

Prof. Dr. Sabine Kühnert, Dr. Andreas Wittrahm
unter Mitarbeit von Silvia Kauffeldt

Psychologie in der Altenpflege

1. Auflage

Bestellnummer 06673



Bildungsverlag EINS
a Wolters Kluwer business



Haben Sie Anregungen oder Kritikpunkte zu diesem Buch?
Dann senden Sie eine E-Mail an 06673@bv-1.de
Autoren und Verlag freuen sich auf Ihre Rückmeldung.

www.bildungsverlag1.de

Unter dem Dach des Bildungsverlages EINS sind die Verlage Gehlen, Kieser, Stam, Dähmlow, Dümmler, Wolf, Dürr + Kessler, Konkordia und Fortis zusammengeführt

Bildungsverlag EINS
Sieglarer Straße 2, 53842 Troisdorf

ISBN 3-427-**06673-8**

© Copyright 2006: Bildungsverlag EINS GmbH, Troisdorf

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Der Aufbau des Buches und die Lernfelder der Altenpflege-Ausbildung	9
1 Altenpflege und Psychologie	11
1.1 Altenpflege als theoriegeleitetes Handeln in Beziehung	13
1.2 Psychologie und Altenpflege	17
2 Psychologische Konzepte mit Bedeutung für die Altenpflege	23
2.1 Menschliche Entwicklung aus psychologischer Sicht	24
2.1.1 Zum Verständnis menschlicher Entwicklung	25
2.1.2 Alternstheorien	28
2.2 Persönlichkeit und Identität – biografische Dimensionen	33
2.2.1 Persönlichkeit zwischen Disposition und Situation	34
2.2.2 Identität – die „Innenseite“ der Persönlichkeit	40
2.3 Umgang mit Belastungen	46
2.3.1 Belastungen in der Altenpflege	47
2.3.2 Erklärungsansätze zur Entstehung und Bewältigung von Belastungen ..	50
2.4 Wahrnehmung	56
2.4.1 Vom Sinnesreiz zur bewussten Wahrnehmung	57
2.4.2 Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung	60
2.4.2.1 Beeinflussung durch die wahrnehmende Person	60
2.4.2.2 Typische Beurteilungsfehler	62
2.4.2.3 Möglichkeiten zur Verringerung von Beobachtungsfehlern	64
2.5 Soziale Wahrnehmung: Selbstbild – Fremdbild – Einstellungen	66
2.5.1 Hypothesentheorie der Wahrnehmung	67
2.5.2 Einstellungen	68
2.5.3 Altersselbstbild und Altersfremdbild	70
2.6 Attribution oder: Wer ist schuld?	73
2.6.1 Was ist Attribution?	73
2.6.2 Die Entstehung von Attributionen	74
2.6.3 Das hat doch alles keinen Zweck – Attribution und Motivation	77
2.6.4 Konsequenzen von Attributionen in der Altenpflege	78
2.7 Motivation	80
2.7.1 Grundbegriffe	80
2.7.2 Motivationskonzepte und Folgerungen für die Praxis	81
2.8 Angst	87
2.8.1 Erklärungsansätze zur Entstehung von Angst	88
2.8.2 Die Folgen von Angst	91
2.8.3 Angst als Phänomen in der Altenpflege	91
2.8.4 Zusammenfassung: Möglichkeiten zur Vermeidung und Verringerung von Angst	94

3	Psychologie der interpersonalen Beziehungen und der Kommunikation .	96
3.1	Interpersonale Verschiedenheit: Geschlecht, Generation und kulturelle Zugehörigkeit	97
3.1.1	Kulturelle Unterschiede	98
3.1.2	Generationenunterschiede	100
3.1.3	Geschlechtsdifferenzen	103
3.2	Vertrauen	107
3.2.1	Vertrauen in einer pflegerischen Beziehung – Versuch einer Begriffsbestimmung	107
3.2.2	Entstehung von Vertrauen	109
3.2.3	Der Aufbau von Vertrauen in einer pflegerischen Beziehung	111
3.3	Nähe und Distanz	114
3.3.1	Nähe und Distanz in der pflegerischen Beziehung	114
3.3.1.1	Herstellung einer pflegerischen Beziehung	115
3.3.1.2	Berührung als Aspekt der Herstellung von Nähe	118
3.3.2	Möglichkeiten zur Herstellung eines angemessenen Verhältnisses zwischen Nähe und Distanz	119
3.4	Kommunikation mit dem alten Menschen	120
3.4.1	Der Prozess zwischenmenschlicher Kommunikation	121
3.4.2	Zur Entstehung von Missverständnissen und Konflikten	126
3.4.3	Grundlagen des Gesprächs in der Altenpflege	128
3.4.4	Zusammenfassung: Anhaltspunkte zur Gesprächsführung	132
4	Psychologie der Altersveränderungen	135
4.1	Kognitive Veränderungen	136
4.1.1	Altern als Auseinandersetzung mit kognitiven Veränderungen	136
4.1.2	Die Entwicklung der intellektuellen Leistungsfähigkeit	136
4.1.3	Gedächtnisveränderungen im Alter	141
4.1.4	Veränderungen der Lernfähigkeit	144
4.1.5	Wahrnehmungsveränderungen im Alter	147
4.1.6	Psychomotorische Veränderungen	148
4.1.7	Leben mit kognitiven Veränderungen und Folgerungen für die Arbeit mit alten Menschen	148
4.2	Gesundheit und Krankheit im Alter	151
4.2.1	Gesundheit, Krankheit und Alter	151
4.2.2	Altersveränderungen in gesundheitsrelevanten körperlichen und psychischen Bereichen	153
4.2.3	Der Umgang mit Krankheiten und dem Krankheitserleben	156
4.2.4	Lebensqualität trotz Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Alter	161
4.3	Kompetenz im Alter	162
4.3.1	Kompetenz – Begriffsdefinition	162
4.3.2	Kompetenz im Alter – Passung zwischen individuellen Möglichkeiten und Anforderungen der Umwelt	163
4.3.3	Das Modell für erfolgreiches Altern von Baltes – Selektive Optimierung und Kompensation (SOK-Modell)	166
4.4	Religiosität im Alter	168
4.4.1	Religiosität im Alter – Erscheinungsformen	169

4.4.2	Entwicklung der alternden Religiosität im Lebenslauf	171
4.4.3	Religiöser Glaube als Befreiung oder Begrenzung im Alter	174
4.4.4	Religiosität in der pflegerischen Beziehung	175
5	Spezielle Fragen zur Psychologie der Altenpflege	177
5.1	Pflegebedürftigkeit	178
5.1.1	Definition von Pflegebedürftigkeit	178
5.1.2	Von Pflegebedürftigkeit Betroffene	180
5.1.3	Pflegebedürftigkeit als kritisches Lebensereignis	182
5.1.4	Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit als Krise für die Gesamtfamilie	190
5.1.4.1	Belastungsmomente pflegender Angehöriger	191
5.1.4.2	Bedingungsfaktoren der Übernahme von Pflegeverantwortung durch Angehörige	193
5.1.5	Hilfen und Unterstützung für pflegende Angehörige	194
5.2	Alter und soziale Beziehungen	197
5.2.1	Familie im Wandel	197
5.2.2	Zum Stellenwert familiärer Beziehungen für ältere Menschen	200
5.2.3	Der alte Mensch in unterschiedlichen familiären Rollen	206
5.2.3.1	Partnerschaft im Alter	206
5.2.3.2	Großelternschaft	209
5.2.4	Außerfamiliäre soziale Netzwerke	210
5.3	Sexualität und Altenpflege	213
5.3.1	Sexualität im Leben des Menschen	213
5.3.2	Entwicklung der Sexualität in der zweiten Lebenshälfte	215
5.3.3	Sexualität und Menschenwürde in der Altenpflege	218
5.3.4	Gelingender Umgang mit der Sexualität im Altenheim: Leibfreundlichkeit und Respekt vor der Intimität	222
5.4	Alter und Lebensräume	224
5.4.1	Lebensraum und Lebensqualität im Alter	226
5.4.1.1	Lebensqualität in der privaten Wohnung	226
5.4.1.2	Wohnqualität auch in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe	230
5.4.2	Anpassungen des Lebensraumes an das Leben im Alter	235
5.4.2.1	Wohnraum-Anpassungen	235
5.4.2.2	Umziehen	236
5.4.3	Altern in der Fremde	239
5.4.3.1	Fremde Heimat Deutschland	240
5.4.3.2	Auf dem Weg zu einer kultursensiblen Altenpflege	242
5.5	Psychische Veränderungen im Alter	245
5.5.1	Der Normbegriff in der Gerontopsychiatrie	245
5.5.2	Verbreitung und Verursachung psychischer Veränderungen im Alter ...	247
5.5.3	Der verwirrte alte Mensch	249
5.5.3.1	Zum Begriff der Verwirrtheit	249
5.5.3.2	Erscheinungsbild	250
5.5.3.3	Psychologische Erklärungsansätze	254
5.5.3.4	Umgang mit verwirrten alten Menschen	255
5.5.4	Der depressive alte Mensch	257
5.5.4.1	Erscheinungsbild	257

5.5.4.2	Psychologische Erklärungsansätze	260
5.5.4.3	Umgang mit depressiven alten Menschen	261
5.6	Gewalt	266
5.6.1	Was ist Gewalt? Versuch einer Begriffsklärung	266
5.6.2	Gewalt hat viele Gesichter – Erscheinungsformen von Gewalt in der Pflege	268
5.6.3	Wer ist von Gewalt betroffen – ein Überblick über Risikogruppen und Risikofaktoren	270
5.6.4	Erklärungsansätze zur Entstehung von Gewalt in der Pflege	271
5.6.5	Möglichkeiten zur Prävention und Intervention	277
5.7	Ekel und Scham	280
5.7.1	Da möchte ich mich am liebsten verkriechen – beschämende Erfahrungen in der Altenpflege	281
5.7.2	„Auch das noch ...“ – Ekel in der Pflege	283
5.8	Sterbebegleitung	285
5.8.1	Grundhaltungen einer personensorientierten Sterbebegleitung	285
5.8.2	Sterben als Prozess der Auseinandersetzung mit körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen	286
5.8.3	Möglichkeiten und Grenzen der Sterbebegleitung durch Altenpflegerinnen	290
5.8.4	Sterbebegleitung als Aufgabe für den Begleiter	293
6	Kommunikation, Kooperation und Konflikt im Team	296
6.1	Teamarbeit in der Altenpflege	297
6.2	Konflikte und Störungen im Team	300
6.3	Das Teamgespräch	304
6.4	Das „ideale“ Team	307
	Literaturverzeichnis	309
	Bildquellenverzeichnis	315
	Sachwortverzeichnis	316

Vorwort

Seit Sommer 2003 ist die neue bundeseinheitliche Ausbildungsordnung für die Altenpflege in Kraft. Dies bedeutet für die Altenpflege einen doppelten Fortschritt: Zum einen können jetzt überall in Deutschland Frauen und Männer nach vergleichbaren inhaltlichen Standards für die Altenpflege qualifiziert werden – das wird der Qualität der Altenpflege zugute kommen. Zum anderen wurde damit ein didaktisch innovatives Modell der Ausbildung in Gang gesetzt, das allmählich einer völlig neuen Ausbildungsorganisation zum Durchbruch verhelfen kann. Die Altenpflegeausbildung stellt den „theoriegeleiteten Pflegeprozess“ in den Mittelpunkt der Ausbildungsbemühungen. Zugleich reduziert sich das Nebeneinander einzelner Unterrichtsfächer. Lernfelder, die durch die Lebens- und Arbeitswelt „Altenpflege“ – im stationären wie im ambulanten Bereich – strukturiert werden, rücken in den Vordergrund. Pflegerisches Wissen wird nun anwendungsbezogen vermittelt. Die Ausbildung wird der Komplexität der pflegerischen Praxis besser gerecht.

Eine solche Umstellung beeinflusst die Gestaltung der übergreifenden Unterrichtseinheiten, die die bisherige Fächerorientierung ablösen. Aber auch Unterrichtsmaterialien und Fachbücher sind betroffen. Denn die Bezugswissenschaften der Altenpflege bleiben in ihrer herkömmlichen Aufgliederung erhalten. Und so bleibt es auch sinnvoll, psychologische Fragestellungen, die an unterschiedlichsten Orten und in verschiedensten Aufgabenstellungen der Altenpflege und damit auch der Altenpflege-Ausbildung auftreten, unter einheitlichen psychologischen Fragestellungen und Methoden, mit psychologischen Wissensbeständen und Begrifflichkeiten im Zusammenhang zu behandeln.

Wie also lässt sich beides zusammenbringen – die bleibende Fach-Orientierung der Psychologie und die übergreifende Lernfeld-Orientierung der Altenpflege-Ausbildung? Gemeinsam mit dem Verlag haben wir uns entschlossen, der Fach-Orientierung insofern einen Stellenwert einzuräumen, dass wir weiterhin ein Lehrbuch speziell zu den psychologischen Aspekten der Altenpflege herausbringen. Gleichzeitig wird der Lernfeld-Orientierung Rechnung getragen, indem die Themen-Auswahl entsprechend den Lernfeldern erfolgte. Außerdem wurden die einzelnen Gegenstände des Buches den Lernfeldern zugeordnet. Vor allem aber wurde das hinter der Lernfeld-Orientierung stehende Prinzip der Handlungsorientierung ernst genommen: Die Arbeit mit vielen Fallbeispielen soll immer wieder an die Lernform „Orientierung – Betrachtung der Praxis im Lichte der psychologischen Erkenntnisse – Ausprobieren und Bewerten von Handlungsalternativen“ anknüpfen. Die handlungsorientierten Aufgaben am Ende jedes Kapitels sollen diesen Lernstil vertiefen.

Das vorliegende Buch löst ein Lehrbuch der Altenpflege ab, das dasselbe Autorenteam vor gut einem Jahrzehnt veröffentlichte. Treu geblieben sind wir uns dabei in dem Stellenwert, den wir der pflegerischen Beziehung als Kernstück

allen altenpflegerischen Handelns zumessen: Wahrnehmung, Verständigung, gemeinsames Handeln von Pflegebedürftigen und Pflegenden stehen im Mittelpunkt. Die dazu notwendigen Kompetenzen werden durch vielfältige Erkenntnisse aus der allgemeinen Psychologie und insbesondere der Gerontologie ergänzt. Dies kennzeichnet auch den Aufbau des Buches. Grundlegende psychologische Konzepte mit Bedeutung für die Altenpflege stehen am Beginn. Darauf bauen im Folgenden alle notwendigen Konzepte zur Gestaltung der pflegerischen Beziehung auf. Das Erleben und Verhalten im (hohen) Alter ist das nächste Thema, um die Konsequenzen dieser Altersveränderungen für die pflegerische Beziehung zu bedenken. Psychologische Elemente der Teamgestaltung im altenpflegerischen Beruf schließen das Buch ab.

Die Neuausgabe verantworten Sabine Kühnert und Andreas Wittrahm. Allerdings liegen den Kapiteln 4.1 und 5.5 noch Manuskripte zu Grunde, die Silvia Kauffeldt für die frühere Ausgabe federführend verfasste und die wir aktualisiert haben. Wir danken ihr für die Möglichkeit, diese Kapitel zu übernehmen.

Da die Zahl der Schülerinnen und Schüler an Altenpflegesschulen in etwa ausgeglichen ist, wurden im Text sowohl die weibliche Anrede, als auch die männliche verwendet.

Die Pflege-Aus- und Weiterbildung ist weiter im Fluss. Die ersten Modelle einer integrativen Pflege-Ausbildung sind schon ein Stück vorangeschritten. Insofern sind wir gespannt, was die Zukunft für dieses Arbeitsfeld und die dazu gehörige Ausbildung bringt. Wir glauben, dass die Lernfeld-Orientierung der Arbeits- und Ausbildungsrealität gut entsprechen wird, und warten mit Interesse darauf, ob sich unser Ansatz, die Psychologie der Altenpflege als eigene Disziplin und zugleich als Element der verschiedenen Lernfelder zu betrachten, bewähren wird.

Sabine Kühnert und Andreas Wittrahm

Zu den Autoren

Prof. Dr. Sabine Kühnert, Dipl.-Psychologin, Professorin für Pflegewissenschaft an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum und wissenschaftliche Leiterin des Friederike-Flidner-Institutes an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe.

Dr. Andreas Wittrahm, Dipl.-Psychologe, Dipl.-Theologe, Geschäftsführer der Caritas-Akademie Köln-Hohenlind und Lehrbeauftragter für Psychologie im Studiengang Gesundheitswesen der Katholischen Fachhochschule NW, Abteilung Köln.

1.2 Psychologie und Altenpflege

Wie kann die Psychologie den Erwerb und den Einsatz der oben beschriebenen Kompetenzen unterstützen?

Psychologie beschäftigt sich mit menschlichem Erleben und Verhalten. Dabei ist ihr Ziel, Erlebens- und Verhaltensweisen

- **zu beschreiben** (was geschieht und wie geschieht es?),
- **zu erklären** (weshalb geschieht etwas auf bestimmte Art und Weise?) und
- **Vorhersagen über zukünftiges Erleben und Verhalten zu treffen und dieses – wenn erforderlich – zu beeinflussen.**

Frau M. ist eine 84-jährige verwitwete Frau, die bisher in ihrer eigenen Wohnung gelebt hat. Nach einem Schlaganfall wird sie in ein Krankenhaus eingeliefert und nach achtwöchiger Behandlung als „Pflegefall“ auf die Pflegestation eines Altenheimes entlassen.

Die Altenpflegerin möchte mithilfe aktivierender Pflegemaßnahmen versuchen, die verlorengegangene Selbstständigkeit von Frau M. wiederherzustellen bzw. ihre Pflegebedürftigkeit zu vermindern. Der erste Schritt ihrer Arbeit besteht darin, genau zu beobachten und zu erkennen, wie Frau M. auf Aktivierungsbemühungen reagiert. Sie muss genau erfassen, was Frau M. tut, was sie sagt, wie ihr Erscheinungsbild ist, in welcher Stimmungslage sie sich befindet usw. Hierbei ist wichtig, möglichst unvoreingenommen und umfassend Informationen zu sammeln und sich nicht vom ersten Eindruck oder den Informationen der Kollegen beeinflussen zu lassen. Erst danach kann eine erste Erklärung und Diagnose über noch bestehende und zu fördernde Fähigkeiten sowie die Bereitschaft von Frau M. zur Mithilfe vorgenommen werden.

Je mehr Informationen über die bisherige Lebensgeschichte vorliegen, desto leichter ist es, die Beweggründe für einzelne Verhaltensweisen und Gefühle zu verstehen. Ist z. B. erkennbar, dass Frau M. einerseits immer großen Wert auf Selbstständigkeit und Unabhängigkeit gelegt hat, sie jedoch andererseits von Misserfolgen leicht zu entmutigen ist, ist anzunehmen, dass sie auf Anforderungen erst einmal mit Skepsis reagieren wird, obwohl sie grundsätzlich zur Mitarbeit bereit ist (= Vorhersage). Bei Durchführung von Aktivierungsmaßnahmen wäre dann besonders darauf zu achten, Erfolgserlebnisse zu schaffen und Überforderungen zu vermeiden (= Beeinflussung).

Die menschliche Psyche – der Gegenstand der Psychologie

Menschliches Verhalten und Erleben ereignet sich stets als Prozess

- des Aufnehmens in Form der Wahrnehmung (sinnliche Wahrnehmung wie Hören, Sehen, Riechen, Fühlen),
- der Verarbeitung des Wahrgenommenen (Speichern, Einordnen, Bewerten),
- der Konsequenzen aus dieser Verarbeitung (Vergessen oder aber Entscheiden, Planen) und schließlich ggf. des Handelns.

Zwei Quellen sind es, die den permanenten Prozess der Wahrnehmung und der Verarbeitung speisen und die ggf. auf das Handeln zurückwirken:

1. das beteiligte Individuum selbst mit seiner aktuellen Verfassung, seiner Geschichte und seinen Absichten für die Zukunft sowie
2. die aktuelle Situation, in die die soziale Umwelt, also die anwesenden Menschen und die materielle Umwelt, einfließen.

Nolting und Paulus (2004) haben dies in einem einfachen Modell zum Ausdruck gebracht. Die Grafik veranschaulicht modellhaft die beschriebenen Prozesse, die in jedem Individuum ständig ablaufen, bildet also das ab, was wir landläufig als „Psyche“ bezeichnen.

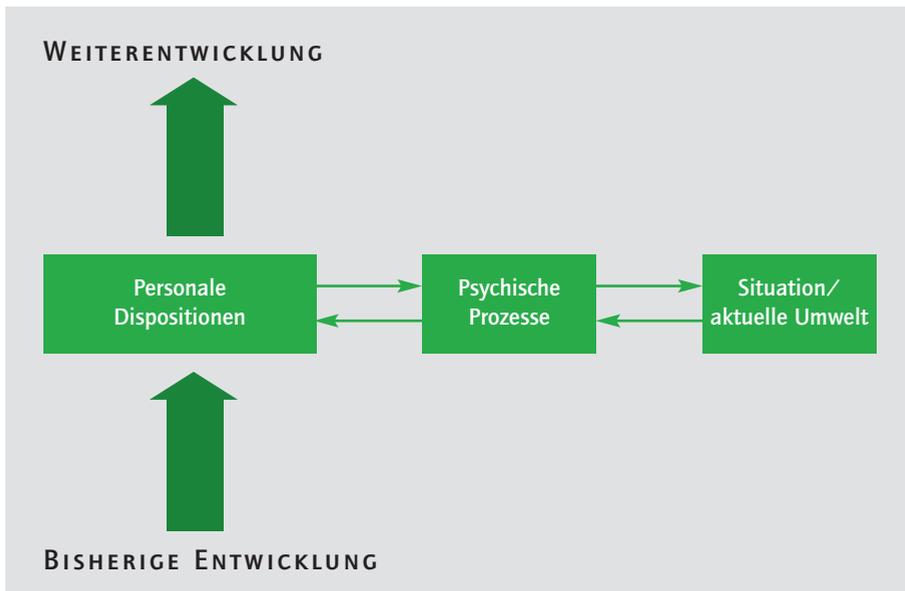


Abb. 1.2: Grundlegende Aspekte des psychischen Systems (vgl. Nolting/Paulus, 2004, 15)

Versteht man die zugrunde liegenden Prozesse und die dahinter liegenden inneren und äußeren Bedingungsfaktoren, so kann man Erleben und Verhalten eines Menschen verstehen und beeinflussen. Auch dafür hat die Psychologie spezifische Methoden entwickelt.

Methoden psychologischen Arbeitens

Ist die Erfassung menschlicher Verhaltensweisen durch eine genaue und möglichst vorurteilsfreie Beobachtung noch relativ einfach, so ist der Zugang zum Erleben eines anderen Menschen schwieriger. Anders als beim Verhalten, das alle beobachtbaren oder sonstigen messbaren Aktivitäten umfasst – wie Laufen, Weinen, Sprechen, Schwitzen oder der Anstieg der Pulsfrequenz –, sind Erlebensweisen nur indirekt aus dem Verhalten zu erschließen. Je nach Person und Situation unterschiedlich kann sich Trauer in Weinen oder in Schweigen äußern. Auch werden mit einem Verhalten wie dem Weinen ganz verschiedene Gefühle, z.B. Trauer, Freude oder Wut, ausgedrückt. Als menschliches Erleben werden deshalb alle nicht direkt beobachtbaren innerpsychischen Gefühle und Gedanken bezeichnet, die am besten im Gespräch und durch Nachfragen für einen anderen erkennbar werden.

Denkbar ist jedoch auch, dass Frau A. ein ängstlicher Mensch ist, der bereits früher gelernt hat, dass Beschwerden zu Sanktionen führen, so dass sie diese deshalb vermeidet. Menschen unterscheiden sich im Ausmaß ihres Angsterlebens voneinander, sodass die Einschätzung der Ursachen die geäußerte Angst erst nach genauerer Kenntnis der Person und ihrer Biografie möglich ist.

2.8.4 Zusammenfassung: Möglichkeiten zur Vermeidung und Verringerung von Angst

Welche Möglichkeiten gibt es für Altenpfleger Angst bei älteren pflegebedürftigen Menschen abzubauen bzw. gar nicht erst auftreten zu lassen? Da geringe Angst und vorhandenes Vertrauen eng miteinander verbunden sind, gelten zum Abbau von Angst die in Kapitel 3.2.3 beschriebenen Verhaltensweisen zum Aufbau von Vertrauen. Von besonderer Bedeutung sind vor allem die

1. Vermittlung von Sicherheit durch

- Information, Herstellung von Transparenz und Orientierung, z. B. welche Pflegemaßnahmen durchgeführt werden, was den pflegebedürftigen Menschen erwartet, wer wofür zuständig ist und welche eigenen Entscheidungs- und Kontrollmöglichkeiten gegeben sind. Gerade bei einem Heimzugang, der zu einer völligen Veränderung der gesamten Lebenssituation führt, kommt der Vermittlung von Sicherheit durch wiederholte Information eine große Bedeutung zu;
- Verlässlichkeit im eigenen Handeln, z. B. dass zugesagte Vereinbarungen wie „Sie werden Ihrem Wunsch entsprechend nur von einer Frau gepflegt“, auch eingehalten werden;
- „haltende“ Berührung bei einzelnen verunsichernden Pflegehandlungen;
- Formen der Kommunikation, welche die Mitteilung eigener Ängste ermöglicht (siehe Kapitel 3.4).

2. Schaffung von Handlungs- und Kontrollmöglichkeiten, die dazu beitragen, Gefühle von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein zu verringern. Dazu zählen die

- Aufforderung zu aktiver Mithilfe bei Durchführung einzelner Pflegemaßnahmen im Rahmen der beim Pflegebedürftigen bestehenden Möglichkeiten;
- Information und Gewährung von Entscheidungsmöglichkeiten, z. B. über Essens- und Schlafenszeiten;
- gemeinsamen Suche nach Lösungsmöglichkeiten bei angesprochenen Problemen, anstatt der Entwicklung eigener Vorschläge;
- Ermutigung, sich mit angstausslösenden Situationen auseinander zu setzen und somit einen größeren Handlungsspielraum zu gewinnen.

3. Lenkung der Wahrnehmung, um einer Einengung des Erlebens auf die angstbesetzten Situationen entgegenzuwirken, durch Unterstützung und Bestärkung von angstreduzierenden Problemlösungsversuchen sowie der Beschäftigung mit anderen als den angstausslösenden Situationen. Diesem Vorgehen liegt die Erkenntnis zugrunde, dass eine zu intensive Beschäftigung mit dem angstbesetzten Ereignis, z. B. die Sorge um den eigenen Gesundheitszustand, zu einer Verstärkung der Angst führt. Diese wiederum engt die Wahrnehmung ein, sodass positive nicht angstausslösende Ereignisse nicht mehr wahrgenommen werden.

AUFGABEN

- 1 Bitte erarbeiten Sie unter Zuhilfenahme der unterschiedlichen Theorien zur Entstehung von Angst mögliche Gründe, weshalb ein Angehöriger Angst davor hat, einer Altenpflegerin gegenüber eine Beschwerde zu äußern.
- 2 Der Umzug in ein Altenpflegeheim ist ein einschneidendes Ereignis, vor dem viele ältere Menschen große Angst haben. Bitte beschreiben Sie mögliche angstausslösende Momente sowie Möglichkeiten der Altenpflege, diese Angst zu reduzieren.

In vielen Heimen wird inzwischen ein spezielles Realitätsorientierungstraining in kleinen Gruppen durchgeführt. Dabei werden die Wahrnehmungsfähigkeit sowie Gedächtnis und Konzentration angeregt. Geeignet dazu sind unter anderem spielerische Übungen zur Selbst- und Fremdwahrnehmung und zur Erinnerungs- und Reaktionsfähigkeit.

Informationen haften umso besser, je mehr „Kanäle“ bei ihrer Übermittlung benutzt werden; dementsprechend ist es besser, einem verwirrten alten Menschen nicht nur zu sagen, welche Jahreszeit gerade ist, sondern dies auch sehen und *fühlen* (Spaziergang, Balkon) und evtl. *riechen* und *schmecken* zu lassen (entsprechende Gerichte, Getränke, z. B. Maibowle). Diese Wahrnehmung mit den verschiedenen Sinnen fördert Orientierung und Gedächtnis.

Die Betonung im Umgang mit Verwirrten liegt auf der nicht-sprachlichen (non-verbalen) Kommunikation. Berührungen, Lächeln und beruhigender Blickkontakt können häufig mehr bewirken als Argumentieren und Diskutieren. Besonders bei der Betreuung psychomotorisch sehr unruhiger alter Menschen sollte die Pflegenden weniger erklären, sondern vielmehr versuchen, die eigene Ruhe zu übertragen. Sicherheit auszustrahlen und z. B. den alten Menschen neben sich sitzen zu lassen.

Schwierigkeiten im Umgang mit verwirrten alten Menschen hängen oft mit der Persönlichkeit der Pflegeperson zusammen. Eigene Gefühle der Zuneigung oder Ablehnung, Ängste vor dem eigenen Alter, Konflikte mit den eigenen Eltern und Resignation in Bezug auf die Arbeitssituation können die Beziehung zu verwirrten alten Menschen beeinflussen. Besonders belastend ist die Pflege eines demenziell erkrankten Familienmitglieds, da die tiefgreifende Persönlichkeitsveränderung des Kranken für Angehörige nur sehr schwer zu verkraften ist.

Die Betreuung verwirrter alter Menschen verlangt insgesamt sehr viel Toleranz, Humor, Geduld und innere Ruhe und Ausgeglichenheit. Diese persönlichen Voraussetzungen können durch entlastende Teamgespräche und Supervisions-sitzungen ständig unterstützt werden (vgl. Kap. 3.6).

5.5.4 Der depressive alte Mensch

5.5.4.1 Erscheinungsbild

Eine gedrückte Stimmung ist jedem von uns bekannt. Sie tritt meistens auf, wenn wir von jemandem enttäuscht oder verletzt wurden, eine für uns wichtige Sache nicht geklappt hat oder wir einen nahe stehenden Menschen verloren haben. „Ich fühle mich heute depressiv“, ist schon in die Alltagssprache mit eingegangen, ohne dass damit ein psychiatrisches Zustandsbild gemeint ist. Wir sind für einige Zeit traurig, wissen aber meistens damit umzugehen und fertig zu werden. Es gibt jedoch depressive Gefühle, die über eine „normale“ Stimmungsschwan-

kung hinausgeht (wobei es – wie im Kap. 5.5.1 beschrieben – fließende Übergänge gibt).

- „Ich fühle mich so niedergeschlagen.“
- „Ich kann mich zu nichts aufraffen.“
- „Nichts macht mir Spaß.“
- „Mein Leben ist sinnlos.“
- „Mir kann keiner helfen.“
- „Am liebsten würde ich den ganzen Tag im Bett bleiben.“

Dies sind einige typische Äußerungen von depressiven Menschen. Sie zeigen, welches belastende Gefühl von Traurigkeit und Unglücklichsein hinter dem Wort „Depression“ steckt. Das ganze Leben ist beeinträchtigt; der Mensch fühlt sich schwach, arbeitsunfähig, hat körperliche Beschwerden und leidet oftmals unter extremen Schuldgefühlen.

Es gibt vielerlei Beschwerden, durch die sich eine Depression bemerkbar machen kann:

- Ein zentrales Zeichen ist die tiefe Traurigkeit des depressiven Menschen, der sich innerlich leer und ausgebrannt fühlt.
- Hinzu kommt eine ausgeprägte Verminderung des Antriebs. Der depressive Mensch hat zu nichts mehr Lust, an nichts Interesse und fühlt sich unfähig zu irgendeiner Aktivität. Das bedeutet auch, dass er nach und nach den Kontakt zu anderen Menschen verliert und darüber hinaus zunehmend sich selbst vernachlässigt (z. B. hinsichtlich Körperpflege, Kleidung, Nahrungsaufnahme).
- Typisch ist, dass der depressive Mensch sich selbst schlecht beurteilt, sich als wertlos erlebt, d. h. unter einem Mangel an Selbstwertgefühl leidet. Er unterschätzt eine eigene Fähigkeiten und fühlt sich auf allen Gebieten als Versager. Dazu kommen häufig schwere Schuldgefühle und Vorwürfe gegen sich selbst.
- Ein weiteres Symptom der Depression ist die Einengung. Depressive neigen zum Grübeln; die Gedanken kreisen immer wieder um die gleichen Sorgen und Befürchtungen; sie nehmen nur noch die unangenehmen, negativen Dinge wahr und zeigen wenig Anteilnahme an den Menschen und Geschehnissen in ihrer Umgebung. Manche depressive Menschen ziehen sich ganz zurück, wollen nichts mehr sehen und hören.
- Auch körperliche Beschwerden werden oftmals verstärkt erlebt. Besonders Herzbeschwerden, Magendruck, Kopf- und Gliederschmerzen treten auf, ohne dass eine organische Ursache feststellbar ist. Es kommt zu hypochondrischen Ängsten: Ein Hypochonder ist ein Mensch, der aus ständiger Angst, krank zu sein oder zu werden, sich fortwährend selbst beobachtet und schon geringfügige Beschwerden als Krankheitssymptome deutet.

Andere depressive Menschen leiden unter einer starken inneren Getriebenheit und Ruhelosigkeit. Sie jagen von einer Arbeit zur anderen und sind ziellos geschäftig. Auch ein unruhiger Schlaf bzw. zunehmende Schlafstörungen können ein weiteres Zeichen einer Depression darstellen. Nicht selten wünscht sich der depressive Mensch, tot zu sein, und beschäftigt sich intensiv mit Selbstmordgedanken.

Alle diese vielfältigen Anzeichen treten nicht gleichzeitig oder bei allen Menschen in gleicher Form auf, aber es wird deutlich, dass die Lebensführung der Betroffenen entscheidend beeinträchtigt ist.

Es gibt viele Möglichkeiten, die depressiven Störungen einzuteilen, zu klassifizieren. Vereinfacht können wir folgende Formen unterscheiden:

1. organische Depression (auf eine körperliche Ursache, z. B. eine Hirnschädigung zurückzuführen);
2. endogene (Spät-)Depressionen, Involutionsdepressionen (ungeklärte Ursache, Involution = Veränderung im Verlauf des Alterns);
3. psychoreaktive Depression (auf eine seelische Ursache, auf bestimmte Ereignisse zurückzuführen).

Etwa zehn Prozent der über 65-jährigen Menschen sind depressiv. Bei alten Menschen treten die psychoreaktiven Depressionen am häufigsten auf. Es leiden mehr Frauen als Männer an Depressionen, Im höheren Lebensalter treten teilweise Mischformen depressiver und dementieller Symptome auf.

In der Regel unterscheidet sich das depressive Erscheinungsbild bei alten Menschen nur wenig von dem in jüngeren Lebensalter. Allerdings gibt es bei Älteren häufiger ein ängstlich-unruhiges Zustandsbild. Auch Schuldgefühle und Selbstvorwürfe kommen im Alter häufiger vor. Besonders ausgeprägt bei der Depression im höheren Lebensalter ist die intensive Konzentration auf den eigenen Körper. Ältere depressive Menschen beschäftigen sich intensiver mit den eigenen körperlichen Vorgängen, besonders dem Verdauungsvorgang, haben starke hypochondrische Ängste (s. o.) und klagen häufig über Beschwerden wie Kopfdruck, Herzschmerzen, Schlafstörungen. Hypochondrische Befürchtungen und andere depressive Symptome führen im höheren Lebensalter häufiger zum Selbstmord als in jüngeren Altersgruppen.

Bestellfax: 02241 3976-191

Meine Privatanschrift:

Vorname, Name: _____

Straße, Nr. : _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich möchte auch Informationen per E-Mail erhalten.

Dienstbezeichnung: _____

Unterrichtete Fächer/Berufe: _____

Schulart: _____

Seminar- oder Fachleiter für: _____

Kundennummer (falls vorhanden):

--	--	--	--	--	--	--	--

Aktions-Nr. 468



Bildungsverlag EINS
a Wolters Kluwer business

Bildungsverlag EINS
Sieglerer Straße 2
53842 Troisdorf
info@bv-1.de
www.bildungsverlag1.de

Kundenbetreuung:
0180 30 31 32 0

nur 9 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz

Ich bestelle*:

Anzahl	Best.-Nr.	Titel	Preis €/Expl.

* Einzelstücke der Lehrbücher und Arbeitshefte erhalten Lehrkräfte mit 25% Prüfstückrabatt, sofern nicht anders ausgezeichnet. Lösungshefte, Lehrerhandbücher, Lehrerbände, Materialienbände, Audio-CDs, CD-ROMs und DVDs zum vollen Katalogpreis.

Bitte senden Sie mir kostenlos und unverbindlich ein Probeheft des Unterrichtsmagazins (ein Probeheft pro Kunde jährlich):

- HOT: Wirtschaft aktuell
- TIM: Kommunikation
- PIT: Berufliche Erstausbildung
- Top aktuell: Politische Themen
- TIP: Text- und Informationsverarbeitung

Bitte senden Sie mir folgenden Katalog: Rechnung bitte ausstellen auf:

- Wirtschaft
- Sozialpädagogik/Pflege & Therapie
- Technik/Hauswirtschaft
- Grundschule
- Hauptschule/Realschule
- Förderschule/Sonderschule
- Schuladresse
- Privatadresse

Schulanschrift/Schulstempel:

Datum _____ Unterschrift _____