), z. B. Lärm, Hektik, Fernsehfilme über Krieg und Gewaltverbrechen, Licht, das Schatten wirft, bestimmte Musik, bestimmte Gerüche.
- Betroffene dabei unterstützen, intakte Lebensbereiche auszubauen: Alltaggespräche und Aktivitäten als Entspannung und Ablenkung anbieten.

34.4.2 Traumareaktivierung

Viele traumatisierte Menschen mussten ihre Verdrängungs- und Bewältigungsstrategien (z. B. Vermeidung, Ablenkung, Verdrängung, Substanzmissbrauch) so optimieren, dass sie damit leben konnten. Mit zunehmendem Alter, hinzukommender Krankheit oder Pflegebedürftigkeit können diese Strategien durch Einschränkungen der Mobilität oder durch Veränderungen des sozialen Umfeldes (z. B. Einzug ins Pflegeheim oder Verlegung auf eine Krankenhausstation) oft nicht mehr aufrechterhalten werden. Denn jetzt werden sie durch fehlende Möglichkeiten der Reizvermeidung (bestimmte Geräusche, Situationen, Ohnmacht, Verlust von Autonomie, Kontrollverlust) mit Reizen der traumatischen Situation konfrontiert, die zu einer Reaktivierung des Traumas führen können. Hinzu kommt, dass die Erinnerungen des Langzeitgedächtnisses in den Vordergrund rücken und so noch präsenter werden.

Fallbeispiel

Reaktivierung eines Traumas. Als Pflegefachkraft Olga am Abend das Zimmer von Frau Kern betritt und einige Worte mit ihr wechselt, zeigt die alte Dame, eine bisher unauffällige Bewohnerin, plötzlich massive Angstreaktionen. In Panik springt sie aus dem Bett, reißt das Fenster auf und versucht, sich hinauszustürzen. Olga kann sie gerade noch festhalten und veranlasst, dass Frau Kern eine hohe Dosis Beruhigungsmittel verabreicht wird. Am nächsten Tag stellt sich heraus, dass der russische Dialekt der Pflegefachkraft das Trauma einer erlebten Kriegserfahrung reaktiviert hat.

Im Folgenden werden Möglichkeiten psychologischer Soforthilfe, wie Krisenintervention und Nachbesprechung für Einzelne oder Gruppen, beschrieben.

34.5 Notfallpsychologie

34.5.1 Auf dem Weg zum Thema

1980 wurde die posttraumatische Belastungsstörung erstmals in den USA diagnostisch erwähnt (DSM, Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder) und seither werden Maßnahmen erarbeitet, um psychischen Schäden nach belastenden Ereignissen entgegenzuwirken, zuerst in den USA, dann, nach dem Flugzeugunglück bei Lockerbie (1988), bei dem 270 Menschen ums Leben kamen, auch in Europa.

Die Aufgaben der Notfallpsychologie erstrecken sich heute über die Bereiche:

- Prävention,
- Traumabewältigung,
- Traumatherapie.

► **Prävention.** Die psychologische Soforthilfe trägt dazu bei, dass ein erschütterndes Erlebnis verarbeitet werden kann und posttraumatische Störungen abgewendet werden. Die Notfallpsychologie stellt Verfahren zur Bewältigung extrem belastender Erfahrungen zur Verfügung. Sie hilft den betroffenen Personen durch psychologisches Krisenmanagement zur Normalität zurückzukehren.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

▶ **Traumabewältigung.** Zum Teil gelingt die sofortige Traumabewältigung im Rahmen des ersten Krisenmanagements nicht. Wenn die Reaktionen der Menschen zunehmen und nicht wie sonst üblich abnehmen, dann wird eine Traumabewältigung in psychologischer Einzelbetreuung notwendig. Sie wird während der akuten Belastungsreaktion (S. 454) durchgeführt.

▶ **Traumatherapie.** Gelingt die Verarbeitung nicht, kann es zu einer posttraumatischen Belastungsstörung kommen. Mit einem psychologischen Traumabewältigungsprogramm kann einer Chronifizierung der Störung entgegengewirkt werden.

Merke

Die Notfallpsychologie setzt Soforthilfemaßnahmen und Programme zur Traumabewältigung ein mit dem Ziel, menschliches Leid zu lindern und Gesundheit zu erhalten.

Ziele der Notfallpsychologie sind, dass die betroffene Person

- das Erlebte aus einer gewissen Distanz heraus betrachten kann, ohne davon überflutet zu werden,
- ihre Erinnerungen kontrollieren kann,
- den Alltag weitgehend normal leben kann.

Therapie bedeutet nicht Löschung, sondern Integration des Erlebten in die eigene Lebensgeschichte.

34.5.2 Psychologische Soforthilfe nach belastenden Ereignissen

Den psychologischen Maßnahmen, die nach belastenden Ereignissen einer traumatischen Entwicklung angewendet werden, um psychischen Gesundheitsschäden vorzubeugen, liegen Kenntnisse über den Umgang mit Stress zugrunde. Ein schlimmes Ereignis, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt, ist ein extrem stressender Vorgang. Ein schlechter Umgang mit Stress in Form von Wut, Gewalt, sozialem Rückzug, Selbstmedikation, Alkohol- oder Drogenkonsum führt langfristig zu zusätzlichen Problemen.

Merke

Die Stressverarbeitung unter fachpsychologischer Beratung hat zum Ziel, das schlimme Erlebnis in das weitere Lebensverständnis zu integrieren.

34.5.3 Krisenintervention

Kriseninterventionen kommen bei Primär-, Sekundär- und Tertiäropfern zum Einsatz. Näheres hierzu im Teil V, Krisen und Krisenbewältigung (S. 297).

Fallbeispiel

Krisenintervention. Max R. ist psychologisch geschulter Feuerwehrmann. Mit vielen Kollegen von Polizei und Rettungsdienst ist er bei dem Großbrand eines Warenhauses im Einsatz. Am Unglücksort fällt ihm sein Feuerwehrkamerad Heiner Trost auf, ein erfahrener Mann, wie er mitten im Geschehen teilnahmslos herumsteht, sich immer wieder über die Stirn wischt und sich dann ziellos hierhin und dorthin bewegt.

Max R. geht auf ihn zu: „Heiner, was ist los?“ Er nimmt ihn ein wenig beiseite, schaut ihn an und wiederholt: „Heiner, was ist passiert?“ Jetzt schaut der ihn an und antwortet: „Der Junge da drüben, den ich gerade herausgezogen habe, er ist tot. Er sieht meinem so ähnlich. Es könnte meiner sein!“ Die beiden Männer gehen ein paar Schritte, wechseln einige Worte. Heiner verlässt für diesen Tag den Unfallort. Er erhält in den nächsten Tagen professionelle psychologische Unterstützung. Danach ist er wieder einsatzbereit.

Krankenhauspersonal und Einsatzkräfte im Rettungswesen, aber auch Mitarbeiter in Pflegeheimen werden bei ihrer täglichen Arbeit mit Menschen in verschiedenen Krisen konfrontiert (▶ Abb. 34.4). Sie sollten als „Handwerkszeug“ über Methoden der Krisenintervention verfügen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Abb. 34.4 Wer beruflich mit außergewöhnlich belastenden Lebensereignissen zu tun hat, benötigt Kenntnisse über Methoden der Krisenbewältigung. (Foto: Harald Söhngen, Fotolia.com)

Aufgabe

3 Braucht Fachpersonal im Pflege- und Rettungswesen auch notfallpsychologische Unterstützung? Unterhalten Sie sich in der Gruppe darüber, wie Hilfe aussehen und organisiert sein müsste und welche Hilfe Sie annehmen würden.

Krisenintervention nach dem SAFE-R-Modell (nach Mitchell und Everly, 2005)

Im Folgenden wird das SAFE-R-Modell der Krisenintervention vorgestellt. Dieses Modell wurde für Einsatzkräfte entwickelt und kann von psychologischen Fachkräften und von ausgebildeten Laien eingesetzt werden.

Die Buchstaben S.A.F.E.R. stehen für:

- **S**timulanzverminderung,
- **A**kzeptanz der Krise,
- **F**örderung des Verstehens,
- **E**ntwicklung wirksamer Bewältigungsstrategien,
- **R**ückführung zur Eigenständigkeit.

▸ **Stimulanzverminderung.** Im ersten Schritt der Intervention soll eine Reduzierung der stressauslösenden Reize erreicht werden. Man kann sich als Helfer oder Berater selbst zwischen Unfallgeschehen und Betroffenen stellen, Blickkontakt aufnehmen, ihn bewegen, den Blick vom Unglücksgeschehen abzuwenden, einige Schritte abseits zu gehen oder aus dem Zimmer auf den Gang zu treten. In manchen Fällen hat sich auch eine räumliche und atmosphärische Distanzierung, z. B. ein Spaziergang, bewährt. Indem sich die betroffene Person vom akuten Krisenherd entfernt, kann eine erste, wenn auch kurzfristige, psychische Distanz erreicht werden. Zugleich wird die Anzahl der später möglicherweise als Trigger wirkenden Reize reduziert.

▸ **Akzeptanz der Krise.** Mit der Frage nach dem Sachverhalt: „Wie ist es passiert?“ gelingt es meistens, die betroffene Person für eine kurze Zeitspanne aus ihren überwältigenden Emotionen heraus auf eine kognitive, sachliche Ebene zu holen. Sie bekommt mit der folgenden Frage wieder Gelegenheit, ihre Gefühle zu formulieren: „Wie geht es Ihnen jetzt?“ Die Krise ist jetzt benannt, es ist jemand da, der die Situation kompetent begleitet. Die betroffene Person wird sich sicherer fühlen und kann im geschützten Raum wieder ihren Gefühlen Ausdruck verleihen, indem sie ihre Reaktionen auf das erschütternde Ereignis schildert.

▸ **Förderung des Verstehens.** „So wie Sie auf das schlimme Ereignis reagieren, würden es die meisten Menschen tun. Es sind normale Reaktionen auf höchst unnormale, extreme Situationen.“ Der durch seine Symptome irritierte Mensch kann sich wieder als „ganz normal“ empfinden und in diesem Punkt beruhigt sein.

▸ **Entwicklung wirksamer Bewältigungsstrategien.** Berater und Betroffener erschließen gemeinsam Ressourcen und entwerfen einen Plan für die folgenden Tage, um mit Stress und Belastung umzugehen.

▸ **Rückführung zur Eigenständigkeit.** Die betroffene Person entscheidet, wann „es wieder geht“, wann sie sich ausreichend sicher und handlungs- und arbeitsfähig fühlt. Bis dahin können weitere unterstützende Gespräche angeboten werden.

Nachbesprechung für Einzelne oder Gruppen

Die Teilnahme an einer Nachbesprechung wird von manchen Menschen als wohltuend und entlastend erlebt, andere bevorzugen alternative Möglichkeiten der Verarbeitung.

Verschiedene Formen der Nachbesprechung für Einzelne oder Gruppen kommen zur Anwendung

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

um die nach extremen Erlebnissen entstandene psychische Belastung abzubauen. Sie enthalten i. d. R. folgende Punkte:
- Einführung,
- Tatsachen beschreiben,
- Gedanken sammeln,
- Emotionen in Worte fassen,
- Auswirkungen beschreiben,
- Informationen geben,
- Ressourcen und Selbstpflegekonzept entwickeln,
- Blick auf das Positive richten.

► **Einführung.** Die Gesprächsleitung stellt sich vor und erläutert den Sinn des bevorstehenden Gesprächs: Unter klar strukturierter Anleitung soll das Erlebte durchgesprochen und dabei besser in das Weltbild des betroffenen Menschen integriert werden. Das traumatische Erleben soll so abgespeichert werden, dass man damit umgehen kann und dadurch eine dauerhafte psychische Störung verhindert wird. Das Ziel des Gesprächs ist es, eine erste Verarbeitung des Erlebten zu erreichen.

► **Tatsachen beschreiben.** In dieser Phase werden sie ermutigt, nicht genötigt, sachlich von dem Ereignis zu sprechen. Sie nähern sich sachlich und verstandesmäßig (kognitiv) durch das Sammeln von Tatsachen an das traumatische Ereignis an. In Sprache fassen ist ein erster Schritt der Verarbeitung.

► **Gedanken sammeln.** „Was haben Sie gedacht, als …?“ Als Nächstes werden Gedanken gesammelt, in Worte gefasst und in der Gruppe ausgetauscht. Teilnehmer erleben, mit dem schlimmen Erlebnis nicht allein zu sein, und hören, was die anderen erlebt und wahrgenommen haben. Andere haben Ähnliches oder ganz anderes gedacht.

► **Emotionen in Worte fassen.** Die Gedanken gehen in die Gefühle über. Das Gespräch wechselt aus dem mehr kognitiven Bereich in den emotionalen. „Welche Empfindungen erinnern Sie? Worunter leiden Sie am meisten?“ Wenn es gelingt, Gefühle zu benennen, eventuell durch Weinen zu äußern, wird Stress abgebaut. Verbalisieren ist ein Schritt, mit Emotionen besser umzugehen.

► **Auswirkungen beschreiben.** „Haben Sie während des Ereignisses und anschließend Veränderungen an sich bemerkt?“ Welche Auswirkungen hatte und hat das Ereignis in den ersten Tagen danach und heute? Stressbedingte Symptome sind z. B.: Schreckhaftigkeit, Zittern, Teilnahmslosigkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Reizbarkeit, gesteigerte Alarmbereitschaft. Während dieser Beiträge führt das Gespräch von der emotionalen Ebene wieder auf die kognitive Ebene.

► **Informationen geben.** „Alle diese Symptome sind normale Reaktionen in anormalen Situationen!“ Die beunruhigenden Symptome („Bin ich noch normal?“ „Werde ich jetzt verrückt?“) werden vom Gesprächsleiter in den Bereich der Normalität gerückt. Menschen reagieren so in extrem belastenden Situationen. Er gibt ausführlich Informationen über ganz normale Auffälligkeiten, auch über die voraussichtliche weitere Entwicklung in den nächsten Tagen.

► **Ressourcen und Selbstpflegekonzept entwickeln.** „Sorgen Sie gut für sich!“ Der Gesprächsleiter berät und informiert die Betroffenen ausführlich über die Möglichkeiten, selbst zu einer guten Traumaverarbeitung beizutragen. Er gibt Anregungen für ein gutes Selbstpflegekonzept. „Finden Sie heraus und tun Sie alles, was Ihnen jetzt gut tut, was Sie ruhig und sicher werden lässt (Ernährung, Ruhe, Aktivitäten, Entspannungstechniken, Tagesstrukturierung). Er zeigt Ressourcen auf, die den meisten Menschen zur Verfügung stehen und aktiv eingesetzt werden können, um mit einem traumatischen Erlebnis fertig zu werden. Damit sollen die Teilnehmer wieder auf die kognitive Ebene geführt werden und nicht mehr in einer Atmosphäre der totalen Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins an das Trauma bleiben.

► **Blick auf das Positive richten.** „Gab es während des ganzen, furchtbaren Geschehens auch irgendetwas Positives?“ Zum Abschluss des Gesprächs wird diese Frage sehr behutsam gestellt. Manchmal zögernd, aber schließlich äußern sich Betroffene: „Ja, ich lebe noch!“ „Positiv war, dass die Feuerwehr so schnell kam.“ „Mein Freund ist schwer verletzt, aber er lebt, ich werde mich um ihn kümmern.“ „Wir haben eine entsetzliche Erfahrung gemacht, aber es rühren sich auch Kräfte und es gibt Hilfe, sie zu bewältigen.“

Der Gesprächsleiter beendet das Gespräch.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Ressourcen. Auszubildende Heidi hat zum ersten Mal eine Totgeburt miterlebt. Sie kannte die junge Mutter gut und hatte sich mit ihr auf das Kind gefreut. Sie ist außerstande, ihrer Arbeit weiter nachzugehen, in irgendeiner Weise zu handeln oder gar zu trösten. Wie gelähmt bleibt sie in ihrer Wohnung, erlebt immer wieder den schmerzvollen Anblick des toten Neugeborenen. Nach einigen Tagen nimmt sie eine notfallpsychologische Beratung in Anspruch. Was passiert ist und was sie dachte und fühlte, hat sie ihrer Therapeutin immer wieder erzählt. Die Therapeutin führte die Gespräche so, dass zunächst die Sachlichkeit des Ereignisses im Vordergrund stand. Dadurch wurde eine Einordnung des Geschehens möglich und eine traumatische Speicherung reduziert oder sogar verhindert. Erst danach wurde das emotionale Erleben ins Zentrum des Gesprächs gerückt. Von Anfang an wurden in der Therapie auch Selbstpflegestrategien erarbeitet:

Therapeutin: „Frau Schmied, Sie haben sicher schon andere schwierige Situationen, nicht so schlimme wie diese, erlebt."

Heidi Schmied: „Ja, ich hatte einmal einen schlimmen Autounfall."

Therapeutin: „Erinnern Sie sich, was Ihnen damals gutgetan hat."

Heidi Schmied: „Ich habe viel mit meiner Mutter geredet."

Therapeutin: „Gut. Was hat Ihnen sonst hindurch durchgeholfen?"

Heidi Schmied: „Ich hatte Freunde. Die haben mich abgelenkt und ich bin viel mit meinem Hund allein spazieren gegangen."

Heidi Schmied verfügt über eine Anzahl wirkungsvoller Ressourcen, die sie in den nächsten Tagen zur Traumabewältigung einsetzen wird.

Aufgabe

4 Können Sie aus eigener Erfahrung weitere Möglichkeiten vorschlagen, die aktuelle Krise zu bewältigen?

5 Stellen Sie sich abschließend anhand des SAFE-R-Modells eine eigene Liste von Stichworten zusammen, die Sie für eine Krisenintervention verwenden möchten.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © John Dow, Photocase

Kapitel 35
Psychotherapie

35.1 Einführung *464*

35.2 Verhaltenstherapie *465*

35.3 Kognitive Verhaltenstherapie *466*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

35 Psychotherapie

„Selbst ein Weg von tausend Meilen beginnt mit einem Schritt." (Japanische Weisheit)

Examensschwerpunkte

Einführung (S. 464), Verhaltenstherapie (S. 465), Kognitive Verhaltenstherapie (S. 466), Klientenzentrierte Gesprächstherapie (S. 469), Psychoanalytische Therapie (S. 471), Systemische Therapien (S. 472), Spieltherapie (S. 475)

35.1 Einführung

Definition

Psychotherapie ist die Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen
- mit psychologischen Mitteln,
- nach bestimmten methodischen Regeln,
- mit dem Ziel, bestehende Symptome zu beseitigen oder zu verringern, Verhalten und Erleben eines Menschen zu verändern und eine günstige Entwicklung der Persönlichkeit zu fördern.

Die Behandlung wird von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt, die durch Hochschulstudium der Psychologie oder Medizin und einer Zusatzausbildung in einer oder mehreren therapeutischen Behandlungsmethoden eine berufsrechtliche Anerkennung erworben haben (Approbation). Seit Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes am 01.01.1999 ist der Titel „Psychologischer Psychotherapeut, Psychologische Psychotherapeutin" geschützt. Vom Gesetzgeber nicht geschützt ist die Bezeichnung Psychotherapie. Sie kann von jedem selbsternannten „Fachmann" angeboten werden.

Menschen, die sich in eine psychologische Behandlung begeben, heißen Klienten oder – wenn der Krankheitscharakter im Vordergrund steht – Patienten.

35.1.1 Psychotherapeutische Verfahren

Sie unterscheiden sich je nach
- **Therapieansatz:** zugrundeliegendes Menschenbild, Grundgedanken über die Fähigkeit, sich zu verändern, und die Grundauffassung von Störungen und Krankheit (in den folgenden Ausführungen „Grundgedanken" genannt),
- **therapeutischen Methoden**: z. B. Gespräche, Verhaltenstraining, Selbsterfahrung, Spielen, Malen, Übungen, Rollenspiele, Hausaufgaben, Entspannungstechniken,
- **„Setting":** Dauer, Häufigkeit, Ort und beteiligte Personen, wie Einzelne, Paare, Familien, Teilfamilien oder Gruppen.

Psychotherapeutische Verfahren kommen bei Verhaltensstörungen, psychosomatischen Störungen sowie nach belastenden Ereignissen zur Wiederherstellung des psychischen Gleichgewichts zum Einsatz. Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten stellen sich oft als normale Reaktionen in anormalen Situationen heraus. Eine Psychotherapie in Anspruch nehmen bedeutet heute, sich Hilfe und Unterstützung zu holen, um im alltäglichen Leben körperlich und psychisch möglichst gesund zu bleiben bzw. zu werden.

Folgende psychotherapeutische Verfahren werden unterschieden (▶ Abb. 35.1):
- Verhaltenstherapie,
- Kognitive Verhaltenstherapie,
- klientenzentrierte Gesprächstherapie,
- psychoanalytische Therapie,
- systemische Therapien,
- Spieltherapie.

Fallbeispiel

Psychotherapie. Die 8-jährige Susanne fehlt seit Tagen in der Schule. Gespräche zwischen Eltern, Lehrern und Susanne blieben ohne Erfolg. Nach weiteren 2 Wochen rät der schulpsychologische Dienst zu einer Psychotherapie. Die Psychotherapeutin erfährt, dass sich Susanne während der Vormittagsstunden im Garten versteckt hält, um von dort aus ihre Mutter, die stark suizidgefährdet ist, zu beobachten. Das auffällige Verhalten hat durchaus einen Sinn. Das Mädchen hat es sich zur Aufgabe gemacht, auf die Mutter aufzupassen, damit sie sich nichts antun kann.

Nachdem sich die Mutter in eine Psychotherapie begeben hat, geht das Mädchen wieder regelmäßig zur Schule. Die Symptomatik ist mit der Beseitigung der Ursache verschwunden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

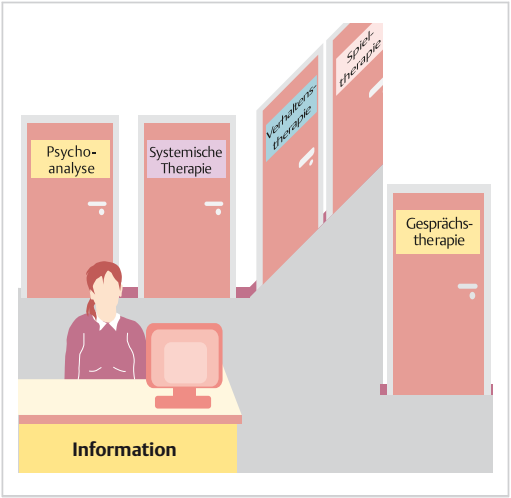


Abb. 35.1 Am Anfang einer psychologischen Behandlung steht die Wahl der passenden Therapie.



Abb. 35.2 Systematische Desensibilisierung im Falle einer Hundephobie.

35.2 Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie entwickelte sich seit Beginn der 1960er Jahre auf der Basis der Lerntheorien. Sie geht davon aus, dass psychische Störungen erlernt wurden und in der Therapie durch psychologische Anleitung wieder verlernt bzw. unwirksam gemacht werden können.

35.2.1 Verhaltenstherapeutische Verfahren

Beginnend mit einer Problemanalyse in Form der Verhaltensbeobachtung des Klienten (z. B. durch Tagebuchaufschriften) kommen unterschiedliche Methoden zur Anwendung, z. B.:

- Einsatz von Verstärkern und ggf. Sanktionen,
- Verhaltenstraining,
- systematische Desensibilisierung,
- negatives Üben.

► **Einsatz von Verstärkern und Sanktionen.** Positive Verstärker werden eingesetzt, wenn erwünschtes Verhalten auftritt und negative Rückmeldung bei unerwünschtem Verhalten. So werden z. B. bei der Therapie von Suchtkranken sog. Token-Programme (engl. token = Gutschein) eingesetzt: Bestimmte Verhaltensweisen werden per Punktesystem belohnt, für bestimmte Punktsummen kann sich der Patient Belohnungen oder Privilegien eintauschen. Gelingt es z. B. einem alkoholkranken Patienten ein Wochenende ohne Alkohol auszukommen, kann er die erreichten Punkte z. B. in einen begleiteten Kinobesuch eintauschen. Gelingt es ihm nicht, darf er am nächsten Ausflug nicht teilnehmen.

► **Verhaltenstraining.** Beim Verhaltenstraining sollen (neue) Verhaltensweisen erlernt und eingeübt werden, um im Alltag bestehen zu können. So wird im Rahmen eines Antiaggressionstrainings versucht, die soziale Kompetenz zu verbessern und neue Kommunikationsformen einzuführen, um in eskalierenden Situationen über alternative Handlungsmuster zu verfügen. Mit alkoholkranken Patienten wird z. B. eingeübt, bei einem Gaststättenbesuch nichtalkoholische Getränke zu bestellen und Stresssituationen mit anderen Verhaltensweisen als mit dem Konsumieren von Alkohol entgegenzutreten.

► **Systematische Desensibilisierung.** Die systematische Desensibilisierung wird z. B. bei dem sich schrittweise vollziehenden Abbau von Ängsten und Zwängen eingesetzt (► Abb. 35.2). Dabei wird gelernt, Entspannungstechniken sicher zu beherrschen, die dann allmählich bei Angst auslösenden Reizen eingesetzt werden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

▶ **Negatives Üben.** Hier wird ein Klient aufgefordert, genau das zu tun, was verlernt werden soll, z. B. zu stottern oder eine Tic-Bewegung vermehrt auszuführen. Durch die Verordnung des Symptoms wird Spannung aus der Situation genommen und es kann durch Symptomerschöpfung zu einer Abschwächung der Symptomatik kommen. Diese Methode ist jedoch nur für bestimmte Störungen und in bestimmten Konstellationen geeignet.

Merke

Verhaltenstherapie ist besonders für konkrete Verhaltensänderungen geeignet. Sie ist vor allem eine am Symptom orientierte Behandlung. Weil oft in relativ kurzer Zeit Erfolge erzielt werden, ist sie bei richtiger Indikation ein wirtschaftliches Verfahren.

Fallbeispiel

Verhaltenstherapie. Frau B. wird mit ihren Angstzuständen in öffentlichen Verkehrsmitteln nicht mehr fertig. Nun hat sie sich in Psychotherapie begeben. Die Psychotherapeutin hält nach der sorgfältigen Situationsanalyse eine Verhaltenstherapie für Erfolg versprechend. Sie leitet Frau B. zunächst an, das autogene Training, eine Entspannungstechnik, zu erlernen.

Nachdem sie dies beherrscht, legt die Therapeutin ihr eines Tages Bilder vor: Stadtverkehr mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Menschen in Bus, Straßenbahn und U-Bahn. Wenn Anzeichen von Angst auftreten, führt Frau B. ihre Übungen durch, bis sie sich wieder entspannt. So geht es mit Unterstützung der Therapeutin Schritt für Schritt weiter:

- von Weitem die öffentlichen Verkehrsmittel in der Stadt beobachten,
- an einer Haltestelle stehen, aber nicht einsteigen,
- in Begleitung der Therapeutin in einen Bus einsteigen, eine kurze Strecke mitfahren,
- in Begleitung der Therapeutin in einen Bus einsteigen, mehrere Stationen fahren,
- in Begleitung der Therapeutin die ganze Route einer Linie mit dem Bus fahren,
- in Begleitung der Therapeutin mit der Straßenbahn, der U-Bahn, dem Zug fahren,
- in einem der Verkehrsmittel weit entfernt von der Therapeutin sitzen,
- alleine fahren, zunächst kurze, später längere Strecken.

Jedes Mal gibt es Lob und Anerkennung, wenn eine Übung gelungen ist. Werden die Ängste zu groß, dann setzt Frau B. die Entspannungstechnik ein, bis sie sich imstande fühlt, den nächsten Schritt zu gehen. Wird die Angst zu stark, wird die Übung gegebenenfalls unterbrochen, bis Frau B. sich in der Lage sieht, sie fortzusetzen. Nach 4 Wochen fühlt sie sich sicher genug, die Behandlung zu beenden, und fährt wieder täglich mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu ihrem Arbeitsplatz.

35.3 Kognitive Verhaltenstherapie

35.3.1 Denken, Fühlen und Verhalten

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) geht von einem engen Zusammenhang von Denken und Gefühlen aus. Verhalten und Erleben, vor allem die Gefühle werden in ihrer Art (z. B. Freude, Wut, Angst, Scham, Trauer, Liebe, Mitleid, Enttäuschung) und in ihrer Intensität (schwach, heftig) vom Denken eines Menschen beeinflusst. Über die Art, was und wie stark ein Mensch in einer bestimmten Situation fühlt, entscheidet das, was er darüber denkt (▶ Abb. 35.3).



Abb. 35.3 „Ich halte das nicht mehr aus!" *(Symbolbild)* (Foto: srijaroen – stock.adobe.com)

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Das Denken eines Menschen beeinflusst Art und Intensität seines Gefühls.

Zwei Personen können über die gleiche Situation unterschiedlich denken, entsprechend unterschiedlich beurteilen und erleben sie diese Situation. Eine Person kann zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich über die gleiche Situation denken und urteilen und sie so unterschiedlich erleben.

Fallbeispiel

Beurteilung. An der Bushaltestelle stehen eine Frau und ein Mann. Nachdem sie 15 Minuten gewartet haben, stellen sie fest, dass kein Bus kommt. Haben sie ihn verpasst oder fiel er aus? Gemeinsam schauen sie noch einmal auf den ausgehängten Fahrplan und lesen: „Täglich außer Samstag und Sonntag". Heute ist Samstag. Der nächste Bus kommt erst in 2 Stunden. Nach kurzem Nachdenken lächelt der Mann und sagt: „Na, dann komme ich ja noch zu meinem Spaziergang, ich laufe los, ich habe ja Zeit!" Die Frau bleibt unglücklich zurück. Sie kann ihren Einkauf für den morgigen Besuch ihrer Tochter nicht mehr erledigen.

35.3.2 Dysfunktionales Denken als Ursache für emotionale Probleme

Verhaltensstörungen, Leidenszustände, psychische Probleme sind immer auch emotionale Probleme. Der Klient, der sich in eine Kognitive Verhaltenstherapie begibt, sieht sich einem breitgefächerten Lernprogramm gegenüber: als Erstes lernt er das „kognitive Modell der Emotionsentstehung" (Stavemann, 2003) zu verstehen: Er erkennt, wie die persönliche Sichtweise, also seine persönliche Beurteilung einer tatsächlichen Situation seine Emotion und sein Verhalten beeinflusst.

Die Kognitive Verhaltenstherapie geht davon aus, dass emotionalen Problemen und Verhaltensstörungen ein nicht zielführendes Beurteilen zugrunde liegt. Man spricht hier von „dysfunktionalem Denken".

Definition

Dysfunktionale Denkmuster sind Denkweisen, die zu unnötigem emotionalen Leid führen. Daraus folgt ein Verhalten, das nicht zum Erfolg sondern zu zusätzlichen Problemen führt.

Häufige dysfunktionale Denkmuster sind:
- Katastrophendenken,
- Schwarz-Weiß-Denken und Verallgemeinerungen.

Katastrophendenken

Fallbeispiel

Katastrophendenken. Frau Kocher, 50 Jahre alt, Lehrerin an einer Grundschule, erfährt, dass ihre Tochter nach einem Verkehrsunfall im Krankenhaus liegt. Sie eilt vom Unterricht dorthin und findet ihre Tochter auf der chirurgischen Abteilung. Der Anblick ihrer Tochter mit Verbänden, Gips, Infusion macht sie fassungslos! „Was für eine Katastrophe!" denkt sie, „so schwer verletzt! Das ist ja furchtbar! Sie wird nie wieder gesundwerden. Sie wird sich nicht mehr um ihre Kinder kümmern können." Die Gedanken überstürzen sich: „Jetzt muss ich meinen Beruf aufgeben, einer muss ja die beiden kleinen Enkelkinder versorgen! In 2 Monaten sollte ich Rektorin an unserer Schule werden, das kann ich streichen. Alles vorbei." Die beruhigenden Worte von Pflegefachkraft Thomas nimmt sie kaum wahr: „Ihre Tochter hat einen gebrochenen Fuß und einige Prellungen." Frau Kocher sieht sich verzweifelt vor einem Scherbenhaufen. Aus ihrer Sicht ist die Situation eine einzige Katastrophe. Überhastet verlässt sie das Krankenhaus, um bei ihrer Dienststelle einen Antrag auf sofortige Beurlaubung zu stellen. Sie ist verzweifelt und befürchtet, mit der Lage nicht fertig zu werden.

Frau Kocher sieht sich der Ausgangssituation: „Tochter nach Unfall im Krankenhaus" gegenüber. In ihrer Sichtweise ist das eine Katastrophe! Eine andere Person hätte die gleiche Ausgangssituation vielleicht anders bewertet: „Das ist schlimm. Ich werde Hilfe brauchen und bekommen. Möglicherweise wird es lange dauern, bis meine Tochter ihre Aufgaben wieder übernehmen kann. Solange werden ihre Freunde und ich ihr helfen."

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Eine solche „funktionale Denkweise“ führt zu einem Verhalten, das auf Lösungen zusteuert und dabei angemessene Emotionen zulässt. Das heißt in diesem Fall:

- sich über die Schwere der Verletzungen und die Art und Dauer der Therapie informieren,
- Hilfe organisieren, um Unterstützung im Haushalt und bei der Betreuung der Enkel zu bekommen und so auch Zeit zu finden, bei der verunglückten Tochter zu bleiben und sie zu trösten,
- Gefühle ausdrücken: über Ängste, Niedergeschlagenheit, Mutlosigkeit, Freude und Hoffnung,
- über die zu erwartenden Belastungen mit allen Beteiligten zu reden,
- gemeinsam die nächste Zeit zu planen.

Merke

Katastrophendenken ist eine dysfunktionale Denkweise. Sie führt zu unangemessen starken Gefühlen, unnötigem emotionalen Leid und unangemessenem, nicht zielführenden Verhalten.

Schwarz-Weiß-Denken und Verallgemeinerungen

Eine andere dysfunktionale Denkweise ist das sog. Schwarz-Weiß-Denken. Als ob die Welt nur aus Schwarz und Weiß bestände und nicht auch aus Dunkelgrau, Hellgrau, verschiedenen Nuancen von Weiß. Für schwarz-weiß-denkende Menschen gibt es kein bunt.

Fallbeispiel

Schwarz-Weiß-Denken und Verallgemeinerungen. Lisa arbeitet seit einem halben Jahr auf einer inneren Abteilung. Sie hat im Jahr zuvor bereits 2 Mal eine Stelle gewechselt, weil sie mit den jeweiligen Arbeitsbedingungen nicht zurechtkam. In den letzten Monaten haben sich nun aber auch an ihrem neuen Arbeitsplatz zunehmend Probleme aufgetan. Lisa weiß nicht mehr, wie es weitergehen soll. Sie vereinbart einen Termin für eine Kognitive Verhaltenstherapie bei einer Psychologin und berichtet ihr in der ersten Therapiestunde: „Es geht einfach nicht mehr. Ständig sind alle Mitarbeiter schlecht gelaunt. Es vergeht kein Tag, an dem sich nicht eine Kollegin krank meldet und wir unterbesetzt arbeiten. Die einzige Kollegin, auf die ich mich bis jetzt hundertprozentig verlassen konnte, ist jetzt im Urlaub. Die Patienten sind unfreundlich und fordern immer irgendwelche zusätzlichen Dinge. Die Angehörigen wollen die unmöglichsten Sachen und beschweren sich ständig bei der Klinikleitung. In meinem Leben geht alles schief: Das ist nun schon die dritte Arbeitsstelle an der nichts klappt. Das kann ja wohl kein Zufall mehr sein: es muss an mir liegen! Alle anderen kommen zurecht; ich bin ungeeignet für diesen Beruf. Ich muss aber arbeiten, ich brauche das Geld … Ich werde morgen kündigen und mich arbeitslos melden müssen.“

Aufgabe

1 Welche Wörter werden bevorzugt in der Sprache der Schwarz-Weiß-Denkweise und der starken Verallgemeinerung gebraucht?

35.3.3 Phasen der Kognitiven Umstrukturierung (nach Stavemann)

Die Kognitive Verhaltenstherapie deckt dysfunktionale Denkmuster auf und leitet einen Prozess des Umdenkens ein.

Ziel der Kognitiven Verhaltenstherapie ist, den Klienten dahin zu führen, dass er sein Denken, seine Emotionen und sein Verhalten verändern kann. Bei dysfunktionalen Denkweisen, dysfunktionalem Erleben und irrationalem Verhalten muss es nicht bleiben. Veränderung durch Lernprozesse des Klienten ist möglich.

Definition

Kognitive Umstrukturierung bedeutet, durch Lernen, eine neue Sichtweise einzunehmen, eine Situation neu zu bewerten, also umzudenken. So kann Veränderung von Emotionen und Verhalten bewirkt werden.

Merke

Kognitive Umstrukturierung findet nicht nur im Rahmen von Therapie statt, sondern kann auch im Alltag eingesetzt werden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Anhand der folgenden 5 Phasen kann kognitive Umstrukturierung erfolgen.

▶ **Phase 1: Vorstellung des kognitiven Modells.** Der Klient lernt den Zusammenhang von Denken und Emotionen kennen. Er lernt, wie Emotionen entstehen und wie sie in Bezug auf ihre Art und ihre Intensität verändert werden können.

▶ **Phase 2: Identifikation dysfunktionaler Konzepte.** Der Klient soll erkennen, welche nicht zielführenden Denkmuster er praktiziert.

▶ **Phase 3: Dysfunktionale Konzepte infrage stellen.** Der Klient wird angeregt, die herausgearbeiteten dysfunktionalen Gedanken rational auf ihre Richtigkeit und Angemessenheit zu überprüfen. Zum Beispiel kann er erkennen, dass die Aussage: „Ich bin an allem selbst schuld“ zu stark verallgemeinert und so nicht stimmt. Er wird so befähigt, seine Gedanken zu relativieren oder zu verändern.

▶ **Phase 4: Neue, funktionale Konzepte erstellen.** Dem Klienten ist es möglich, dysfunktionale Denkmuster zu verändern. Zum Beispiel kann er sie relativieren: „Ich habe einen Anteil daran, dass es schief und es gab auch weitere Ursachen. Ich weiß jetzt, dass mir noch andere Möglichkeiten offenstehen.“

▶ **Phase 5: Neue Konzepte trainieren.** Die in Phase 4 erarbeiteten Denkweisen werden nun praktisch umgesetzt. So wird die neue Denkweise trainiert und im Verhalten gefestigt und eingeübt. Die Klienten lernen, die neuen Denkinhalte durch ihr aktives Verhalten und den dabei gemachten Erfahrungen auch zu glauben und diese weiterhin konstruktiv einzusetzen.

Fallbeispiel

Kognitive Umstrukturierung. Lisa (S. 468) wird in der Kognitiven Verhaltenstherapie die verschiedenen Phasen der kognitiven Umstrukturierung durchlaufen. Das Ziel soll eine neue Beurteilung der Ausgangssituation gefolgt von einer neuen emotionalen Reaktion sein, die Lisa schließlich vor dem irrationalen Verhalten, sich arbeitslos zu melden, bewahrt. In ▶ Tab. 35.1 werden die 5 Schritte der kognitiven Umstrukturierung dargestellt, die Lisa während der Therapie durchlaufen wird.

Merke

Das Ziel der Kognitiven Verhaltenstherapie ist erreicht, wenn unnötiges emotionales Leid gelindert oder behoben wird, wenn sich Denken und Erleben wieder als funktionale Fähigkeiten erweisen.

Aufgabe

2 Im Wartezimmer einer Ambulanz sitzen mehrere Patienten. Nach 30 Minuten äußert eine Patientin: „Die lassen einen ewig warten. Immer dasselbe!“ Ein anderer Patient antwortet: „Wozu bekommt man überhaupt einen Termin, wenn sich sowieso niemand daranhält? Unsere Zeit ist denen doch total gleichgültig! Mir reicht es, ich gehe!“

Die beiden Wartenden sind sich in ihrer Denkweise und ihrem Ärger einig: So geht man nicht mit Patienten um. Als Pflegefachkraft Sarah den nächsten Patienten abholen möchte, machen die beiden ihrem Ärger sehr erregt Luft.

Versuchen Sie, ein Gespräch mit den beiden Patienten zu führen, in dem sie die Phasen der Umstrukturierung durchlaufen. Das Ziel soll eine neue Beurteilung der Ausgangssituation gefolgt von einer neuen emotionalen Reaktion sein, die den Mann schließlich vor dem irrationalen Verhalten, krank und unbehandelt nach Hause zu gehen, bewahrt.

35.3.4 Klientenzentrierte Gesprächstherapie

Die klientenzentrierte Gesprächstherapie wurde von Carl Rogers (1902–1987) in den USA entwickelt. Sie geht von der Annahme aus, dass jeder Mensch über Fähigkeiten, seine Probleme zu meistern, und über eigene Lösungsstrategien verfügt. Die Therapie findet auf der Gesprächsebene statt.

Beim Finden eigener Lösungen und eigener Stärken wird der Klient unterstützt. Es werden keine Ratschläge gegeben, man spricht hier von einer non-direktiven Gesprächsführung. Im Verlauf der Gespräche werden verdeckte Fähigkeiten ermittelt und bewusst gemacht.

Die gewonnenen Erkenntnisse im täglichen Leben umzusetzen, ist Aufgabe des Klienten. In Nachbesprechungen werden seine Erfahrungen reflektiert.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Tab. 35.1 5 Phasen der kognitiven Umstrukturierung.

Phase 1: Vorstellung des kognitiven Modells	Phase 2: Identifikation dysfunktionaler Konzepte	Phase 3: Dysfunktionale Konzepte infrage stellen	Phase 4: Neue, funktionale Konzepte erstellen	Phase 5: Neue Konzepte trainieren
Lisa lernt den Zusammenhang von Denken und Emotionen kennen. Sie lernt, wie Emotionen entstehen und wie sie in Bezug auf ihre Art und ihre Intensität verändert werden können.	„Ständig sind alle Mitarbeiter schlecht gelaunt."	Sind wirklich alle Mitarbeiter schlecht gelaunt? Gibt es bei Einzelnen nicht auch fröhliche Momente?	Manche Mitarbeiter sind schlecht gelaunt, aber es gibt auch welche, die freundlich sind und mit denen das Arbeiten Spaß macht.	Sie vertieft Beziehungen zu den freundlichen Mitarbeitern.
	„Es vergeht kein Tag, an dem sich nicht eine Kollegin krankmeldet und wir unterbesetzt arbeiten."	Gab es in den letzten Wochen auch Tage, an denen alle Mitarbeiter da waren?	Sicher sind oft Mitarbeiter krank, aber es gibt die Möglichkeit, eine Überlastungsanzeige vorzunehmen, sodass die Klinikleitung reagieren muss.	Sie wird üben, Missstände an höherer Stelle zu melden.
	„Die Patienten sind unfreundlich und fordern immer irgendwelche zusätzlichen Dinge."	Sind alle Patienten unfreundlich und fordern sie wirklich alle immer etwas?	Manche Patienten haben selbst mit so viel Leid zu kämpfen, dass ihre Nerven blank liegen. Ihr Verhalten sollte eher als Ausdruck ihrer Not verstanden werden.	Sie wird vermehrt versuchen, die Perspektive der Patienten einzunehmen und sie so anders wahrnehmen und beurteilen.
	„Die Angehörigen wollen die unmöglichsten Sachen und beschweren sich ständig bei der Klinikleitung."	Gibt es auch freundliche und zurückhaltende Patienten und Angehörige?	Es gibt auch sehr dankbare und rücksichtsvolle, freundliche Patienten und Angehörige.	
	„In meinem Leben geht alles schief."	Geht wirklich alles schief oder gibt es auch Positives in ihrem Leben?	Manches in meinem Leben ist auch positiv. Ich habe z. B. nette Freunde, die immer für mich da sind.	Sie schreibt ein Tagebuch, in dem sie die schönen Momente eines Tages festhält.
	„Das ist nun schon die dritte Arbeitsstelle, an der nichts klappt."	Gibt es nicht auch etwas Gelungenes bei der Arbeit?	Zu „schwierigen" Patienten werde ich gerufen, um mit ihnen zu reden. Für mein Einfühlungsvermögen wurde ich schon gelobt.	Sie achtet auf positive Rückmeldungen.
	„Ich bin ungeeignet für diesen Beruf."	Warum denkt Lisa, dass sie ungeeignet für den Beruf ist? Gibt es Menschen, die ihr das gesagt haben? Oder gibt es auch Menschen, die sie für ihre Arbeit gelobt haben? Gibt es Dinge in ihrem Beruf, die ihr gut gelingen?	Sicher bin ich manchmal überfordert, aber eigentlich mag ich meinen Beruf. Vor allem im Nachtdienst habe ich schon von einigen Patienten gehört, dass sie froh sind, dass ich Dienst habe.	Sie lässt sich vermehrt zu Nachtdiensten einteilen und erlebt schöne Begegnungen mit Patienten.
	„Alle anderen kommen zurecht." „Die einzige Kollegin, auf die ich mich hundertprozentig verlassen konnte …"	Kommen wirklich alle anderen zurecht? Weiß sie auch von einer Kollegin, die auch Schwierigkeiten hat? Gibt es auch andere Mitarbeiter die sich an Abmachungen halten und auf die sich Lisa zumindest manchmal verlassen kann?	Wenn ich genauer hinschaue, bemerke ich, dass auch andere Kolleginnen Schwierigkeiten haben. Es gibt eine Kollegin, die auch sehr gewissenhaft arbeitet und eine Auszubildende, auf die kann man sich auch verlassen, die kam sogar mit schlimmen Zahnschmerzen zum Dienst.	Sie interessiert sich konkret auch für Misserfolge bei den Menschen, die sie für „absolut erfolgreich" hält und erweitert so ihr Menschenbild. Sie vertieft den Kontakt zu verlässlichen Kollegen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Grundhaltung des Therapeuten

Voraussetzungen, um die eigenen Stärken zu entdecken und Lösungen zu entwickeln, sind nach Rogers bestimmte Eigenschaften des Therapeuten:

- **Akzeptanz:** Der Klient wird so angenommen, wie er ist.
- **Wertschätzung:** Dem Klienten wird mit Achtung und Höflichkeit begegnet. Er wird darin bestärkt, eigene Vorstellungen und Ideen zur Problemlösung zu entwickeln.
- **Empathie(Einfühlungsvermögen):** Die Gefühle des Klienten werden wahrgenommen und akzeptiert. Seine Sichtweise wird angenommen (nicht unbedingt übernommen!). Durch „Widerspiegeln" seiner Gefühle durch den Therapeuten („Darüber sind sie sehr enttäuscht, wütend, gekränkt …" „Das macht Sie wohl sehr froh, mutig, gibt Ihnen ein Gefühl der Sicherheit") erfährt der Klient mehr über sein Verhalten und Erleben.
- **Emotionale Wärme:** Die Gespräche finden in einer emotional warmen Atmosphäre statt.
- **Echtheit:** Der Therapeut verhält sich ehrlich und echt, sodass auch der Gesprächspartner sich nicht verstellen muss.

Die Gesprächsführung sollte klar strukturiert sein. Hilfreich ist auch, zu Beginn klare Gesprächsziele zu formulieren und am Ende des Gesprächs Ergebnisse (ggf. schriftlich) festzuhalten.

Fallbeispiel

Gesprächstherapie. Im Verlauf eines Gesprächs äußert ein Klient: „Es kostet mich immer große Überwindung, mich in einer Gruppe zu äußern. Ich mache mich so klein und unauffällig wie möglich, es ist sehr unangenehm und schränkt mich extrem ein."

Darauf der Therapeut: „Es geht Ihnen gar nicht gut, wenn Sie in einer Runde von Menschen sitzen, die sich unterhalten. Vermutlich sitzen sie gebückt und schauen zu Boden, Sie fühlen sich unfähig und haben auch Angst zu versagen. Habe ich das richtig verstanden?"

Klient (er sitzt jetzt aufrecht und schaut den Therapeuten an): „Genauso ist es! Meistens sage ich dann gar nichts! Ich bekomme Herzklopfen und spüre, wie es mir im Gesicht ganz heiß wird."

Therapeut: „Im Augenblick schildern Sie Ihre Situation so treffend und anschaulich, dass ich mir ein Bild von Ihrem Erleben machen kann. Das gelingt Ihnen gut! Überlegen Sie mal, in welchen Situationen haben Sie sich schon einmal in einer Gruppe so gut und sicher geäußert, kompetent und zufrieden! Fällt Ihnen etwas ein?"

Im Laufe der weiteren Gespräche werden Erlebnisse erinnert, in deren Verlauf der Klient sich erfolgreich in einer Gruppe geäußert hat. Der Klient wird zu mehr Selbstannahme, Selbstwertschätzung und Autonomie hingeführt.

35.3.5 Psychoanalytische Therapie

Definition

Unter **Psychoanalyse** versteht man eine Theorie der menschlichen Persönlichkeit, ihrer Störungen und deren Behandlung. Sie geht davon aus, dass menschliches Verhalten bewusste und unbewusste Anteile hat.

Die Psychoanalyse wurde von dem Wiener Psychiater Sigmund Freud (1856–1939) zur Zeit der Jahrhundertwende entwickelt.

Instanzenmodell

Das dem Instanzenmodell (S. 53) zugrundeliegende Bild der menschlichen Persönlichkeit besteht aus dem:

- Es,
- Ich,
- Über-Ich.

Dabei kommt dem Ich die Aufgabe zu, die oft entgegengesetzten Ansprüche des Es und des Über-Ichs zu koordinieren. Es hat Vermittlerfunktion zwischen den:

- triebhaften Bedürfnissen des Es (ich will, ich möchte),
- normativen Vorstellungen des Über-Ich (ich soll, ich muss),
- Gegebenheiten des Umfeldes und der Situation.

Hier im Ich entscheidet sich, ob jemand eine gestörte oder eine intakte Persönlichkeit hat, je nachdem, ob die Synthese bzw. der Kompromiss zwischen Über-Ich- und Es-Ansprüchen gelingt. Dies ist nach Freud auch die Ursache für die Entstehung von Verhaltensstörungen. Sie stellen eine

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

misslungene Lösung des Konflikts zwischen Über-Ich und Es dar.

Die Bedeutung des Unbewussten

Ein wesentlicher Anteil des menschlichen Erlebens geschieht unbewusst. Konfliktthaltige, unangenehme oder peinliche Erlebnisinhalte oder unlösbare Konflikte, vor allem aus der Zeit der frühen Kindheit, werden in das Unbewusste verdrängt. Von dort aus wirken sie weiter auf das Verhalten und Erleben ein. So stehen wesentliche psychische Inhalte dem Therapeuten und dem Patienten nicht mehr zur Verfügung, weil sie sich im Unterbewusstsein und in der Vergangenheit befinden. Mit Hilfe der psychoanalytischen Behandlung kann Unbewusstes in einem oft langen Prozess dem Klienten bewusstgemacht werden.

In den therapeutischen Gesprächen werden Störungen auf ihre kindlichen Grundkonflikte zurückgeführt. Die Einstellungen und Gefühle hinsichtlich der ersten Bezugspersonen, Eltern, Geschwister, Großeltern kann der Patient dabei auf den Therapeuten übertragen (Übertragung) und in der therapeutischen Beziehung neu durchleben.

Fallbeispiel

Übertragung. Frau D. leidet unter einer depressiven Störung. Ursächlich beteiligt sind dabei Vater-Tochter-Konflikte. Frau D. fühlte sich von ihrem Vater über lange Zeit ungerecht behandelt, in ihr hat sich viel Wut angestaut. Ihr Vater ist inzwischen verstorben. Der Therapeut fordert sie im heutigen Gespräch auf: „Stellen Sie sich vor, ich wäre Ihr Vater. Sagen Sie zu mir nun all das, was sie Ihrem Vater zu Lebzeiten gerne gesagt hätten."

Der Therapeut fordert seinen Klienten auf zu erzählen, seinen Gedanken, Vorstellungen und Empfindungen spontan freien Lauf zu lassen (freies Assoziieren) und sie unzensiert auszusprechen. Er hilft durch Nachfragen beim Aufdecken von unbewussten Inhalten. Auch über die Thematisierung von Träumen des Klienten findet er Zugang zum Unbewussten. Gegen dieses Bewusstmachen arbeitet im psychodynamischen Kräftehaushalt ein starker „Widerstand", um dem Menschen unangenehme Einsichten in eigene Probleme zu ersparen. Hier kann u. U. Hypnose eingesetzt werden, um ohne den Widerstand des Bewusstseins bzw. ohne bewusste Kontrolle des Klienten dessen Unbewusstes zu erreichen.

Die Therapie wird abgeschlossen, wenn es gelingt, eine neue Lösung für den alten Konflikt zu finden, die ein verändertes Verhalten und somit ein Verschwinden der Symptome ermöglicht.

Kritische Aspekte zu psychoanalytischen Therapien

Psychoanalytische Therapien möchten Störungen von Grund auf behandeln (kausale Therapie). Sie dauern meist über Jahre und sind teuer. Sie sind überwiegend an der Vergangenheit und an den Störungen orientiert. Die Zukunftsorientierung ist oft unzureichend. Es ist fraglich, ob die Bewusstmachung des Problems ausreicht, um eine Veränderung der psychischen Situation eines Menschen zu erreichen. Kritiker weisen darauf hin, dass ein konkretes Einüben neuer Verhaltensmuster (wie es die Verhaltenstherapie praktiziert) fehlt. Die psychoanalytische Therapie ist ein langer Reifungsprozess, den der Patient mit Unterstützung des Therapeuten durchläuft. Die lange Dauer der Therapie birgt eine Abhängigkeitsgefahr des Klienten vom Therapeuten.

35.3.6 Systemische Therapien

Systemische Therapien haben sich aus der Systemtheorie der Naturwissenschaften entwickelt. In den ersten beiden Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts setzte sich ein neues Denken über die Welt und ihre Erscheinungen, eine neue Art, die Welt zu sehen und zu erklären, zunächst in den mathematischen Wissenschaften und in der Physik durch. In den 1930er Jahren hielt dieses Denken in der Biologie, in den 1950er Jahren in den Sozialwissenschaften Einzug.

Das Denken in Psychiatrie und Psychologie änderte sich mit erheblicher Verzögerung erst in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts. Nach und nach hatte man aufgehört, einzelne Teile isoliert zu betrachten, zu beschreiben und zu erklären und damit begonnen, sie in ihrem jeweiligen Zusammenhang (Kontext) mit anderen Teilen zu erforschen. So stellte sich im Bereich psychiatrischer Behandlung heraus, dass die auf das Individuum konzentrierte Sichtweise eine unzureichende Erklärung für menschliche Verhaltensweisen ist. Man wandte sich mehr der Beziehung zwischen

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Individuen zu, also dem Zusammenhang, in dem sich Verhalten und Erleben ereignet.

Heute findet die systemische Sichtweise Anwendung in verschiedenen Bereichen, wie z. B.:

- Team- und Fallsupervision,
- Paartherapie,
- Familientherapie.

Systemische Familientherapie

Ein neues Verständnis von Krankheit und eine andere Sichtweise der Symptomatik liegen der Familientherapie zugrunde. Die psychische Störung des Patienten wird nicht isoliert gesehen, sondern im Zusammenhang mit dem zwischenmenschlichen Beziehungsgefüge verstanden. Die systemische Familientherapie sieht jeden Menschen als Teil eines sozialen Systems an, in dem bestimmte Gesetze gelten (▶ Abb. 35.4). So funktioniert z. B. ein System wie ein Mobile: Wenn sich ein Teil verändert, verändern sich auch die anderen.

▶ **Symptomträger.** Der „Patient" ist in vielen Fällen der „Symptomträger" eines gestörten Familiensystems. Nicht der einzelne Mensch ist krank, sondern die Beziehungsmuster in der Gruppe sind nicht funktional. Die Störung wird als ein Versuch verstanden, das System zu retten.

▶ **Methoden.** Systemische Familientherapie arbeitet mit verschiedenen Methoden, z. B.:

- Die Funktion des Symptoms wird betont.
- Die Wechselwirkungen der Beziehungen werden hervorgehoben.

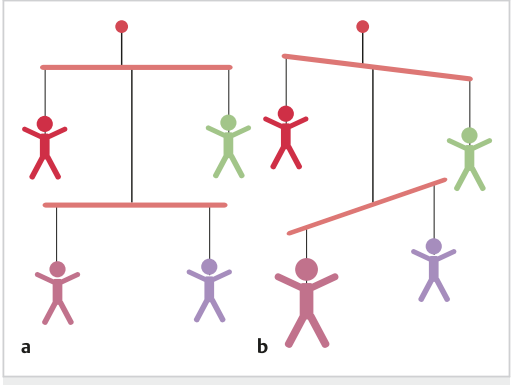


Abb. 35.4 Ein soziales System verhält sich wie ein Mobile.

Funktion des Symptoms

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen des Einzelnen haben in Bezug auf die Familie eine bestimmte Funktion. So können z. B. die Verhaltensauffälligkeiten (kleine Diebstähle, Schulprobleme) des 15-jährigen Sohnes helfen, dass die Eltern miteinander im Gespräch bleiben, wenn sie sich sonst nicht mehr viel zu sagen haben.

Wenn sich die Familie in Behandlung begibt, ist i. d. R. weder der Symptomträger noch die Familie in der Lage, sich aus eigenen Kräften zu verändern. Soll sich aber der Einzelne verändern, muss sich das Umfeld ändern, in dem er sich bewegt. Behandelt wird deshalb nicht der Einzelne, sondern das Beziehungsnetz, das System, von dem der Patient ein Teil ist. Er wird nicht isoliert betrachtet, diagnostiziert und therapiert, sondern in seinem sozialen Kontext. Er wird also nicht aus der Familie heraus in eine Therapie geschickt, dort behandelt und zurück in sein Familiensystem entlassen.

Merke

Die Familientherapie geht davon aus, dass die Symptomatik des Patienten für die Familie von zentraler Bedeutung ist und die Familie deswegen das Symptom aufrechterhält.

Fallbeispiel

Funktion des Symptoms. In der Sprechstunde eines Familientherapeuten entwickelt sich folgendes Gespräch:

Mutter: „Unser Ältester ist nun 17 Jahre alt. Vater und ich sind noch nie alleine verreist; aber wir können die Kinder (15 und 17 Jahre) doch nicht alleine lassen, sie können sich nicht versorgen und produzieren eine Katastrophe nach der anderen".

Therapeut zu den Kindern: „Eure Eltern machen sich Sorgen, dass ihr euch nicht alleine versorgen könntet. Und ihr? Habt ihr auch Sorgen, dass eure Eltern nicht ohne euch zurechtkommen?

Sohn: „Ja! Wenn wir nicht dabei sind streiten sich die Eltern immer so schlimm!"

In den folgenden Therapiestunden erarbeitet der Therapeut mit den Eltern zunächst Strategien, konstruktiv zu streiten und ihre Paarbeziehung zu verbessern. So werden die Kinder im Lauf der Therapie von der Sorge um die Beziehung der Eltern entlastet.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

An den therapeutischen Gesprächen nehmen möglichst alle beteiligten Familienmitglieder teil. Systemische Therapie ist aber auch mit einer Person oder einem Teil der Familie möglich. Entscheidend ist das systemische Denken in Vernetzungen der Personen untereinander und mit dem Umfeld.

Wechselwirkung der Beziehungen

Die systemische Familientherapie hebt die Wechselwirkung der Beziehungen hervor: Bei einem Paar ist ein Partner extrem dominant und mächtig, der andere fordert dieses Verhalten heraus oder lässt es zu, obwohl es ihn in seiner Entwicklung einschränkt. So wirken beide an der bestehenden Beziehungsstörung mit und beide werden an der Veränderung beteiligt.

Fallbeispiel

Wechselwirkungen der Beziehungen. Aus einem familientherapeutischen Gespräch (Minuchin u. a., 1981):

Therapeut: „Deborah, ich habe so das Gefühl, dass die Männer in dieser Familie allen Raum für sich beanspruchen und dass die Frauen eher ruhig und zurückhaltend und nicht sehr gesprächig sind. Ihr seid die Zuhörer, und sie sind die Sprecher. Hast du denn Raum, um dich zu äußern?“

Tochter: „Sie sind …“

Sohn lacht: „… diktatorisch!“.

Therapeut steht auf und geht gestikulierend auf ihn zu: „Hört euch das an! Hört euch das mal an!“ Der Therapeut rückt eine ganz automatisch erfolgte Aussage ins Licht und macht damit die in dieser Familie üblichen Transaktionen sichtbar.

Tochter: „Mir ist der richtige Ausdruck eben nicht gleich eingefallen.“

Therapeut: „Ja, und da ist Simon dir einfach in den Mund geschlüpft und hat das Wort ausgesprochen. Das ist ganz genau das gleiche, was deine Mutter nach deinem Bericht immer mit dir macht, Simon. Es ist auch genau das gleiche, was dein Vater deiner Mutter antut. Und jetzt machst du das gleiche mit Deborah.“

Indem er darauf hinweist, dass dieses Manöver immer und immer wieder auftaucht, wendet sich der Therapeut von der individuellen zu der für die Familie insgesamt charakteristischen Dynamik.

Sohn: „Die ganze Familie macht es so.“

Therapeut: „Ja. Seid doch so gut und lasst den anderen ein kleines bisschen Freiheit.“

Tochter: „Sie alle haben meine Stimme. Ich habe keine.“

Therapeut: „Sie haben deine Stimme, ja. Und was machst du, wenn du selbst etwas sagen möchtest? Wenn du etwas zu sagen hast?“

Der Therapeut schließt sich ihr an und fördert damit ihr autonomes Verhalten.

Tochter: „Dann sage ich es eben nicht.“

Therapeut: „Ist deine Mutter genauso wie du?“

Tochter: „Meinem Vater gegenüber, ja.“

Therapeut: „Das heißt, sie gehört auch zu den Stillen im Lande?“

Tochter: „Ja. Ja.“

Therapeut: „Und deine ältere Schwester? War sie auch so wie ihr beiden?“

Tochter: „Mit mir hat sie immer geredet.“

Therapeut: „Mit dir hat sie geredet. Hat sie eurem Vater denn geantwortet, hat sie gekämpft, hat sie eine andere Meinung vertreten als er?“

Tochter: „Hm, ja sehr.“

Therapeut: „Aha, dann war sie also anders. Und du und deine Mutter, ihr seid die Stillen in der Familie?“

Indem die jüngere Tochter und die Mutter es zulassen, dass Bruder und Vater für sie sprechen, wird es möglich, dass die Männer der Familie einen großen Raum für sich beanspruchen können.

Therapieziele

Das Ziel der Therapie ist ein funktionierendes (Familien-)System, das die Bedürfnisse seiner Mitglieder nach Eigenständigkeit (Autonomie) und Unterstützung befriedigt. Gelingt es, die dysfunktionalen Beziehungen, etwa eine krankmachende Art des Umgangs miteinander, in funktionale Beziehungen zu wandeln, verschwindet auch das Symptom.

Systemische Familientherapie ist effektiv (relativ kurze Behandlungsdauer bei lange anhaltender Wirkung). Sie hat sich bei Verhaltensstörungen, psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen bewährt. Sie arbeitet zukunfts- und lösungsorientiert, macht Mut, Veränderungen auszuprobieren und schreibt den Erfolg der Kompetenz der Klienten und den Selbstheilungskräften des Familiensystems zu.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Merke

Das Ziel der systemischen Therapie ist ein funktionierendes Familiensystem mit gesunden Interaktionsmustern, das die Bedürfnisse seiner Mitglieder nach Eigenständigkeit (Autonomie) und Unterstützung befriedigt.

35.3.7 Spieltherapie

Eine Spieltherapie folgt einigen wichtigen Grundprinzipien. Vor allem muss der Therapeut eine warme, freundliche Beziehung aufnehmen, in der das Kind ganz so angenommen wird, wie es ist, auch in seinem Zorn, Ärger und Übermut. Der Therapeut lässt das Kind in der Äußerung seiner Gefühle so weit wie möglich gewähren, anerkennt und unterstützt sie, indem er sie sprachlich noch einmal wiederholt („Du hast Angst …"). Er setzt jedoch auch klare Grenzen.

Fallbeispiel

Spieltherapie. Eine kleine Szene, die sich noch vor dem Behandlungszimmer abspielt, spiegelt diese Haltung der Therapeutin wider (nach Axline):

Mutter: *„Das ist Oskar. Der Himmel mag wissen, was Sie mit ihm anfangen können. Hier haben Sie ihn!"*

Therapeutin: *„Hättest du Lust, mit mir ins Spielzimmer hinüberzugehen?"*

Oskar: *„NEIN! Halt den Mund!"* Er schreit auf.

Mutter ebenfalls schreiend: *„Jetzt benimm dich gefälligst höflich, keine Frechheiten, verstanden!"*

Oskar lauter als zuvor: *„NEIN, NEIN, NEIN!"*

Mutter: *„Du bist wohl nicht gescheit! Was glaubst du eigentlich, warum ich dich hierher gebracht habe, um mit dir spazieren zu fahren?"*

Oskar jammert: *„Ich will nicht!"*

Therapeutin: *„Du magst nicht mit mir kommen?"*

Oskar: *„NEIN!"* Er schneidet eine Grimasse und ballt die Fäuste.

Mutter: *„Wenn du nicht mit ihr gehst, lass ich dich für immer hier!"*

Oskar hängt sich jammernd an die Mutter: *„Verlass mich nicht, verlass mich nicht!"* Er schluchzt hysterisch.

Therapeutin: *„Oskar hat Angst, wenn die Mutter droht, ihn zu verlassen."*

Mutter: *„Du, ich hab noch was anderes zu tun, bei Gott, Oskar, wenn du nicht still bist und mit der Dame mitgehst, dann werde ich dich verlassen, oder ich gebe dich weg."*

Oskar: *„Wirst du auf mich warten, wirst du hier sein, wenn ich wiederkomme?"*

Mutter: *„Natürlich, wenn du dich manierlich benimmst."*

Oskar greift nun, als ging's um Tod oder Leben, statt nach dem Rock der Mutter nach dem der Therapeutin: *„Wartest du?"*

Therapeutin: *„Soll Mutti dir versprechen, dass sie auf dich warten wird?"*

Oskar: *„Versprichst du es mir?"*

Mutter: *„Ich verspreche es dir."*

Die Therapeutin und Oskar gehen ins Spielzimmer, die Therapeutin will die Tür zumachen.

Oskar schreit: *„Nicht die Tür zumachen, nicht die Tür zumachen!"* Tränen laufen ihm über die Wangen.

Therapeutin: *„Ich soll die Tür nicht zumachen? Du hast Angst, wenn du hier bei mir bist, und die Tür ist zu. Also werden wir die Tür so lange auflassen, bis du sie zumachen willst."*

Damit wird Oskar die Verantwortung zugeschoben, die Wahl liegt bei ihm. Oskar sieht sich im Spielzimmer um.

► **Nicht-direktive Haltung des Therapeuten.** Dem kleinen Patienten wird die Verantwortung über das Türeschließen übergeben. Der Therapeut setzt dem Kind da Grenzen, wo es zu ernsthaften Zerstörungen oder Verletzungen kommen könnte. Er greift im Laufe der Behandlung nicht beschleunigend oder verlangsamend in den Entwicklungsprozess ein. Das Kind weist den Weg, der Therapeut begleitet es. Es bestimmt Schritt für Schritt das Tempo. Deshalb spricht man bei der Kinder-Spieltherapie wie auch bei der Gesprächstherapie von einer „nicht-direktiven" Haltung des Therapeuten.

Merke

Im Rahmen der Spieltherapie traut der Therapeut dem Kind zu, mit seinen Schwierigkeiten selbst fertig zu werden. Er gibt ihm Wahlmöglichkeiten, über sein Verhalten selbst zu entscheiden und unterstützt es beim Finden geeigneter Lösungsstrategien.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Teil VII: Methoden der Psychologie

36 Methoden der Psychologie – wie die Psychologie Erkenntnisse gewinnt *479*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.



Symbolbild © P. Blåfield, Thieme

Kapitel 36

Methoden der Psychologie – wie die Psychologie Erkenntnisse gewinnt

36.1 Voraussetzungen wissenschaftlicher Forschungsmethoden *479*

36.2 Methoden wissenschaftlicher Forschung *482*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

36 Methoden der Psychologie – wie die Psychologie Erkenntnisse gewinnt

„Der Beginn aller Wissenschaften ist das Erstaunen, dass die Dinge so sind, wie sie sind." Aristoteles, (384–322 v. Chr.), griechischer Philosoph, Lehrer Alexanders des Großen

Examensschwerpunkte

Gütekriterien (S. 479) wissenschaftlicher Forschungsmethoden, wissenschaftliche Forschungsmethoden (S. 482)

36.1 Voraussetzungen wissenschaftlicher Forschungsmethoden

Um von Alltagserfahrungen zu fundierten und verallgemeinerbaren Erkenntnissen zu gelangen, bedarf es wissenschaftlicher Forschungsmethoden. Diese Methoden sollen Ergebnisse bringen, die über persönliche Meinungen und Erfahrungen hinaus korrekte Schlussfolgerungen und neue Erkenntnisse schaffen. So ist es gerade in medizinischen und pflegerischen Berufen, die viel psychologisches Wissen benötigen, wichtig, nicht nur mit auf eigenen Erfahrungen basierendem Wissen zu arbeiten, sondern Hypothesen wissenschaftlich zu überprüfen und dadurch über nachweisbar gültige Kenntnisse zu verfügen.

Mit wissenschaftlichen Methoden forschen Psychologen, um Wissen über das Verhalten und Erleben des Menschen zu sammeln. Nicht jede Methode eignet sich für jede Fragestellung. Im Folgenden werden einige Forschungsmethoden vorgestellt: Welche Voraussetzungen sie erfüllen müssen, mit welchen Zielen sie eingesetzt werden können, welche Fehler auftreten können und nach welchen Kriterien die Methoden zu bewerten sind.

36.1.1 Gütekriterien

Wissenschaftliche psychologische Studien stellen den Anspruch, gültige Ergebnisse zu erzielen. Um zu gültigen Ergebnissen zu kommen, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. Die Gestaltung eines Experimentes, einer Testsituation, einer Beobachtung oder einer Befragung spielt für das Ergebnis eine wichtige Rolle. Wissenschaftliche Verfahren sollten deshalb genau geplant und exakt durchgeführt werden. Wie gut eine Studie wissenschaftlichen Anforderungen gerecht wird, wird anhand sog. Gütekriterien beurteilt.

Definition

Kriterien, die zur Bewertung wissenschaftlicher Verfahren und Studien herangezogen werden, bezeichnet man als **Gütekriterien**.

Zu den Gütekriterien gehören:
- Objektivität,
- Reliabilität,
- Validität,
- Normierung.

Objektivität

Die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Studie sollen unabhängig vom Versuchs- oder Testleiter sein. Das Kriterium der Objektivität bezieht sich sowohl auf die Durchführung als auch auf die Auswertung einer Studie. So sollen verschiedene Beobachter bei der Beurteilung eines Patienten möglichst zu den gleichen Ergebnissen kommen. Bei der Durchführung psychologischer Tests darf es keine Rolle spielen, wer den Test leitet oder bewertet.

Die meisten Auszubildenden haben mit fehlender Objektivität bereits Erfahrungen gemacht: So kann eine vergleichbare mündliche Leistung zu sehr unterschiedlichen Bewertungen bei verschiedenen Lehrern führen. Ähnlich geht es Patienten, die von verschiedenen Ärzten recht unterschiedliche Einschätzungen erhalten. Auch in Übergabegesprächen kommt es aufgrund fehlender Objektivität immer wieder zu Fehleinschätzungen oder Missverständnissen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Objektivität. Pflegefachkraft Anita berichtet bei einer Übergabe: „Der 8-jährige Johannes war die ganze Nacht unruhig." Ihre Kollegin Sabine sieht das ganz anders: „Unruhig? Er hat immerhin über 4 Stunden am Stück geschlafen. So ruhig war er die letzten 3 Nächte nicht."

Hier kommt es aufgrund fehlender objektiver Beobachtungskriterien zu verschiedenen Einschätzungen, die Beobachtung ist nicht objektiv. Eine Verbesserung der Objektivität kann erreicht werden, indem messbare Kriterien aufgestellt werden, nach denen beobachtet wird. Im Fallbeispiel wäre das z. B. die Anzahl der Stunden, in denen das Kind geschlafen hat. Eine höhere Objektivität kann auch durch den Einsatz mehrerer Beobachter erreicht werden. Dies ist z. B. auch ein Grund, warum bei Prüfungen i. d. R. mehrere Prüfer anwesend sind.

Versuchsleitereffekte (Rosenthal Effekt)

Im Laufe der Zeit hat sich bei Tests und wissenschaftlichen Versuchen herausgestellt, dass Ergebnisse unterschiedlich ausfielen, obwohl verschiedene Versuchsleiter sich genau an die vorgegebenen Anweisungen gehalten hatten. Sie lasen z. B. in gleicher wörtlicher Formulierung die Testaufgaben vor, führten exakt die Zeitmessungen durch, die Untersuchungen fanden in vergleichbaren Räumen statt, und doch kam es zu unterschiedlichen Ergebnissen, je nachdem, wer die Untersuchung geleitet hatte.

Definition

Unter **Rosenthal Effekt** versteht man das Phänomen, dass die Erwartungen des Versuchs- oder Testleiters das Versuchsergebnis beeinflussen. Sie prägen den Versuchsaufbau und den Versuchsablauf, filtern die Beobachtungen des Testleiters und führen zu subjektiv geprägten Interpretationen.

Sogar im Tierexperiment trat der Effekt auf: Wenn man Versuchsleitern vor einer Versuchsreihe zu verstehen gab, ihre Ratten seien besonders intelligente Tiere, berichteten sie nach den Tests von überdurchschnittlichen Intelligenzleistungen ihrer angeblich intelligenten, in Wirklichkeit ganz normalen Ratten (Rosenthal, 1966).

► **Doppelblindversuche.** Eine Möglichkeit dem entgegenzutreten sind sog. Doppelblindversuche, bei denen Versuchsperson und Versuchsleiter nicht wissen, um was es bei der Studie geht. Dadurch sinkt die Gefahr, bewusst oder unbewusst die Versuchsergebnisse zu beeinflussen.

Reliabilität

Das Kriterium der Reliabilität beschreibt die Zuverlässigkeit einer Studie: eine Studie sollte möglichst genaue Ergebnisse erzielen. Wird eine Studie wiederholt, sollten bei einem zuverlässigen Verfahren (z. B. bei einem bestimmten Test) unter vergleichbaren Umständen weitgehend identische Ergebnisse erreicht werden. So soll ein bei einem Schüler durchgeführter Intelligenztest nicht nur zu dem Ergebnis kommen: „Der Schüler ist ziemlich intelligent", sondern er soll einen exakten Messwert angeben, z. B. „Der Intelligenzquotient des Jungen beträgt 115". Das ist ein genauerer Messwert. Auch sollte eine Wiederholung der Messung (Retest) mit einer Parallelform des Tests zu einem ähnlichen Ergebnis kommen.

Validität

Das Kriterium der Validität beschreibt die Gültigkeit eines Verfahrens. Ein gültiges Verfahren misst tatsächlich das, was es vorgibt zu messen. So soll eine Studie, die die Intelligenzleistung von Menschen messen will, auch tatsächlich die Intelligenz messen und nicht andere Faktoren, wie z. B. fehlende Motivation oder Testangst.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Fallbeispiel

Validität. Bei einer Gruppe von 3 Kindern soll ein Intelligenztest durchgeführt werden. Jan gibt sich Mühe und arbeitet konzentriert an den Testaufgaben. Sein Ergebnis wird eine recht hohe Gültigkeit haben.

Timo hat keine Lust. Er malt kleine Pistolen auf den Test und wartet bis die Zeit vergeht. Er erreicht null Testpunkte. Die Messung ist jedoch nicht valide, da nicht die Intelligenz, sondern die Motivation erfasst wurde.

Lena ist ganz aufgeregt. Die Angst, sie könnte die Aufgaben nicht lösen, ist so groß, dass sie nur sehr wenige Testpunkte erreicht. Auch diese Messung ist nicht valide. Denn der Test hat bei Lena schließlich nicht die Intelligenz, sondern die Testangst erfasst.

Wenig valide sind auch manche Einstufungen des medizinischen Dienstes. So kann es sein, dass Patienten und Heimbewohner in Anwesenheit von Mitarbeitern des medizinischen Dienstes durch erhöhte Konzentration und Motivation Fähigkeiten entwickeln, die sie im normalen Alltag nicht zeigen.

Normierung

Ein Testverfahren muss genormt werden. Das geschieht im Vergleich mit Ergebnissen von möglichst vielen Personen. Je mehr Personen in der Vergleichsgruppe untersucht werden, umso sicherer kann eine Aussage sein. Die meisten wissenschaftlichen Tests verfügen über Tabellen, in denen an einigen tausend Menschen erfasst wurde, welche Ergebnisse für bestimmte Personengruppen (meist Altersgruppen) „normal“ sind. Es wird eine statistische Norm berechnet. Erst dadurch können Abweichungen als „nicht der Norm entsprechend“ eingestuft werden. Um z. B. die Entwicklung eines Kindes erfassen und überprüfen zu können, wird in Entwicklungstabellen nachgeschaut, was ein Kind in einem bestimmten Alter können sollte. So entspricht es z. B. der statistischen Norm, wenn Kinder zwischen 12 und 18 Monaten laufen lernen. Läuft ein Kind mit 2 Jahren noch nicht, entspricht das nicht der Altersnorm.

Aufgabe

1 Was versteht man unter Gütekriterien? Erklären Sie die Gütekriterien mit eigenen Worten, und erläutern Sie diese an je einem Beispiel.

36.1.2 Untersuchungsdesigns

Bei der Planung einer Studie wird die Vorgehensweise festgelegt, z. B. welche Personengruppen teilnehmen und wie viele Messzeitpunkte es geben soll. Unter diesen Aspekten unterscheidet man vor allem 2 Untersuchungsdesigns:

- Längsschnittuntersuchungen,
- Querschnittuntersuchungen.

Längsschnittuntersuchungen

Definition

Längsschnittuntersuchungen sind Beobachtungen, die über eine längere Zeit zu *verschiedenen* Untersuchungszeitpunkten an *einer* Person oder *einer* Gruppe durchgeführt werden. Mit dieser Methode werden Entwicklungsprozesse gemessen.

Wird z. B. eine Gruppe von Personen zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr immer wieder zu einer bestimmten Thematik befragt bzw. ihre Entwicklung wird immer wieder zu verschiedenen Messzeitpunkten erfasst, so handelt es sich um eine Längsschnittstudie.

Anhand von Längsschnittstudien werden neue Medikamente vor ihrer Einführung im Tierversuch oder von Probanden über einen längeren Zeitraum getestet. Dabei werden zu verschiedenen Untersuchungszeitpunkten – meist über lange Zeitabschnitte – die Wirksamkeit und die Nebenwirkungen z. B. anhand verschiedener Laborwerte geprüft.

Auch Therapieverlaufskontrollen sind häufig Längsschnittuntersuchungen: Studien zur Erfassung der Wirksamkeit bestimmter Therapien, z. B. bei alkoholabhängigen Personen, testen über Jahre den Erfolg der Behandlung, indem die Patienten auch nach Abschluss der Therapie im Abstand von bestimmten Zeitabschnitten nachuntersucht werden.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

► **Nachteile.** Problematisch ist, dass Längsschnittstudien meist zeitaufwendig, personal- und kostenintensiv sind. Im Laufe der Untersuchungszeit schrumpft die ausgewählte Stichprobe, indem Personen z. B. durch Umzug, fehlende Bereitschaft zur Teilnahme oder auch durch Krankheit oder Tod ausscheiden. So kann das Ergebnis verfälscht oder aufgrund zu geringer Teilnehmerzahlen nicht mehr aussagefähig sein.

Querschnittuntersuchungen

Definition

Querschnittuntersuchungen stellen Unterschiede zwischen einzelnen Menschen oder zwischen Gruppen fest. Es werden *verschiedene* Gruppen zu *einem* Zeitpunkt bzw. in einem kurzen Zeitraum untersucht.

Wird ein Intelligenztest an einem Tag an verschiedenen Altersgruppen durchgeführt, z. B. an den Gruppen der 11- bis 20-Jährigen, der 21- bis 30-Jährigen, der 31- bis 40-Jährigen, der 41- bis 50-Jährigen, der 51- bis 60-Jährigen und der 61- bis 70-Jährigen. Werden die Ergebnisse verglichen, handelt es sich um eine Querschnittstudie. Zu beachten ist hier, dass die Effekte nicht unbedingt alterstypisch sind. Geringere Testwerte bei den älteren Menschen müssen nicht aufgrund des Alters entstehen. Vielmehr kann es sich hier auch um sog. Generationeneffekte handeln. So haben die älteren Generationen oft weit weniger oder andersartige Schul- und Ausbildungsjahre erlebt, was zu unterschiedlichen Testwerten führen kann.

36.2 Methoden wissenschaftlicher Forschung

Zu den Methoden wissenschaftlicher Forschung gehören (► Abb. 36.1):
- Beobachtung,
- Experiment,
- Befragung,
- Testverfahren.

36.2.1 Beobachtung

Jeder Laie bedient sich im Alltag der Methode der Beobachtung. Schon kleine Kinder gewinnen aus ihren Beobachtungen Erkenntnisse. Um über persönliche Erfahrungen hinaus zu gesicherten Erkenntnissen zu gelangen, beobachtet die Wissenschaft unter strengen Regeln und Bedingungen.

► **Verfahren.** Man unterscheidet 2 Beobachtungsverfahren (► Abb. 36.2):
- Selbstbeobachtung,
- Fremdbeobachtung.

Die Selbstbeobachtung vollzieht die Person selbst, während die Fremdbeobachtung durch außenstehende Beobachter geschieht.

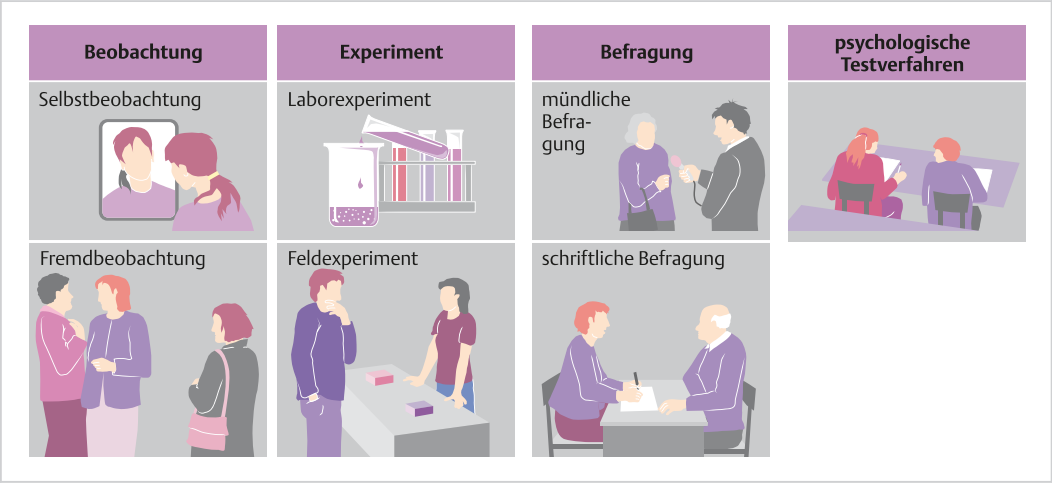


Abb. 36.1 Methoden wissenschaftlicher Forschung (nach Stanjek, 1998).

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

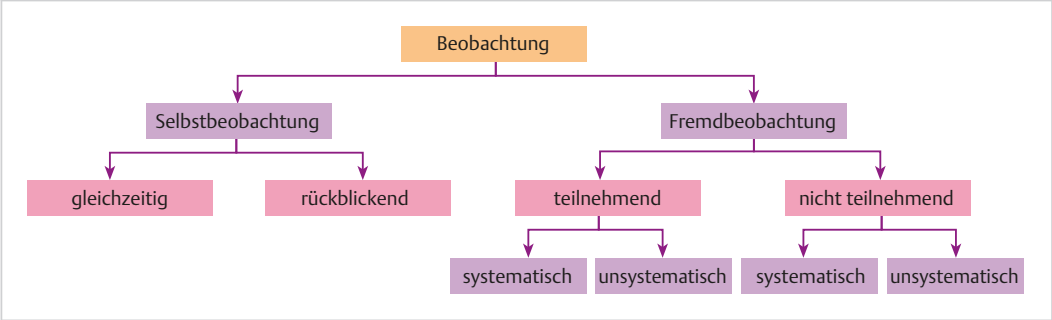


Abb. 36.2 Formen der Beobachtung (nach Stanjek, 1998).

Selbstbeobachtung

Aufgabe

2 Schätzen Sie zunächst wie viel arbeitsfreie Zeit Ihnen an einem durchschnittlichen Wochentag zur Verfügung steht. Schreiben Sie diese Schätzung auf ein Blatt Papier. Beobachten Sie sich anschließend eine Woche lang in Bezug auf Ihr Freizeitverhalten und notieren Sie jeden Abend, wie viel arbeitsfreie Zeit Ihnen an diesem Tag zur Verfügung stand. Vergleichen Sie nach einer Woche mit ihrer Schätzung und tauschen Sie sich mit Ihren Mitschülern über Ihr Ergebnis aus.

▶ **Formen.** Die Selbstbeobachtung ist eine Methode zur gezielten Beobachtung des eigenen Verhaltens und Erlebens. Es werden dabei 2 Formen der Selbstbeobachtung unterschieden:
- gleichzeitige Selbstbeobachtung,
- rückschauende Selbstbeobachtung.

Haben Sie wie in Aufgabe 2 beschrieben Ihr Freizeitverhalten dokumentiert, so haben Sie eine rückschauende Selbstbeobachtung durchgeführt. Möchten Sie Ihre Reaktionen auf Stress kennen lernen, um später bessere Stressbewältigungsmethoden zu erlernen, dann beobachten Sie Ihr Verhalten jedes Mal, wenn Sie in Stress geraten. Sie bedienen sich dabei der gleichzeitigen Selbstbeobachtung.

Ziele der Selbstbeobachtung

Wer sein Verhalten beobachtet, kann es analysieren und gegebenenfalls verändern. Zu Beginn verschiedener Therapien erhalten die Klienten die Aufgabe, ihr eigenes Verhalten zu beobachten und dabei Zeit, Situation und Einflussfaktoren zu dokumentieren. Ziele der Selbstbeobachtung sind:
- eigenes Verhalten und Erleben zu erkennen und zu bewerten,
- aus dem eigenen Verhalten und Erleben Rückschlüsse auf das Verhalten und Erleben anderer Personen zu ziehen,
- eigenes Verhalten bewusst zu ändern.

Fallbeispiel

Selbstbeobachtung. Thomas S. möchte in einem Kurs das Rauchen aufgeben. Die erste Aufgabe besteht darin, eine Woche lang seinen Zigarettenkonsum zu dokumentieren, indem er jede gerauchte Zigarette mit Uhrzeit und Situation protokolliert.

Bei der Analyse seines Verhaltens stellt er fest, dass er täglich zwischen 27 und 34 Zigaretten geraucht hat, und zwar vorwiegend nach dem Essen, in Stresssituationen und wenn er mit Freunden abends ausgeht. Er ist erstaunt, dass es tatsächlich so viele Zigaretten pro Tag sind, und ist fest entschlossen, mit dem Rauchen aufzuhören. Er eignet sich nun in der Therapie (unter anderem) alternative Verhaltensweisen für diese 3 kritischen Situationen an, die er, anstatt zu rauchen, einsetzen kann: Er erlernt Mechanismen zur Bewältigung von Stresssituationen, er geht am Abend in ein Sportstudio statt in eine Kneipe und nach dem Essen kaut er Kaugummi.

Fehlerquellen und Bewertung

Die Ergebnisse einer Selbstbeobachtung können fehlerhaft sein, da die Wahrnehmung des eigenen Verhaltens immer subjektiv ist. Es kann zu einem

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

verzerrten Bild kommen, weil jemand zu selbstkritisch oder sich selbst gegenüber zu wohlwollend ist. Außerdem ändert sich das Verhalten, wenn man weiß, dass man beobachtet wird oder sich selbst beobachtet.

Unbewusste Aspekte des Verhaltens können bei der Selbstbeobachtung oft nicht registriert werden: So ist manch einem Redner nicht bewusst, wie oft er sich während der Rede räuspert, sich die Haare aus dem Gesicht streicht oder was seine Hände so alles tun. Außenstehende nehmen solche unbewussten Handlungen eher wahr.

Die Selbstbeobachtung ist daher keine wissenschaftlich exakte Methode. Sie ist aber wichtig zur Bildung von Annahmen über psychische Vorgänge (Hypothesenbildung).

Fremdbeobachtung

Definition

Die **Fremdbeobachtung** ist eine Methode zur gezielten Wahrnehmung des Verhaltens und Erlebens anderer Personen.

Fallbeispiel

Fremdbeobachtung. Auf Anraten der Erzieherin des Kindergartens geht Frau Schmied mit ihrem 5-jährigen Sohn Paul zu einer psychologischen Beratungsstelle. Paul fiel immer wieder dadurch auf, dass er seinen Kopf an die Tischkante schlägt. Am Ende des ersten Beratungsgesprächs erhält Frau Schmied die Aufgabe, ihren Sohn genau zu beobachten, wenn er erneut mit dem Kopf an die Tischkante schlägt.

Beim nächsten Beratungstermin berichtet Frau Schmied: „Die Situationen sind alle sehr ähnlich: Paul ärgert sich, wenn er etwas nicht bekommt. Dann guckt er, ob auch jemand in der Nähe ist und schlägt dann mit dem Kopf auf den Tisch. Erst wenn ich alles stehen lasse und zu ihm gehe, hört er damit auf“.

► **Formen.** Man unterscheidet verschiedene Formen der Fremdbeobachtung:

- teilnehmende oder nicht teilnehmende Fremdbeobachtung,
- systematische oder unsystematische Fremdbeobachtung.

Teilnehmende oder nicht teilnehmende Fremdbeobachtung

Bei der teilnehmenden Beobachtung ist der Beobachtende in die Situation integriert: So können Pflegende während der Pflege beobachten, wie sich ein Patient verhält.

Um eine nicht teilnehmende Beobachtung handelt es sich, wenn eine außenstehende Person die Beobachtung durchführt: So kommen Mitarbeiter des medizinischen Dienstes und stufen Bewohner bezüglich ihrer Pflegestufe ein.

Systematische oder unsystematische Fremdbeobachtung

Definition

Systematisch ist eine Fremdbeobachtung nach festen Kriterien, z. B. anhand eines Beobachtungsbogens. Hier steht schon vorher genau fest, worauf geachtet werden soll, gegebenenfalls auch zu welchen Zeiten.

Fallbeispiel

Systematische Fremdbeobachtung. Pflegefachkraft Ute erneuert 2-mal täglich, morgens und abends, einen Wundverband. Sie beobachtet und beschreibt nach exakten Kriterien: Größe der Wunde (Durchmesser oder Umfang), Rötungsgrad, Hautzustand und Schwellung; d. h. sie beobachtet systematisch.

Definition

Unsystematisch ist eine Beobachtung ohne bestimmtes Ziel und ohne vorher festgelegte Beobachtungskriterien.

Fallbeispiel

Unsystematische Fremdbeobachtung. Nachmittags geht Pflegefachkraft Ute durch die Patientenzimmer, sie will sich vergewissern, ob alles in Ordnung ist. Dabei achtet sie nicht auf vorgegebene feste Kriterien.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

3 Welche Formen der Beobachtung werden unterschieden?
4 Beobachten Sie einen Patienten/Bewohner in Bezug auf sein Essverhalten. Halten Sie tabellarisch fest, wann und was er zu sich nimmt. Machen Sie auch Notizen über bestimmte Vorlieben und seine persönlichen Äußerungen in Bezug auf das Essen. Haben Sie neue Erkenntnisse gewonnen?
5 Ordnen Sie den folgenden Beobachtungen die Begriffe „systematische Beobachtung" und „unsystematische Beobachtung" zu.

- Eine Gruppe von Heimbewohnern ist in den renovierten Trakt des Hauses umgezogen. Es soll festgestellt werden, ob sich das Verhalten der Bewohner nach dem Umzug in irgendeiner Weise verändert hat.
- Beobachtung der Motorik der Arme, der Beine und der Mimik einer Schlaganfallpatientin stündlich und jeweils 5 Minuten lang.

Fehlerquellen und Bewertung

▸ **Verhaltensbeeinflussung.** Die Ergebnisse einer Fremdbeobachtung können möglicherweise Fehler aufweisen, da sich auch hier das Verhalten der beobachteten Person durch das Wissen, beobachtet zu werden, verändern kann. Eine teilnehmende Beobachtung wirkt dem entgegen.

Die Subjektivität der Wahrnehmung eines Beobachters (z. B. „Frau Huber erscheint mir sehr aufgeregt zu sein") kann durch die Verwendung von standardisierten (geeichten) Messverfahren mit messbaren Beobachtungskriterien, die wenig persönlichen Interpretationsspielraum lassen, verbessert werden („Der Blutdruck beträgt 160/90 mmHg").

Die Objektivität einer Beobachtung kann außerdem durch den Einsatz mehrerer unabhängiger Beobachter verbessert werden.

36.2.2 Experiment

Ein Experiment dient der Überprüfung einer Annahme oder einer Theorie. Es wird unterschieden zwischen Laborexperimenten und Feldexperimenten. Beide sind dadurch gekennzeichnet, dass nach einem bestimmten Plan eine Situation hergestellt oder verändert wird, um zu beobachten, wie sich dies auf bestimmte Variablen auswirkt.

Laborexperiment

Definition

In der psychologischen Forschung versteht man unter einem **Laborexperiment**einen wissenschaftlichen Versuch, bei dem das Verhalten und Erleben der Versuchspersonen in einem Labor bzw. in einer nicht natürlichen Umgebung absichtlich und planmäßig herbeigeführt und die Wirkung verschiedener Variablen überprüft wird.

Die festgelegten experimentellen Bedingungen, müssen exakt genug beschrieben sein, sodass auch andere Versuchsleiter das Laborexperiment durchführen können, ohne dass es deswegen zu anderen Ergebnissen kommt (Fremddurchführung). Das Laborexperiment muss auch später, an anderen Orten und auch von anderen Forschern wiederholbar sein. Die Ergebnisse werden dadurch nachprüfbar.

Fallbeispiel

Laborexperiment. In einem medizinischen Experiment soll die Wirksamkeit eines Medikaments zur Steigerung der Gedächtnisleistung überprüft werden. Im Psychologischen Institut der Universität wird das Medikament 500 gesunden und 500 im ersten Stadium der Alzheimer-Demenz erkrankten Personen verabreicht. Eine Stunde nach der Verabreichung werden den Personen Bilder mit Gegenständen gezeigt, die sie sich merken und später wiedergeben sollen. Die Ergebnisse werden mit Kontrollgruppen, die kein Medikament eingenommen haben, verglichen.

Fehlerquellen und Bewertung

Vorteile des Laborexperiments sind vor allem die Wiederholbarkeit des Versuchs und die Nachprüfbarkeit der Ergebnisse. Gute Beobachtungsmöglichkeiten sind gegeben, da eine systematische und nicht teilnehmende Beobachtung relativ leicht möglich ist. Die Ergebnisse fallen genauer aus, da Störbedingungen oft gut kontrollierbar sind. Einzelne Variablen des Experimentes können verändert werden, um zu neuen Erkenntnissen zu kommen.

Fehler können entstehen, wenn die Versuchssituation zu künstlich gestaltet wird. Mit zuneh-

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

mender Kontrolle der Situation wird sie auch realitätsfremder. Eine allzu große Vereinfachung der Situation wird der Komplexität des menschlichen Verhaltens nicht mehr gerecht. Zudem ist den Versuchsteilnehmern i. d. R. bewusst, dass sie an einem Experiment teilnehmen, was ihr natürliches Verhalten unter Umständen verändert (Verhaltensbeeinflussung).

Feldexperiment

Definition

Das **Feldexperiment** ist ein wissenschaftlicher Versuch, bei dem die Versuchspersonen in ihrer natürlichen Umwelt den experimentellen Bedingungen ausgesetzt und beobachtet werden.

Fallbeispiel

Feldexperiment. In einem Krankenhaus ergibt eine Umfrage bei den Mitarbeitern eine Arbeitsmotivation, die der durchschnittlichen Arbeitsmotivation von Mitarbeitern anderer Krankenhäuser entspricht. Danach wird die Hälfte der Stationen innenarchitektonisch besonders liebevoll gestaltet: Bilder, Pflanzen, Möbel, Vorhänge ergeben ein freundliches, harmonisches Bild. Nach 6 Monaten werden Mitarbeiter aller Stationen wieder befragt: Die Mitarbeiter der neu gestalteten Stationen geben höhere Werte für Wohlbefinden und Freude bei der Arbeit an als die Mitarbeiter der unveränderten Stationen.

Da diese Untersuchung in der natürlichen Umgebung durchgeführt wurde, handelt es sich um ein Feldexperiment.

Bewertung und Fehlerquellen

▸ **Vorteile.** Die Vorteile des Feldexperimentes gegenüber dem Laborexperiment sind folgende:
- Beobachtung findet in natürlicher Umgebung statt,
- komplexere Umweltbedingungen bringen mehr Realitätsnähe mit sich,
- Teilnehmer sind sich nicht bewusst, dass sie beobachtet werden.

▸ **Nachteile.** Die Nachteile des Feldexperiments liegen darin, dass:
- eine Wiederholung unter identischen Bedingungen kaum möglich ist,
- sich die Versuchsbedingungen nur eingeschränkt verändern lassen,
- Verhalten nicht so exakt registrierbar ist,
- einige Einflüsse kaum kontrollierbar sind.

Aufgabe

6 Vergleichen Sie Labor- und Feldexperiment und geben Sie Beispiele.

36.2.3 Befragung

Eine weitere Möglichkeit, Daten zu gewinnen ist die Befragung. Befragungen gibt es als
- mündliche Befragung und
- schriftliche Befragung (Fragebogen).

Mündliche Befragung

Mündliche Befragungen werden geführt als
- offene Befragung,
- teilstrukturierte Befragung,
- standardisierte Befragung,
- teilstandardisierte Befragung.

▸ **Offene Befragung.** Die Befragung gestaltet sich hierbei aus der Situation heraus. Der Fragende hat keinen festen Plan, nach dem das Interview ablaufen soll. Das Gespräch kann bei jedem Befragten vollkommen anders verlaufen.

▸ **Teilstrukturierte Befragung.** Einige wichtige Leitfragen sind vorgegeben, andere Fragen können sich aus dem Gespräch ergeben. Der Befragte kann ebenso wie der Befragende nachfragen oder neue Aspekte einbringen. Anamnesegespräche werden oft in Form einer teilstrukturierten Befragung geführt.

▸ **Standardisierte Befragung.** Hier werden Wortlaut, Reihenfolge, Antwortmöglichkeiten und Verhalten des Interviewers exakt vorgegeben.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

▶ **Teilstandardisierte Befragung.** Bei vielen Befragungen sind nur Teile standardisiert, während manches auch aus der Situation heraus variiert werden kann, und Spielräume im Vorgehen der Befragung bestehen. Zum Beispiel werden die Fragen wörtlich vorgelesen, aber der Proband kann ergänzen oder nachfragen und bekommt darauf eine Antwort, die nicht exakt vorgegeben ist.

▶ **Fehlerquellen und Bewertung.** Die Schwächen mündlicher Befragung liegen schon in der Art und Weise des Fragens, im Tonfall, aber auch im Bereich der Auswertung, die bei einem großen Interpretationsspielraum viel Subjektivität zulässt. Mündliche Befragungen sind nicht vollständig anonym. Auch das kann Ergebnisse verändern.

Schriftliche Befragung (Fragebogen)

Bei Fragebögen ist die Fähigkeit, lesen und schreiben zu können, Voraussetzung. So haben ältere Menschen mit eingeschränkter Sehfähigkeit häufig Schwierigkeiten, die oft kleingedruckten Fragen zu lesen. Bei demenziell erkrankten Menschen ist die Fähigkeit zu lesen spätestens in fortgeschrittenen Stadien nicht mehr vorhanden. Die Fähigkeit zu schreiben kann durch verschiedene Erkrankungen beeinträchtigt sein.

Die schriftliche Form der Befragung erlaubt eine sorgfältigere Auswahl und Konstruktion der Fragen. Für die Beantwortung besteht bei einigen Fragebögen eine Zeitvorgabe, andere lassen unbegrenzte Beantwortungszeiten zu. Manche Bögen enthalten vorgegebene Antworten. Es handelt sich dann um sog. Multiple-Choice-Fragen; andere lassen freie Formulierungen zu. Die Gefahr der Versuchsleitereffekte (S. 480) besteht bei schriftlichen Multiple-Choice-Fragen nicht. Es gibt, verglichen mit der mündlichen Befragung, oft wenig Antwortspielraum, die Möglichkeit nachzufragen und die Antwort zu ergänzen besteht meist nicht.

Aufgabe

7 Welche Formen von Befragung werden im Krankenhaus bzw. im Pflegeheim angewendet? Diskutieren Sie die Vor- und Nachteile dieser Befragungsformen.

36.2.4 Psychologische Testverfahren

Definition

Psychologische Tests sind Messverfahren, die dazu dienen, psychologische Merkmale messbar zu machen, möglicherweise zahlenmäßig zu erfassen, also zu quantifizieren.

Ziel ist es, durch den Vergleich mit anderen Menschen oder Gruppen, den Ausprägungsgrad von Eigenschaften zu ermitteln, Normabweichungen festzustellen und möglicherweise eine Vorhersage über zukünftiges Verhalten zu ermöglichen. Psychologische Tests messen z. B.:

- Intelligenz (S. 90),
- Sprachfähigkeit,
- Rechenfähigkeit,
- Entwicklungsstand,
- Motorik,
- Persönlichkeitsmerkmale,
- Interessen.

Fallbeispiel

Psychologische Testverfahren. Max stört seit einigen Wochen den Mathematikunterricht. In anderen Unterrichtsfächern verhält er sich unauffällig und ist leistungsbereit. Auf Anraten der Lehrerin stellt seine Mutter ihn in einer schulpsychologischen Beratungsstelle vor. Dort wird auf der Basis psychologischer Testverfahren eine Rechenschwäche diagnostiziert.

Die testpsychologische Untersuchung hat sich für Max gelohnt: Er wird daraufhin zu einem gezielten Rechentraining angemeldet und verbessert seine Rechenfähigkeit so, dass er auch im Mathematikunterricht gut mitarbeiten kann.

Fehlerquellen und Bewertung

Der Einsatz psychologischer Testverfahren birgt sowohl Chancen als auch Gefahren. Die Durchführung von Tests kann Nachteile für den Getesteten mit sich bringen: Tests mit einem negativen Ergebnis können das Selbstwertgefühl der getesteten Person beeinträchtigen.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Es muss daher stets abgewogen werden, ob die Durchführung des Tests und die Mitteilung der Ergebnisse für den Betreffenden insgesamt von Nutzen sind: Im Test gewonnene Daten können für die Beantragung einer Fördermaßnahme herangezogen werden, sie können als Grundlage für eine gezielte therapeutische Maßnahme genutzt werden oder das Wissen über die eigene Persönlichkeit erweitern.

Bei der Durchführung und Auswertung von Tests muss immer beachtet werden, dass:

- sich Testmotivation, Leistungsdruck und Prüfungsangst auf das Testergebnis auswirken können,
- Tests künstlich erzeugte Situationen sind. So sind Testergebnisse nicht immer übertragbar auf alltägliche Situationen – vgl. Validität (S. 480).



Aufgabe

8 Eine Firma hat ein neuartiges Lagerungsmaterial entwickelt und behauptet, dass damit gelagerte Patienten weniger gefährdet seien einen Dekubitus zu entwickeln. Sie sollen nun abwägen, mit welcher Methode diese Behauptung am besten überprüft werden kann.

a) Überlegen Sie sich eine konkrete Vorgehensweise (Personengruppe der Stichprobe, Zeitraum, Untersuchungsdesign usw.).

b) Wägen Sie die Vor- und Nachteile der folgenden Methoden zur Überprüfung dieser Hypothese ab und entscheiden Sie sich anschließend für eine Kombination von Methoden: Selbstbeobachtung, Fremdbeobachtung, Fragebogen, offene mündliche Befragung, standardisierte mündliche Befragung oder Laborexperiment.

9 Was messen psychologische Tests? Welche Tests haben Sie schon kennen gelernt? Beschreiben Sie Ziele und Gefahren bei der Anwendung psychologischer Tests.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Anhang

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Kapitel 37
Anhang

37.1 Filme *491*

37.2 Grundgesetz (Auszüge) *492*

37.3 Literaturverzeichnis *492*

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

37 Anhang

37.1 Filme

37.1.1 Aranka

Nach dem Buch „Ich lerne leben, weil du sterben musst“ von Cordula Zickgraf, 1984 gedreht, erhältlich beim SWR-Mitschnittdienst Baden-Baden, mitschnitt@swr.de.

► **Inhalt.** Er basiert auf Tagebuchnotizen der Autorin und handelt von Erfahrungen, die sie im Krankenhaus in der Begegnung und Freundschaft mit einer jungen Patientin, Aranka, macht, die unheilbar erkrankt ist. Der Film führt durch die verschiedenen Stadien der Auseinandersetzung mit dem Sterben. Er bringt dem Betrachter die große Herausforderung für die Beziehung der beiden Mädchen überzeugend nahe.

Dauer: 67 Minuten

Aufgaben zum Film

Wer sich darauf einlässt, sterbende Menschen zu begleiten, kann dabei sehr merkwürdige Gespräche erleben, die ihn selbst noch lange zum Nachdenken anregen. In dem Spielfilm „Aranka“ kommt der folgende kurze Dialog vor:

Aranka: „Die Schmerzen, weißt du, das ist das Allerschlimmste! Kannst du dir das vorstellen?“

Conny (rasch): „Eben nur vorstellen!“

Aranka: „Wo sind eigentlich die Schmerzen, wenn sie weg sind?“

Conny: „Du machst wieder Witze; wo sollen sie denn sein?“

Aranka: „Aber irgendwo müssen sie doch sein, wenn man sie nicht spürt. Sie sind in der Nähe. Sie kommen wieder!“

Conny (nach einer Pause): „Vielleicht hast du Recht. Wir können Freundinnen sein, wenn du willst.“

Aranka: „Darf ich dich umarmen?“ Sie weint. Dann fassen sich beide an den Händen und tanzen um einen Laternenpfahl.

Aufgabe

Äußerungen, die einen aufhorchen und nachdenken lassen, aber zugleich ein oberflächliches Übergehen anbieten, sind charakteristisch für Gespräche mit sterbenden Menschen. Hier zum Beispiel Arankas Frage „Wo sind eigentlich die Schmerzen, wenn sie weg sind?“

1 Versuchen Sie herauszufinden, worüber Aranka sprechen möchte. Sie können zu zweit als Conny und Aranka ausprobieren, wie das Gespräch an dieser Stelle fortgeführt werden könnte, sodass dem eigentlichen Thema zu Sprache verholfen wird.

2 Schärfen Sie Ihre Wahrnehmung für die Pausen. Sie sind ein wichtiger Bestandteil eines Gesprächs. Wenn Sie Gelegenheit haben, schauen Sie diese kurze Szene des Films mehrmals an und beachten Sie die Pausen in dem kleinen Dialog. Die merkwürdige Wende im Gespräch, „Vielleicht hast du recht“, kommt ja nach einer Pause zustande. Raten und vermuten Sie ein wenig, was wohl in den Pausen passiert. Welche Bedeutung kommt ihnen zu?

37.1.2 Harold und Maude

Von Collin Higgins, 1971, erhältlich als DVD.

► **Inhalt.** Harold ist 20, Maude 79 Jahre alt. Beide sind anders als die Menschen ihrer Altersgruppen. Beide erfüllen nicht die üblichen Erwartungen an einen 20-jährigen jungen Mann beziehungsweise an eine ältere Dame. Die beiden finden sich über ihre Interessen, Einstellungen und Gedanken über die Welt und das Leben. Sie sind fasziniert von einander und erleben Glück in dieser seltenen Beziehung. Die Welt um sie herum nimmt Anstoß.

Dauer: 88 Minuten

Aufgaben zum Film

Im Kapitel „Miteinander leben und arbeiten“, werden die sozialpsychologischen Themen Rolle und Normen behandelt. Im Film finden Sie dazu reichliches Anschauungsmaterial. Gehen Sie den folgenden Fragen nach.

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Aufgabe

3 Welche Erwartungen stellen Personen im Film an die Rolle eines jungen Mannes bzw. einer alten Dame?
4 Nach welchen Normen handeln Harolds Mutter, Onkel Victor bzw. der Polizist? Welche Normenverstöße erlauben sich Harold und Maude?
5 Welche Werte gelten für Harold und Maude?

37.2 Grundgesetz (Auszüge)

37.2.1 Artikel 1

(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.
(2) Das deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.
(3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.

37.2.2 Artikel 2

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.
(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

37.2.3 Artikel 3

(1) Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.
(2) Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.
(3) Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.

37.3 Literaturverzeichnis

[1] Adler G. Nicht-medikamentöse Hilfen für Menschen mit Demenz. Stuttgart: Kohlhammer; 2011
[2] Albom M. Dienstags bei Morrie. München: Goldmann; 1998
[3] Albrecht E, Orth Ch, Schmidt H. Hospizpraxis. Freiburg: Herder; 1995
[4] Amberger S, Roll S. Psychiatriepflege und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme; 2010
[5] Antonovsky A, Franke A, Hrsg. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt; 1997
[6] Axline VM. Kinderspieltherapie, München, Basel: Reinhardt; 1972
[7] Baltes P. Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. Psychologische Rundschau 1990; 41: 1–24
[8] Baltes P, Baltes B. Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns in: Zeitschrift für Pädagogik 35, 1989, S. 85–105
[9] Becker J. Die Wegwerfwindel auf der Wäscheleine. Darmstadt: afw Arbeitshilfe Demenz; 1995
[10] Becker J. „Gell, heut geht's wieder auf die Rennbahn", Darmstadt: afw Arbeitshilfe Demenz; 1999
[11] Berthold B. Kalendergeschichten. Hamburg; 1999
[12] Born G. Balanceakt. Pflegende Angehörige zwischen Liebe, Pflichtgefühl und Selbstschutz Frankfurt: Books on Demand; 2010
[13] Bundeskriminalamt. Polizeiliche Kriminalstatistik 2017. Im Internet: https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2017/Standardtabellen/standardtabellenFaelle.html?nn=96600; Stand: 02.06.2018
[14] Butollo W, Hagl M, Krüsmann M. Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Stuttgart: Pfeiffer; 1999
[15] Caplan S, Lang G. Grief's courages journey. Oakland: New Harbinger; 1995
[16] Cumming E, Henry WE. Growing Old: The process of disengagement. New York: Basic Books; 1961
[17] Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Berlin; 2016. Im Internet: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf; Stand: 02.06.2018
[18] Dietrich M. In: Reader's Digest, Hrsg. Das große Buch der Lebensweisheiten. Stuttgart: Das Beste; 2008
[19] Dilling H, Freyberger JH, Hrsg. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Hogrefe; 2015
[20] Dobroschek M. Ein ganz besonderer Tag auf Station. Stuttgart: Thieme 2001
[21] Du Boulay S, Saunders C. Ein Leben für Sterbende. Wien: Tyrolia 1987
[22] Ehlers A. Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe 1999
[23] Feßler J. Taschenbuch der Krankenpflege. Andechs: Gmelin; 1925
[24] Flammer A. Entwicklungstheorien – Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung. 2. Aufl. Bern: Huber; 1996
[25] Fotokiste. Zur Biografiearbeit mit dementen Menschen. Hannover: Vincentz; 2002
[26] Funkkolleg Altern. Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen; 1996
[27] Gage NL, Berliner DC. Pädagogische Psychologie. 4. Aufl. Weinheim: Beltz; 1986

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

[28] Georg J, Frowein M, Hrsg. Pflege Lexikon. Bern: Huber; 1999
[29] Görgen T. Gewalt gegen ältere Menschen im stationären Bereich Im Internet: http://www.bibb.de/redaktion/altenpflege_saarland/literatur/gewalt
[30] Grond E. Praxis der psychischen Altenpflege. München: Werk-Verlag Edmund BanascCewski 1999
[31] Grüneberg L, Hauser P. Gerontologie für Altenpflegeberufe. Köln: Bildungsverlag Eins; 1997
[32] Günster C, Klose J, Schmacke N. Versorgungsreport. Stuttgart: Schattauer; 2012
[33] Haupt WF et al. Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe. Stuttgart: Urban & Fischer; 2002
[34] Hermann U. Das deutsche Wörterbuch. Nördlingen: Knaur; 1985
[35] Hirsch AM. Psychologie für Altenpfleger. Berlin/München: Urban & Vogel; 1994
[36] Hirsch R. Sexualität im Alter: Zwischen Lust und Tabu. In: Herzog G, Tergeist G, Hrsg. Störfall Sexualität. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1996
[37] Holzbecher M, Meschkutat B. Mobbing am Arbeitsplatz. Dortmund/Berlin: Wirtschaftsverlag; 2002
[38] Horlemann J. Gemeinsames Leben: jetzt und bis zuletzt. Bingen: IGSL-Hospiz; 2011
[39] Hornung R, Lächler J. Psychologisches und soziologisches Grundwissen für Krankenpflegeberufe. 8. Aufl. Weinheim: Beltz 1999
[40] Hospiz Stuttgart: Einblicke, 5 Jahre Stationäres Hospiz, Jahresbericht 1998. Stuttgart 1999
[41] I care LernPaket Pflege. Anatomie, Physiologie, Krankheitslehre. Stuttgart: Thieme; 2015
[42] Illies, F. Generation Golf. Eine Inspektion. Frankfurt: S. Fischer; 2001
[43] Jasper BM. Lehrbuch Altenpflege Gerontologie. Hannover: Vincentz; 2002
[44] Jasper BM. Gerontologie. Hannover: Vincentz; 2002
[45] Janosch: „Janosch erzählt Grimms Märchen". Weinheim/Basel: Beltz & Gelberg; 2001
[46] Kast V. Trauern. Stuttgart: Kreuz; 1999
[47] Kellnhauser E et al, Hrsg. Thiemes Pflege. Stuttgart: Thieme; 2004
[48] Kern N. Gerontologie für die Altenpflegeausbildung Band 1 und 2. Neusäß: Kieser; 1999
[49] Kerkhoff B, Halbach A. Biografisches Arbeiten. Hannover: Vincentz; 2002
[50] Kirchner H. Mobbing im Pflegeteam. Stuttgart: Thieme; 2000
[51] Klemm M et al, Hrsg. Tränen im Regenbogen. Tübingen: Attempto; 1991
[52] Knill M. Was ist Erfolgsintelligenz? Im Internet: http://www.rhetorik.ch/Intelligenz/Erfolgsintelligenz.html (Stand: 14.05.2018)
[53] Koch C. Pubertät war erst der Vorwaschgang. München: Gütersloher Verlagshaus; 2016
[54] Kolodej C. Mobbing. Wien: WUV; 1999
[55] Koblinger D. Soziologie für die Altenpflege. Köln: Stam; 2000
[56] Körkel J, Kruse G. Basiswissen: Rückfall bei Alkoholabhängigkeit. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2005
[57] Krech D et al. Grundlagen der Psychologie. Weinheim: Beltz; 1992
[58] Kühnert S, Wittrahm A. Psychologie in der Altenpflege. Troisdorf: Bildungsverlag EINS; 2006
[59] Kübler-Ross E. Interviews mit Sterbenden. Stuttgart/Berlin: Knaur; 1974
[60] Kübler-Ross E. Kinder und Tod. Zürich: Oesch; 1984
[61] Küng H. Erkämpfte Freiheit. Erinnerungen. München: Piper; 2002
[62] Laux G, Möller HJ. Memorix Psychiatrie und Psychotherapie Stuttgart: Thieme; 2008
[63] Lasogga F, Gasch B. Notfallpsychologie. Edewecht/Wien: Stumpf & Kossendey; 2002
[64] Lewin K. Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Ausgewählte theoretische Schriften, Bern: Huber; 1963
[65] Leymann H, Hrsg. Der neue Mobbing-Bericht. Reinbek: Rowohlt; 1995
[66] Lindgren A. Pippi Langstrumpf. Hamburg: Oetinger; 1969
[67] Lück E, Miller R, Hrsg. Illustrierte Geschichte der Psychologie. Weinheim: Beltz; 1999
[68] Marwedel U. Gerontologie und Gerontopsychiatrie. Haan-Gruiten: Europa Lehrmittel Verlag; 2004
[69] Minuchin S et al. Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta; 1981
[70] Mitchell JT, Everly GS. Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 1998
[71] Möller HJ et al. Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2001
[72] Müller-Lange J, Hrsg. Handbuch Notfallseelsorge. Edewecht/Wien: Stumpf & Kossendey; 2001
[73] Nagl-Cupal M. Den eigenen Beitrag leisten. Krankheitsbewältigung von Angehörigen auf der Intensivstation. Hungen: Books on Demand; 2011
[74] Nagl-Cupal M, Schnepp W. Funktion und Gestaltung familiärer Hilfen im Angesicht existenzieller Erfahrungen von Angehörigen auf der Intensivstation. Stuttgart: Thieme; 2011
[75] Niven N, Robinson J. Psychologie für Pflegende. Bern: Huber; 2001
[76] Nüchtern M. Jahresringe (nach Ernst Jochum). Gütersloh: KU-Praxis; 1986
[77] Oerter R, Montada L, Hrsg. Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz; 1998
[78] Oosterhuis H. Auf halbem Weg. Freiburg: Herder; 1975
[79] Paulsen S. Die Kunst des Erinnerns. In: Geo 2001: 12; 50
[80] Payk T. Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme; 1998
[81] Perrar KM, Sirsch E, Kutschke A, Hrsg. Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. Stuttgart: Thieme; 2007
[82] Petzold H. Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann; 1993
[83] Pöldinger W. Suizidprophylaxe bei depressiven Syndromen. Neuropsychiatr Clin 1982; 1: 87
[84] Rest F. Den Sterbenden beistehen. Heidelberg: Quelle & Meyer; 1981
[85] Rest F. Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. Stuttgart: Kohlhammer; 1992
[86] Robert Koch-Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland. Berlin: 2015. Im Internet: http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf; Stand: 02.06.2018
[87] Robert Koch-Institut. Robert Koch-Institut zum Weltgesundheitstag 2017: Daten und Fakten zu Depressionen. 2017. Im Internet: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/D/Depression/Daten_Fakten/daten_fakten_depressionen_inhalt.html; Stand: 02.06.2018

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

[88] Sachweh S. „Noch ein Löffelchen?“. Bern: Huber; 2002
[89] Sachweh S. Kein Buch mit 7 Siegeln, Stuttgart: Thieme; 2008
[90] Schmidtke A, Weinacker B. Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen in Deutschland. Suizidprophylaxe 1998; Sonderheft: 37
[91] Schmidtke A et al. Epidemiologie der Suizidalität im 20. Jahrhundert. In: Wolfersdorf M, Franke C. Suizidforschung und Prävention am Ende des 20. Jahrhunderts. Regensburg: Roderer; 2000
[92] Schmitt EE. Oskar und die Dame in Rosa. Zürich: Ammann; 2003
[93] Schneider W, Lindenberger U, Hrsg. Entwicklungspsychologie. Weinheim, Basel: Beltz; 2012
[94] Schnepp W, Budroni H. Angehörige in der Pflege. Stuttgart: Thieme; 2012
[95] Schönpflug W. Geschichte und Systematik der Psychologie. Weinheim: Beltz; 2000
[96] Scholich A et al. Die Fotokiste, Hannover: Vincentz; 2002
[97] Schulz von Thun F. Miteinander reden, Reinbek: Rowohlt; 1991
[98] Simonton C et al. Wieder gesundwerden. Reinbek: Rowohlt; 1984
[99] Sodian B. Theorie der kognitiven Entwicklung. In: Keller H, Hrsg. Lehrbuch Entwicklungspsychologie. Bern: Huber; 1998
[100] Sonneck G. Krisenintervention und Suizidverhütung Wien: Facultas; 2001
[101] Sowinski Ch. Mit gemischten Gefühlen. Pflegen ambulant 2000; 2: 17
[102] Specovius E. Sexualität in der Gerontopsychiatrie: Ein Tabu? Paracelsus Magazin 1999; 2. Im Internet: https://www.paracelsus.de/magazin/ausgabe/19 9902/sexualitaet-in-der-gerontopsychiatrie-ein-tabu/; Stand: 02.06.2018
[103] Stanjek K, Hrsg. Altenpflege Konkret, Sozialwissenschaften. München/Bern: Urban & Fischer; 1998
[104] Statistisches Bundesamt Deutschland: www.destatis.de (05/2018)
[105] Statistisches Bundesamt. Alleinlebende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 11. Juli 2012 in Berlin. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2012/Alleinlebende/begleitmaterial_PDF.pdf?__blob = publicationFile; Stand: 02.06.2018
[106] Statistisches Bundesamt. Gesundheitspersonal nach Berufen und Art der Beschäftigung. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Beschaeftigte.html; Stand: 02.06.2018
[107] Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden; 2017. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5 22400115 9004.pdf?__blob = publicationFile; Stand: 02.06.2018
[108] Statistisches Bundesamt. Statistik der Eheschließungen. Im Internet: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabelleErgebnis/12611–0001; Stand: 02.06.2018
[109] Statistisches Bundesamt. Statistik rechtskräftiger Urteile in Ehesachen. Ehescheidungen. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabelleErgebnis/12631–0001; Stand: 02.06.2018
[110] Statistisches Bundesamt. Suizide nach Altersgruppen. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Sterbefaelle_Suizid_ErwachseneKinder.html; Stand: 02.06.2018
[111] Stavemann H. Therapie emotionaler Turbulenzen, Weinheim: Beltz; 2003
[112] Stoddard S. Die Hospiz-Bewegung. Freiburg: Herder; 1987
[113] Strauch B. Warum sie so seltsam sind. Gehirnentwicklung bei Teenagern. Berlin: Berlin Verlag; 2004
[114] Stroebe W et al, Hrsg. Sozialpsychologie. Berlin: Springer; 2002
[115] Student JC, Napiwotzky A. Palliative Care. Stuttgart: Thieme; 2011
[116] Student JC. Die zehn Grundprinzipien eines Hospizes. Medizin, Mensch, Gesellschaft 1987; 12: 232–240
[117] Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – TNS Infratest Sozialforschung, 2010
[118] Stulich O. Krise und wie sie bewältigt werden kann. Stuttgart: Thieme; 2011
[119] TNS Infratest Sozialforschung: Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München: 2011
[120] TNS Infratest Sozialforschung: Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen. 2005
[121] TNS Infratest Sozialforschung: Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. 2010
[122] Tölle R, Windgassen K. Psychiatrie. Berlin/Heidelberg: Springer; 2003
[123] Tuckman BW, Jensen MA. Stages of small-group development revisted. Group Org. Studies 2; 1977
[124] Universum, INSEAD Emerging Markets Institute, The HEAD Foundation and MIT Leadership Center. Brave new workplace. A look at how generations X, Y and Z are reshaping the nature of work. Generation Series 2017. Im Internet: https://universumglobal.com/genxyz/; Stand: 14.05.2018
[125] Van den Brouck J. Handbuch für Kinder mit schwierigen Eltern. Stuttgart: Klett-Cotta; 1981
[126] Vergnaud M. Teamentwicklung. München: Elsevier; 2004
[127] Vieten M, Schramm A, Hrsg. Pflege Konkret, Neurologie, Psychiatrie. München/Jena: Urban & Fischer; 2001
[128] Watzlawick P, Weakland J. Interaktion. Bern: Huber; 1980
[129] Weltgesundheitsorganisation. Suicide. Key Facts. Im Internet: http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide; Stand: 02.06.2018
[130] Wettstein A et al. Checkliste Geriatrie. Stuttgart: Thieme; 1997
[131] Williams M. Für jeden freien Tag 7. In: Arbeitsgemeinschaft Missionarische Dienste. Stuttgart; 1978
[132] Willig W et al. Psychologie, Soziologie, Gesprächsführung in der Altenpflege, Balingen: Selbstverlag; 1996
[133] Wirsing K. Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe, Weinheim: Beltz; 2000
[134] Wittchen H-U, Jacobi F, Hoyer J. Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. o.J. Im Internet: https://psy2.psych.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/Wittchen-HH-29 0903.pdf; Stand 04.06.2018
[135] Wittchen H-U, Zaudig M. DSM IV, Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe; 2003
[136] Wölm HJ. Arbeitsbuch Altenpflege Köln: Bildungsverlag Eins; 2011
[137] Zegelin A. Hunrig nach Zuwendung. Altenpflege 2016; 2: 56–59
[138] Zimbardo PG, Gerrig RJ. Psychologie. Berlin: Springer; 1999
[139] Zwack J. Wie Ärzte gesund bleiben. Resilienz statt Burnout. Stuttgart: Thieme; 2015

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Sachverzeichnis

A

Abhängigkeit
– physische 444
– psychische 444
– stoffgebundene 444
Ablenkung 111, 231
Abnutzungstheorie 192
Abschied 343
Abstraktionsverlust 411
– Fallbeispiel 417
Abwehrmechanismus 54, 303
Abwertung 34
Adoleszenz 126, 162, 165
Affektive Störung 405
Aggression 246
– Prävention 252
Aggressionstheorie 250
Agitiertheit, depressive 425
Agnosie 411, 421
– Fallbeispiel 417
Agrafie 411
– Fallbeispiel 417
Akalkulie 411
– Fallbeispiel 417
Akkommodation 307
Aktivierung 186
Aktivitätstheorie 186
Akzeptanz 230
Alarmbereitschaft 455
Alexie 411
– Fallbeispiel 417
Alkoholabhängigkeit 445
Alkoholmissbrauch 450
Alltagsgespräch 231
Alpha-Trinker 445
Alter 126, 183
– frühes 170, 192
– Gedächtnisentwicklung 77
– hohes 170, 196
– Intelligenzleistung 95
– Krankheit 282
– Lernfähigkeit 190
– Medikamentenabhängigkeit 450
– mittleres 170, 196
– Modelllernen 195
– Pflege 283
– Produktivität 194
– Psychohygiene 192
– Sexualität 237
– Veränderung
–– körperliche 196
–– psychische 198
–– soziale 197
Altersbild 183, 193
Altersnorm 204
Alterssexualität 237
Alterstheorie
– biologische 191
–– Abnutzungstheorie 192
–– Erblichkeitstheorie 191
–– Mutationshypothese 191
– soziologische 183
–– Aktivitätstheorie 186
–– Defizitmodell 183
–– Disengagement-Theorie 184
–– Kompetenzmodell 190
–– Kontinuitätstheorie 187
–– Persönlichkeitstheorie, kognitive 188
Altersversorgung 193
Alzheimer-Demenz 413
Amnesie 80
– anterograde 80
– psychogene 81
– retrograde 80
Amnestisches Syndrom 446
Amphetamine 446
Analgetika 446
Anerkennung 45, 51, 394
Angehörige
– als Experten 291
– auf der Intensivstation 288
– Begleitung 337
– in der häuslichen Pflege 294
– in der Pflege 286
– Verhaltenstendenz, aggressive 255
– von sterbenden Menschen 352
Angehörigengespräch 374
Angst 57, 101
– Entstehung 54, 101, 303
– Hilfestellung 322
– Krankheit 322
– Zeichen 99, 101, 322
Ängstlichkeit 101
Angststörung 240
Animismus 133
Anlage, genetische 129
Anreiz 47, 51
Anspannung 262
Antisuizidpakt 432
Antriebsverarmung, depressive 425
Apathie 40, 396
Aphasie 411
– Fallbeispiel 418
Appetitverlust, depressiver 425
Apraxie 411, 421
– Fallbeispiel 417
Arbeits- und Organisationspsychologie 8
Arbeitsgruppe 217
Arbeitszeit 392
Arteriosklerose 196
Artikulationsgeschwindigkeit 72
Assimilation 307
Assoziationslernen 65
Ästhetik 45
Atmung 262
Attraktivität 171
Attribution 49
Aufgabenschwierigkeit 48
Aufmerksamkeit 28
Aufmerksamkeitsstörung, depressive 425
Auge 25
Augenmuskel 142
Ausdrucksdeutung 31
Ausdrucksform, paraverbale 108, 223
Autoaggression 246, 369
Autogenes Training 102
Autonomie 135–136

B

Bedrücktheit 425
Bedürfnis 44, 51
– existenzielles 45
– soziales 45
– Sterbender 339
Bedürfnishierarchie 45
Bedürfnispyramide nach A. Maslow 45
Beeinträchtigungswahn 437
Befinden, subjektives 315
Befragung 486
Behandlung 316
Behinderung, geistige 291
Belästigung, sexuelle 376
Belastung, emotionale 391, 397
Belastungsreaktion, akute 454
Belastungsstörung 405
Belastungsstörung, posttraumatische 454
Belohnung 61
Beobachtung 482
– Definition 28
– Lernen 62
– Objektivität 485
– pflegerische 25
Beobachtung, pflegerische 29
Beobachtungsbogen 29
Berentung 193
Beruf, helfender 387
Berufsrollenverständnis 387
Berufstätigkeit 193
Berufswahl 171
Berührungssinn 143
Bestehlungswahn 437
Bestrafung 58
Beta-Trinker 445
Betrachtung, multidisziplinäre 125
Bettschüssel 105
Beurteilungsfehler 30
Bewältigungsstrategie 306
Bewegung 127
Bewegungsablauf 73
Bewegungsempfindung 264
Bewegungsmangel 40
Bewusstes 52
Beziehung
– tragfähige 371–372
– Wechselwirkung 474
Beziehungsart 342
Beziehungsbotschaft 225, 227
Beziehungsebene 64
Beziehungspflege 173
Beziehungsstörung 172
Beziehungswahn 437
Big Five 115
Bilanzsuizid 369
Biografiearbeit 83
– Funktion 85
Blackout 75
Blickkontakt 143
Blutdruck, erhöhter 100
Braille-Schrift 37
Bündel, neurofibrilläre 413
Burnout 386
– Belastung, emotionale 391
– Bewältigungsstrategie 396
– Faktor, organisatorischer 392, 397
– Konflikt, zwischenmenschlicher 391
– Persönlichkeitsstruktur 393, 397
– Selbstpflegekonzept 399
– Symptom 394
– Verlauf 395

C

Clique 166
Compliance 279, 316
Coping-Strategie 318, 381
Coping-Strategien 303
Craving 449

D

Defizitmodell 183
Dehumanisierung 386, 394
Delirium 445
Delta-Trinker 445
Demenz 410
– kortikale, subkortikale 413
– vaskuläre 414
Denkblockade 101
Denken 158
– abstraktes 159, 162
– Flexibilität 91

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

– fokussierendes 302
– formales 99
– inhaltliches 99
– logisches 92, 134, 159
Denkhemmung, depressive 425
Denkmuster, dysfunktionale 467
Denkstörungen, demenzielle 411, 417
Depression 75, 424
– Diagnostik 426
– Sexualität 240
– Sterbender 337
– Subtypen 428
– Symptome 425
– Wahn 436
Dermatozoenwahn 437
Desensibilisierung, systematische 465
Desorientierung 421
Determinationszeit 194
Disengagement-Theorie 184
Dispositionszeit 194
Doppelblindversuch 480
Double Care 400
Drogenkonsum 141, 450
Durchgangssyndrom 81, 373
Durchschlafstörung, depressive 425

E

Echtheit 230, 471
Egozentrizität 133
Ehekonflikt 141
Eheschließung 172
Ehrlichkeit 355
Eifersuchtswahn 437
Eigenaktivität 130
Eindruck, erster 29
Einsamkeit
– bei depressiven Störungen 432
– Fallbeispiel 432
Einschulung 155
Einstellung 28, 33, 57
– Veränderung 212, 214
Ejakulation 163
Ekel 103
Eltern 266
– Ablösung vom Kind 179
– anleiten 276
– problematische 275
Eltern-Kind-Beziehung 268
Elternrolle 175
Emotion 98
– aufbrechende 344
– Gedächtnisprozess 75
– Reaktion, körperliche 99
– und kognitiver Prozess 99
Emotionalität 198
Empathie 230, 289, 471
Empfindungsstörung 27
Empty Nest 179
Entgiftung 450
Enthemmung 405
Entspannungsverfahren 102, 111, 465
Entwicklung 283
– Definition 127
– im Alter 183
– intellektuelle 274
– Kindheit, frühe 141
– kognitive 132, 162
– körperliche 163
– motorische 129
– pränatale 140
– psychosexuelle 164
– psychosoziale nach Erikson 135
– soziale 143, 157
– suizidale 369
Entwicklungsaufgabe 126
– Adoleszenz 165
– Alter
–– frühes 193
–– mittleres 196
– Erwachsenenalter, mittleres 179
Entwicklungsfaktor 127, 129, 136
Entwicklungsphase 135
Entwicklungspsychologie 6, 123
Entwicklungsrückstand 145, 277
Entwicklungsstörung 405
Entwicklungsstufe 132
Entwicklungsverlauf 127, 147
Entwicklungsverzögerung 141
Entzug 450
Entzugsdelirium 450
Entzugssyndrom 450
Epsilon-Trinker 445
Erblichkeitstheorie 191
Ereignis, traumatisches 452
Erfahrung 28
– negative 60
– positive 59
Erfolgsorientierung 49
Erfolgswahrscheinlichkeit 48
Erinnern, freies 79
Erinnerung 70, 82
– aufdrängende 454
Erinnerungsentstellung 81
Erinnerungsgegenstand 84
Erkrankung, depressive 424
– Schweregrade 426
Erkrankungen, demenzielle 411
– Klassifikation 412
– Stadien 412
Erleben 6, 483
Ermüdbarkeit 196
Erregungsschwankung 100
Erschöpfung, emotionale 394
Erschöpfungszustand 386
Erwachsenenalter 136
– frühes 126, 170
– mittleres 170, 178
Erwartung 207, 388
Erzählen, freies 84
Erziehungskonzept 177
Es 53, 471
Eselsbrücke 78
Extraversion 115

F

Fähigkeit
– intellektuelle 162
– soziale 163
Familie 175
Familienentwicklung 175
Familiengründung 171
Familientherapie, systemische 473
Feedback 226, 283
Feinmotorik 146
Feldexperiment 486
– Fallbeispiel 486
Fellunterlage 265
Flashback 454
Forming 219
Forschung 7
Forschungsmethode 482
– Voraussetzung 479
Fortbildung 390
Fötus 140
Fragebogen 487
Freizeitverhalten 171
Fremdbeobachtung 484
– Fallbeispiel 484
Fremdeln 145, 273
Fremdgefährdung 450
Freude 149
Frühgeborene 261
– beatmetes 265
– Entlassung 268
– Entspannung 266
– erkranktes 267
– Handling 264
– Lagerung 265
– Pflegeintervall 264
– Stressabbau 266
– Verlegung 268
Frühgeborenenretinopathie 263
Frustrations-Aggressionstheorie 251
Führungsstil 216
– autokratischer 216, 381
– demokratischer 216, 381

G

Gamma-Trinker 445
Gedächtnis 70
– aktivieren 86
– bewusstes 72
– Definition 70
– deklaratives 72, 76
– episodisches 72
– Physiologie 74
– prozedurales 73, 76
– semantisches 72
– sensorisches 70
– Spurentheorie, biochemische 74
– unbewusstes 73
– und Emotion 75
Gedächtnisentwicklung 76
Gedächtnisforschung 76
Gedächtniskapazität 72
Gedächtnisleistung 92
– Diagnostik 82
– Steigerung 76, 78
– veränderte 77
Gedächtnismodell 70
Gedächtnisstörung 80
– Alkoholiker 446
– Diagnostik 81
– qualitative 81
– quantitative 81
Gedächtnisstörungen, demenzielle 411, 415
Gedächtnissystem 72
Gedächtnistraining 79, 96
Gefühl 127, 342
Gefühlsausbruch 344
Gefühlsäußerung 98
Gefühlslage, Reflexion 35
Gefühlsschwankung 405
Gegenkonditionierung 66
Gehen 123
Gehirn, Veränderungen im Jugendalter 164
Gelegenheitstrinker 445
Generation X 167
Generation Y 167
Generation Z 167
Generationengrenze 178
Generativität 136
Genetische Anlage 129
Geruchsempfindung 39
Geruchssinn 142
Geschlechterrolle 154, 197
Geschlechtsmerkmal, sekundäres 163
Geschlechtsreife 162
Geschmackssinn 39, 143
Geschwister 178
Geschwisterbeziehung 177
Gespräch 173
– bei Suizidversuch 372
– mit Sterbenden 340
– persönliches 228
– unbefriedigendes 224
Gesprächsform 228
Gesprächsführung 224
Gesprächstherapie 230
– bei depressiven Störungen 429
– Fallbeispiel 471
– klientenzentrierte 469

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Gesprächsverhalten, partnerschaftliches 174
Geste 147
Gesundheit 314
– Kohärenzsinn 324
Gesundheitsförderung 323
Gesundheitspsychologie 314
Gesundheitsvorsorge 399
Gewalt
– institutionelle 248
– personelle 248
Gewalt, sexuelle 239
Gewaltempfindung 247
Gewissen 53
Gewissenhaftigkeit 115
Gleichberechtigung 236
Gleichgewichtssinn 143
Gliederungsfähigkeit, optische 156
Greifverhalten 146
Grieving-Healing-Process 341
Größenwahn 437
Grübelzwang, depressiver 425
Grundbedürfnis 45
Grundhaltung 33
Grundstimmung 95
Gruppe, soziale 214
Gruppenatmosphäre 215
Gruppennorm 204
Gruppenphänomen 215
Gruppenstruktur 215

H

Halluzination 440, 446
Haltung
– abwertend zynische 386, 394
– nicht-direktive 475
Handlung 133
Handlungskompetenz 90
Handlungsstörungen, demenzielle 417
Hautfarbe 262
Heim
– Hospitalismus 40
– Krise 299
Heimbewohner 49, 86
Heimeintritt 330
Heimleitung 392
Helfersyndrom 393
Herzfrequenz 100–101, 263
Hilfe 387
Hilflosigkeit 86, 101, 376, 452
Hilfsmittel, bei Sehschwäche 37
Hirnatrophie 413
Hirnschädigung 80
Hof-Effekt 30
Hör-Screening 35
Hörsinn 142
– Einschränkung 35
Hospitalismus 39
Hospitalismus, psychischer 277
Hospiz 347
Huntington-Demenz 412
Huntington-Krankheit 247
Hypnotika 446

I

Ich 53, 471
Ich-Integrität 137
Ideal 389
Identifikation 54, 305
Identität 114, 135–136, 345
– diffuse 165
– erarbeitete 165
– Merkmale 114
– Säulen 114
– übernommene 165
Identitätsentwicklung 165
Identitätsfindung, berufliche 389
Illusion 440
Imagination 110
Impotenz 241
Information
– Organisation 78
– Visualisierung 79
Informationsabruf 78
Informationsaufnahme 78, 283
Informationsgespräch 230, 277
Informationsleitung 74
Informationsspeicherung 71, 78
Informationsübermittlung 29
Informationsverarbeitung 91
Initiative 136
Instanzenmodell 53, 471
Intelligenz 90
– fluide 91, 95
– Geschlechterunterschied 96
– kristalline 91, 95
Intelligenzentwicklung 95
Intelligenzfaktor 93
Intelligenzmessung 92
– Prozentrang 93
– Testprofil 93
Intelligenzminderung 94, 291, 405
Intelligenzquotient 8, 93
Intelligenztest 92, 184, 481
Intelligenztraining 96
Intensivstation, neonatologische 261
– Lärmpegel 263
– Stressreduzierung 263
Interrollenkonflikt 207
Intimität 136
Intimpflege 106
Intoxikation 445
Intrarollenkonflikt 207
Isolation 196

J

Jugendalter 162

K

Känguruen 268
Katastrophendenken 468
– Fallbeispiel 467
Kinästhesie 264
Kind
– beatmetes 265
– Betreuung, psychologische 276
– Entwicklung, intellektuelle 274
– Entwicklungsstand 272
– erstes 175
– Erwartung 176
– Förderung, soziale 145
– Integration 356
– Kommunikation 279
– Krankenhausaufenthalt 272, 293
– Leistungsmotivation 50
– Persönlichkeit 275
– Pflege 276
– Raumerleben 274
– sterbendes 353
– Verhalten, soziales 157
– Verhaltensstörung 405
– Verständnis für Tod 353
– Vorerfahrung 274
– Zeiterleben 274, 353
– zweites 176
Kinderpalliativmedizin 356
Kindheit 133, 140
– frühe 132, 141, 147
– Gedächtnisentwicklung 77
– Leistungsmotivation 158
– Persönlichkeitsentwicklung 153
Kindstod, plötzlicher 265
Kleinheitswahn 437
Kognition 132
Kognitive
– Entwicklung 162
– Landkarte 79
Kognitive Verhaltenstherapie 466
Kohärenzsinn 324
Kommunikation 144, 222
– Beziehungsbotschaft 225
– Definition 222
– Feedback 226
– freie 381
– Grundregeln 222
– mit schwerhörigen Patienten 38
– nonverbale 223
– Sachinhalt 225
– Selbstoffenbarung 225
– Vier-Ohren-Modell 225
Kommunikationsstörung 225
Kompensation 308
Kompetenzmodell 190
Konditionierung, klassische 65
Konfabulation 446
Konflikt 9
– Bewältigung 397
– familiärer 275
– Pflegende 392
Konfliktbewältigungsstrategie 381
Konfliktfähigkeit 380
Konfliktgespräch 213
Konfliktlösung 134, 382
Konflikttrinker 445
Konsequenz 59
– primäre 60
– sekundäre 60
– stellvertretende 63
– Wirksamkeit 61
Kontakt, sozialer 87
Kontaktaufnahme 99
Kontaktverweigerung 378
Kontextualismus 125
Kontinuität
– äußere 187
– innere 187
Kontinuitätstheorie 188
Kontrastfehler 31
Kontrollverlust 101
Konversion 54, 305
Konzentrationsstörung, depressive 425
Kopffüßler 130
Kopfverhalten 143
Körperhaltung 223
Körperpflege, bei Sehschwäche 36
Körperselbstbild 164
Körpersprache 31, 223
– beim Kind 279
Kortex 413
Krankenhaus 276
Krankenhausaufnahme 284
Krankheit 314
– Akzeptanzphase 319
– Anfangsphase 318
– Coping-Strategie 318
– Diagnostik- und Therapiephase 318
– Häufigkeit 282
– im Alter 282
– Patientenverhalten 319
– Rekonvaleszenzphase 319
– tödliche 340
– und Sprache 317
Krankheitseinsicht 407, 438
Krankheitserleben 315
Krankheitsgewinn 282, 317
Krankheitssymptom 318
Krankheitsverlauf 317

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Krise 135
– Akzeptanz 460
– im Krankenhaus 299
– Kategorien 299
– Suizid 367
Krisenbewältigung 306
Krisenintervention 371, 459
Krisenmanagement, psychologisches 458
Krisenmerkmal 302
Kritik 34
Kurzschlusssuizid 368
Kurzzeitgedächtnis 71, 74
– Diagnostik 82
– Speicherkapazität 77
– Störung 80
KVT = Kognitive Verhaltenstherapie 466

L

Labilität, affektive 198
Laborexperiment 485
– Fallbeispiel 485
Lächeln 144
Lagerungshilfsmittel 265
Längsschnittuntersuchung 481
Langzeitgedächtnis 72, 74
– Diagnostik 82
– Störung 80
Lebenserwartung 191
Lebensgeschichte 83, 87
Lebenshilfe 336
Lebenszufriedenheit 198
Leistungsfähigkeit, geistige 183
Leistungsmotivation 47, 158
– Pflegende 50
Lernen 158
– instrumentelles 58, 239, 251
– kognitives 67
Lernform 57
Letztentscheidungsrecht 235
Lewy-Body-Demenz 412
Libidoverlust, depressiver 425
Lichtbelastung 263
Liebeswahn 437
Limbisches System 75
Löschung 66
Lösung vom Elternhaus 170
Lubrikation 241
Lügendetektor 100
Lustprinzip 53

M

Mandelkern 75
Manische Störung 436
Märchen 306
Medikamentenabhängigkeit 446, 450
Medikamentennebenwirkung 436
Mehr-Speicher-Modell 70
Menschenbild 349
Mental Retardation 291
Merkfähigkeit 80
Merktechnik 79
Metakognition 162
Midlife-Crisis 180
Minderwertigkeit 136
Mini-Mental-Scale-Examination 81
Minimal Handling 265
Misserfolg 49
Misstrauen 441
Missverständnis 226
Mitarbeiterführung 51
Mobbing
– Definition 376
– durch Vorgesetzte 379
– Maßnahme 383
– Persönlichkeitsstruktur 381
– Prävention 382
– Ursache 380
– Verlauf 380
– Vorkommen 379
Mobbing-Handlung 377
Mobbingberater 383
Mobbingverhalten 377
Modell, psychohydraulisches 251
Modelllernen 238, 251
Moralitätsprinzip 53
Moro-Reflex 143
Motiv, unbewusstes 52
Motivation 44, 47
– Attribution 49
– extrinsische 48, 51
– intrinsische 48, 50
– optimale 48
Motivationspsychologie 54
Motorik 127, 146
Multidirektionalität 124
Multimorbidität 282
Multiple Choice Frage 487
Muskelentspannung, progressive 102
Muskeltonus, erhöhter 100–101
Mutation 191
Mutationshypothese 191
Mutter-Kind-Beziehung 140, 272

N

Nahrungsaufnahme, bei Sehschwäche 36
Nahrungsverweigerung 40
Neonatologie 261
Nervenfasern
– afferente 25
– efferente 26
Nervensystem, zentrales 196
Nervenzelle 74
– Neubildung 75
Netzwerk, neuronales 74
Neugeborene 142
– erkranktes 267
– Känguruen 268
– Minimal Handling 265
– Reiz, taktiler 264
– Schlaf-Wach-Rhythmus 264
– Stresszustand 262
Neurogenese 75
Neurotische Störung 405
Neurotizismus 115
Neurotransmitter 74
NGASR = Nurses-Global-Assessment-of-Suicide-Risk-Skala 370
NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program) 261
Nikotinkonsum 141
Norm 203
Normierung 481
Norming 220

O

Objektivität 479
Offenheit 115
Operation
– formale 134
– konkrete 134
– logische 134
Operationalisierung 29
Opfersuizid 368
Optimierung 308
Orientierung 26
Orientierungsstörungen, demenzielle 411, 416
Osteoporose 196

P

Paarbeziehung 176, 179, 194
Paartherapie 173
Palliative Care 350
Palliativpflege 350
Palliativstation 352
Paramnesie 81
Partnerkontakt 164
Partnerschaft 172
Partnerwahl 126, 171
Patchwork-Familie 175
Patient
– dementer 421
– Konflikt, zwischenmenschlicher 392
– Leistungsmotivation 49
– süchtiger 151, 367
Patientenverhalten 319
Peer-Gruppe 166
Peers 157
Pensionierung 137
Personenwahrnehmung 29
Persönlichkeit 115
– autonome, sozial intergrierte 135
– Dimensionen 115
– Veränderung im Alter 198
Persönlichkeitseigenschaft 116
Persönlichkeitsentwicklung 153
– bei Geschwistern 178
Persönlichkeitsmerkmal 129
Persönlichkeitsmodell 53
Persönlichkeitsprofil 116
Persönlichkeitsstörung 81, 405
Persönlichkeitstheorie, kognitive 188
Pflege
– aktivierende 186
– alter Menschen 283
– bei Schwerhörigkeit 38
– bei Sehschwäche 36
– Biografiearbeit 83
– Intensivstation, neonatologische 261
– Patient, dementer 421
– Schmerzpatient 110
– Sinnesbeeinträchtigung 39
– Wahrnehmung 25, 29
Pflegedokumentation 29
Pflegeheim 40
Pflegende
– Belastung, emotionale 391, 397
– Erwartung 388
– Identitätsfindung 389
Pflegende Kompetenz 390
– Konflikt, zwischenmenschlicher 391, 397
– Motivation 50
– Rollenverschiebung 336
– Rollenverständnis 388
– Schamgefühl 106
– Verhaltenstendenz, aggressive 255
Pflegeplan, individualisierter 261
Pflegeversicherung 392
Pflegeverständnis 184, 188, 190
Placeboeffekt 67
Plaques, amyloide 413
Polytoxikomanie 446
Posttraumatische Belastungsstörung 454, 458
Pränatale Zeit 140
Primärgruppe 215
Priming 73
Problembewältigung 150
Produktivität 194
Projektion 54, 305

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Prophezeiung, sich selbst erfüllende 31
Pseudologia phantastica 81
Pseudosuizid 368
Psychische Störung 405, 464
Psychoanalyse 471
Psychohygiene 192, 399
Psychologie
– allgemeine 8
– Definition 6
– experimentelle 8
– Geschichte 6
– klinische 8
– Methoden 479
Psychose 241, 367
Psychotherapie 464
– bei depressiven Störungen 429
– Fallbeispiel 464
PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung 454
Pubertät 162

Q

Quartaltrinker 445
Querschnittuntersuchung 482

R

Rangrollensequenz 206
Rationalisierung 54, 304
Raumerleben 274
Reaktion
– erlernte, ungünstige 66
– gefühlsbetonte 302
– konditionierte 64, 66
– unkonditionierte 64
Reaktionsgeschwindigkeit 197
Realitätsprinzip 53
Rechenfertigkeit 92
Reflex 132
Reflexion 34
– Fallbeispiel 430
Refraktärzeit 77
Regression 54, 305, 321
Reife, sexuelle 163
Reifeentwicklung, biologische 164
Reiz
– konditionierter 64
– taktiler 264
Reizarmut 39
Reizleitung 25
Reizüberflutung 26, 71
Rekonvaleszenz 319
Reliabilität 480
Repräsentation 131
Resilienz 309
Ressourcen 179
Ritualisierung 213
Rolle, soziologische 205
Rollenattribut 206
Rollenbild
– der Frau 235
– des Mannes 237
Rollendistanz 213
Rollenerwartung 206
Rollenfremdbild 206
Rollenkonflikt 207, 389
– Umgang 211
Rollenkonformität 213
Rollenprofil 171
Rollenselbstbild 206
Rollenset 206
Rollentoleranz 212
Rollentransfer 210
Rollenunsicherheit 164
Rollenverhalten 206
Rollenverständnis 235, 387
Rooming-in 273
Rosenthal Effekt 480
Rückzug 342, 370
Rückzugstheorie 184
Ruhestand 192–193

S

SAFE-R-Modell 460
Salutogenese 323
SAPV = Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung 351
Säugling 141
Säuglingsalter 135
SBE (Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen) 459
Schädigungsabsicht 246
Scham 104, 284
– Umgang 106
Scheidung 172
Schizophrenie 81, 405, 436
Schlaf-Wach-Rhythmus 264
Schlafstörung 454
Schlaganfall 39
Schmerz 107
– Ausdrucksform 108
– Befragung 108
– psychologische Aspekte 110
Schmerzskala 109
Schmerztagebuch 109
Schmerztherapie 338, 371
– nach Cicely Saunders 348
Schmerzwahrnehmung 110
– Beeinträchtigung 39
Schmerzzustand, Erkennen 262
Schulbereitschaft 156
Schuldgefühl 136
– bei depressiven Störungen 432
Schuldprinzip 236
Schuldwahn 437
Schulfähigkeit 155
Schulleistung 91
Schwangerschaft 140, 266
Schwarz-Weiß-Denken 468
– Fallbeispiel 468
Schwerhörigkeit 38, 196
Schwitzen 100–101
Seele, Topografisches Modell 52
Seelsorge 360
Sehabstand 142
Sehen 263
Sehfähigkeit 196
Sehhilfe 37
Sehsinn 142
– Einschränkung 35
Sekundärgruppe 215
Selbstabwertung, depressive 425
Selbstbeobachtung 483
– Fallbeispiel 483
Selbstbezug 345
Selbsteinschätzung 49, 154
Selbstkonzept 118, 153
– in der Sexualität 239
Selbstoffenbarung 226
Selbstpflegekonzept 399, 461
Selbstreflexion 25, 34, 132
Selbstverwirklichung 45
Selbstvorwürfe, depressive 425
Selbstwahrnehmung 25, 34–35
– Verbesserung 228
Selbstwertgefühl 118, 324
Selektion 26, 308
Setting 230, 464
Sexualhormon 241
Sexualität 164
– Begriff 234
– bei psychischer Erkrankung 241
– im Alter 197, 237
– in Pflegesituationen 243
– Selbstkonzept 239
Sexualkontakt, erster 171
Sicherheitsbedürfnis 45
Signallernen 64
Signalsprache 340
Sinnenszellen 77
Sinnesempfindung 39
Sinnesleistung 78
Sinnesorgan 25, 196
– Beeinträchtigung 35, 95, 436
Small Talk 231
SOK-Modell 124, 308
Somatoforme Störung 405
Sozialpsychologie 203
Spannung, psychosoziale 135
Spiegelneurone 420
Spiegeltrinker 445
Spielen 149
– Bedeutung 150
Spieltherapie 475
Sprache
– Gedächtniskapazität 72
– und Krankheit 317
– verwaschene 450
Sprachentwicklung 127, 131, 148
Sprachgebrauch, symbolischer 133
Sprachstörungen, demenzielle 411, 418
Sprachsymbolik 354
Stabilität, emotionale 115
Stagnation 137
Stationsleitung 392
Sterbebegleitung 336
Sterbende
– Gespräch 340
– Grundbedürfnis 339
Sterbeprozess 336
Stimmungslage 78
Stimmungstief 425
Stimmwechsel 163
Stimulanzverminderung 460
Storming 220
Störung, depressive 424
– Therapie 429
Störungsbegriff 314
Stress 28
– Blackout 75
– Soforthilfe, psychologische 459
– Umgang 399
Stressreaktion 115
Stressreduzierung 263
Stresszustand, Erkennen 262
Studie, wissenschaftliche, Untersuchungsdesign 481
Stumpfheit, emotionale 455
Sublimierung 54, 304
Substanz, psychotrope 405
Sucht, stoffgebundene 444
Suchtkranke 444
– Suizid 367
– Umgang 447
Suizid 366
– Angehörigengespräch 374
– Ankündigung 370
– Entwicklung 369
– Risikogruppe 367
Suizidalität
– Anzeichen 370
– Fragebogen 370
– Prävention 370
Suizidform 368
Suizidgedanken, depressive 425
Suizidgefahr 449
– bei depressiven Störungen 431
Suizidmethode 367
Suizidnachsorgeinstitution 372
Suizidrate 366

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.

Suizidversuch 367
– Fallbeispiel 373
– Gespräch 372
– Krisenintervention 371
– Nachsorge 371
– Vorbeugen 372
Supervision 309
Symbolsprache 340
Sympathiefehler 30
Symptomträger 473
Synapse 25, 74
Syndrom, amnestisches 446
Systemtheorie 9, 472

T

Tagesstruktur 422
Team 218
Teamfähigkeit 219
Telefongespräch 232
Temperaturempfindung 39
Testergebnis 488
Testverfahren 481, 487
Theorie 182
– des Werkzeugverlustes 251
Therapeut, Haltung, nicht-direktive 475
Therapie, kognitive, bei depressiven Störungen 429
Therapie, systemische 472
Therapieverlaufskontrolle 481
Tod 63, 341, 452
Tod, Verständnis bei Kindern 353
Todestrieb 251
Token-Programm 465
Topografisches Modell 52
Tranquilizer 446
Transmitter 25
Trauer 28, 341
– Dauer 343
– Heilungsprozess 341
– Qualität 342
Trauerphase 343
Trauerverhalten 342
Trauma 452
– Krisenintervention 459
– Prävention 458
– Soforthilfe, psychologische 459
Traumabewältigung 459
Traumatherapie 459
Trennung 179, 274, 300
Trennungsangst 145
Trieb 53
Triebtheorie 251
Trost 345
Trotzverhalten 151, 305, 321

U

Üben, negatives 465
Über-Ich 53, 471
Überforderung 48, 379, 391
Übertragung, Fallbeispiel 472
Ultrakurzzeitgedächtnis 70, 77
– Störung 80
Ultraschalluntersuchung 140
Umgang, wertschätzender 290
Umgebung 27
Umstrukturierung, kognitive 468
– Fallbeispiel 469
Umwelt, familiäre 275
Umweltfaktor 130–131
Unbewusste 52
Unbewusstes 8
Unruhe 29, 405
Unselbstständigkeit 321
Unterbewusstsein 472
Unterforderung 379
Urvertrauen 136

V

Validität 480
Verarmungswahn 437
Verdrängung 54, 304, 344
Verfolgungswahn 437
Vergangenheit 284
Vergessen 71
Vergesslichkeit 302
Verhalten 6
– aggressives 247, 321, 379
– ängstliches 322
– Bedingung, aufrechterhaltende 62
– Beobachtung 483
– Emotion 100
– erlerntes 60
– ichbezogenes 320
– Lernerfahrung 56
– Modellernen 62
– Motivation 44, 47, 100
– neues 57
– regressives 321
– soziales 157
– verleugnendes 320
Verhaltensanalyse 46, 62
Verhaltensänderung 67, 466
Verhaltensauffälligkeit 405, 473
Verhaltensbeeinflussung 203, 485
Verhaltensregel 203
Verhaltensregulierung 116
Verhaltensstörung 405
– kindliche 141
– Psychotherapie 464
Verhaltenstherapie 466
– bei depressiven Störungen 429
– Fallbeispiel 466
Verhaltenstherapie, kognitive 466
Verhaltenstradition 130
Verhaltenstraining 465
Verhaltensverstärkung 58
Verleugnung 337
Vermeidungsverhalten 108, 144
Verschiebung 54, 304
Verstärker
– Bedeutung, individuelle 61
– positiver 465
Verstärkung
– negative 59
– positive 59
Verstimmung, depressive 108
Versuchsergebnis 480
Versuchsleitereffekt 480
Verträglichkeit 115
Vertrauen 136, 284
Verwaltung 392
Verweigerung 321
Verwirrtheitszustand 330
Vier-Ohren-Modell 225
Vorbewusstes 52
Vorbild 63
Vorgesetzte 379, 381
Vorstellungsvermögen, räumliches 92
Vorurteil 33
Vulnerabilitäts-Stress-Modell 428

W

Wachsamkeit 454
Wachstum 164
Wahn 436
– hypochondrischer 437
– nihilistischer 437
– religiöser 437
Wahneinfälle, depressive 425
Wahnerinnerung 436
– Fallbeispiel 438
Wahnerkrankung 436
Wahnspannung 436
Wahnstimmung 436
Wahnwahrnehmung 436
Wahrnehmung 127
– auditive 142
– Beeinträchtigung 35, 101, 302
– Beobachtung, pflegerische 29
– Definition 25
– Ergänzung 26
– Gestaltgesetz 26
– gustatorische 142
– haptisch-taktile 142
– kinästhetische 39
– olfaktorische 142
– Prozess 25
– Selektion 26
– Subjektivität 27
– teilinhaltliche 156
– Tendenz zum Kontrast 26
– und Einstellung 33
– Verzerrung 28
– vestibuläre 142
– visuelle 142
– von Personen 29
Wahrnehmungsfehler 30
Wahrnehmungsgeschwindigkeit 92
Wahrnehmungskonstanz 26
Wahrnehmungspsychologie 25
Wärme, emotionale 230
Weglauftendenz 421
Werksinn 136
Wernicke-Enzephalopathie 446
Werte 205
Wertehierarchie 205
Wertschätzung 230, 290
Wesensveränderung, demenzbedingte 241
Widerstand 50, 472
Wiedererkennung 79
Wille 151
Wissen 45, 91
– bereichsspezifisches 79
Wissenssystem 72
Wissenszuwachs 57
Wohlbefinden 186, 189, 199, 314
Work-Life-Balance 167
Wortfindungsstörung 420
Wortflüssigkeit 92
Wortschatz 148
Wortverständnis 92, 147
Wut 100

Z

Zeit 283
Zeiterleben 274, 284, 353
Zerrüttungsprinzip 236
Zielhierarchie-Pyramide 447
Zittern 450
Zuhören 278
– aktives 224, 232
Zukunftsperspektive 302
Zuwendung 39, 60, 145

Ekert, Psychologie für Pflegeberufe (ISBN 978-3-13-242030-4), © 2019 Georg Thieme Verlag KG
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form an Dritte weitergegeben werden!
All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license.