

**Technische Hochschule Köln**  
Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften  
Modellprojekt „Gelassen – nicht alleine lassen“

**Technology**  
**Arts Sciences**  
**TH Köln**

**„Gelassen – nicht alleine lassen“**

**Projektdokumentation der wissenschaftlichen  
Begleitforschung**

**Renate Kosuch, Nora Wilcke, Dagmar Brosey, Christine Kabst, Alexander, Engel**

Köln, 09. Dezember 2019

# Inhalt

<b>1 EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
<b>2 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE</b> .....	<b>2</b>
2.1 GELASSENHEIT AUS DER PERSPEKTIVE PFLEGENDER ANGEHÖRIGER DEMENZERKRANKTER .....	2
2.2 HANDLUNGSBEDARFE UND LÖSUNGSANSÄTZE ZUR VERMEIDUNG VON FEM IN DER HÄUSLICH ERBRACHTEN PFLEGE DURCH ANGEHÖRIGE .....	9
2.3 PUBLIKATIONEN UND BERICHTEN ZU GELASSENHEIT UND VERMEIDUNG VON FEM .....	13
<b>3 INHALTE UND ZIELE DES PROJEKTS „GELASSEN - NICHT ALLEINE LASSEN“</b> .....	<b>14</b>
3.1 ALLEINSTELLUNGSMERKMALE DES PROJEKTES .....	14
3.2 ARBEITSHYPOTHESEN UND FORSCHUNGSLEITENDE FRAGESTELLUNG .....	16
<b>4 VON STRESSOREN UND BELASTUNGEN – STRESSMODELLE UND DIE INTERPRETATION VON BELASTUNGSERLEBEN</b> .....	<b>17</b>
<b>4.1 BEDÜRFNISSE UND BEDARFE IM LICHT DER WISSENSCHAFT ZUR PFLEGE- UND BETREUUNGSSITUATION UND DER KONFLIKTFORSCHUNG</b> .....	<b>18</b>
<b>4.2 UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE UND INANSPRUCHNAHME – BEFUNDE DER ANGEHÖRIGEN- UND INTERVENTIONSFORSCHUNG</b> .....	<b>22</b>
<b>4.3 FREIHEITSEINSCHRÄNKENDE MAßNAHMEN UND GEWALT IN DER ANGEHÖRIGENPFLEGE – DESTRUKTIVE FORMEN DER STRESSBEWÄLTIGUNG UND INDIKATOR FÜR ÜBERLASTUNG</b> .....	<b>26</b>
4.4 STRESSMODELLE UND DIE INTERPRETATION VON BELASTUNGSERLEBEN .....	29
4.5 PFLEGEBEDINGTES STRESS- UND BELASTUNGSERLEBEN .....	32
4.6 INTROVISION UND GELASSENHEIT .....	38
4.7 BELASTUNGSERLEBEN PFLEGENDER ANGEHÖRIGER - EINE BETRACHTUNG UNTER DEM BLICKWINKEL DER INTROVISION .....	50
<b>5 AUSWERTUNG DER EXPLORATIONSWORKSHOPS ZUM THEMA GELASSENHEIT / NICHT-GELASSENHEIT</b> .....	<b>54</b>
5.1 EXPLORATIONSWORKSHOPS .....	55
5.2 METHODISCHES VORGEHEN BEI DER AUSWERTUNG DER EXPLORATIONSWORKSHOPS .....	57
5.3 VERLUST DER GELASSENHEIT IN DER HÄUSLICHEN PFLEGE UND BETREUUNG VON MENSCHEN MIT EINER DEMENZ.....	60
5.3.1 Herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz.....	66
5.3.2 So nah und doch so fern – Verlusterleben der Angehörigen.....	71
5.3.3 Zeitliche Belastungen Ursache für Nicht-Gelassenheit.....	74
5.3.4 Das muss ich schaffen – Nicht-Gelassenheit durch Überforderung.....	75
5.3.5 „Meine Mutter ist hilflos bedürftig und da bin ich halt gefordert und gefragt“ - Rollenkonflikte und „Nicht-Gelassenheit“ .....	79
5.3.6 Fehlende Akzeptanz der Krankheitsfolgen.....	80
5.3.7 „Diese Situation hättest Du eigentlich besser im Griff haben müssen“ - Vorwürfe gegen die eigene Person als Ursache von „Nicht-Gelassenheit“ .....	81
5.3.8 „Und [dann] bekomme ich so ein bisschen Herzerasen“ - Nicht-Gelassenheit und Psychotonus.....	83

5.3.9 Zwischenfazit .....	86
5.4 FÖRDERLICHE FAKTOREN FÜR GELASSENHEIT BEI DER HÄUSLICHEN PFLEGE UND BETREUUNG .....	88
5.4.1 So ist es" - Konstatierendes Wahrnehmen und Gelassenheit .....	92
5.4.2 "Man muss einfach sagen, mein Leben ist anders,, – Akzeptanz als Kernstück einer gelassenen Haltung .....	94
5.4.3 „Das Symbol für Gelassenheit, wobei das wäre dann meine Hand und das die Hand meiner Mutter." - Positive Gefühle und Liebe als Ressource für Gelassenheit .....	96
5.4.4 Fröhlichkeit, Humor und heitere Gelassenheit .....	98
5.4.5 So mache ich das - Selbstwirksamkeit und die Akzeptanz der eigenen Fähigkeiten .....	99
5.4.6 Rituale, Strukturen und Ruhe.....	100
5.4.7 Einfach mal raus – Die Natur als Quelle von Gelassenheit .....	100
5.4.8 Freiräume suchen, finden und nutzen .....	102
5.5 MEDIATOREN, DIE ZU EINER BELASTUNGSREDUKTION BEITRAGEN .....	103
5.5.1 Unterstützungsbedarf erkennen und Hilfe annehmen .....	104
5.5.2 Selbstanweisungen – „Ich schaffe das!“ .....	104
5.5.3 Positive Aspekte wahrnehmen / Reframing .....	104
5.5.4 Gemeinsam sind wir stark - Soziale Unterstützung .....	106
5.5.5 Zwischenfazit .....	108
<b>6 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND HINWEISE ZUR KONZEPTION EINES „GELASSENHEITSBAROMETERS“ .....</b>	<b>111</b>
<b>7 KONZEPTION EINES HALB-STRUKTURIERTEN INTERVIEWS ZUR ERHEBUNG DER NUTZUNGSERFAHRUNGEN, DER ANWENDER*INNEN DES „GELASSENHEITSBAROMETERS“ .....</b>	<b>117</b>
7.1 KONZEPTION DES ERHEBUNGSINSTRUMENTS ZUR ERHEBUNG DER ANWENDUNGSERFAHRUNGEN.....	117
7.1.1 Soziodemografische bzw. Rahmendaten.....	118
7.1.2 Angehörigenbelastung und Stressverarbeitung .....	118
7.1.3 Hypothesen und Ziele des Befragungsinstruments .....	118
7.1.4. Konzeption des Interviewleitfadens zur Erhebung der Anwendungserfahrungen.....	119
7.1.5 Fragetypen.....	119
7.2 ANWENDUNGSERFAHRUNG UND WIRKUNG: ENTWICKLUNG DES INTERVIEWLEITFADENS ZUR ÜBERPRÜFUNG DER AUFGEWORFENEN HYPOTHESEN .....	122
7.2.1 Grundlegende Informationen über die Anwendungshäufigkeit .....	122
7.2.2. Items zur Verhaltensänderung durch die Anwendung des Gelassenheitsbarometers .....	122
7.2.3 Statistisch Prüfung, ob die Teilnehmenden den Summenwert des Instrumentariums visualisieren können.....	130
7.3 QUALITATIVE KOMPONENTEN DER ERHEBUNG.....	131
7.4 STATISTISCHE AUSWERTUNG DER ERHOBENEN ANWENDUNGSERFAHRUNGEN .....	134
<b>8 WORKSHOP ZUM THEMA „GEWALTPRÄVENTION IN DER HÄUSLICHEN PFLEGE“ .....</b>	<b>135</b>
<b>9 AUSBLICK.....</b>	<b>142</b>



## 1 Einleitung

Das Projekt „Gelassen – nicht alleine lassen“ des „Projektträgers Landesverbandes der Alzheimer Gesellschaften NRW e.V.“ wurde von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW ab dem 01.07.2017 gefördert. Die Begleitforschung zum Modellprojekt an der TH Köln, basierend auf psychologischer Gelassenheitsforschung (Introvision) unter Berücksichtigung rechtlicher und sozialarbeitswissenschaftlicher Perspektiven, gliederte sich entsprechend dem Projektantrag in zwei Phasen. In der **ersten Phase** wurde ein Instrument zur Selbsteinschätzung der eigenen Gelassenheit auf Basis von Gruppengesprächen mit Angehörigen von an Alzheimer erkrankten Menschen entwickelt. Diese Gespräche wurden im Rahmen der Begleitforschung konzipiert, moderiert und umfassend ausgewertet. Zudem wurden Forschungsinstrumente zur Erhebung von Anwendungserfahrung und Wirkung des Gelassenheitsbarometers entwickelt. In der **zweiten Projektphase** wurde auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, Forschungsprojekten und rechtlicher Entwicklungen das Thema der freiheitseinschränkenden Maßnahmen (FeM) bearbeitet, hieraus abgeleitet wurde ein Reader. Zudem wurde ein Expertenworkshop zu Gewalt in der häuslichen Pflege durchgeführt und ausgewertet.

Der hier vorgelegte Abschlussbericht ist in neun Abschnitte gegliedert. Im Anschluss an diese Einführung werden im zweiten Kapitel die Ergebnisse der ersten und zweiten Projektphase zusammengefasst. Anschließend werden die Inhalte und Ziele des Modellprojektes dargestellt (Kapitel 3). In Kapitel 4 werden theoretische und rechtliche Bezugsrahmen zu den Themenfeldern Gelassenheitsforschung und FeM ausführlich beschrieben. Dabei wird aufgezeigt, welche Belastungen pflegende Angehörige ausgesetzt sind, welche Modelle sich zur Information und Aufklärung sowie zur Sensibilisierung dieser Zielgruppe in der Vergangenheit bewährt haben und welche Relevanz FeM im Kontext von Stresserleben häuslich erbrachter Pflege zukommt. Verdeutlicht wird zudem, wie es zum Verlust von Gelassenheit verbunden mit Einschränkung des Handlungsspielraumes kommt und wie auf diesem Hintergrund die Explorationsworkshops zum Thema Gelassenheit konzipiert und ausgewertet wurden. Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse dieser Workshops in Hinblick auf förderliche und hinderliche Faktoren für die gelassene Begleitung und Pflege der an Demenz erkrankten Angehörigen ausführlich dargestellt.

Ableitungen aus diesen Ergebnissen in Hinblick auf die Konzeption eines Gelassenheitsbarometers werden im Kapitel 6 zusammenfassend dargestellt. Kapitel 7 fokussiert auf die Konzeption eines halb-strukturierten Interviews zur Evaluation von Nutzererfahrungen mit dem Reflexionsinstrument Gelassenheitsbarometer. Im vorletzten Kapitel stehen die Ergebnisse des Workshops zum Thema Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen

im Mittelpunkt (Kapitel 8). Der Bericht schließt mit einem Ausblick, der Schlussfolgerungen und Empfehlungen enthält (Kapitel 9).

## **2 Zusammenfassung der Ergebnisse**

### **2.1 Gelassenheit aus der Perspektive pflegender Angehöriger Demenzerkrankter**

Wenn Gelassenheit auch in herausfordernde Situationen bewahrt bzw. wiedergewonnen werden kann, bleibt der Psychotonus in einem Bereich, in dem Handlungsspielraum erhalten bleibt und Betroffene nicht oder nur in geringem Ausmaß in innere Konflikte geraten (Wagner/Kosuch/Iwers-Stelljes 2016). Inwieweit auch schon die Kenntnis über die mentalen Abläufe beim Verlust von Gelassenheit und die Reflexion des Gelassenheitserlebens dafür sensibilisieren kann, aus einer möglichen Gewaltspirale auszusteigen, ist zu erproben. Zu vermuten ist, dass dann, wenn der Verlust von Gelassenheit verbunden mit mentaler Einstellung (Tunnelblick) und hoher psychischer Anspannung mit Druckerleben (Muss/Darf-Nicht-Syndrom, ebd., S. 103) früh genug bemerkt wird, der eigene Hilfebedarf erkannt und auch akzeptiert und Hilfe tatsächlich eingeholt bzw. angenommen werden kann.

Solche **Instrumente zur Sensibilisierung der Wahrnehmung** von (nicht)gelassenen Reaktionen wurde erstens **theoriegeleitet als unspezifisches Gelassenheitsbarometer** (Kosuch, 2019) und zweitens **als spezifisches Selbstreflexionsinstrument für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz** (siehe Kapitel 7.1 und Anhang 3) auf Basis von Gruppengesprächen zum Thema Gelassenheit entwickelt. Durch den Einbezug von pflegeerfahrenen Angehörigen als Expert\*innen sollte die Akzeptanz und Alltagstauglichkeit des entwickelten Reflexionsinstruments gewährleistet werden. Für die Langzeittestung über sechs Monate wurde ein Leitfaden für **ein halbstrukturiertes Telefoninterview** mit unterschiedlichen Leitfragen je nach Befragungsdurchgang entwickelt (vgl. Kapitel 7).

Die Gruppengespräche mit den Expert\*innen in eigener Sache wurden umfassend ausgewertet (vgl. Kabst/Kosuch 2019, vgl. Kapitel 5). In insgesamt **acht Explorationsworkshops** sprachen **51 Angehörige** über ihre Einschätzung und Erfahrungen zu Gelassenheit auch im Hinblick darauf, ob sie freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) als Bewältigungsstrategie von Stress und Belastung im Pflegearrangement und Betreuungsverhältnis einsetzen. Der Altersdurchschnitt lag bei 67 Jahren. In den moderierten Workshops gingen die Teilnehmer\*innen folgenden Fragen nach: *Was ist unter Gelassenheit bei der Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz zu verstehen? Was führt zu einem gelassenen Umgang mit den pflegebedingten Belastungen? Wann fehlt die Gelassenheit bei der Versorgung und Betreuung eines demenzkranken Angehörigen?*

## **Bewertungen und Bedeutungsmanagement**

Die Analyse der ausgewerteten Daten anhand imperativtheoretischer Textanalyse und phänomenologischer Inhaltsanalyse deutet darauf hin, dass das **Bedeutungsmanagement** - der persönliche Bewertungskontext - das Erleben von Belastungen beeinflusst. Konflikte verbunden mit fehlender Gelassenheit werden nicht nur durch Be- und Überlastung ausgelöst, sondern durch **Gewohnheiten der Koppelung von Erleben mit Bewertungen** mit der Folge, dass Kognitionen weggeschoben werden und – als Regulierungsversuch - in die eigene Wahrnehmung eingegriffen wird.

Das Datenmaterial legt nahe, dass die Mehrheit der Teilnehmer\*innen in der Pflegesituation **beständig um Fassung ringt**. Sie schildern **innere und äußere Konflikte und wünschen sich, Gelassenheit bewahren zu können**. Dafür benötigen pflegende Angehörige Möglichkeiten, um die emotional herausfordernden Situationen in der Pflege- und Betreuung ihrer Angehörigen mit Demenz zu bewältigen und das eigene Verhältnis zu ihnen zu klären bzw. zu gestalten. **Es ist ihnen nicht klar, wie sie Gelassenheit in der Pflege bewahren können. Sie formulieren Lernbedarf**, um die inneren Kämpfe mit der Realität von Demenz und ihren Folgen für das Zusammenleben und persönliche Lebenskonzepte zu beenden. Sie möchten ihre Gefühle wie Schmerz, Ärger, Trauer vollständig ausdrücken können und aus dem Krisenmodus herauskommen, ohne sich oder den pflegebedürftigen Angehörigen zu verletzen. Sie suchen nach Möglichkeiten, sich Gehör zu verschaffen und nach Momenten des Innehaltens. Ihr Bedürfnis nach Kommunikation und Verständnis wird im persönlichen Verhältnis zu den Angehörigen bei fortschreitender Demenz nicht mehr befriedigt. **Ratschläge zur Balance von Fremd- und Selbstfürsorge aus dem sozialen Umfeld erhöhen eher den ohnehin vorhandenen Druck**, denn Erkenntnisse und Empfehlungen werden imperativisch in das innere Erleben aufgenommen (vgl. Kosuch, 2015) und verstärken das Entscheidungsdilemma, was in den jeweiligen Situationen das Richtige wäre. Die pflegenden Angehörigen möchten als Mensch mit ihrem Alltag gesehen und angenommen sein.

Die Frage danach, „ob das richtig sein kann“, was sie tun oder getan haben, ist Anlass für Nicht-Gelassenheit. Die Folge hieraus ist ein Aussteigen aus der Beziehung oder Situation, verbunden mit der **Anstrengung, Normalität zu bewahren, ein Sich-Hinreißen-lassen durch Emotionen oder Akte der machtvollen Durchsetzung**. Dabei werden problematische Konfliktlösungen genutzt wie Machtdemonstration, freiheitseinschränkende Maßnahmen (FeM) oder Selbstaufgabe.

Als Entlastung dienen solche Momente des Innehaltens, in denen innere Ruhe einkehrt, sodass Kraft geschöpft werden kann, um wach und kreativ nach alternativen Wegen der Konflikt- oder Problemlösung zu suchen. Sich den Schwierigkeiten zu stellen und Probleme mit Gelassenheit anzugehen oder sich zu bemühen, Gelassenheit wiederzuerlangen, geschieht

nach Kräften aus einer Haltung der Fürsorge. **Dabei bildet** eine konstatierende Sichtweise auf das Hamsterrad des emotionsgetriebenen Pflegearrangements, nämlich **die Akzeptanz „es ist so (gewesen)“ den Not- Ausschalter, um den Prozess zu beenden und Konflikteskalation oder emotionale Überschwemmung zu verhindern. Das gelingt allerdings nur wenigen der Angehörigen.** „Aber je gelassener ich selber bin, desto ruhiger und besser klappen auch die Abläufe des Tages.“ (180418\_0025 - Transkript - TR181254: 316). Vielen ist bewusst, dass neben Fremdfürsorge auch **Selbstfürsorge** notwendig ist. Hier allerdings eine Balance zu finden, fällt den Angehörigen schwer.

### **Merkmale von Gelassenheit – Erleben von Nicht-Gelassenheit**

Von den Angehörigen sind Merkmale für das Auftreten von Gelassenheit benannt worden:

- Gefühl der Stimmigkeit: alles ist in Ordnung, es ist Ruhe, nichts muss getan werden
- Gewährsein des eigenen Tuns und Lassens, z.B. daneben sitzen, laufen, gehen
- Besinnung im (sozialen) Raum, z.B. Natur auf sich wirken lassen
- Ausgewogenes Verhältnis von Anforderungen und Kompetenzen
- Handlungsfähigkeit im aktuellen Setting in der Pflege und Betreuung
- Wohlbefinden und Resonanzerleben
- Gelingende Kommunikation und Verständigung
- Frei von Konflikten, z.B. mit sich oder der Partnerschaft im Reinen sein
- Zuversicht, angesichts der Herausforderungen im Umgang mit Demenz
- Besonnen Handeln, insbesondere in herausfordernden Situationen
- Wertschätzung für die Lebensgeschichte, z.B. Gewährsein des Lebensbogens
- Akzeptanz der aktuellen Lebenssituation
- Gestaltungsfreiheit (Raum, Zeit, Inhalt, Macht, z.B. Entscheidungen)
- Erlebnis von Selbstwirksamkeit (konstatierende Wahrnehmung)

Gelassenheit im Kontext der häuslichen Pflege umfasst demnach verschiedene Dimensionen. So zeigt sich Gelassenheit im mentalen Inhalt, der mentalen Qualität des Erlebens und dem Erkennen von Handlungsspielraum bezogen auf die Umwelt. Gelassenheitserleben zeigt sich auf inhaltlicher Ebene z.B. daran, dass Schilderungen bzgl. überraschenden oder sogar wiederkehrenden Erscheinungen nur wenige oder gar keine Selbstanweisungen und Muss/Darf-Nicht-Vorstellungen von der zu pflegenden oder zu betreuenden Person finden. Solche Selbstanweisungen lassen sich bei Nicht-Gelassenheit an Formulierungen erkennen, die auf einen Imperativ schließen lassen, wie z. B. „Schon wieder...!“ oder auch: „Das darf doch nicht wahr sein...!“. Der innere Quälgeist aus **Selbstkritik, Erwartungen und unerfüllten Wünschen, man selbst oder der Andere möge anders sein**, beschäftigt die Angehörigen.

Des Weiteren scheint die allgemeine **mentale Qualität einer gelassenen Haltung** – nicht nur in herausfordernden Situationen – zu weniger mentalen Engstellungen zu führen. Wenn die Befragten schwierige Situationen mit weniger (sekundärer) Wut oder Ärger (hochpushen) schildern, sie weniger Hoffnungslosigkeit (sich selbst blockieren oder lähmen) zeigen und sie weniger (mentale) Anspannung und Erregung aufweisen, angesichts des Verhaltens der demenziell erkrankten Person (oder anderen Personen, Gegebenheiten), dann dürften dies für einen gelasseneren Umgang mit der Situation sprechen.

Darüber hinaus ist die Fähigkeit, (neue) Handlungen bzw. einen **Handlungsspielraum gegenüber der Umwelt zu entwickeln und dabei den Menschen mit Demenz einzubeziehen** als ein Zeichen zu werten, dass das eigene Erleben nicht von inneren Konflikten geprägt ist, sondern dass Herausforderungen der Lebenssituation mit Gelassenheit begegnet wird.

Somit stützt diese Auswertung die Ausgangsthese, dass **mentale Konflikte der konstruktiven Verarbeitung von Stress entgegenstehen** und dass dann Wissensbestände um die Demenz oder Entspannungsmethoden nicht erworben oder effektiv genutzt werden können, um die Belastung zu beenden oder abzubauen.

### **Quellen der Gelassenheit**

Effekte emotionaler Ausgeglichenheit, die Gelassenheit fördern, gehen dabei eher **von kleinen Dingen des Alltags** aus und weniger von einem großen Wurf. Chancen sahen die Proband\*innen in der Gestaltung von **Freiräumen**, die sich möglichst einfach oder reibungslos in den Tagesablauf integrieren lassen. Sie lernen dabei aus Erfahrungen und passen ansonsten - soweit es ihnen möglich ist - ihre Lebensweise den Notwendigkeiten an.

**Mit dem Ziel Nicht-Gelassenheit zu vermeiden, werden hingegen Entspannungs- oder Stressbewältigungstechniken dysfunktional eingesetzt bzw. sie zeigen nicht die erwünschte Wirkung**, wodurch Erregung und Tunnelblick erhalten bleibt. *„Ich versuche immer gelassen zu bleiben. Aber es ist auch zeitabhängig. Je länger ich dann da bin, umso mehr merke ich, wie ich dann nicht mehr gelassen sein kann. Weil es kommen immer wieder dieselben Fragen. Immer und immer wieder...“* (180509\_0027 - Transkript - TR181773: 225).

### **Bewältigung und Wünsche an das Projekt**

Die Mehrheit der Teilnehmer\*innen **engagiert sich bereits stark**, ihren Alltag an die Anforderungen des Betreuungsverhältnisses anzupassen. Sie sorgen für Verbesserungen insbesondere hinsichtlich ihrer Pflegekompetenzen und Kenntnisse über die Krankheit. Die Fähigkeit, **Gelassenheit zu bewahren, wird mehrheitlich als Lernfeld begriffen**. Die Essenz,

wie pflegende Angehörige Belastungen erleben, wie sie diese zu bewältigen versuchen und **was sie motiviert hat, sich am Projekt zu beteiligen**, liegt in folgender Fragestellung: *Wie kann ich mich bei nachlassenden kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der bedürftigen Person in der Pflege- und Betreuungsbeziehung und im persönlichen Verhältnis durchsetzen und verständigen, ohne Andere/den Anderen oder mich zu verletzen?*

Einige Teilnehmer\*innen äußerten Zweifel, ob so etwas jemals gelingen könne. Es zeigte sich, dass ihnen eine Vorstellung davon fehlt, Mittel und Wege dafür zu finden, angesichts der alltäglichen Kämpfe um den Versuch „das Richtige“ zu tun. **Einige hofften, durch ihre Teilnahme am Projekt, ihre Kenntnisse diesbezüglich erweitern zu können.**

### **Unterstützungsleistungen**

Unterstützung beziehen knapp die Hälfte der Angehörigen (47%) in den Alltag ein. Insbesondere Entlastungen bei Pflege- und Betreuungsaufgaben bzw. zur medizinisch-therapeutischen Unterstützung der Menschen mit Demenz in ihrem Domizil sind hier zu nennen. Außerdem werden Unterbringungsmöglichkeiten häufig in Form von Tages- oder in geringem Maße Kurzzeitpflege oder ein Pflegeheim genutzt. Zur eigenen Fürsorge werden in Einzelfällen der Angehörigengesprächskreis oder eine psychotherapeutische Beratung in Anspruch genommen. Wie festgestellt werden konnte, werden **Entlastungseffekte durch mentale Konflikte überlagert und Nicht-Gelassenheit bleibt bestehen**. Dafür sind Selbstvorwürfe verantwortlich oder auch Zweifel, ob Entscheidungen oder Taten richtig waren. Die besonders **umfangreiche Nutzung der sozialrechtlich zustehenden professionellen Dienste geht nicht einher mit einer Verminderung von Emotionalität und Stress in der Betreuungsbeziehung**. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit Erkenntnissen anderer Studien, die empirisch nachgewiesen haben, dass die pflegenden Angehörigen Einsicht benötigen in den persönlichen Bedarf und Nutzen, um sich oder dem Angehörigen helfen zu lassen und das möglichst haushaltsnah bzw. am sozialen Alltag orientiert (vgl. Hiel-scher/Kirchen-Peters/Nock 2018, S. 101; vgl. Görgen et al. 2016, S. 494). Vielfach hindert Nicht-Gelassenheit daran, über notwendige Maßnahmen und eigene Wünsche für das Lebens- und Selbstkonzept nachzudenken oder sich für verfügbare Möglichkeiten entscheiden zu können.

### **Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen**

Herausfordernde Verhaltensweisen führen dazu, dass schwierige Situationen nicht so gelassen bewältigt werden, wie es sich die pflegenden Angehörigen wünschen. Ihre Reaktionen beschreiben sie mit z.B. „laut werden“, „schreien“, „keinen innerlichen Abstand gewinnen

können“, was auf einen hohen Psychotonus schließen lässt. Weiterhin nannten die Proband\*innen als Faktoren, die zu Nicht-Gelassenheit führen, **Verlustgefühle**, die durch den progredienten Charakter der Demenzerkrankung entstehen sowie **zeitliche Belastung und Überforderung**. Eine fehlende Akzeptanz der Krankheitsfolgen und Vorwürfe gegen die eigene Person sind weitere Faktoren.

Es war eindeutig festzustellen, dass **Konfliktvermeidung die psychische Anspannung nicht beendet**. Es kommt vielfach zum **Gefühlsausbruch** mit verbaler, oft auch passiver Gewalt sowie psychischem Druck gegenüber den pflegebedürftigen Angehörigen und FeM. Insgesamt kann bei rd. 70 Prozent der Selbstauskünfte von einem akuten bis eskalierenden Konflikt (Psychotonusskala 6-7, siehe Kapitel 4.6) gesprochen werden. Einige Teilnehmer\*innen gaben zudem an, dass sie die demenzielle erkrankte Person psychisch bedrohen, diese einschließen, oder deren Vergesslichkeit ausnutzen.

Fast alle Teilnehmenden berichten von **Kränkungserfahrungen**, die mit der persönlichen Veränderung der Angehörigen und der Pflegeverantwortung verbunden sind. Sie erleben anfangs, mangels Wissen um die Folgen der Demenz, das Verhalten ihrer Vertrauenspersonen als feindselig. Brachialer Krafteinsatz gegen den Körper der Pflegenden, respektlos empfundene Worte sowie Schweigen lösen zunächst Irritation, dann bei wiederholtem Erleben nach und nach den Impuls aus, sich dem Angriff zu erwehren oder dem Tun Grenzen zu setzen. Sie selbst schildern Ärgernisse, die sie von den Pflegebedürftigen zurückschrecken lassen, denen sie ausweichen oder die sie zu vermeiden suchen und denen sie vielfach entfliehen. **Unwissenheit und Unverständnis des Erlebten führt zu Missdeutungen** und daraus resultieren verbale oder auch nonverbale Übergriffe gegen die gepflegte Person oder Selbstverurteilungen. **Grenzüberschreitungen verunsichern das Selbstwertgefühl bei den Pflegenden wie bei den Gepflegten**. Als Folge von Gefühlen der Ohnmacht oder Angst, nicht angenommen zu sein und aus Bedürfnissen nach Schutz und Kommunikation stellen freiheitsentziehende Maßnahmen (dysfunktionale) Stressbewältigungsstrategien dar.

Einzelne Personen schilderten, dass wesentliche Chancen für mehr Gelassenheit in der **Veränderung des eigenen Kommunikationsstils** liegen. Hilfreich sei, sich für den zu pflegenden Angehörigen in Gestik und Mimik sowie inhaltlich verständlich auszudrücken. **Die Notwendigkeit so einer Veränderung zu akzeptieren, fällt allerdings den meisten schwer, da ihnen Nicht-Gelassenheit im Wege steht**. Vielfach resultiert der Verlust der Gelassenheit aus einem Realitätskonflikt (siehe S. 68) und der Bewertung, es handele sich dabei um Regression in der Kommunikation (der Mensch mit Demenz verhält sich wie ein Kind – und das darf nicht sein!). *„Mein Mann war immer ein ganz Ruhiger, immer zufrieden und ich raste jetzt manchmal aus und dann tut es mir leid. Aber ich raste aus in Situationen*

*auch, wo ich wieder feststelle, das können wir nicht mehr machen.“ ( 180131\_0018 - Transkript - TR180463: 157 ).*

### **Scheitern**

Von großer Bedeutung war es für die Teilnehmer\*innen, gelassener mit der erkrankten Person umzugehen - besonders in schwierigen und herausfordernden Situationen, z.B. im Umgang mit Aggressionen, Missgeschicken und Unwägbarkeiten im Lebensalltag. Gerade dann falle es aber besonders schwer, gelassen zu bleiben. Insbesondere belastend sei, dass sie dem vielfach als herausfordernd empfundenen Verhalten ihrer Angehörigen wenig Verständnis entgegen bringen können, auch dann, wenn sie über die Begleiterscheinungen von Demenz informiert sind. Diese Momente des Scheiterns gehen häufig mit **Scham- und Schuldgefühlen** einher: „Also an mir nagen immer wieder die Schuldgefühle und weil ich nicht-, manchmal nicht gelassen sein kann. *Dann denke ich hinterher: Mensch, diese Situation, die hättest du eigentlich besser im Griff haben müssen.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 113).* „Das sind dann Schuldgefühle, die kommen: „Mensch, das ist ja nicht das erste Mal, das zweite Mal, schon das dritte Mal. Wieso kriegst du das nicht hin?“ Das macht einem schon zu schaffen.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 117).

### **Zwischenfazit**

Alles in allem stützen die Ergebnisse der Begleitforschung die These von Görgen (2012), dass es zu kurz greift, Gewalt in der Pflege auf Be- und Überlastung zurückzuführen und „dementsprechend Entlastung als den zentralen (oder gar alleine hinreichenden) Mechanismus der Prävention“ (ebd., S. 34) anzusehen. Gewaltprävention in der Pflege von Angehörigen braucht die **Moderation von Konflikt- und Stresserleben durch Gelassenheitsförderung**. Nicht-Gelassenheit wird nicht nur durch herausfordernde Verhaltensweisen der Menschen mit Demenz ausgelöst, sondern allgemein durch subjektive Sollvorstellungen (Imperativen) pflegender Angehöriger, die auf unterschiedlichste Weise verletzt werden. Dazu gehören Forderungen bzw. Erwartungshaltungen und subjektiv wie objektiv bestehende Überforderungen im Pflege- und Betreuungsverhältnis, die von persönlichen Einstellungen oder Imperativen geprägt sind und von Konflikterleben begleitet sein können (vgl. Kabst/Engel/Kosuch 2019).

**Gelassenheit wird ersehnt und als Lernfeld begriffen.** Durch den klaren Blick auf die Dinge, wie sie sind (der Kern von Gelassenheit), könnten die zuvor in Schleifen der Problem- und Konfliktbetrachtung oder Versuchen der Selbstoptimierung gebundene Energie frei werden und dazu dienen, **Handlungsfähigkeit zu entwickeln**. Entlastend wirken würde in Momenten, in denen die Gelassenheit verloren geht, das alltägliche Üben und Praktizieren einer

**konstatierend aufmerksamen Wahrnehmung** von Gefühlen, Gedanken, Werten, Beziehungen und Bedeutungszusammenhängen. Diese Methode kann durch ihre positiven Effekte auf Selbsterleben und Kontaktgestaltung einen **wesentlichen Beitrag zur Selbsthilfe in der häuslichen Pflege bieten**. Die annehmende Haltung (konstatierend aufmerksamen Wahrnehmung) **schließt die Einsicht ein, dass Gelassenheit verloren gehen kann**, sodass in solchen Momenten **nicht automatisch dem Impuls gefolgt werden müsste, Nicht-Gelassenheit und seine Folgen ungeschehen zu machen** – eine Quelle weitere Engstellungen und ggf. schamauslösender Abwehrmechanismen, welche wiederum dysfunktionales und unangemessenes Verhalten zur Folge haben kann (vgl. ebd., S. 7).

## **2.2 Handlungsbedarfe und Lösungsansätze zur Vermeidung von FeM in der häuslich erbrachten Pflege durch Angehörige**

Ein Teilziel der Projektbegleitung war die Aufbereitung des Ist-Standes und die Projektberatung zur Vermeidung von FeM im häuslichen Umfeld anhand einer Sichtung und Weiterverarbeitung bestehender Konzepte zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen im stationären und häuslichen Umfeld.

Hierfür wurden **aktuelle Studienergebnisse und Literatur** zu diesem Themenfeld gesichtet, zusammengefasst und ausgewertet. Neben demenzspezifischer Fachliteratur aus den Pflegewissenschaften wurden dazu insbesondere auch die Ergebnisse diverser Studien zum Belastungserleben pflegender Angehöriger, Risikofaktoren für FeM in diesem Kontext und Ergebnisse aus Studien zur Altenwohlgefährdung und hieraus abgeleitete Handlungsempfehlungen zusammengetragen (bspw. LEANDER, ReduFix, Gefährdungsbericht älterer und pflegebedürftiger Menschen, Umfrageergebnisse des Zentrums für Qualität in der Pflege, Leitlinie FEM, Werdenfelser Weg). Literatur die in diesem Rahmen gesichtet und ausgewertet wurde, ist u.a.:

- Hoffmann, Michael et al. (2005): Die Lebenslage älterer Menschen mit rechtlicher Betreuung. Abschlussbericht zum Forschungs- und Praxisprojekt. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Berlin.
- Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas (2018): Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft, edition Hans-Böckler-Stiftung Band 363, unter Mitarbeit von Max Ischebeck, Hans-Böckler-Stiftung. Study Nr. 363, Juni 2018.
- Görge, Thomas et al. (2012): Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. 5., Auflage. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Berlin.
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (2018): Freiheitsentziehende Maßnahmen (im Rahmen des §1906 BGB). Handreichung des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e.V. Berlin. 3., überarbeitete Auflage. Stand 2018.

- Entwicklung eines standardisierten Meßinstrumentes zur Erstellung von Belastungsprofilen und zur Evaluation von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige demenzkranker Patienten. Freie Universität Berlin.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2016): Demenz. Impulse und Ideen für pflegende Partner. ZQP-Themenratgeber. 3. Auflage. Berlin.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2015): ZQP Themenreport. Gewaltprävention in der Pflege. Berlin.
- Schuhmacher, Birgit (2015): Für Sicherheit sorgen ohne zu schaden. Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) durch Technik vermeiden.
- Schuhmacher, Birgit; Pflughaar, Lisa (2013): FeM aus Sicht der Experten im Feld. In: Klie, Thomas et al.: Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. AGP Sozialforschung/Fachhochschule Frankfurt, Freiburg/Frankfurt. S. 14-15.
- Renaud, Dagmar; Nicolay, Elke, Battis, Sabine (2015): „Mehr Freiheit in der Pflege wagen“. Alternativen zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Hrsg.). Saarbrücken.
- Köpke, Sascha et al. (2012): Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität zu Lübeck & Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Aufgrund der dürftigen Datenlage zu den Anwendungsgründen pflegender Angehöriger für FeM wurde in diesem Zusammenhang auch eine intensive Sichtung von zwei offenen **Onlineforen** für pflegende Angehörige Demenzerkrankter vorgenommen, um hierzu Erkenntnisse zu Perspektiven und Umgangsformen Angehöriger zu FeM generieren zu können. Dazu wurden 320 Threads innerhalb des Forums der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und 500 Threads innerhalb des Forums des BMFSFJ gesichtet. Als Ergebnis dieser Recherche konnten sorgenauslösende Faktoren, besonders in Bezug auf herausforderndes Verhalten, deutlicher herausgestellt werden.

Anschließend erfolgte eine **rechtliche Prüfung der Legitimation von FeM** in der häuslichen Pflege und die Zulässigkeit einer Vertreterentscheidung (Bevollmächtigte, Betreuer) anhand einer detaillierten Auswertung von Literatur und Rechtsprechung. Dabei wurde die Rechtmäßigkeit von FeM überprüft und bewertet, rechtliche Anforderungen an solche Maßnahmen herausgestellt und rechtliche und sozialstrukturelle Handlungsbedarfe hieraus abgeleitet.

Auf der Basis der gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus den zuvor genannten Arbeitsschritten wurde dann ein **Reader** (siehe Anhang) entwickelt, in dem die wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Praxis systematisiert zusammen geführt und aufbereitet wurden. Der Reader richtet sich an Akteur\*innen, die beruflich in Pflegekontexten tätig sind. Durch eine komprimierte Darstellung der wichtigsten Informationen zum Krankheitsbild Demenz und dessen Verlauf, FeM und deren rechtlicher Einordnung und auch multiperspektivische Handlungsempfehlungen als Alternativen zu FeM, werden den verschiedenen Akteursgrup-

pen in übersichtlicher Form Impulse zur Vermeidung von FeM gegeben. Bei der Entwicklung des Readers wurden zusätzlich auch die Ergebnisse der ersten Projektphase einbezogen.

Um Handlungsbedarfe und Lösungsansätze aus Sicht von Praktiker\*innen aus dem beruflichen Feld der Pflege zu FEM zu erfassen und erarbeiten, wurde anschließend ein **Workshop zu Gewaltprävention in der häuslichen Pflege** konzipiert, veranstaltet und aufbereitet. Ziel war es hierin einen offenen Austausch (Theorie-Praxis-Transfer) zu ermöglichen in welchem aktuelle Problemlagen und Handlungsbedarfe eruiert werden, um dann zukunftsgerichtet und multiperspektivisch diesbezügliche Lösungsansätze zu diskutieren und zu erarbeiten. Die Veranstaltung fand am 15. November 2019 von 14:00 – 17:30 Uhr an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der TH Köln statt. Das Programm, die Inhalte der Vorträge und die generierten Ergebnisse innerhalb der Gruppendiskussionen mit den Teilnehmer\*innen werden im Folgenden zusammenfassend dargelegt (ausführlich siehe Kapitel 8). In **vier Kurzreferaten** beleuchteten insgesamt fünf Referentinnen zu Beginn des Workshops aus wissenschaftlicher Sicht die Hintergründe für FEM und Bedeutung der Gewaltprävention in der häuslichen Versorgung von älteren Erwachsenen. Sie gaben Impulse für die Diskussion und den lösungsorientierten Austausch im Plenum.

Dass dem häuslichen Umfeld eine besondere Schutzfunktion zukommt und Privatheit kein rechtsfreier Raum ist, wurde an den Ausführungen und Handlungsempfehlungen des VERA Projektes zum Betreuungs- und Pflegeversicherungsrecht von **Dr. Anna Schwedler und Sarah Glaab** von der Universität Frankfurt sichtbar. Aus den Positionen der BAGSO - vertreten durch Dr. Lena Dorin – wurde deutlich, dass in der breiten Öffentlichkeit, in Politik und Pflegewesen Gewalthandlungen in der häuslichen Pflege anzugehen und Wege zu finden sind, die Betroffenen zu schützen.

**Prof. Dr. Kosuch** legte dar, dass Gelassenheitsförderung durch mentale Selbstregulation (Introvision) pflegender Angehöriger dazu diene, bisheriges Verhalten neu zu bewerten und den Zustand von „Nicht-Gelassenheit“ zu beenden. Letzterer erschwere eine Selbstpflege und die Interaktion mit den an Alzheimer erkrankten Angehörigen. Emotionalität und körperlich-geistige Anspannung (Psychotonus) könne darüber hinaus Lernblockaden zur Folge haben, wodurch neue Erkenntnisse nicht integriert werden können, die potentiell zu einer Neubewertung von bisherigem Verhalten führen würden. Zudem könnten starke Schamgefühle in der Pflegebeziehung und Bewertung eigenen Verhalten die vielbeklagte Abschirmung nach außen erklären.

**Nora Wilcke** referierte dazu, dass die Verhältnismäßigkeit der Mittel von FeM bereits bei bestehender Gesetzeslage zu beachten sei. Sie empfahl, jeder Handlung eine konkrete Si-

tuationsanalyse voranzustellen, um wirksam Maßnahmen zum Erwachsenenschutz zu ergreifen.

**Die Teilnehmer\*innen** aus verschiedenen Bereichen der Pflegepraxis und -begleitung und Wissenschaft zusammen, Praktiker\*innen aus Seniorenbüros und Regionalbüros für Alter, Pflege und Demenz vertreten, Fachplaner\*innen für Senioren und behinderte Menschen sowie Abteilungsleiter\*innen und Projektmanager\*innen der Altenhilfe von Spitzenverbänden der Wohlfahrtspflege zugegen, ebenso wie Herr Juchems als Vertreter der Stiftung Wohlfahrtspflege

Ein Schlüssel zur Verbesserung der Gewaltprävention, so das wesentliche **Ergebnis des Workshops**, besteht in der rechtlich verbindlichen Vernetzung von Strukturen und Verhalten im Kontext häuslicher Pflege. Die Teilnehmer\*innen stellten heraus, dass es dazu einer umfassenden fachlichen **Sensibilisierung aller Akteur\*innen** bedarf, die direkt oder indirekt mit pflegebedürftigen demenziell erkrankten Menschen (oder hiervon bedrohten Personen) und pflegenden Angehörigen in Kontakt treten und arbeiten. Die verschiedenen Professionen sollten in der Lage sein, Gewaltformen zu erkennen und eingreifen zu können. Nicht zuletzt kommt es darauf an, die Betroffenen zu sensibilisieren und aufzuklären, um ihnen unbürokratisch Hilfen zur Selbsthilfe und Fremdfürsorge zu vermitteln. Betont wurde zudem, dass es einer **umfassenden gesamtgesellschaftlichen Aufklärung** bedarf, um Altenwohlfährdung stärker entgegen zu wirken (public awareness).

**Weiterbildungs- und Begleitungsangebote für pflegende Angehörige** sollten zudem auf einer Verschränkung von krankheitsbezogenem und rechtlichem Wissen mit sozialrechtlicher Unterstützung und Gelassenheitsförderung basieren. Es bedürfe nach Ansicht der Teilnehmer\*innen einer informativen, gelassenheitsförderlichen und schamsensiblen Adressierung dieser Zielgruppe, damit Unterstützungs- und Präventionsangebote auch angenommen werden können. Dabei können die Schulung von Fachexpert\*innen zur Gestaltbarkeit von gewaltfreien Pflegearrangements im Netzwerk häuslicher Versorgung und individuelle Gelassenheitsförderung von Betroffenen wirksame Ansatzpunkte sein, um FeM, psychischen Druck, Verletzungen und Schäden der Beteiligten zu vermeiden.

Die Teilnehmer\*innen befanden eine **richterliche Genehmigungspflicht betreffs FeM ebenso wie eine verpflichtende Beratung für Pflegende als ungeeignet** - statt einer Verpflichtung sei es sinnvoller, stärker zu informieren und eine FEM-kritische Bewusstseinsbildung voran zu treiben. Die Ansprache von Pflegenden müssen niedrigschwellig und vertrauensvoll sein, ohne dass diese vorab angeklagt seien sich in der Pflege falsch zu verhalten. **Hingegen wurde die Idee positiv bewertet, dass Fachkräfte innerhalb der Pflege an verpflichtenden Schulungen und Fortbildungen teilnehmen**, um diese für das Thema zu

sensibilisieren und mehr Sicherheit im Umgang mit Verdachtsfällen und Risikofaktoren zu ermöglichen.

### **2.3 Publikationen und Berichte zu Gelassenheit und Vermeidung von FeM**

Das Begleitforschungsteam hat im Laufe des Projekts, neben dem Reader und der Handreichung (s.o.), weitere Veröffentlichungen umgesetzt und Texte, deren Publikationen gerade veranlasst werden, erarbeitet. Dazu gehört auch die Erarbeitung eines Vorschlags für ein Schulungsmodell für pflegende Angehörige dem nach Abschluss des Projekts in anderen Kontexten nachgegangen werden wird. Die Ausarbeitungen sind im Folgenden aufgeführt und finden sich teilweise auch im Anhang dieses Berichtes wieder:

- Kabst, Christine & Kosuch, Renate (2019): Gelassenheit an der Schmerzgrenze - Einfühlung und Handlungsfähigkeit in herausfordernden Pflege- und Betreuungsarrangements. *Empathische Zeit* (4), S. 64-67.
- Kabst, Christine, Engel, Alexander & Kosuch, Renate (2019). Gelassenheit in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz. Auswertung von sechs Explorationsworkshops mit pflegenden Angehörigen. Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung im Projekt „Gelassen - nicht alleine lassen“, gefördert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, TH Köln (wird mit diesem Abschlussbericht zusammen eingereicht)
- Kosuch, Renate & Wagner, Angelika (2019): Die Praxis der Introvision: Förderung von Gelassenheit durch Auflösung innerer Konflikte. In: Rietmann, Stephan; Deing, Phillip: *Psychologie der Selbststeuerung*. Wiesbaden, S. 129-157.
- Kosuch, Renate (2019): Das Gelassenheitsbarometer: Entwicklung eines Fragebogens zur Selbstreflexion situativer Gelassenheit in vielfältigen Kontexten. Unveröffentlichtes Manuskript, TH Köln. <https://th-koeln.sciebo.de/s/1uVlcbub3MwRU6r> (25.09.2019)
- Wilcke, Nora; Brosey, Dagmar & Kosuch, Renate (2019): Freiheitseinschränkende Maßnahmen in der häuslichen Pflege. Ursachen, Vermeidung, Legitimation. Projektträger Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW e.V, gefördert von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW. Köln: TH Köln (Reader - siehe Anhang ).
- Wilcke, Nora & Kabst, Christine (2019): „Gewaltprävention in der häuslichen Pflege (Theorie-Praxis-Transfer)“ – Ergebnisse des Workshops vom 15.11.2019. Köln: TH Köln (siehe Kapitel 8).
- Wilcke, Nora (in Arbeit): Relevanz von Beratung für pflegende Angehörige. Demenzielle Erkrankungen als Herausforderung in der Angehörigenpflege.
- Wilcke, Nora (in Arbeit): FEM im Lichte der Verhältnismäßigkeit, angefragt für Betreuungsrechtliche Praxis (BtPrax), Nr. 2 2020.

### **3 Inhalte und Ziele des Projekts „Gelassen - nicht alleine lassen“**

Ziel des Projektes war, ein Selbstreflexionsinstrument zu entwickeln, mit dem pflegende Angehörige ihren situativen Grad an Gelassenheit und die Auslöser von Nicht-Gelassenheit frühzeitig und besser wahrnehmen können. Es galt, sie darin zu unterstützen, kritische Situationen abwenden oder meistern zu können und vor allem zu erkennen, wenn der Moment gekommen ist, Beratungsangebot in Anspruch zu nehmen, denn viele pflegende Angehörige zögern lange, bevor sie unterstützende Angebote in Anspruch nehmen. In einer zweiten Phase sollte das Thema „freiheitseinschränkende Maßnahmen“ fokussiert werden, um Angehörigen rechtssichere Entscheidungen zur (Nicht)Anwendung zu geben.

„Seit Beginn der 1990er Jahre liegen im BMFSFJ Forschungsergebnisse zu den spezifischen Gefährdungen von älteren Menschen in häuslichen Pflegebeziehungen vor“, hat die Beobachtungstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa festgestellt (vgl. Merkle 2016, S. 6). Viele Studien haben nachgewiesen, dass Be- und Überlastung von Pflegenden das Risiko erhöhe, Gewalt in der Pflege anzuwenden. Dieses allerdings in erster Linie oder gar ausschließlich auf deren Belastungen zurückzuführen „und dementsprechend Entlastung als den zentralen (oder gar alleine hinreichenden) Mechanismus der Prävention“ (Görgen 2012, S. 39) zu sehen, sei zu kurz gegriffen, warnt Görgen, Professor an der Deutschen Hochschule der Polizei aus Münster.

Viele Projekte der Interventions- und Angehörigenforschung haben sich in der Vergangenheit schwerpunktmäßig mit der Entlastung von pflegenden Angehörigen zur Verbesserung von Angebotsstrukturen in der Versorgung von Menschen mit Demenz beschäftigt. Einige Projekte fokussieren dabei auf die Entlastung von pflegenden Angehörigen oder auf die Vermeidung von Gewalt in der häuslichen Pflege, was auch freiheitsentziehende Maßnahmen einschließt. Diese Themen werden häufig mit einer quantitativen Perspektive betrachtet. Dies bedeutet, dass vorliegende Studien häufig ursachen- und veränderungszentriert sind oder sie sich auf die Messung der Wirksamkeit von Interventionen beschränken. Das Projekt „Gelassen - nicht alleine lassen“ ist hier einen anderen Weg gegangen.

#### **3.1 Alleinstellungsmerkmale des Projektes**

Die Besonderheit dieses Projekts mit dem Ziel, dass pflegende Angehörige frühzeitig Unterstützung in Anspruch nehmen, lag erstens in der Verbindung eines psychologischen Projektteils (Gelassenheit) mit einem juristischen Teil (freiheitseinschränkende Maßnahmen), denn zur Vermeidung von FeM braucht es den Blick auf subjektives Erleben und individuelle Bewältigungsstrategien ebenso wie eine Bewusstheit über das Potenzial von Schädigung.

Durch den konsequenten Einbezug pflegender Angehöriger wurde zweitens ein partizipativer Forschungsansatz verfolgt. Dabei orientiert sich das Projekt an der vorhandenen Zielgruppe im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe. Die Sichtweisen der späteren Anwender\*innen flossen in die Entwicklung des Reflexionsinstruments mit ein. **Die Verbindung transdisziplinärer Wissensbestände und der partizipative Einbezug pflegender Angehöriger zeichnete das Projekt aus.**

Das Projekt richtete sich dabei an Angehörige von Menschen mit Demenz, die diese als Hauptpflegeperson versorgen. Dazu zählen Personen aus dem Familien- Freundes- oder Bekanntenkreis oder Mitglieder der Kernfamilie - wie z.B. verheiratete oder unverheiratete Partner\*innen, Kinder, Schwiegerkinder oder Enkel. Personen, die die Hauptpflege- oder -betreuung übernehmen, fühlen sich verantwortlich für den nahestehenden Menschen mit Demenz und unterstützen diesen informell. Daneben sprechen Angehörige vielfach auch von einem „sich verpflichtet fühlen“, aus Gründen des familiären Zusammenhalts, was dazu führt, die Verantwortung für die Pflege zu übernehmen (vgl. Bestmann/Wüstholtz/Verheyen 2014, S. 11 ff.). Vom Projekt angesprochen wurden deshalb auch Angehörige, die nicht in einem gemeinsamen Haushalt mit der Bezugsperson leben und solche, deren Wohnsitz auch außerhalb der Heimstätte der versorgten Person liegen. Bei der Auswahl der Zielgruppe sollte dem real breiten Spektrum an Pflegebeziehungen im häuslichen Umfeld Raum gegeben werden, um die Vielfalt von Faktoren und Hindernisse beim Gelingen oder Misslingen der Versorgung von Menschen mit Demenz auszuloten.

**Nur wenige Projekte der Angehörigenforschung beziehen die Betroffenen selbst ein,** um ihr Potenzial festzustellen, dass sie als Gefährder\*innen oder Gefährdete haben, Gewalt anzuwenden oder zu erfahren. Das Projekt „Gelassen – nicht alleine lassen“ verfolgte einen präventiven Ansatz, um die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Angeboten zu senken, indem Probleme und Wünsche der Betroffenen umfangreich erhoben wurden.

Auf dieser Basis können zukünftig Interventionen entwickelt werden, die es erlauben, selbstständig Belastungen mental zu verarbeiten auch und gerade bei alltäglichen Konflikten und Stressfaktoren in der Pflege- und Betreuungssituation. Die im Projekt unter Mitwirkung von pflegenden Angehörigen der Menschen mit Demenz ermittelten Erkenntnisse können z.B. in die Entwicklung eines Schulungskonzepts nonformaler Bildung für pflegende Angehörige einfließen. Dieses soll nach dem festgestellten Bedarf und Nutzen, Kompetenzen zum Erhalt und zur Wiederherstellung von Gelassenheit in der Pflege von Angehörigen fördern sowie zu einem konstruktiven Umgang mit den emotionalen Belastungen aus der speziellen Pflegesituation von Angehörigen beitragen. Die Pflegenden bzw. Betreuenden sind mit ihrer Unterstützungsleistung letztlich selbst steuernde Kraft und verfügen auch über Expertise zur Ver-

meidung von Formen der Gewalt und Aggression gegenüber den zu versorgenden Familienangehörigen.

### 3.2 Arbeitshypothesen und forschungsleitende Fragestellung

Im Projekt „Gelassen – nicht allein lassen“ wurden qualitative Methoden aus dem Projekt mit Ergebnissen aus standardisierten Studien der Stress- und Pflegeforschung kombiniert und mit Erfahrungswerten evaluierter Modellprojekte von Interventionsmaßnahmen im Forschungskontext angereichert. Die Impulse aus der Inhaltsanalyse eigener Daten wurden ebenfalls zur Klärung der grundlegenden Forschungsfrage herangezogen:

Können pflegende Angehörige durch eine Selbstreflexion der Art und Weise des eigenen Bedeutungsmanagements, den Belastungen des Pflegealltags gelassener begegnen, einen vorhandenen Unterstützungsbedarf besser erkennen?

Eine Arbeitshypothese im Rahmen des Projekts bestand darin, dass **freiheitsentziehende Maßnahmen in der häuslichen Pflege einen Bewältigungsversuch darstellen**, um mit konflikthaften Kognitionen umzugehen. Ein mit Dis-Stress verbundenes Belastungserleben pflegender Angehöriger dürfte im Modell des Psychotonus auf den Niveaus fünf bis sieben verortet werden (vgl. Wagner/Kosuch/Iwers-Stelljes 2016, S.16 ff.). In diesen Phasen kommt es zu inneren Konflikten, die eskalieren können. In Übertragung auf den hier bedeutsamen Forschungsgegenstand zu „Gewalt in der Pflege“ ist darüber ein Potenzial für direkte und indirekte Formen der Gewalt erkennbar, die sich im Verhalten verbal oder nonverbal und den Umgang mit herausfordernden Emotionen und Situationen äußern.

So gaben bspw. in der viel zitierten *LEANDER*- Längsschnittstudie 21 Prozent von 888 Befragten an, dass sie gegenüber dem zu versorgenden Angehörigen oft oder sehr oft lauter werden. Des Weiteren gaben 19 Prozent der Befragten an, dass sie manchmal jene vor Wut schütteln könnten und 17 Prozent waren zeitweise voll Groll, was der Angehörige ihnen zumutet (vgl. Zank/Schacke 2007, S. 158). Die Schilderungen in den Gelassenheits-Workshops lassen ähnlich häufig Aggressivität erkennen, was im Kapitel 5, insbesondere Kapitel 5.3 näher erläutert wird. Die vorgenannten Verhaltensweisen lassen auf einen Psychotonus der Befragten schließen, der wahrscheinlich auf der Stufe des akuten Konflikts (Psychotonusstufe 6: PT-6) angesiedelt ist. Zum einen können hier der ersichtliche Verlust von Selbstkontrolle, und zum anderen die starken Gefühle von Wut und Zorn als Indikator für das Vorhandensein von akuten Konflikten im Bereich häuslicher Pflegearrangements gewertet werden. Jedoch müssen Konflikte nicht unbedingt auf der Stufe des akuten Konflikts angesiedelt sein, um MmD zu schaden. So kann auch ein Konflikt mit Willensprozessen verbunden sein (PT-5), die dazu führen, dass es zu einer finanziellen Ausbeutung oder Schädigung

gung der erkrankten Person kommt, ohne dieses beabsichtigt zu haben. Die nötige Selbstregulation fehlt, um einen Konflikt nicht eskalieren zu lassen. Es erschien wahrscheinlich, dass bei allen durch die Pflege und Betreuung hervorgerufenen Belastungen auch mentale Konflikte identifiziert werden können. Diese Konflikte können zu einem erhöhten Psychotonus (körperliches und seelisches Stresserleben) und einem Versagen von internen Kontrollmechanismen führen. In einem weiteren Schritt sollte daher der Umgang von pflegenden Angehörigen mit pflegebedingten mentalen Konflikten erhoben werden.

#### **4 Von Stressoren und Belastungen – Stressmodelle und die Interpretation von Belastungserleben**

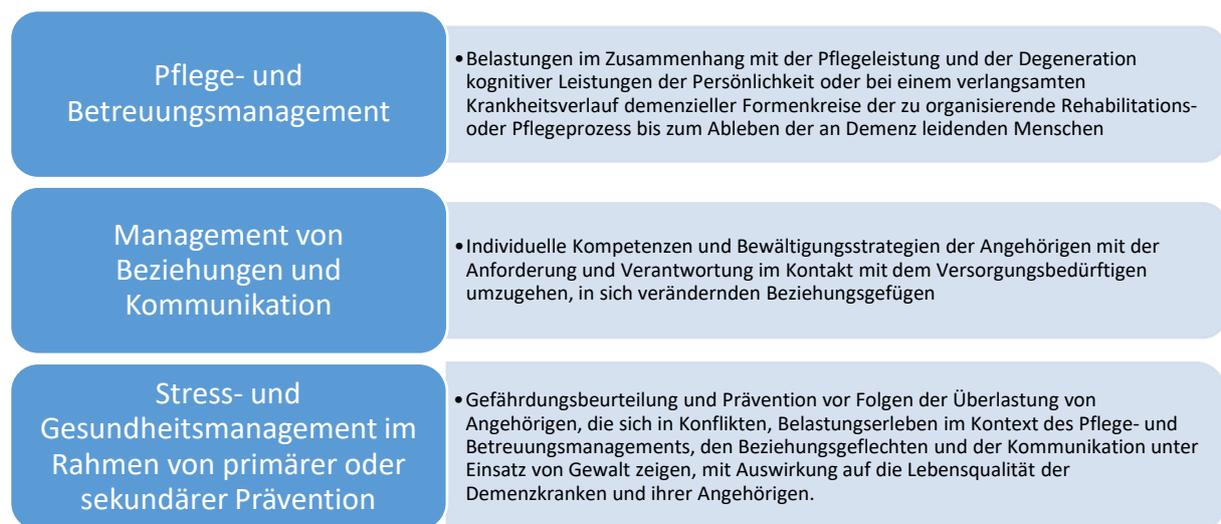
Alzheimer NRW sollte ursprünglich von der Begleitforschung dahingehend unterstützt werden, ein Instrument zu entwickeln, das Angehörige von Menschen mit einer Demenzerkrankung dabei hilft, selbstreflexiv und selbstständig den Grad ihrer situativen Gelassenheit zu erkennen. Abweichend davon wurde ein konkreter Vorschlag entwickelt, der von Alzheimer NRW für die konkrete Praxis überarbeitet und spezifisch zugeschnitten werden sollte (siehe Anhang 3). Um diesen Entwurf zu entwickeln, hat die Begleitforschung ***erstens theoretische Vorarbeiten für die Entwicklung eines unspezifischen Gelassenheitsbarometers geleistet*** (Kosuch, 2019). Zweitens wurde ***unter Verwendung aktueller und grundlegender Literatur*** der Frage nachgegangen, wie ***Theorien zum pflegebedingten Belastungserleben zusammengeführt*** und ***für eine Anwendung im Rahmen des Modellprojekts*** mit dem Fokus auf Gelassenheit ***aufbereitet*** werden können. Die Ergebnisse der Literaturrecherche sowie die hieraus resultierenden Überlegungen zur Projektrealisation werden im Folgenden dargestellt. Dabei wird zunächst erläutert, welche wissenschaftlichen Erklärungsmodelle für die Ursachen von Belastung bzw. dem Verlust von Gelassenheit herangezogen werden können und Ergebnisse aus diesen Forschungsfeldern dargestellt, die bei der Konzipierung von Angehörigenschulungen Berücksichtigung finden sollten, um diese bedarfsgerecht und niedrigschwellig zu erreichen. Anschließend wird darauf eingegangen, welche Bedeutung die Auseinandersetzung mit dem Themenfeld FEM im Kontext von Gelassenheit bzw. Nicht-Gelassenheit innerhalb der häuslich erbrachten Pflege demenzerkrankter einnimmt. Dann werden drei Stressmodelle vorgestellt und ein wissenschaftlicher Blick auf Stressentstehung und -auswirkungen aus Sicht des transaktionalen Modells gerichtet. Dieses Kapitel schließt mit einer Einführung in die Theorie und Begriffe der Introversion – aus welcher sich auch das Verständnis von Gelassenheit aus Sicht der Begleitforschung theoretisch ableite.

#### 4.1 Bedürfnisse und Bedarfe im Licht der Wissenschaft zur Pflege- und Betreuungssituation und der Konfliktforschung

Die Angehörigenforschung beschäftigt sich seit ihres Beginns, Anfang der 1970er Jahre, mit Fragen der Be- und Entlastung von Angehörigen in der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungssituation, außerdem den Ursachen für dieses Belastungserleben der Zielgruppe (vgl. Engel 2017). Stressmodelle zur Erklärung von psychischen Belastungen stehen dabei im Mittelpunkt, die nach dem Unterschied zwischen objektiven Faktoren der Lebenssituation der Angehörigen und deren subjektiven Belastungsempfindungen fragen.

Im Zuge der Erforschung von Belastungen von Angehörigen, die bei der Pflege von Menschen mit Demenz empfunden werden oder real vorhanden sind, lassen sich aus der Literaturrecherche verschiedene Beobachtungen und Zugänge unterscheiden:

##### **Grafik: Wissenschaftliche Zugänge zur Erforschung des Belastungserlebens von pflegenden Angehörigen**



Eigene Darstellung

Die gesichtete Literatur der Begleitforschung konzentriert sich auf Studien und Texte, die aus der Interventionsforschung innerhalb der Versorgungs- und Angehörigenforschung stammen, zur Einschätzung der Belastungen und Belastungsfolgen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, sowie wissenschaftliche Erkenntnisse zu Wirkungen dieser Maßnahmen.

„Interventionsforschung“ bezeichnet „eine grundlagen- und problemorientierte fachübergreifende Forschung, welche die Kranken- und Gesundheitsversorgung in ihren Rahmenbedingungen beschreibt, kausal erklärt und aufbauend darauf Versorgungskonzepte entwickelt, deren Umsetzung begleitend erforscht und/oder unter Alltagsbedingungen evaluiert“ (Pfaff

2003, S. 13 ff.). Hier werden Interventionen ausgelotet, die sich auf den Menschen mit Demenz selbst beziehen, im Kern werden dessen Behandlung, Pflege und Rehabilitation betrachtet oder es wird beobachtet wie sich das Milieu der Betreuung, Behandlung und die Lebenswelt auf die Zielgruppe auswirkt und wie ihre Beziehungen ausgestaltet sind. Der forschende Blick bezieht sich auf einen fürsorglichen Umgang mit dem zu Versorgenden durch Versorgende.

Für die Begleitforschung waren Ansätze von Interesse, die psychosoziale Aspekte beinhalten, abseits von medizinisch-therapeutischer Intervention. Die diesbezügliche Forschung hat die Entlastungswirkung evaluiert von therapeutischen und erziehenden Maßnahmen zur Verhaltensänderung und zur Vermittlung von Wissen (Psychoedukation). Effektiv sind demzufolge Inhalte über Demenz und ihrer Behandlung sowie über Umgangsweisen, wie z.B. Regeln der angepassten Kommunikation mit Menschen mit Demenz oder Rechte und Pflichten in der Versorgungsbeziehung oder Informationstransfer zur Angebotsvielfalt unterstützender Leistungen. Richtungsweisend sind hier die Forschungsergebnisse von Pinquart und Sörensen aus dem Jahre 2003, die in Bezug auf psychoedukative und psychotherapeutische Maßnahmen sowie Selbsthilfegruppen für Angehörige signifikante Effekte mit moderater Wirkung nachgewiesen haben. Als besonders wirksam haben sich ihnen nach **Multikomponenten-Interventionen** erwiesen, die ein Problem lösen helfen, mit einem Mix aus sozialen plus kognitive Bestandteile. **Die geringste Wirksamkeit wurde bei reiner Informationsvermittlung festgestellt**, außerdem seien längere Programme wirksamer als kurze (vgl. ebd.).

Im Detail betrachtet vermitteln Angehörigenkurse bspw. Wissen über Pflege und Demenz und fördern Pflegekompetenzen, nehmen jedoch das psychische Wohlbefinden oder die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen zu wenig in den Blick. Ähnliches gilt für angeleitete Selbsthilfegruppen, wobei die Angehörigen mit solchen Gesprächskreisen sehr zufrieden sind (vgl. Wilz/Pfeiffer 2019, S. 77). In der LEANDER-Studie von Zank/Schacke (2013) gibt es Hinweise darauf, dass für Angehörige vor allem die Vermittlung von Methoden hilfreich ist, welche sie zu Hause nutzen können, um emotionale Belastungen zu verarbeiten. Einen therapeutischen Telemedien nutzenden Beratungsansatz ähnlich des Portals pflegen-und-leben.de verfolgt das Projekt der Universität Jena: „Telefonische Therapie Angehöriger von Menschen mit Demenz“ (Tele.TAnDem). Die individuell einsetzbare problem-, kognitions- und emotionsorientierte psychotherapeutische Intervention basiert auf kognitiver Verhaltenstherapie eingebettet in einen Multikomponentenansatz mit nachgewiesener Wirkung auf das Wohlbefinden der Nutzer\*innen. Dieses Angebot hatte Effekte in der Verbesserung der Problemlösefähigkeit, vermittelte notwendiges Wissen, förderte Selbstfürsorge, erweiterte das Hilfenetzwerk, modifizierte dysfunktionale Einstellungen, thematisierte den Umgang mit be-

lastenden Emotionen und förderte die Auseinandersetzung mit Verlust und Trauer in der Pflegebeziehung (vgl. Wilz/Soellner 2016, S. 12 ff.).

In anderen Studien und Modellen wurden zur Abwehr von Gefahren und Gefährdungen in der häuslichen Betreuung und Pflege durch Angehörige primär im Verhalten der Pflegenden liegende Ursachen analysiert, um Missbrauch im Vertrauensbereich Pflegebedürftiger zu erklären. Die Risiken für eine Misshandlung und Vernachlässigung in häuslichen Pflegearrangements stehen im engen Zusammenhang zur persönlichen Vorgeschichte und Dauer der Pflegebeziehung, was sich auf die Qualität und Intensität des Zusammenwirkens der Beteiligten auswirkt (vgl. Görge et al. 2012, S. 28). Einfluss haben gesellschaftlich geprägte Geschlechterrollen, wechselseitige Interessen, die Wahrnehmung und Interpretation von Verhalten der Beteiligten im Pflegeverhältnis, die sich auf die Pflegebeziehung und die Motivlage auswirken, wie die Pflege und Betreuung zu verantworten, zu übernehmen oder aufrecht zu erhalten. In der Entwicklung des Miteinanders sind persönliche Interessen, sich zu bereichern und andere Ereignisse für die Ausgestaltung der zwischenmenschlichen Beziehung relevant. Besonders problematisch sind massive Abhängigkeiten und Dominanzverhältnisse in der Pflegebeziehung (sowohl zwischen Partnern als auch zwischen Eltern und Kindern), die weiter bestehen bzw. sich dort umkehren.

„Trotz positiver Pflegemotivation und guter Beziehungsqualität vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit kann es vor allem dann zu gewaltförmigem Verhalten in der Pflege kommen, wenn Belastungsfaktoren eine erfolgreiche Bewältigung von Pflegeaufgaben erschweren und die Pflegenden zugleich den Pflegebedürftigen Verantwortung für die auftretenden Probleme zuschreiben, indem sie z. B. mangelnde Kooperationsbereitschaft unterstellen (und das Verhalten nicht etwa als krankheitsbedingt interpretieren)“ (Görge et al. 2012, S. 28).

Die Risiken würden sich durch Missbrauch von Alkohol oder Medikamenten und mit mangelnden Informationen über Krankheitsverläufe und adäquate pflegerische Handlungen verstärken. Finanzielle Mangellagen, die eine ausreichende Nutzung professioneller Pflege oder alternative Lösungen wie eine Pflegeheimübersiedlung verhindern, seien auch bedeutsam in dieser Konstellation. Weiter werde das Risiko von Misshandlung und Vernachlässigung in solchen Pflegebeziehungen erhöht, in denen spezifische Anforderungen von Demenzzpflege und aggressives Verhalten Pflegebedürftiger dazu beitragen.

Im Rahmen der Angehörigenforschung haben Boye und Yan 2016 (zitiert nach Engel 2017) viele Studien gesichtet, die sich vier Risikofaktoren zuordnen lassen. Ursachen für häufigeres Auftreten missbräuchlichen Verhaltens liegen zum einen in der Person der Pflegenden begründet, entstehen zum anderen als Reaktion auf die pflegebedürftige Person und zum Dritten aus der Dyade der Pflegebeziehung selbst und viertens aus Kontextbedingungen der Pflegebeziehung. Gesicherte Erkenntnisse und Hauptmerkmale ergeben sich aus der Menge (Zahl in Klammern nach dem Merkmal) der analysierten Studien, wie folgt:

**Tabelle: Risikofaktoren für missbräuchliches Verhalten nach Boye und Yan 2016**

Merkmale	Gesichtete Studien und Werte
die in der Person des Angehörigen selbst liegen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewertung der Pflegebelastung als subjektiv hoch [14]</li> <li>▪ psychische Auffälligkeiten/Erkrankungen (wie Depression, Angst) [10]</li> <li>▪ Dysfunktionale Umgangsweisen mit Stress (wie „Hände in den Schoß legen“, Selbstkritik üben, Alkohol oder andere ‘Substanzen’ konsumieren) [5]</li> </ul>
des Pflegebedürftigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kognitive Einschränkungen (Demenz) [12]</li> <li>▪ Verhaltensauffälligkeiten [14]</li> <li>▪ eingeschränkte Alltagskompetenz [8]</li> <li>▪ psychiatrischen Symptome (Wahnvorstellungen, Halluzination) [6]</li> </ul>
aus der Beziehung zwischen pflegendem Angehörigen und pflegebedürftiger Person	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wenn die dyadische Beziehung vor Beginn der Pflege wenig „belohnende“ Elemente aufwies [4]</li> <li>▪ wenn die gegenwärtige Beziehung weniger „belohnende“ Elemente oder mehr Zurückweisungen von Seiten der pflegebedürftigen Person aufweist [2]</li> </ul>
Pflegerischer Kontext	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mangel an sozialer Unterstützung [7]</li> <li>▪ Zusammenwohnen von pflegendem Angehörigen und pflegebedürftiger Person [4]</li> </ul>

Die Hauptpflegepersonen tragen viele Lasten von Psyche und Physis ihrer Angehörigen mit (Görgen et al. 2017, S. 494). Das geht so weit, dass die selbst ein der Behandlung bedürftiges Leiden entwickeln, wie z.B. Depressionen, Nervosität aus Schlafmangel sowie Muskel-Skelett und Herz-Kreislaufkrankungen. Oft genannt werden in diesem Zusammenhang Rollenkonflikte, häufige Störungen des eigenen Nacht- und Tagesrhythmus und der Umgang mit Verhaltensänderungen des zu versorgenden Angehörigen (vgl. Pinquart/Sörensen 2003). „Der Umgang mit den aus der Pflegeverantwortung resultierenden Belastungen ist in hohem Maße von der Pflegemotivation, der Beziehung vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit und der mit der Pflege einsetzenden Entwicklungsdynamik sowie der Verfügbarkeit von Bewältigungsstrategien abhängig“ (Görgen et al. 2012, S. 24).

Vielfach gehen pflegende Angehörige über ihre Grenzen der Leistungsfähigkeit hinweg und vernachlässigen dabei, medizinische oder psychologische Hilfe für sich selbst in Anspruch zu nehmen – meist aus Rücksicht auf den Pflegebedarf oder aus der Haltung, in der Pflege unabhkömmlich zu sein und das auch entgegen des ausgedrückten Willens der zu Versorgenden (vgl. Hirsch, 2016). Hierbei haben Gefühle der Angst und Scham vor Stigmatisierung oder Ausgrenzung oder auch der Mangel an Zeit oder Geld ein Gewicht, um Hilfeangebote anzunehmen (vgl. Hirsch 2014). Ein weiteres Hindernis stellt das mangelnde Wissen bzw. die daraus resultierende Unsicherheit der Pflegeperson dar, in welchem Ausmaß und Tiefe der zu Versorgende real Unterstützung bedarf im Verhältnis zur fortschreitenden Demenz

(vgl. Pieniak 2017, S. 31 ff.). Auf diese Faktoren und die Bedeutsamkeit der Inanspruchnahme von Hilfen wird im nachfolgenden Abschnitt vertiefend eingegangen.

#### **4.2 Unterstützungsangebote und Inanspruchnahme – Befunde der Angehörigen- und Interventionsforschung**

Bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenzerkrankung, die in der häuslichen Umgebung leben, nehmen die Hauptpflegepersonen der Betroffenen eine zentrale Rolle ein. Zumeist handelt es sich hierbei um enge Verwandte, welche die vielfältigen Aufgaben übernehmen und die Hauptlast der Pflege tragen. Häufig geben Angehörige an, dass Pflichtgefühl und Familienzusammenhalt für die Übernahme der Pflege verantwortlich waren (vgl. Bestmann et al. 2014, S. 8). Mit der Übernahme der Pflege können unterschiedliche Belastungen für die Hauptpflegeperson entstehen. Es kommt z. B. zu psychischen und physischen Belastungen, Rollenkonflikten, häufigen Störungen des eigenen Nachtrhythmus und der Konfrontation mit Verhaltensänderungen des Erkrankten (vgl. Pinquart/Sörensen 2003, S. 255 ff.). Die Belastung in einer Pflegebeziehung kann so groß werden, dass eine Unterstützung von Dritten, z. B. von Beratungsstellen geboten wäre. Solche Hilfsangebote werden jedoch oftmals nicht in Anspruch genommen. Die Gründe hierfür sieht Hirsch (2016) darin, dass pflegende Angehörige zwar ihre Grenzen wahrnehmen, jedoch durch gesellschaftliche und aus dem eigenen Sozialisationserleben entstandene Erwartungen davor zurückschrecken, Hilfe anzunehmen. Eine solche Rollenerwartung stellt bspw. die Norm dar, dass man sich um die Familie kümmern soll. Diesen Rollenerwartungen nicht zu entsprechen, oder diese nicht autonom ausfüllen zu können, wird hierbei häufig als subjektive Unfähigkeit bzw. subjektives Scheitern erlebt (vgl. ebd., S. 106).

Das Unterstützungsangebote notwendig sind, um Belastungen pflegender Angehöriger zu reduzieren, ist wissenschaftlich nachgewiesen (Thomas/Dalton/Eastwood 2017, S. 44). Offen ist jedoch der Umfang, die Funktionalität und Kompatibilität von Angeboten. Im Zuge der Umsetzung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes wurden seit 01.01.2016 verschiedene Modelle zur Versorgung von demenziell Erkrankten ausprobiert, bestehende Versorgungsstrukturen für Betroffene und ihre Angehörigen immer passgenauer aufeinander abgestimmt und angepasst, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und professionelle wie informelle Pflegesettings Träger übergreifend zu schaffen. Einen wesentlichen Beitrag haben veränderte Rechtsrahmen für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen erbracht, wie die seit 01. 01. 2017 geltende Neudefinition des Pflegebegriffs. Nunmehr wird der Pflegebedarf nicht nur nach dem Krankheitsbild beurteilt, sondern auch nach dem Grad eigenständigen Handelns der zu Versorgenden. Das hat Auswirkungen auf die Ausgestaltung der Pflege- und Betreuungsverhältnisse wie auch auf die Finanzierung, was für viele Betroffene ein wich-

tiges, mitunter belastendes Thema ist. Zudem hat die Bundesregierung, koordiniert über das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2018) , „mit den Pflegestärkungsgesetzen Rahmenregelungen für die Gestaltung eines gut aufeinander abgestimmten *Hilfe-Mix* aus hauptamtlicher Pflege sowie Pflege durch Angehörige oder Ehrenamtliche getroffen und bestehende Regelungen verbessert“ (ebd., S. 98). So können mehr Unterstützungsangebote regional und kommunal organisiert werden. Hierzu zählen: Beratung, Pflegekurse, Selbsthilfegruppen, Demenz-Kontaktstellen und Demenzstrategien der Bundesländer. Letztere werden über Rahmenpläne, wie z.B. eine Agenda für Demenz im Konsens gesellschaftlicher Kräfte umgesetzt. Schwerpunkte sind dabei u.a. die Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege von Angehörigen und die Förderung ihres Erfahrungsaustauschs zur Kreation von passgenauen Versorgungs-Netzwerken, um Pflege- und Betreuungsaufgaben zu konsolidieren und erträglich zu machen (vgl. ebd., S. 76). Aus der Bilanz zur „Agenda Demenz“ geht die Erkenntnis hervor, dass sich Maßnahmen für Angehörige zur Förderung des Verständnisses von Demenz und eigenes Stressmanagement sowie Psychotherapie bewährt haben. Nach Engel (2017) gelten zudem nachfolgende Maßnahmen als wirksam:

- Förderung des psychischen Wohlbefindens der Angehörigen mit Interventionen, die dazu beitragen, „subjektive Belastung“ und „Depression“ zu verringern.
- Stärkung der Selbstpflegekompetenz von Angehörigen.
- Förderung des Wohlbefindens der erkrankten Person.
- Pflegekurse für Angehörige, um den demenziell Erkrankten angemessen zu versorgen.
- Kompetenzschulungen, um bedarfsgerecht den Umgang mit dem Menschen an sich und seiner Demenz zu trainieren.
- Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Versorgung.
- Sicherung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unter Mitwirkung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen (vgl. ebd.).

**Es bedarf allerdings weiteren Anstrengungen, die Inanspruchnahme zu verbessern.**

Wesentliche Gründe für die mangelhafte Nachfrage (rd. 10 %) an vorhandene Leistungen bestehen nach Ergebnissen von Pieniak (2017) in Informationsdefiziten sowie persönlichen Barrieren der Angehörigen, wie Geld, Werte und Zeitdruck für die Organisation und Bürokratie. Darüber hinaus existieren personenbezogene Zugangsbarrieren, wie z. B. negative Einstellungen und Erwartungen, fehlende Ressourcen, Angst vor Stigmatisierung und Schamgefühle, Widerstände des Erkrankten oder anderer Familienangehöriger sowie fehlende zeitliche und finanzielle Ressourcen. ***Eine andere Zugangsbarriere stellt der subjektiv als gering wahrgenommene Unterstützungsbedarf zu Beginn einer demenziellen Erkrankung dar*** (vgl. ebd., S. 29).

Zudem sei nach Befragungsergebnissen einer Studie der Hans-Böckler-Stiftung (2017) eine komplexe Gemengelage unterschiedlicher Bedarfslagen verantwortlich, etliche Haushalte geben an für sozialrechtliche Leistungen keinen Bedarf zu haben (vgl. Hielscher et al. 2017,

S. 85 f., 101). Hier spielen der soziale Status und Bildungsstand der Angehörigen eine Rolle und nicht zuletzt die Bequemlichkeit der Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der Angebote im konkreten Bedarfsfall. So wurden beispielsweise Angebote seltener in Anspruch genommen, wenn dafür ein Ortswechsel nötig war, z.B. Tages- und Kurzzeitpflege oder Pflegeberatung. „Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass alle Hilfen, die als Leistungsarten in der Pflegeversicherung verankert sind, von Pflegehaushalten **nur in eingeschränktem Maße genutzt werden**.

Einen Bedarf sehen Pflegehaushalte am ehesten bei den **Hilfsangeboten, die in der eigenen Häuslichkeit unkompliziert eingesetzt werden können**. Dabei werden am häufigsten die ambulante Pflege und die Verhinderungspflege in Anspruch genommen“ (ebd., S. 101). Die Inanspruchnahme zu verbessern sei nach Görge durch die Kombination verschiedener Interventionen möglich (vgl. Görge 2016, S. 494). Hierzu zählt er im Kontakt von Mensch zu Mensch die fachliche Auskunft und Beratung sowie Maßnahmen zur Sensibilisierung und Horizonterweiterung der Betroffenen. Die Interventionen sollen dazu beitragen, die Relevanz von sozialer und emotionaler Unterstützung im eigenen Interesse zu erkennen und Hilfen aufzeigen, vorhandene dysfunktionale Bewältigungsstrategien sowie potenziell selbstschädigende Akte zu beenden und Überzeugungen und Selbstansprüche zu transformieren. Eine „Reduktion von Belastungen bzw. Unterstützung beim konstruktiven Umgang mit Belastungen kann entsprechend auch der Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung dienen“ (ebd.).

Chien et al. (2011) heben die **Wirksamkeit von Multikomponentenaktivitäten** hervor. Das sind verschiedene miteinander verknüpfte Unterstützungsformen wie Psychoedukation, Trainings von Interaktionskompetenzen oder zur Veränderung des Selbstverständnisses in sich verändernden Rollenfunktionen (z. B. „Ehefrau“ – „Pflegekraft“). Eggenberger, Heimerl und Bennett (2013) zählen auch dazu Lernmittel zur Stärkung der Fähigkeiten, persönliche Grenzen zu sehen, zu akzeptieren und Hilfe anzunehmen. Die Psychoedukation alleine, also die systematische und wissenschaftlich fundierte Vermittlung von Wissen über zumeist psychische Erkrankungen, ohne weitere Unterstützungsangebote ist jedoch weniger effektiv, wie Jensen et al. (2015) nachweisen. Wirkung auf die Lebensqualität der Pflegenden zeigen **Achtsamkeitsorientierte und mit meditativer Praxis unterlegte Unterstützungsangebote** im Hinblick auf psychosomatische Leiden (wie Depressivität) und als Mittel der Stressbewältigung der Pflegesituation (Hurley/Patterson/Cooley 2014). Bewährt haben sich zur Vermeidung und Reduktion von Depressionen auch Kompetenztrainings zur kognitiven Umstrukturierung und Konfliktbewältigung allgemein und zur Problemlösung in der Interaktion mit dem Demenzerkrankten im speziellen (vgl. ebd.; weiterführend vgl. Schaub/Lützu-Hohlbein 2017).

**Projekte, die sich mit der Belastungsreduktion bei Pflegenden Angehörigen beschäftigen, beinhalten jedoch oftmals keine Multikomponentenaktivitäten.** So bietet beispielsweise das Projekt „pflegen-und-leben.de – Angehörige stärken“, das ähnliche Ziele verfolgt wie „Gelassen – nicht alleine lassen“ und das eine Onlineberatung durch Psychologen und Psychologinnen anbietet, Informationen zu belastungsrelevanten Themen und psychoedukative Inhalte, stellt aber keine Multikomponentenaktivitäten bereit. Das Projekt fokussiert hauptsächlich auf Krisenintervention durch klassische Beratung sowie Vermittlung von Informationen, die bei der Reduktion von Belastungen hilfreich sein können und bietet einen Selbsttest zur Erhebung der pflegebedingten Belastung an. Das Projekt nimmt dabei die Quellen der Belastung, wie Rollenkonflikte und mentale Verarbeitungsformen von Belastungen nicht in den Blick. Diese stellen jedoch aus Sicht der Gelassenheitsforschung Ansatzpunkte dar, neue Wahrnehmungs- und Bewertungsformen im Umgang mit den Erkrankten zu erlernen und somit Belastungen zu reduzieren.

**An diesem Punkt setzt das Modellprojekt „Gelassen - nicht alleine lassen“ an. Durch einen gelassenheitsbezogenen theoretischen Bezugsrahmen der mentalen und emotionalen Selbstregulation (insbesondere Introvision) soll langfristig ein Unterstützungsangebot konzipiert werden, das dazu beiträgt, Stress und Belastung zu reduzieren.** Zudem kann über die Dimension der Gelassenheit die Fähigkeit gefördert werden, die eigenen Grenzen zu erkennen und Unterstützung (frühzeitiger) anzunehmen. Der Introvisionsansatz weist hierbei diverse theoretische Gemeinsamkeiten zum einen mit der kognitiven Verhaltenstherapie auf, denn auch hier wird eine Achtsamkeitswende verfolgt (Analyse von Konflikten und des Psychotonus, Training des konstatierenden, aufmerksamen Wahrnehmens) und zum anderen mit der Tiefenpsychologie (Kern des Konflikts), die mit pädagogischen Ansätzen arbeitet (psychoedukative Anteile; Methode der mentalen Selbstregulation, die erlernt werden kann (vgl. Wagner 2011).

**Mangelnde Gelassenheit wird hier als ein Warnsignal für einen hohen Belastungs- und Stresspegel und für ein starkes innerpsychisches Konfliktgeschehen betrachtet.** Ein Mangel an Gelassenheit wird vor allem an letzterem, an der der Art und Weise des inneren Erlebens sichtbar. Hierbei spielen mentale Strategien der Konfliktumgehung eine wichtige Rolle. Formen solcher mentalen Strategien der Konfliktumgehung können auch sogenannte Mut-Sätze wie „Du schaffst das!“ sein, die eigentlich als Zuspruch und Selbstermutigung gedacht sind. Als versuchter Ausstieg aus inneren Konflikten werden sie jedoch zu Antreibern – Stress und Belastung nehmen zu. Auch die zunächst hilfreich wirkende Umdeutung der Realität, wie überschreiben: „Es ist zu ihrem/seinem Besten“ oder hemmen: „Es geht nicht anders“ können fundamentale Realitätsverzerrungen darstellen und dazu führen, dass Wünsche und Bedürfnisse der erkrankten Person übergangen und erste (kleinere) Übergriffe er-

folgen oder Zwang ausgeübt wird (Tunnelblick mit Einschränkungen des Handlungsspielraums).

Um zu verstehen, wie diese Formen der mentalen Selbstregulation zu einem Stress- und Belastungserleben von Angehörigen führen und welche Rolle Gelassenheit hierbei einnimmt, schien es zunächst sinnvoll zu eruieren, mit welchen Ansätzen die Entstehung von Stress in der psychologischen Forschung erklärt wird. Denn - so die Annahme der Introvision - **Strategien der Stressbewältigung, die im Modus der Nicht-Gelassenheit angewandt werden, können für die betreuenden und pflegenden Menschen langfristig negative Folgen haben.** Eine besondere Form hierbei sind Freiheitsentziehende Maßnahmen – auf welche im Folgenden eingegangen wird.

#### **4.3 Freiheitseinschränkende Maßnahmen und Gewalt in der Angehörigenpflege – destruktive Formen der Stressbewältigung und Indikator für Überlastung**

„Gewalt in der Pflege hat viele Gesichter. Sie beginnt bei Vernachlässigung, verbaler Herabwürdigung und reicht über grobe Pflegehandlungen, körperliche Misshandlungen und freiheitsentziehende Maßnahmen bis hin zu Tötungsdelikten“ (Merkle 2016, S. 5) stellt die Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa fest. Im Projekt „Gelassen - nicht alleine lassen“ einigte man sich auf die Gewaltdefinition von Dieck, wonach Gewalt „eine systematische, nicht einmalige Handlung oder Unterlassung mit dem Ergebnis einer ausgeprägten negativen Einwirkung auf den Adressaten“ (vgl. Dieck zit. nach Hirsch 2016, S.105) ist. Gemeint war hiermit, dass eine Gewalttat in Form einer einmaligen Handlung/Unterlassung sehr gravierende Folgen für den Adressaten haben muss, um sie unter „Gewalt“ subsummieren zu können (vgl. Hirsch 2016, S. 105). Bezogen auf ältere Menschen wären die Folgen solcher Gewalt eine Lebensgefährdung, eine Schädigung des Sicherheitsgefühls, eine Gefahr gegen die Unversehrtheit des körperlichen, seelischen und psychischen Lebens oder auch ein Eingriff in die Autonomie der Betroffenen (vgl. World Health Organisation 2008, S. 1).

„Die Ursachen von (innerfamiliärer) Gewalt sind vielseitig – meist sind sie ein Zeichen von mangelndem Wissen über die Erkrankung, Ausweglosigkeit, Erschöpfung, Zukunftsangst oder Überforderung“ (Hirsch 2005, S. 1). Zudem gilt Demenz als Risikofaktor für Macht und Missbrauch in der Pflegebeziehung. Es verschieben sich die Ebenen der Interaktion und die Hierarchien im sozialen Gefüge. Aufgrund der kognitiven Einschränkungen der pflegebedürftigen Person können die Beziehungen in eine Schiefelage geraten. Menschen mit Demenz werden zu Opfern von Gewalt, indem ihr Gegenüber auf die Verhaltensveränderungen unangemessen reagiert. Solche Handlungen seien Kompensation aus Unkenntnis von Defiziten oder Genuss von Macht sowie Verletzlichkeit und Hilflosigkeit der Beteiligten, die mit Ge-

fühlen von Scham, Schuld, Angst einhergehen (vgl. Merkle 2016, S. 12 f.). Ein Forschungsprojekt aus Zürich zum „Schutz in der häuslichen Betreuung alter Menschen“ beruft sich auf Untersuchungen, die festgestellt haben, dass Gewalt häufig in Beziehungen vorkomme, die von massiver Abhängigkeit geprägt seien und Gewalttätigkeit als erlerntes Konfliktlösungsmuster vorliege, in denen langfristig Gewaltanwendung als Bewältigungsstrategie genutzt wird oder in der Vorgeschichte der Beziehung Gewalt vorgekommen ist (vgl. ebd., S. 32). Deshalb sei ein wertschätzender Umgang in der Pflegebeziehung äußerst wichtig und ein Präventionsfaktor, um Gewalt zu vermeiden. In der Beziehung kann Verbindlichkeit auf Gegenseitigkeit gelebt werden. Im Ergebnis der Forschungslage zur Gewalt gegen ältere Menschen kann abgeleitet werden, dass Menschen häufiger Gewalt erfahren, wenn sie selbst Gewalt ausüben (Eggert/Schnapp/Sulmann 2018, S. 3).

Innerhalb der (häuslichen) Pflege besteht die Besonderheit von Gewalthandeln darin, dass es einen Machtmissbrauch in Bezug auf Personen darstellt, die eigentlich einer wertschätzenden Fürsorge bedürfen und zumeist in ihren Fertig- und Fähigkeiten begrenzt sind. Diese Gruppe kann sich prinzipiell schwerer oder gar nicht gegen Gewalt zur Wehr setzen – die Betroffenen stehen in tatsächlicher Abhängigkeit zu den Ausübenden der Gewalt, weshalb diesbezüglich von Gewalt im persönlichen Nahraum gesprochen wird (vgl. Klie/Bredthauer 2010, S. 2). Ein besonderes Problemfeld sind hierbei freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM), die gepflegte Personen in ihrer individuellen Freiheitsverwirklichung begrenzen oder ihre Bewegungsfreiheit ausschließen (vgl. Klie 1988, S. 102 f.). FEM spielen, als besondere Gewaltform, innerhalb der häuslichen Pflege demenzerkrankter Menschen eine entscheidende Rolle, da sie bei dieser Personengruppe vermehrt durchgeführt werden.

**Grafik: Formen von Freiheitsentziehenden Maßnahmen**

<b>Psychopharmaka</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedierende Medikamente, durch die nicht primär therapeutische/heilende Zwecke verfolgt werden</li> <li>- Bewusste Verabreichung, um Betroffene in ihrer Fortbewegung einzuschränken oder diese emotional ruhig zu stellen (zwecks Erleichterung der Pflege)</li> </ul>
<b>Mechanische Fixierungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Festschnallgurte/-fesseln</li> <li>• (Bett-)Gitter</li> <li>• Vorsatztische</li> <li>• Fäustlinge</li> <li>• Sitzhosen</li> <li>• Feststellen von Rollstuhlbremsen</li> <li>• Einschließen in Räumlichkeiten</li> <li>• Ganzkörper-Schlafanzüge</li> <li>• Pflegeanzüge</li> <li>• Fixierdecken</li> </ul>
<b>Sonstige Formen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wegnahme von Hilfsmitteln (Brille, Gehhilfe etc.)</li> <li>• Trickverschlüsse</li> <li>• Optische Täuschungen (z.B. Ausgangstüren verbergen)</li> <li>• Psychischer Druck, Verbote, Anweisungen und Einschüchterungen</li> <li>• Elektronische Maßnahmen (Funkchips, Zahlencodes an Türen, Sensormatten, Lichtschranken)</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2006, S. 7; Bundesverband evangelische Behindertenhilfe 2018, S. 5; Köpke et al. 2015, S. 59; Renaud/Nicolay/Battis 2015, S. 6; Billen 2010, S. 9

Die Mittel werden dabei höchst unterschiedlich eingesetzt: Während motorisch unruhige demenzerkrankte Personen (vor allem bei Lauff tendenzen) besonders gefährdet sind Adressat\*innen von äußerlichen, sprich räumlich-physischen, FEM zu werden (Bettgitter, Einschließen in Räumlichkeiten etc.), sind demenzerkrankte Menschen mit emotional unruhigem und/oder aggressivem Verhalten eher gefährdet innerlich, sprich medikamentös, fixiert zu werden. Die verabreichten Medikamente haben sedierende Wirkungen, sodass die Betroffenen in ihrer Aktivität (teils stark) herabgesetzt werden (vgl. Schuhmacher/Noack/Bredthauer 2013, S. 17).

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass spezielle Verhaltensweisen (besonders solche mit aggressiven und agitierten Zügen) ebenso wie eine vorliegende Sturzgefährdung aufseiten demenzerkrankter Menschen die Wahrscheinlichkeit einer Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen signifikant erhöhen (vgl. Klie et al. 2013, S. 15; vgl. Haleb/Bartholomeyczik 2009, S. 9). Solche Maßnahmen sind zudem

„nicht selten Ausdruck mangelnden Wissens über alternative Möglichkeiten gegenüber bewegungseinschränkenden Maßnahmen, unzureichender ärztlicher Behandlung bzw. sie kann Zeichen chronischer Überforderungs- und Ohnmachtsgefühle im Umgang mit verwirrten und gebrechlichen alten Menschen sein“ (Walther 2007, S. 299).

Insbesondere Angehörige, die sich in der Pflegebeziehung gefangen fühlen oder die ihre pflegebedingten Be- und Überlastungen als ausweglos einschätzen, sind gefährdet, auf Konflikte mit freiheitsentziehenden Maßnahmen oder Gewalt zu reagieren.

Was unter den Begriffen Stress und Belastung verstanden wird und wie das Belastungserleben mit der Pflege und Betreuung eines Angehörigen zusammenhängt, wird im nächsten Abschnitt dargestellt.

#### **4.4 Stressmodelle und die Interpretation von Belastungserleben**

Zu Beginn der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema „Gelassenheit in der Pflege und Betreuung von demenzkranken Angehörigen“ war es notwendig einen Überblick über stresstheoretische Erklärungsansätze für das Belastungserleben von Menschen zu erlangen. Innerhalb der psychologischen Forschung finden sich verschiedene Ansätze, die sich mit der Beschreibung und Erklärung von Stresserleben und -entstehung beschäftigen. Aus den verschiedenen Modellen der Stressentstehung, können sich unterschiedliche Interpretationen des Belastungserlebens ergeben, die bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung auftreten können.

Hauptsächlich wird in der Forschung zum Stress- bzw. Belastungserleben nach drei verschiedenen Modellen unterschieden: dem **reizorientierten-, der reaktionsorientierten- sowie dem transaktionalen Ansatz**. Neben diesen drei Ansätzen wurde für das Modellprojekt auch Literatur zur Theorie der Ressourcenerhaltung (COR) und zum Zweikomponenten-Modell zur Bewältigung negativer Lebensereignisse gesichtet und ausgewertet.

In Modellen, die einen **reizorientierten Ansatz** verfolgen, wird Stress bzw. eine Belastung, als die Reaktion des Organismus auf Stressoren verstanden. Solche auf das Individuum einwirkenden Stressoren können physikalische (z. B. Hitze), physiologische (z. B. Hunger) sowie psychosoziale Reize (z. B. Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder der Tod eines Angehörigen) sein (vgl. u. a. Holmes/Rahe 1967). Für reizorientierte Erklärungsansätze besteht zwischen den Anforderungen, die durch die Pflege und Betreuung entstehen (den Stressoren), und der subjektiv wahrgenommenen Belastung für die pflegenden Angehörigen (dem Stress) ein direkter Zusammenhang (vgl. u. a. Dohrenwend/Dohrenwend 1974). Wie stark eine Person belastet ist, ergibt sich hiernach z. B. aus der Art und der Schwere der Pflegebedürftig-

keit sowie zeitlichen Parametern, wie dem zeitlichen Aufwand der Pflgetätigkeit oder der Dauer der Pflegesituation. Eine starke Be- oder Überlastung wäre demnach umso wahrscheinlicher, je häufiger eine Person mit Stressoren konfrontiert wird, die mit der Pflege und Betreuung in Verbindung stehen. Hiernach wäre z. B. eine Person, die einen Angehörigen mit einem hohen Pflegegrad pflegt, einer wesentlich stärkeren Belastung (Stress) ausgesetzt, als dies bei einer Person der Fall ist, die einen Menschen mit einer leichteren Pflegebedürftigkeit versorgt (vgl. Pinquart/Sörensen 2003, S. 250).

Hier zeigen sich jedoch erste Defizite einer reizorientierten Sichtweise bei der Erklärung pflegebedingter Belastungen. Das Belastungserleben wird mit einer eindimensionalen Perspektive erklärt, die der Komplexität in Pflegebeziehungen nicht gerecht wird. **Gleichartige Stressoren führen nicht immer zu gleichartigen Belastungen. So kann eine Person, trotz einer hohen Pflegebelastung, noch einen Gewinn in der Gesamtsituation entdecken, während eine andere Person mit dieser Situation überfordert ist.** Es stellt sich somit die Frage, was dazu führen kann, dass der gleiche Reiz, hier die Pflegebelastung, unterschiedliche Belastungsreaktionen hervorrufen kann.

Im Zentrum des Erkenntnisinteresses steht bei **reaktionsorientierten Modellen** die Stressreaktion, die durch unterschiedliche Ereignisse ausgelöst werden kann und durch physiologische, psychische oder verhaltensbezogene Anpassungsreaktionen sichtbar wird. Ein bis heute einflussreiches reaktionsorientiertes Stresskonzept, stellt die Adaptionsthese von Selye (1976) dar. In diesem Konzept wird der Stresszustand als ein komplexes Reaktionsmuster verstanden, welches auf eine Anforderung (den Stressor) folgt und zu (physiologischen) Veränderungen innerhalb des Organismus führt. **Stress entsteht nach diesem Modell dann, wenn ein Mensch mit einem Stressor konfrontiert wird und hierauf eine Anpassungsreaktion seines Organismus erfolgt.** Aus dieser Annahme wird die unterschiedliche Wirkung von punktuellen und chronischem Stress abgeleitet. Punktuelle Stressreize wirken sich meistens nur bei sehr hoher Intensität negativ auf den Organismus aus. **Chronische Reize können dagegen selbst bei einer geringen Intensität zu einer Überlastung führen.** In diesem Zusammenhang ist die Unterscheidung zwischen Dis- und Eustress wichtig. Eustress bezeichnet eine Anpassungsreaktion, die den Organismus positiv beeinflusst (positiver Stress). Der Begriff Disstress beschreibt hingegen eine Anpassungsreaktion, die als überfordernd, belastend oder unangenehm erlebt wird und mit der Ausschüttung bestimmter Neurotransmitter einhergeht, die dauerhaft krank machen. Wichtig ist die Differenzierung deshalb, da hiermit die unterschiedliche Wirkung stressauslösender Faktoren erklärt werden kann (vgl. Selye 1976, S. 191).

**Im Bereich der häuslichen Pflege und Betreuung von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung können sowohl punktuelle Stressreize wie auch dauerhafte d. h. chro-**

**nische Belastungen der pflegenden Person beobachtet werden.** So können Verhaltensweisen die durch kognitive Veränderungen der erkrankten Person ausgelöst werden, wie eine gestörte situative, zeitliche oder örtliche Orientierung oder aggressives Verhalten sowohl eine punktuelle Belastung darstellen, oder auch zu einer chronischen Überlastung der Hauptpflegeperson führen.

Des Weiteren kann sich eine dauerhafte Belastung daraus ergeben, dass pflegenden Angehörigen nur **unzureichende zeitliche und finanzielle Ressourcen** zur Verfügung stehen oder es zu pflegebedingten **Rollenkonfusionen** kommt. Hierbei dürfte es sowohl zu Interrollenkonflikten kommen (z. B. die pflichtbewusste Tochter vs. die erfolgreiche Arbeitnehmerin) wie auch zu Intrarollenkonflikten (z. B. die gute, gehorsame zur Mutter aufschauende Tochter vs. die böse, ungehörige Tochter, welche die Mutter bestimmt und nun alles besser weiß). Ebenso stellt die Begleitung und Pflege eines nahestehenden Menschen eine emotional belastende Tätigkeit dar, die mit einer **unsicheren Zukunftsperspektive** und dem drohenden Verlust einer nahestehenden Person einhergeht. **Chronischer Stress**, der mit der Pflege eines demenzkranken Menschen verbunden ist, kann den Hormonhaushalt der Pflegeperson verändern und die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an einem somatischen psychiatrischen Leiden zu erkranken (vgl. Zarit 2008, S. 101 ff.).

**Die dargestellten Modelle können jedoch nicht erklären, warum sich dieselbe Belastung in unterschiedlicher Weise auf Menschen auswirken kann.** Ein Modell, das diese Lücke schließt und auf dem viele Forschungen zum Belastungserleben pflegender Angehöriger beruhen, ist das **transaktionale Stressbewältigungsmodell** nach Lazarus (1981). In diesem Modell wird Stress als ein relationales Konzept verstanden. Hiernach ist Stress nicht nur von den Rahmenbedingungen einer Situation abhängig oder durch bestimmte Merkmale (Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand) bestimmt. **Wie eine Person Stress erlebt, hängt vielmehr von den subjektiven Deutungen und Bewertungen einer Situation ab** (vgl. Kunstmann 2010, S. 193).

**Um diesen Prozess zu erklären, bedient sich das transaktionale Modell eines mehrstufigen Systems.** Der Prozess beginnt mit der Bewertung einer spezifischen Situation (primary appraisal). In dieser Phase wird eine mögliche Transaktion, d. h. eine wechselseitige Interaktion mit der Umwelt, hinsichtlich des eigenen Wohlbefindens bewertet. Konkret bedeutet dies, dass eine Person die situativen Anforderungen beurteilt, die an sie gerichtet werden. Ob eine Situation als bedrohlich, herausfordernd oder belastend bewertet wird, hängt insbesondere von der individuellen Interpretation ab. In der zweiten Bewertungsstufe (secondary appraisal) kommt es zu einer Einschätzung der eigenen Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten, die erforderlich sind, um eine Belastung zu bewältigen. Die Person überlegt, wie sie oder andere Personen auf die Anforderung reagieren könnten. Im Zentrum steht dabei

die Aufgabe, eine Verhaltensweise zu finden, mit der die Belastung (Stress) gemindert oder beseitigt werden kann bzw. tolerierbar erscheint. Gleichzeitig werden hierbei auch die möglichen Folgen der ausgewählten Handlung bedacht und abgewogen (vgl. ebd.; S. 194). Die beschriebenen Prozesse finden zumeist automatisiert und schnell statt, sodass sie oftmals nicht bewusst wahrgenommen werden (vgl. Klauer 2012, S. 268).

**Schlussendlich begründet sich die konkrete psychische und physische Stressreaktion in der kognitiven Verarbeitung der Bewertungsprozesse.** Des Weiteren wird auf Grundlage dieser Informationen das jeweilige Bewältigungsverhalten ausgewählt. Im Zusammenhang mit der wechselseitigen Beziehung zwischen Person und Umwelt ist auch die Vermutung relevant, dass sich die Einschätzung einer Belastungssituation durch das gewählte Bewältigungsverhalten verändern kann und somit zu einer neuen Bewertung der Situation führt (reappraisal) (vgl. ebd.). **Die Pflege und Betreuung eines Demenzerkrankten wirkt sich auf unterschiedliche Lebensbereiche der Pflegeperson aus**, sodass sich die Folgen einzelner Belastungsfaktoren nicht immer klar abgrenzen lassen. So kann eine Verhaltensänderung der erkrankten Person (z. B. eine zeitliche Desorientierung) dazu führen, dass diese mehr Aufmerksamkeit benötigt. Dieser Umstand wird durch die Pflegeperson hinsichtlich des eigenen Wohlbefindens bewertet. Ob der Stressor (die Verhaltensänderung) als belastend oder bedrohlich erlebt wird, hängt davon ab, welche internen und externen Ressourcen ihr zur Bewältigung der Situation zur Verfügung stehen, und ob die Situation durch deren Einsatz tolerierbar erscheint.

Bei der Pflege eines Demenzerkrankten kann sich jedoch ein Stressor (Verhaltensänderung) auf sehr unterschiedliche Lebensbereiche auswirken. So können sich die verfügbaren finanziellen Ressourcen verändern, wenn eine Erwerbstätigkeit aufgegeben wird und es kann zu einer Rollenkonfusion kommen, welche die Beziehung zu der gepflegten Person belastet (vgl. Zarit 2008, S. 101 ff.). **Belastungen, die im Rahmen der Pflege eines Menschen mit einer Demenz entstehen, müssen daher multiperspektivisch bewertet werden.**

#### **4.5 Pflegebedingtes Stress- und Belastungserleben**

Menschen, die ältere und kranke Menschen in der häuslichen Umgebung betreuen, können mit schwierigen und belastenden Situationen konfrontiert werden, die ihnen die Gelassenheit rauben. So ist es empirisch belegt, dass in dieser Personengruppe häufiger psychische und physische Einschränkungen vorkommen, als in der Durchschnittsbevölkerung. Ebenso gibt es Belege für **soziale Isolation, finanzielle Einschränkungen und emotionale Belastungen** (vgl. Pinquart/Sörensen 2003, S. 252), die im Zusammenhang mit der Übernahme einer Pflegerolle stehen. Insbesondere die Pflege von Menschen mit einer Demenz kann mit Ein-

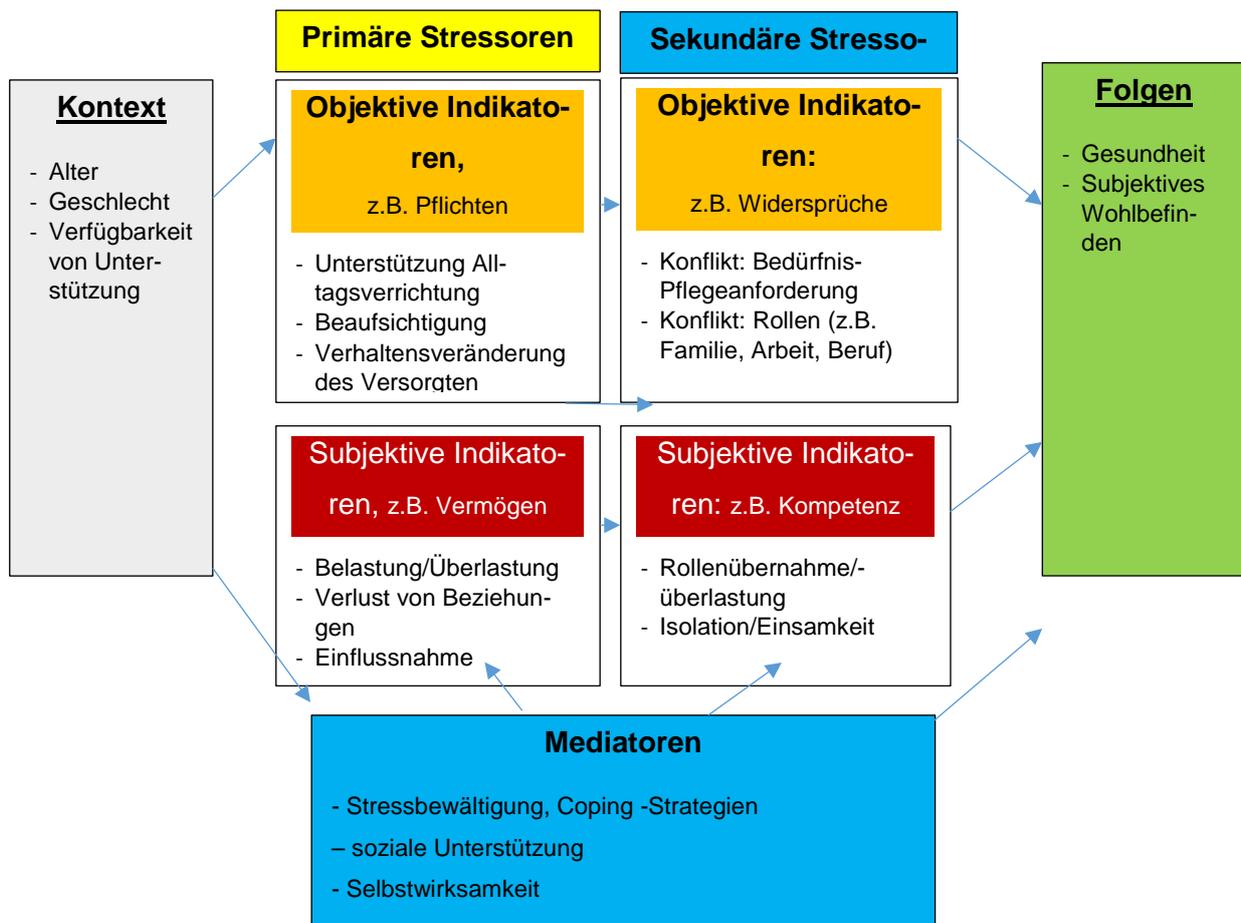
bußen im Bereich der psychischen Lebensqualität einhergehen. So weisen z. B. 48 % der Menschen, die einen Angehörigen mit Demenz pflegen, ein erhöhtes Risiko auf, psychiatrisch relevante Symptome zu entwickeln (vgl. Brodard/Hadzi-Pavlovic 1990, S. 351), sie leiden z.B. häufiger an Depressionen, haben mit Gefühlen der Wut zu kämpfen, die **Schlafqualität und positive Emotionen sind vermindert** (vgl. Zarit/Savla 2016, S. 61). Darüber hinaus klagen z.B. pflegende Angehörige stärker über Gliederschmerzen, Erschöpfung und Beschwerdedruck, als Probanden und Probandinnen einer Vergleichsstichprobe (vgl. Gunzelmann et al. 1996, S. 112). Sind sie über eine längere Zeit pflegebedingten Belastungen ausgesetzt, steigt das Risiko chronische Erkrankungen zu entwickeln (anstieg des Blutdrucks, des Glukoselevels, der Blutfette), was schlussendlich zu höheren Krankheits- und Mortalitätsraten gegenüber Personen des selben Alters führt, die keinen Menschen pflegen (vgl. Zarit/Savla 2016, S. 63).

**Viele Pflege- und Betreuungspersonen bewältigen jedoch die Belastungen und Herausforderungen, die mit dieser Rolle einhergehen ohne größere Stresssymptome zu entwickeln.** Oftmals berichten sie auch über einen positiven Gewinn, den sie aus dieser Tätigkeit gezogen haben (vgl. Kraemer 1997). Im Kontrast hierzu steht das Belastungserleben von Pflege- und Betreuungspersonen von Menschen die an einer Demenz leiden. Die Versorgung dieser Personengruppe wird häufig als belastender erlebt, als dies bei der Versorgung von körperlich eingeschränkten Personen der Fall ist und die Gefahr negative Stresssymptome zu entwickeln ist erhöht.

**Aus diesem Grund wird Literatur herangezogen, die sich mit der Entstehung und der Auswirkung pflegebedingter Belastungen beschäftigt.** Hier sind insbesondere Konzepte von Interesse, die stresstheoretische Erklärungsansätze auf die besonderen Herausforderungen beziehen, die sich aus der Pflege- und Betreuung von Menschen mit einer Demenz ergeben und hierbei auch spezifische Coping-Strategien berücksichtigen.

Ein solches Konzept findet sich in dem Stressprozessmodell von Pearlin et al. (1990). Das Konzept baut auf dem transaktionellen Stressbewältigungsmodell nach Lazarus (1981) auf und untersucht mehrdimensional die Prozesse, die zu einem Stresserleben bei Hauptpflegepersonen führen, die sich um einen Menschen mit Demenz kümmern.

**Grafik: Stressprozessmodell nach Pearlin et al. 1990**



Quelle: Pearlin et al. 1990, S. 586

Das Modell unterscheidet vier grundlegende Faktoren: die Hintergrund- und Kontextfaktoren, Stressfaktoren (Stressoren), Vermittler von Stress (Mediatoren) und die Auswirkungen der Stressfaktoren. Das Modell wird nun im Folgenden dargestellt.

#### 4.5.1 Primäre Stressoren

Primäre Stressoren werden als **Antrieb des Stresserlebens betrachtet** und ergeben sich aus **Faktoren, die in einem direkten Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung eines Menschen stehen**, wie z. B. dem Umfang und dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit.

Als primäre Stressoren bei der Versorgung eines Menschen mit Demenz **sind vor allem der kognitive Status des Angehörigen sowie herausforderndes Verhalten der Betroffenen zu nennen**, da diese oftmals mit der Überwachung und Kontrolle des Erkrankten einhergehen. Schwierige Verhaltensweisen erfordern von Betreuungspersonen eine große Wachsamkeit, um sicherzustellen, dass die erkrankte Person weder sich selbst noch andere schä-

dig. Dies kann durch die Hauptpflegeperson als belastend erlebt werden. Weiterhin können herausfordernde Verhaltensweisen der demenzerkrankten Angehörigen auch deshalb einen Belastungsfaktor für die Pflegenden darstellen, da durch sie deutlich wird, wie sehr sich die Persönlichkeit des Betroffenen verändert hat (vgl. Pearlin et al. 1990, S. 587).

Einen weiteren Stressor stellt der Grad an Unterstützungsbedarf dar, den die Erkrankten bei den Aufgaben des täglichen Lebens (ADL) benötigt. Der Stresspegel ist besonders hoch, wenn die betroffene Person sich unkooperativ zeigt und/oder die Pflege verweigert. Somit stellt die Arbeitsbelastung an sich nicht zwingend einen starken Stressor dar. Wenn jedoch die tägliche Pflege mit einem Widerstand der gepflegten Person einhergeht, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Gesamtsituation als belastend wahrgenommen wird.

#### **4.5.2 Sekundäre Stressoren**

**Primäre Stressoren können zum Entstehen von sekundären Stressoren führen. Hierunter werden Belastungen verstanden, die mit den sozialen Rollen einer Person (role strains), und intrapsychische Belastungen (intrapsychic strains) zusammenhängen.** Die Annahme hierbei ist, dass sich sekundäre Stressoren genauso stark auf das Belastungserleben auswirken wie die primären Stressoren (vgl. ebd., S. 588). **Bei der Entstehung von Rollenüberlastungen nehmen zwischenmenschliche Beziehungen (familiäre Beziehungen ebenso wie Partnerschaften) eine zentrale Rolle ein.** Wenn z. B. ein naher Angehöriger pflegebedürftig wird, können alte Konflikte innerhalb der Beziehung oder der Familie reaktiviert werden sowie neue Konflikte entstehen. Da enge familiäre Beziehungen für viele Menschen eine hohe Bedeutung besitzen, stellt eine Bedrohung dieser Beziehungen eine enorme Belastung dar. Nach Pearlin et al. (1990) lassen sich hierbei drei Konfliktdimensionen unterscheiden:

1. Zwischen der Pflegeperson und dem sozialen Umfeld entsteht ein Konflikt, da unterschiedliche Auffassungen darüber existieren, wie stark die Behinderung den Betroffenen einschränkt. Daneben stellen unterschiedliche Einschätzungen über den Grad der Behinderung, die Ernsthaftigkeit der Erkrankung sowie über geeignete Strategien für den Umgang mit der Erkrankung, einen möglichen Stressor dar.
2. Konflikte können sich auch entwickeln, wenn unterschiedliche Auffassungen über die Quantität und die Qualität der Aufmerksamkeit bestehen, die der Betroffenen von den Angehörigen erhält.
3. Ebenso kann die Pflegeperson die Aufmerksamkeit, die sie seitens der Angehörigen erhält, als zu gering einschätzen, dass ein Konflikt auf der Ebene der Wertschätzung und Anerkennung entsteht.

Pearlin et al. (1990) führen weitergehend aus, dass Rollenbelastungen im Bereich der Erwerbstätigkeit und wirtschaftliche Unsicherheiten zu der Entwicklung eines Belastungserlebens beitragen können. Des Weiteren sind Rollenbelastungen häufig auch mit den informellen Rollen einer Person verbunden. So kann das Belastungserleben auch dadurch verstärkt werden, dass die Pfl egetätigkeiten das soziale Leben der Pflegepersonen (stark) einschränkt (vgl. Ory et al. 2000). Zudem werden auch die intrapsychischen Belastungen der Pflegepersonen als sekundäre Stressoren angesehen. Frühere Forschungen haben ergeben, dass das Selbstkonzept einer Person leiden kann, wenn sie unter dem Einfluss von dauerhaften Belastungen steht. In der dargelegten Studie gehen Pearlin et al. davon aus, dass **Belastungen durch die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger dazu führen können, dass die Wahrnehmung der eigenen Selbstwirksamkeit sinkt und sich bei der Hauptpflegeperson Gefühle der Isolation, Wut und Verzweiflung sowie Schuld- und Versagensgefühle entwickeln können** (vgl. Pearlin et al. 1981, S 585.). Bei der Pflege eines Menschen mit Demenz kommt verschärfend hinzu, dass die Krankheit immer weiter fortschreitet, und so positive Effekte der Pfl egetätigkeit nur schlecht oder gar nicht wahrgenommen werden können. Dieser Umstand wird dadurch verstärkt, dass die Demenzerkrankten oftmals nur noch sehr schlecht Dankbarkeit für den Einsatz der Pflege- und Betreuungspersonen ausdrücken können (vgl. Ory et al. 2000, S. 45).

Die Stressforschung (Pieniak et al. 1990) beobachtet, dass Menschen eine Belastung durch ähnliche Stressfaktoren unterschiedlich bewerten. Ihr „Bedeutungsmanagement“, also der Umgang mit Stressoren, wird von bestimmten vermittelnden Umständen (Mediatoren) beeinflusst, was die Intensität von Stressoren sowohl verringern als sie auch als solche vermeiden kann. Reaktionen auf Stressbelastungen in der häuslichen Pflege können unterschiedlich zurückgeführt werden, zum einen auf das Stressverhalten der betroffenen Person und zum anderen auf ihr Repertoire und vorhandene Chancen an Stressbewältigungsstrategien, z.B. soziale Unterstützung in Anspruch nehmen zu können oder die Beziehung untereinander zu gestalten. Somit ist es zentral für das Projekt „Gelassen – nicht alleine lassen“ zu erforschen, wie Gelassenheit in der Pflege und Betreuung von Angehörigen gefördert werden kann, um auf diese Weise Suchbewegungen nach Problemlösungen zu eröffnen und zu dieser Suche zu ermutigen und zu unterstützen. Pflegenden Angehörigen sollten dafür sensibilisiert werden, dass das **persönliche Bedeutungsmanagement** für die eigene Haltung in der Pflege Relevanz besitzt, um dazu anzuregen, dysfunktionale Bewältigungsstrategien – zu denen auch freiheitsentziehende Maßnahmen gehören – loszulassen und andere zu erproben.

#### **4.5.3 Mediatoren**

Wie bereits dargestellt, besteht eine wichtige Beobachtung der Stressforschung darin, dass Menschen, die ähnlichen Stressfaktoren ausgesetzt sind, in unterschiedlicher Weise belastet

sind. Dieses Phänomen wird mit bestimmten Vermittlern (mediators) erklärt. **Im Kontext häuslicher Pflege sind hierbei insbesondere zwei Faktoren von Bedeutung, um unterschiedliche Stressreaktionen erklären zu können: das Bewältigungsverhalten einer Person und die Möglichkeit soziale Unterstützung zu erhalten.** Nach Pearlin et al. (1990) können die Mediatoren, sowohl dazu dienen, die Intensität von Stressoren zu verringern, als auch ihre Entstehung zu vermeiden (vgl. ebd., S. 34).

#### **4.5.4 Coping**

Unter dem Begriff Coping (Bewältigung) werden Verhaltensweisen und Praktiken von Individuen verstanden, die zur Reduktion ihres Belastungserlebens eingesetzt werden. Pearlin et al. (1990) formulieren drei mögliche Strategien, um problematische Situationen zu bewältigen:

1. Das Management der Stress verursachenden Situation,
2. das Management der Bedeutung der Situation, sodass ihre Bedrohung reduziert wird und
3. das Management der jeweiligen Stresssymptome, die sich aus der Situation ergeben.

Das **Bedeutungsmanagement** stellt hierbei **eine Möglichkeit dar, um die Entstehung von Distress zu verhindern bzw. dessen Intensität zu verringern.** Durch die individuelle Bewertung einer Situation und deren Bedeutung wird die Grundlage dafür geschaffen, ob eine Situation als bedrohlich bzw. belastend erlebt wird (vgl. ebd.).

#### **4.5.4 Schlussfolgerungen für die Konzeption eines Selbstreflexionsinstruments und eines Schulungsmanuals (Teilziel 1 und 5)**

In der Begleitforschung zum „Gelassen - nicht alleine lassen“ wurde der Ansatz des Bedeutungsmanagements weiterverfolgt und mit Forschungsergebnissen aus dem Bereich der Interovision abgeglichen und ergänzt. Forschungsleitend ist die Frage, ob pflegende Angehörige durch eine Selbstreflexion der Art und Weise des eigenen Bedeutungsmanagements, den Belastungen des Pflegealltags gelassener begegnen und einen vorhandenen Unterstützungsbedarf besser erkennen sowie Beratungsangebote in Anspruch nehmen können (Teilziel 1). **Die Selbstreflexion der Nutzer und Nutzerinnen soll dabei über folgende Interventionen gesteigert werden** (Teilziele 1,5 und 6):

1. Vermittlung von Wissensbeständen (Psychoedukation) in Bezug auf mentale Prozesse, die mit der Entstehung und dem Verlust von Gelassenheit zusammenhängen sowie Wissensvermittlung dazu, wie sich Sichtweisen und Bedeutungen zu einer Situation aufbauen und welche Folgen diese haben.

2. Die Reflexion der Inhalte des Muss-Darf-Nicht Syndroms (siehe nachfolgendes Kapitel), d.h. welche Imperative verbinden die Personen mit der Pflege und Betreuung, welche Konflikte ergeben sich konkret hieraus?
3. Schlussfolgerungen daraus, wie sich folgende Punkte auf die Gelassenheit der Anwender und Anwenderinnen auswirken:
  - Anwendung von Gelassenheit fördernden Übungen, wie Blitzintrovision und konstatierend aufmerksame Wahrnehmung (KAW).
  - Unterstützung, um Hilfen und Informationen einzuholen und Kenntnisse über rechtliche Ansprüche (auf Unterstützungsleistungen) und Pflichten zu vermitteln. Hieraus dürfte sich eine Reduktion von Unsicherheiten ergeben, die zu rechtfertigenden Realitätsumdeutungen von übergreifigen Handlungen („es ist zu seinem Besten“) führen.
  - Entwicklung von Notfallplänen und Schaffung von Netzwerken, um sich mit anderen Personen austauschen zu können und sich Möglichkeit zur gegenseitigen Unterstützung zu schaffen.
4. Auflösung innerer Konflikte, der sogenannten Kernimperative, durch die vorhergegangenen Maßnahmen.

**Die Selbstreflexion des Unterstützungsmanagements soll durch ein Instrumentarium zur Einschätzung der eigenen Gelassenheit angeregt werden.** Die grundlegende Konzeption des Instrumentariums wird sich an dem Stressmodell von Pearlin et al. (1990) orientieren. Untersucht wird folglich der Umgang mit Belastungen in Bezug auf primäre und sekundäre Stressoren und wie gelassen Pflegenden hiermit umgehen (können). Im Bereich der primären Stressoren sind insbesondere die Belastungen durch Verhaltensänderungen von Interesse und im Bereich der sekundären Stressoren insbesondere der Umgang mit Rollenkonflikten im sozialen Umfeld sowie das Selbstwirksamkeitserleben der pflegenden Angehörigen (vgl. ebd.).

#### **4.6 Introvision und Gelassenheit**

Grundlage des Projekts „Gelassen nicht allein lassen“ ist ein Verständnis von Gelassenheit, das sich aus der Theorie der Introvision ableitet. Unter dem Begriff „Gelassenheit“ wird ein Zustand verstanden, in dem ein mehr oder weniger ausgeprägte innere Ruhe erlebt wird. Diese Ruhe ist verbunden mit einem Gefühl der Mühelosigkeit und des Wohlbefindens. Gelassenheit führt auf der kognitiven Ebene zu einer Abwesenheit von bewussten Widersprüchen und Konflikten. Die eigenen Gedanken, Gefühle und Empfindungen werden vielmehr als konsistent erlebt. Durch diese beiden Faktoren können Menschen auch in belastenden-

den, schwierigen und herausfordernden Situationen handlungsfähig bleiben (vgl. Wagner 2011, S. 21).

Zunächst war es notwendig zu eruieren, wie das Thema „Gelassenheit“ und „Nicht-Gelassenheit“ in das bestehende Projekt eingeflochten werden kann. Das Hauptaugenmerk lag hierbei auf den Fragen, wie sich Gelassenheit messen lässt und wie die Methode der Introvision (zumindest in Teilen) so konzipiert werden kann, dass eine selbstständige Anwendung möglich wird. Die selbstständige Anwendung von Übungen zur Steigerung der Gelassenheit (z. B. Blitzintrovision, vgl. Wagner/Kosuch/Iwers-Stelljes 2016, S. 141) wird ein Element der Handlungsoptionen sein, die den Nutzern und Nutzerinnen zur selbstständigen Anwendung zur Verfügung gestellt werden sollte.

Im Folgenden wird in die zugrunde liegende Theorie eingeführt. Zunächst erfolgt eine Darstellung der Psychotonusskala, anhand derer Anspannung und Entspannung (d. h. der Grad der Gelassenheit) gemessen werden. Anschließend wird dargestellt, warum Konflikte entstehen, die die Gelassenheit verringern und wie dies mit der Pflege- und Betreuung eines demenzerkrankten Menschen zusammenhängen kann.

#### **a) Die Psychotonusskala**

***Die verschiedenen Zustände von Entspannung und Anspannung werden im Rahmen der Introvision auf der sogenannten Psychotonusskala dargestellt.*** Dabei wird als Psychotonus „...der jeweilige psychische Zustand eines Individuums im Gesamtzusammenhang seiner jeweiligen kognitiven, affektiven und körperlichen Verfassung bezeichnet“ (Wagner 2011, S. 26). Die Skala bildet den jeweiligen Zustand des Bewusstseins ab und umfasst sieben verschiedene Stufen. Der Grad der Gelassenheit wird als Kontinuum beschrieben, das von einem eskalierenden akuten Konflikt (Stufe 7) bis zu einer tiefen inneren Ruhe (Stufe 1) reicht.

Entwickelt wurde die Psychotonusskala (Wagner et al. 2016) auf der Grundlage einer intensiven Literaturrecherche im Bereich der Willens-, Stress- und Emotionsforschung und einer empirischen Überprüfung des Konzepts.

**Tabelle: Die Psychotonusskalanach Wagner et al. 2016**

<u>Stufe</u>	<u>Tonuzustand</u>
7	Eskalierender akuter Konflikt <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Panik, Verzweiflung, Blackout etc.</i></li> </ul>
6	Akuter Konflikt <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Angst, Entscheidungsdilemma, Ärger, Depression</i></li> </ul>
5	Anstrengung, Volition (Wille), Impulsivität, Affekte <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Selbstbeherrschung, Selbstüberwindung, Stress meistern, Hemmungen, impulsiv Handeln und starke Affekte</i></li> </ul>
4	Alltagswachbewusstsein <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wach, handlungs- und funktionsfähig, willentliches Handeln (ohne bewusste innere Widerstände)</i></li> </ul>
3	Beginnende Entspannung, Versenkung <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Abnehmende Erregung, fehlende aktive Willensprozesse, zunehmende affektive Indifferenz</i></li> </ul>
2	Versunkenheit, Flow-Erleben <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Eins-sein, innere Klarheit, Flow-Erleben, Trance</i></li> </ul>
1	Absolute innere Ruhe <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tiefes Wohlgefühl, Zeitlosigkeit, innere Leere, Ichlosigkeit</i></li> </ul>

Quelle: Wagner/Kosuch/Iwers-Stelljes 2016, S. 21

Die Psychotonusskala beschreibt mit dem Wert PT 7 den Zustand der höchsten inneren Anspannung und Erregung- (den eskalierenden akuten Konflikt). Dieser Bewusstseinszustand ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die Gedanken drehen und Anspannung und Erregung immer mehr zunehmen. Hierbei werden Gefühle der Wut, Trauer, Angst, Scham oder auch der Verzweiflung besonders prägnant wahrgenommen. Die Eskalation eines solchen Konflikts kann dazu führen, dass rationale Kontrollmechanismen versagen. Der Verlust von Kontrollmechanismen geht dabei nicht immer mit einem „lauten Knall“ einher (z. B. Kontrollverlust, verbale und körperliche Übergriffe), sondern kann auch in einer nach innen gerichteten Form erfolgen. Eine solche Eskalation liegt z. B. dann vor, wenn eine Person vor Sorge um die Zukunft emotional hoch belastet ist und nicht mehr in den Schlaf findet (vgl. ebd., S. 26; vgl. Wagner 2011, S. 28).

Eine Stufe unterhalb des eskalierenden Konflikts ist der akute Konflikt angesiedelt (PT- 6). Ein solcher akuter, d. h. dem Betroffenen bewusster Konflikt, zeichnet sich dadurch aus, dass Widersprüche und Diskrepanzen hinsichtlich der Bewertung einer Situation bestehen (vgl. Wagner 2011, S. 28). Die konfliktbehafteten Gedanken sind im Vordergrund präsent; auch wenn die Betroffenen versuchen sich abzulenken, bleibt die Erregung doch bestehen.

In dieser Psychotonusstufe kann es zeitweise nicht mehr möglich sein, die eskalierenden Gedanken durch Selbstbeherrschung zu unterdrücken (vgl. Wagner/Kosuch/Iwers-Stelljes 2016, S. 30).

An dieser Stelle ist es wichtig anzumerken, dass **die Entstehung von Konflikten nicht zwangsläufig mit der Interaktion zwischen Personen zusammenhängen muss. Ein akuter Konflikt kann auch dadurch entstehen, dass sich eine Person mit Themen, Vorstellungen oder Zwängen beschäftigt, die für sie von konflikthafter Bedeutung sind.** Dieser Prozess kann so anstrengend sein, dass die Wahrnehmung nicht mehr vollständig auf die gegenwärtige Realität fokussiert werden kann. Ein akuter Konflikt ist zugleich mit einem hohen Stresspegel und starken Emotionen verbunden. Dies kann dazu führen, dass Gedanken endlos kreisen und ein Gefühl der Ausweglosigkeit entsteht. Darüber hinaus kann die Handlungs-, Wahrnehmungs- und Problemlösungsfähigkeit reduziert sein (vgl. ebd., S. 29).

Bevor ein Konflikt eskaliert, kann er durch Anstrengung und Willenskraft (Volition) beherrscht werden (PT- 5). In diesem Zustand zeichnet sich das bewusste Erleben durch die Vorherrschaft einer Kognition aus. Eine Kognition kann in diesem Zusammenhang ein Gedanke, ein Gefühl oder eine Handlungsabsicht sein. Zentral ist es hierbei, dass sich die Kognition im Wettstreit mit gegensätzlichen Gedanken, Gefühlen und Handlungsabsichten befindet. Aus dieser Rivalität erwächst ein präsenter und merklicher innerer Widerstand. Diese kognitive Dissonanz zeigt sich auch auf der physiologischen Ebene, da sich diese Auseinandersetzung auch auf den körperlichen Erregungszustand und die motorische Anspannung auswirkt (vgl. Wagner/Kosuch/Iwers-Stelljes 2016, S.25).

Die vierte Stufe der Psychotonusskala (PT-4) beschreibt das Alltagswachbewusstsein und stellt somit das „Normalnull“ dieser Skala dar. Unter dem Begriff des Alltagswachbewusstseins wird ein Zustand verstanden, der sich dadurch auszeichnet, dass sich Personen „wach, ausgeruht, relativ gelassen, aufnahmefähig“ fühlen und „in der Lage sind, sich zu entscheiden und willentlich zu handeln“ und dabei keinen „merklichen inneren Widerstand“ (vgl. Wagner 2011, S. 29) wahrnehmen. Ab dieser Stufe finden sich Bewusstseinszustände, in denen das Erleben und Handeln nicht von Konflikten beeinflusst wird. Diese Zustände unterscheiden sich demnach nur durch das Ausmaß an Gelassenheit und Entspannung.

Beginnende Entspannung erleben Personen ab der dritten Stufe der Psychotonusskala. Wenn eine Person in dem Zustand der Entspannung versinkt, erlebt sie dies dadurch, dass sich die Gedanken verlangsamen und sich eine klare Sicht auf die Umwelt einstellt, die nicht mehr von Gedanken und Emotionen bewertet und kommentiert wird. Auf den Zustand der Entspannung folgt das Erleben von Versunkenheit und eines Flow-Erlebens (PT-2). Diese Phase ist gekennzeichnet durch das Erleben einer tiefen inneren Ruhe sowie einer inneren

Klarheit (vgl. Wagner/Kosuch/Iwers-Stelljes 2016, S. 30). Personen erleben eine Tätigkeit oder Situation ohne eingreifende Gedanken, die sie aus dem Hier und Jetzt ablenken (vgl. Wagner 2011, S. 31).

**Eine Arbeitshypothese im Rahmen des Projektes besteht darin, dass freiheitsentziehende Maßnahmen in der häuslichen Pflege einen Bewältigungsversuch darstellen, mit konflikthaften Kognitionen umzugehen.** Ein mit Disstress verbundenes Belastungserleben pflegender Angehöriger dürfte im Modell des Psychotonus in den Stufen fünf bis sieben verortet werden. In diesen Phasen kommt es zu inneren Konflikten, die eskalieren und zu Gewalt in der Pflege führen können.

**So gaben bspw. in der LEANDER Studie 21% von 888 Befragten an, das sie gegenüber dem gepflegten Angehörigen oft oder sehr oft lauter werden. Des Weiteren gaben 19% der Befragten an, das Sie manchmal den gepflegten Angehörigen vor Wut schütteln könnten und 17% waren zeitweise voller Groll, was der Angehörige ihnen zumutet** (vgl. Zank/Schacke 2007). **Diese Verhaltensweisen lassen auf einen Psychotonus der Befragten schließen, der wahrscheinlich auf der Stufe des akuten Konflikts** (Psychotonusstufe 6) **angesiedelt ist.** Zum einen können hier der ersichtliche Verlust von Selbstkontrolle und zum anderen die starken Gefühle von Wut und Zorn als Indikator für das Vorhandensein von akuten Konflikten im Bereich häuslicher Pflegearrangements gewertet werden. Jedoch müssen Konflikte nicht unbedingt auf der Stufe des akuten Konflikts angesiedelt sein, um der erkrankten Person zu schaden. So kann auch ein Konflikt der auf der Psychotonus Stufe 5 angesiedelt ist, dazu führen, dass es zu einer finanziellen Ausbeutung der erkrankten Person kommt, da die Selbstbeherrschung, die benötigt wird, um einen Konflikt nicht zu akut werden zu lassen, fehlt.

Dies könnte zumindest im Nahverhältnis bei Pflegenden - eine Konfliktumgehungsstrategie der Angehörigen sein ("Ich habe es verdient", "Sie/Er braucht das (Geld,...) nicht."). Des Weiteren werden innere Antreiber auf Stufe 5 oft als hilfreich erlebt, um einen Menschen in Gang zu halten und die Situation zu bewältigen. Dies führt jedoch ebenfalls dazu, dass die Nicht-Gelassenheit mit all ihren Folgen anhält und Konflikte ggf. schnell eskalieren können.

**Bei der Entwicklung eines Selbstreflexionsinstruments scheint es daher sinnvoll zu sein, die Phasen vier bis sieben in den Mittelpunkt der Erhebung zu stellen.** Pflegenden Angehörigen soll die Möglichkeit geboten werden, zu verstehen und wahrzunehmen, wann und warum innere Konflikte ausgelöst werden und wann und warum Nichtgelassenheit entsteht. Das Ziel besteht darin, den Anwendern und Anwenderinnen Handlungsoptionen anzubieten, die sie bei der Bewältigung von Konflikten der Psychotonusstufe 5 und 6 unterstützen.

zen. Doch was genau sind Konflikte, wie entstehen sie und wie kann der Umgang mit Konflikten gestaltet werden, damit sie ohne destruktive Anteile bewältigt werden können?

### **b) Die Entstehung von Konflikten aus Sicht der Introvision**

Konflikte entstehen nicht im luftleeren Raum. Vielmehr handelt es sich dabei um eine Reaktion auf Eingriffe in das epistemische System des Menschen dar. Das epistemische System dient der Verarbeitung und Bewertung von Informationen, die eine Person über verschiedene Sinneskanäle erhält. Die Verarbeitung von Informationen ist ein Prozess, der zum Großteil außerhalb des Bewusstseins stattfindet (vgl. Wagner 2011, S. 57 ff.). Da diese Informationen, auch Kognitionen genannt, die Grundlage für das Verhalten bilden, muss das epistemische System dafür sorgen, dass die Umwelt angemessen abgebildet wird und die Informationen die Wirklichkeit so gut wie möglich repräsentieren. Das epistemische System handelt somit auf der Grundlage von Wissensbeständen, Erkenntnissen und Einsichten. Dabei lassen sich Kognitionen nach Wagner (ebd.) in drei verschiedene Gruppen einordnen:

- **Ist-Kognitionen** wie Wahrnehmungen, Wissen und Erkenntnisse
  - Beispiel: mein Partner bzw. meine Partnerin ist schwer krank und benötigt meine pflegerische Unterstützung. Ohne meine Unterstützung wird sie bzw. er nicht in der häuslichen Umgebung zurechtkommen. Ich weiß nicht, ob ich die Pflege leisten kann.
- **Soll-Vorstellungen** wie Ziele, Erwartungen, Wünsche, Absichten oder Motive
  - Beispiel: mein Partner bzw. meine Partnerin soll nicht krank sein. Ich muss für ihn oder sie da sein. Für meine Aufopferung möchte ich Anerkennung erhalten.
- **Handlungskognitionen** zur Planung und Durchführung von Handlungsoptionen
  - Beispiel: damit ich einen Pflegedienst bezahlen kann, muss ich einen Pflegegrad beantragen. Ich rufe meinen Sohn an, damit ich in die Stadt zum Einkaufen fahren kann.

Das epistemische System überprüft kontinuierlich, ob die vorliegenden Kognitionen korrekt und zutreffend sind. Wenn Kognitionen als ungültig betrachtet werden, schließt das System diese Informationen von der Weiterverarbeitung aus. Die Hauptkriterien sind zum einen die Kongruenz, d. h. die Übereinstimmung/Vereinbarkeit mit der Realität, und zum anderen die Konsistenz, also die Abwesenheit von Widersprüchen.

Epistemisch gültige Kognitionen lassen sich in drei verschiedene Kategorien einordnen: wahre, falsche und vielleicht wahre. Kognitionen, die falsch oder unzutreffend sind, werden von dem epistemischen System aussortiert. Kognitionen, die noch keiner Kategorie zugeordnet werden können, da zum Beispiel wichtige Informationen fehlen oder Widersprüche auftauchen, werden bis zur eindeutigen Klassifizierung ebenfalls als ungültig bewertet. Dies führt

dazu, dass diese Informationen von der Weiterverarbeitung ausgeschlossen werden (vgl. Wagner 2011, S. 66 f.).

**Der Bewertungsprozess des epistemischen Systems kann jedoch gestört werden.** Dies ist dann der Fall, wenn die nächste gültige Kognition fehlt, diese jedoch für den Informationsverarbeitungsprozess zwingend benötigt wird. Wagner bezeichnet das **Hängenbleiben eines kognitiven Prozesses** als einen **Default**. Ein solcher Zustand kann auf verschiedenen Ebenen des Verarbeitungsprozesses auftreten, wie auf der Datenebene (Was ist eine Demenz vom Alzheimer-Typ?), auf der Programmebene (Wie finde ich heraus, was das bedeutet?) oder auch auf der Steuerungsebene (Ich rufe jetzt mal bei der Krankenkasse an, vielleicht können die mir helfen). Wagner (2011) beschreibt weitergehend verschiedene Arten von epistemischen Defaults, die im Folgenden näher erläutert werden.

### Widersprüchliche Kognitionen

Bei diesem Default sind mehrere widersprüchliche Kognitionen vorhanden. Dies können z. B. widersprüchliche Soll-Kognitionen für das eigene Handeln sein.

- Eine Widersprüchliche Ist-Kognition kann sein: „Mein Partner ist sehr krank, aber der Zustand wird sich nicht verschlimmern“.
- Eine widersprüchliche Soll-Kognition wäre bspw.: „Ich sollte Unterstützung bei der Pflege haben“ vs. „Niemand kann meine Partnerin so gut pflegen wie ich“.
- Eine widersprüchlich Handlungskognition kann sein: „Ich möchte ja ruhig bleiben, aber ich schreie trotzdem oft“.

### Inkongruente Kognitionen

Hierunter werden solchen Kognitionen verstanden, die - nach der Beurteilung durch das epistemische System - mit der Realität unvereinbar erscheinen. Dies kann sowohl Ist-Kognitionen, Soll-Kognitionen ebenso wie Handlungspläne betreffen.

- Inkongruente Ist-Kognition
  - Beispiel: „Die krankheitsbedingten Verhaltensänderungen werden wieder verschwinden“.
- Inkongruente Soll-Kognition
  - Beispiel: „Ich sollte meinen Angehörigen nicht in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung unterbringen.“ (Obwohl die Pflegeperson ein reales Bedürfnis nach einer Auszeit von der Pflege hat.)
- Inkongruente Handlungspläne
  - Beispiel: „Ich kann durch den Einsatz von „Wundermitteln“ meinen Angehörigen heilen“.

### Unauflösbare Diskrepanzen zwischen Ist- und Soll-Kognitionen

Diese Diskrepanz ist davon gekennzeichnet, dass die Ist- und die Soll-Kognition nicht miteinander in Einklang gebracht werden können und dass epistemische System über keinerlei Vorstellung darüber verfügt, wie dieses Dilemma aufgelöst werden kann.

- „Ich möchte meinen Angehörigen pflegen, weil ich möchte, dass es ihm gut geht. Ich stoße hierbei aber auf Widerstände und verliere die Geduld.“

### Leerstelle

Die Kognition, die für die Informationsverarbeitung als Nächstes benötigt wird, ist nicht vorhanden. Zum Beispiel: „*wo ist der Schlüssel*“ (Ist-Kognition), „*wie sieht der nächste Karriereschritt aus?*“ (Soll-Kognition) oder „*ich kann einen Fahrradreifen wechseln*“ (Handlungskognition). Leerstellenkonflikte bestehen also darin, dass eine Person nicht weiß, wie sie handeln muss, damit der Istzustand (defekter Fahrradreifen) wieder mit dem Sollzustand (funktionsbereites Fahrrad) übereinstimmt. Dieser Konflikt kann unterschiedliche Gründe für seine Entstehung haben: Fehlendes Wissen, nicht vorhandene Fähigkeiten, Pläne und/oder fehlende materielle Ressourcen etc. (vgl. Wagner 2011, S. 66 f.).

***An diesem Punkt wird ersichtlich, warum Psychoedukation alleine nicht hilfreich ist, um pflegebedingte Belastungen zu bewältigen.*** Durch Psychoedukation erfährt eine Person lediglich, welche Bewältigungsform hilfreich wäre, um eine belastende Situation zu bewältigen. Die Informationsvermittlung erfolgt, wenn ihr Sollvorstellungen vermittelt werden, beispielweise: „*Du musst Dir zwischendurch etwas Gutes tun!*“, „*Du musst entspannen!*“ oder „*Du musst gelassener werden!*“. Dem gegenüber steht jedoch die Ist-Kognition d. h. die epistemisch gültige Wahrnehmung der Realität: z. B. „*Ich tue mir nichts Gutes*“, oder eine fehlende Handlungskognition: „*Ich habe keine Ahnung wie ich Zeit zum Entspannen finden soll.*“ oder „*Ich habe keine Vorstellung davon, wie ich in dieser Situation gelassener werden kann.*“ Im Sinne von einer nachhaltigen Belastungsreduktion (Multikomponentenaktivitäten), sollte das Instrumentarium und das Schulungskonzept so konzipiert sein, dass die Anwender und Anwenderinnen einen Weg finden gelassener zu werden, ohne sich „Gelassenheit“ imperativisch zu verordnen, da dies in der Folge zu einer erhöhten Anspannung etc. führt.

Das epistemische System eines Menschen kann durch die oben genannten Defaults in seiner Funktion beeinflusst werden. In der Regel wird die Beeinträchtigung durch die Deaktivierung oder Modifizierung der problematischen Kognitionen behoben. Jedoch ist dieses Vorgehen nicht immer möglich, da z. B. kein zeitlicher Entscheidungskorridor zur Verfügung steht. Da eine zuverlässige Informationsverarbeitung für Lebewesen jedoch überlebenswichtig

tig ist, hat sich, so die These von Wagner (2011), ein zweites redundantes Informationsverarbeitungssystem ausgebildet, mit dessen Hilfe bedrohliche Aussetzer vermieden werden können. Hierbei wird jedoch auch die Grundlage für innere Konflikte gelegt. Wie dies geschehen kann, wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

### **c) Vom Richtigen und Falschen - Das introferente System**

Das Sicherheitssystem bezeichnet Wagner (ebd.) als introferentes System. Um Fehlstellen (Defaults) aufzulösen, werden diese vom introferenten System überbrückt. Dies geschieht dadurch, dass Informationen (eine Ersatzkognition) in die vorhandenen epistemischen Kognitionen eingespeist werden. Das Besondere hierbei ist, dass es sich bei der Ersatzkognition um eine epistemisch ungültige Kognition handeln kann, die zeitweise eine fehlende gültige Kognition ersetzt. Die ausgewählte ungültige Kognition wird dem laufenden Verarbeitungsprozess aufgedrängt (imperiert). Dieser Prozess wird primäres Eingreifen genannt und hat zur Folge, dass die Informationsverarbeitung auf Grundlage einer ungültigen Kognition, fortgesetzt wird. Normalerweise wird eine epistemisch ungültige Kognition durch das epistemische System aussortiert. Damit dies nicht geschieht, werden die eingespeisten Kognitionen mit einer erhöhten Erregung und Anspannung gekoppelt. Dies dient dazu, die Kognitionen zu markieren, damit diese weiterverarbeitet werden und einer Löschung durch das epistemische System (EPS) entgehen (vgl. Wagner 2011, S. 76 f.).

Der dargestellte Prozess des introferenten Eingreifens führt dazu, dass die epistemischen Prozesse und Regeln der Informationsverarbeitung zeitweise aufgehoben werden. Wagner vertritt die **Annahme, dass in diesem Vorgang die Grundlage für die Entstehung von Stress, Emotionen und akuten Konflikten liegt**. Doch wie kann es hierzu kommen?

Der grundlegende Konflikt entsteht nach Wagner durch das erste imperierende Eingreifen in das Informationsverarbeitungssystem. Dabei prallen, wie schon dargestellt, zwei sich entgegengesetzte Kognitionen aufeinander. Das introferente System löst dieses Problem dadurch, dass es die gültige Kognition ausblendet, hemmt, sie unterdrückt oder verdrängt. Jedoch wird die gültige Kognition nicht gelöscht, der grundlegende Konflikt bleibt somit, wenn auch nur unbewusst, bestehen. Der Konflikt entsteht allerdings nicht durch den Widerspruch an sich, sondern, durch die **Kopplung der widersprechenden Kognition mit erhöhten Affekten. Das Zusammenspiel von erhöhten Affekten und gehemmter Kognition führt zu dem Erleben von innerer Unruhe** (vgl. Wagner 2011, S. 84 f.). Diese Unruhe stellt, den ersten, noch leichten Stress dar. In der Regel ist dieses Stresserleben noch gut beherrschbar und wirkt sich nicht in einem größeren Ausmaß auf die Person aus. Wie kommt es nun dazu, dass bestimmte Situationen als besonders belastend erlebt werden und wir uns sehr anstrengen müssen, um eine bestimmte Situation zu bewältigen?

Wagner (2011) geht davon aus, dass Eingriffe in das epistemische System häufig stattfinden, da sich hierdurch bestimmte kognitive Prozesse abkürzen lassen, was mit Vorteilen für das Individuum verbunden ist. So können sich Betroffene bspw. geschwind orientieren und sind somit schneller handlungsfähig. Der Prozess des Eingreifens kann sich automatisieren. Hierdurch wird die imperierte Kognition immer früher aufgerufen, so dass die Information mit Erregung und Anspannung gekoppelt dauerhaft im Langzeitgedächtnis gespeichert und das Arbeitsgedächtnis entlastet wird. Dieser Prozess führt jedoch dazu, dass die imperierte Kognition als richtige, alternativlose Information oder Lösung angesehen wird (vgl. ebd, S. 93).

Es kann jedoch auch die Notwendigkeit bestehen, in die Soll-Vorstellung introferent einzugreifen. Dieser Prozess wird als sekundäres Eingreifen bezeichnet und kann mehrmals wiederholt werden (tertiäres Eingreifen). Damit bei diesen Eingriffen nicht aus Versehen Kognitionen überschrieben werden, die für das Überleben des Individuums wichtig sind, hat sich ein Sicherheitssystem hierfür entwickelt. So können **bestimmte Soll-Kognitionen mit Selbstanweisungen (subjektive Imperative) verbunden werden und um diese nicht aufzugeben, werden beide introferent (d.h. mit einer Kopplung an eine starke Emotion) festgehalten**. Dabei ist zu beachten, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen einem epistemischen Default und dem hieran gekoppelten Affekt bestehen muss (vgl. ebd., S. 194). Erst die Kopplung beider Komponenten führt dazu, dass eine Kognition oder ein Affekt als innerer Konflikt bezeichnet werden kann.

#### **d) Was muss, das muss - Subjektive Imperative und Imperativverletzungskonflikte**

Konflikte entstehen aus der wahrgenommen oder antizipierten Verletzung mindestens eines subjektiven Imperativs. Ein subjektiver Imperativ kann als eine Sollvorstellung verstanden werden, die mit der Selbstanweisung verbunden ist, eine Vorstellung (Kognition) nicht aufzugeben.

Gedanken und innere Bilder, die mit der Vorstellung oder der Anforderung verbunden sind, etwas zu müssen oder nicht zu dürfen, machen Prozesse des Imperierens sichtbar. So beinhaltet die Aussage „Ich muss jetzt zur Arbeit gehen“, die Aufforderung die Sollvorstellung (zur Arbeit zu gehen) nicht aufzugeben, auch wenn man gerade keine Lust dazu hat. Ebenso kann die Aussage „Kinder müssen ihre Eltern pflegen, wenn diese alt und krank sind“ als Sollvorstellung angesehen werden, die eine Person imperiert, um diese nicht aufzugeben. Dies kann auch vollzogen werden, obwohl Widerstände in Bezug auf die Pflegeübernahme bestehen, da bspw. die Beziehung zu den Eltern konfliktreich war/ist (vgl. Wagner 2011, S. 158).

**Ein zentrales Element subjektiver Imperative ist das Gefühl, dass „etwas geschehen muss“ oder „nicht eintreten darf“.** Eine imperativische Sollvorstellung ist daher eine Vor-

stellung, die für einen Menschen einen drängenden Charakter aufweist. Als Beispiel können hier folgende Aussagen dienen: „Ich muss meine Mutter pflegen!“, „Meine Geschwister müssen meinen Einsatz würdigen!“ oder auch „Ich darf meine Hilflosigkeit nicht zeigen!“. Das Gefühl etwas tun zu müssen, bzw. dass etwas nicht geschehen darf, ist nach Wagner (2011) Teil des sogenannten Muss-Darf-Nicht Syndroms (MDS), das aus folgenden Teilen besteht:

1. Das Gefühl, das etwas sein „muss“ oder nicht sein „darf“.
2. Das Gefühl von Dringlichkeit (etwas muss / darf nicht geschehen), dass mit körperlicher Anspannung und Erregung verbunden ist.
3. Ein Gefühl unter Druck zu stehen bzw. andere unter Druck setzen zu müssen.
4. Die Wahrnehmung ist eingeengt, Handlungsoptionen werden nicht mehr wahrgenommen (vgl. ebd., S. 159).

Inhaltlich können sich imperativische Sollvorstellungen auf die eigene Person, auf andere Menschen oder auf die Umwelt beziehen. Die Sollvorstellungen können dabei sowohl wertneutral sein, als auch aus Sicht des Individuums unmoralisch („Ich muss meinem Partner jetzt Medikamente geben, sonst komme ich nie zur Ruhe!“). Die Soll-Vorstellungen können aber auch rational wie auch irrational sein, epistemisch gültig sein oder introferent hineingetragen werden (vgl. ebd.). Mit den imperativischen Sollvorstellungen sind Subkognitionen verknüpft. Eine Subkognition stellt eine Ist-Kognition dar, die gemeinsam mit der Sollvorstellung aktiviert wird. Imperativische Sollvorstellungen werden dann aktiviert, wenn das epistemische System erkennt, dass eine Situation eintreten kann, die nicht eintreten soll. Wenn eine Person bspw. Auto fährt und hierbei Angst hat, im Straßenverkehr zu verunglücken, wird die Sollvorstellung aktiviert: „Ich muss mich auf den Verkehr konzentrieren“. Die Sollvorstellung bleibt im EPS solange aktiviert, wie die dazugehörige Subkognition („Es kann sein das ich in einen Unfall verwickelt werde.“) epistemische Gültigkeit besitzt (Wagner 2011, S. 160). Eine zentrale Rolle in der Theorie der subjektiven Imperative spielt die Vermutung, dass die Gedanken einer Person im Zustand eines akuten Konflikts, um die voraussichtliche oder tatsächliche Verletzung eines / mehrerer subjektiver Imperative kreisen. Doch um was genau drehen sich die Gedanken bei diesem Prozess und wie kann dies auf Pflegearrangements übertragen werden?

Grundlegend lassen sich bei den Imperativverletzungskonflikten vier verschiedene Untergruppen bestimmen: Der Realitätskonflikt, der Imperativverletzungskonflikt, der Undurchführbarkeitskonflikt und Konflikte zweiter Ordnung sog. Konflikt - Konflikte (vgl. ebd., S. 166).

## Realitätskonflikte

Bei diesem Konflikt kreisen die Gedanken darum, dass Ist-Kognitionen und Subkognitionen nicht miteinander vereinbar sind. Dabei lassen sich Wissenskonflikte und Möglichkeitskonflikte unterscheiden.

Ein **Wissenskonflikt** tritt ein, wenn das epistemische System erkennt, dass etwas passiert ist, das nicht passieren durfte. Solche Konflikte zeigen sich nach Wagner (2011) durch Gefühle wie:

- Ärger, Zorn, Wut und Hass: Etwas wurde getan, was nicht hätte getan werden dürfen.
- Kummer, Trauer, Niedergeschlagenheit: Ein Verlust kann (aus Sicht des Individuums) nicht mehr rückgängig gemacht werden
- Schuldgefühle: Etwas wurde getan, das aus moralischer Sicht nicht getan werden musste oder nicht getan werden durfte.

Bei einem **Möglichkeitskonflikt** kreisen die Gedanken darum, dass etwas geschehen könnte, das nicht geschehen darf. Zentral ist hierbei, dass an der Selbstanweisung („*Schließe aus, das passiert, was nicht passieren darf*“) festgehalten wird und die Selbstanweisung inkonsistent mit der Realität ist. Möglichkeitskonflikte können folgendermaßen in Erscheinung treten:

- Furcht und Angst: Etwas könnte geschehen oder ist bereits geschehen, was nicht geschehen darf bzw. nicht geschehen muss.
- Stress als Folge einer bedrohlichen Situation: Eine Situation könnte eintreten, die nicht verhindert werden kann (vgl. ebd., S. 170).

## Imperativkonflikte

Hierbei sind die Gedanken mit einem Default beschäftigt, welcher auf der Ebene der imperativen Sollvorstellungen angesiedelt ist. Zum einen kann der Default aus einem situationsbedingten Widerspruch entstehen und zum anderen durch einen logischen Widerspruch zwischen zwei Imperativen (Imperativ-Gegenimperativkonflikt).

Situationsbedingte Imperativkonflikte sind in den meisten Fällen auf der Ebene der (handlungsleitenden) Sollvorstellungen angesiedelt. Sie kommen dadurch zustande, dass zwei subjektive Imperative nicht gleichzeitig eingehalten bzw. verwirklicht werden können. So ist es z. B. oftmals schwer gleichzeitig nett zu sein und sich durchzusetzen oder die Pflege eines Menschen mit Demenz alleine zu übernehmen und zeitgleich viele soziale Aktivitäten auszuüben. Viele Rollenkonflikte, moralische Dilemmata oder Konflikte in der Kommunikation zwischen Menschen, können oft als situativ bedingte Imperativkonflikte identifiziert werden (vgl. Wagner 2011, S. 171 f.).

Die Imperativ-Gegenimperativkonflikte entstehen aus zwei subjektiven Imperativen, die sich logisch widersprechen. Beispiele hierfür könnten sein: „*Ich muss meine Ehefrau in ein Pflegeheim geben*“ und „*Ich darf meine Ehefrau nicht in ein Pflegeheim geben*“. Oftmals sind Imperativ und Gegenimperativ auf einen zugrunde liegenden Imperativ zurückzuführen, hier könnte dies der Imperativ sein: „*Ich darf Niemanden enttäuschen*“.

#### Undurchführbarkeitskonflikt

Bei diesem Konflikt kann der subjektive Imperativ nicht eingehalten werden, da die Handlungsmöglichkeit fehlt, um die Vorstellung umzusetzen. Ursächlich hierfür können mangelnde bzw. widersprüchliche Handlungskognitionen sein (Leerstellenkonflikt) oder auch eine nicht aufzulösende Diskrepanz, die sich aus dem Beibehalten einer Sollvorstellung ergibt (vgl. ebd.)

Welche Defaults im Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung eines Menschen mit einer Demenz entstehen können, wie Konflikte und das Belastungserleben im Rahmen der Pflege zusammenhängen und wie Menschen versuchen, diese Defaults zu umgehen, ist ein wichtiger Punkt für die Entwicklung des Instrumentariums und der Schulungsreihe „Freiheitseinschränkungen – mehr Schaden als Nutzen“ (Teilziel 8).

#### **4.7 Belastungserleben pflegender Angehöriger - Eine Betrachtung unter dem Blickwinkel der Introvision**

Mit der Rolle als Betreuungs- und Pflegeperson eines Menschen mit Demenz sind Auswirkungen auf das eigene Leben der Pflegenden verbunden. Welche Punkte dabei als belastend bzw. als bereichernd erlebt werden sind sehr unterschiedlich. Jedoch können auch hier Überschneidungen identifiziert werden. So stellten Brügger et al. (2016) fest, dass sich das Belastungserleben, trotz einer Heterogenität in den Berichten von pflegenden Angehörigen, in fünf verschiedene Kategorien einordnen lässt. Diese Kategorien sind: „Müdigkeit und Überlastung“, „das Gefühl alleine oder unverstanden zu sein“, „Trauer, Leid, Zukunftssorgen“, „Hilf- und Machtlosigkeit“ sowie „das Gefühl, fremdbestimmt zu werden“. Im Folgenden werden die genannten Untergruppen näher beschreiben und hinsichtlich der Konzeption eines Selbst-Screening-Tools analysiert. Um die möglichen mentalen Konflikte zu verdeutlichen werden hypothetische Aussagen konstruiert und beispielhaft angeführt.

**Müdigkeit und Überlastung** stellen eine Belastung dar, die als primärer Stressor klassifiziert werden kann. Ursächlich für das Belastungserleben sind körperliche Pflegearbeit sowie nächtliche Störungen bzw. die Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus. Hinzu kommen andere Aufgaben durch die pflegende Angehörige belastet werden. Zu nennen sind hier z. B. die „Organisation und Koordination von Leistungserbringern“, „administrative Tätigkeiten“ und

„Erwerbs- und Haushaltsarbeit“. Das Ausmaß der Belastung hängt zum einen mit dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit zusammen, und zum anderen mit der Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten.

Darüber hinaus geht die Betreuung und Pflege eines Menschen mit einer Demenz mit spezifischen Belastungsfaktoren einher. Zu nennen sind hier insbesondere **herausfordernde Verhaltensweisen der Betroffenen** sowie situative, zeitliche und örtliche Desorientierungen, die mit einem erhöhten Betreuungsbedarf einhergehen (vgl. Pinquart/Sörensen 2003, S. 251). **Die Pflege und Betreuung eines demenzkranken Menschen kann zu chronischer Be- und Überlastung der Hauptpflegeperson führen.** Die Überlastung zeigt sich neben psychischen auch in körperlichen Symptomen, wie der Veränderung des Hormonhaushalts, des Immunsystems und einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu entwickeln (vgl. Zarit 2008, S. 103).

Die Umstände, die zu einer Übermüdung und Überlastung führen, sind vermutlich auch mit mentalen Konflikten verbunden. So könnte hinter der ängstlichen Aussage: *„Wenn ich die Versorgung nicht mehr leisten kann, dann muss mein Mann in ein Pflegeheim“*, ein Möglichkeitskonflikt stehen, der den subjektiven Imperativ enthält: *„Es darf nicht sein, dass ich die Versorgung nicht mehr alleine gewährleisten kann!“* Die dazugehörige Subkognition wäre dann: *„Es kann sein, dass ich die Pflege nicht alleine gewährleisten kann.“* Ein anderer mentaler Konflikt versteckt sich hinter der wütenden Aussage: *„Wenn mein Ehemann mich die ganze Nacht wachhält, dann macht er das nur um mich zu ärgern.“* Hierunter kann die Annahme vermutet werden, dass der Erkrankte für sein Handeln voll verantwortlich und sich dessen bewusst ist. Diese Auffassung (die Negierung der Erkrankung) könnte hier auf dem Imperativ beruhen: *„Es darf nicht sein, dass mein Partner verwirrt ist! Er muss also für seine Handlungen verantwortlich sein, sonst wäre er ja verwirrt und ich würde ihn verlieren und das darf nicht sein!“*. Dieser Imperativ führt schlussendlich dazu, dass die Situation so interpretiert und wahrgenommen wird, dass der Erkrankte rücksichtslos ist und die Bedürfnisse des Pflegenden nicht sieht (*„nur um mich zu ärgern“*).

Des Weiteren fühlen sich pflegende Angehörige oftmals **alleingelassen und unverstanden**. Dies liegt darin begründet, dass die Pflege eines Angehörigen dazu führen kann, dass zeitliche Ressourcen knapp werden und soziale Kontakte häufig nicht in dem Maß in Anspruch genommen werden (können), wie dies von den Pflegepersonen gewünscht wird. Dieser Umstand kann dadurch verstärkt werden, dass sich Freundinnen/Freunde und Bekannte in einer langen Pflegesituation zurückziehen und zugleich der Fokus von Fachkräften häufig auf der pflegebedürftigen Person liegt (vgl. Zarit 2008, S. 105). Neben den genannten Faktoren dürfte es auch eine Rolle spielen, wie das soziale Umfeld mit der Erkrankung des Betroffenen umgeht.

Wie wird mit unterschiedlichen Ansichten über die Auswirkungen der Pflegebedürftigkeit umgegangen? Welche Quantität und welche Qualität der Kontakte erwarten die pflegenden Angehörigen von ihrem sozialen Umfeld und der gepflegten Person? Mit diesen Fragen sind, so die Vermutung, mentale Konflikte verbunden, die zu einem Belastungserleben (hohen Psychotonus) führen können.

Ein mentaler Konflikt, der mit diesen Themen einhergeht, könnte die sorgenvolle Aussage sein: *„Es wäre schrecklich, wenn ich wegen der Pflege meines Mannes nicht mehr im Chor singen könnte.“* Die Aussage kann als Möglichkeitskonflikt verstanden werden, der mit dem subjektiven Imperativ: *„Es darf nicht sein, dass ich nicht mehr im Chor mitwirken kann!“*, verbunden ist. Zu diesem Imperativ würde die Subkognition gehören: *„Es kann sein, dass ich den Chor aufgeben muss.“* Eine andere Aussage wäre z. B.: *„Wenn ich meinen Ehemann alleine lasse, habe ich immer ein schlechtes Gewissen.“* Die Aussage kann als ein Gewissenskonflikt gedeutet werden, der damit zusammenhängt, dass der subjektive Imperativ: *„Ich muss immer für meinen Ehemann da sein“*, auf die Subkognition trifft: *„Es kann sein, dass ich nicht immer für ihn da bin.“*

Belastungen aus dem Bereich **„sich alleingelassen und unverstanden fühlen“** können nach Pearlin et al. (1990) unter den Bereich der sekundären Stressoren subsumiert werden, da sich hier die Pflege- und Betreuungstätigkeit auf die sozialen Rollen einer Person auswirkt. Mentale Konflikte, die mit dieser Untergruppe verbunden sind, können Gewissenskonflikte sein: *„Meine Geschwister müssen meinen Einsatz wertschätzen!“*, oder auch: *„Der Erkrankte muss merken, dass ich es nur gut meine!“* Konflikte, die das soziale Leben der erkrankten Person betreffen, stellen einen zentralen Punkt bei der Entstehung von Belastungen dar.

Des Weiteren stellen **Trauer, Leid und Zukunftssorgen** Belastungen dar, mit denen pflegende Angehörige konfrontiert werden. Die Begleitung und Pflege eines Menschen in der Endphase seines Lebens ist eine emotional (hoch)belastende Tätigkeit. Die pflegende Person muss sich mit dem drohenden Abschied eines geliebten Menschen und der eigenen ungewissen Zukunft auseinandersetzen. Bei Menschen mit einer Demenz kommt hinzu, dass der langsame Verlust der bisherigen Beziehung und das schleichende Abschied nehmen als besonders belastend erlebt werden.

Betrachtet man all diese möglichen Belastungen durch eine Pflegetätigkeit, sind innere Konflikte der Betroffenen anzunehmen, die sich als Unmöglichkeitskonflikte klassifizieren lassen und die unter Umständen zu einer „stillen“ Eskalation eines akuten Konflikts führen können. Konflikte könnten möglicherweise mit Gedanken einhergehen wie: *„Es darf nicht sein, dass mir so etwas passiert!“*, *„Er/sie darf nicht sterben!“*, *„Ich muss jetzt stark sein!“*

Eine wahrgenommene **Hilf- und Machtlosigkeit** stellt ebenfalls eine große Belastung für pflegende Angehörige dar. Diese Belastungskategorie dürfte in einem engen Zusammenhang mit dem Themenkomplex „Trauer, Leid und Zukunftssorgen“ stehen. Pflegende Angehörige stehen dem drohenden Verlust und dem kontinuierlichen Verfall eines geliebten Menschen zumeist hilflos gegenüber. Im Gegensatz zu professionellen Pflegekräften sind sie nicht darauf eingestellt, wie sich die Situation entwickeln wird und was auf sie zukommt. Diese Unsicherheit führt zu einem Gefühl der Unzulänglichkeit. Gleichzeitig besteht häufig die Angst, etwas verkehrt zu machen und so das Leiden zu verlängern. Diese Angst kann sich auch durch mentale Konflikte ausdrücken. Mögliche Gedankengänge könnten hier z. B. sein: *„Ich muss helfen!“*; *„Ich darf nichts falsch machen!“*

Mit der Sorge für einen erkrankten Angehörigen kann weiterhin ein Gefühl der **Fremdbestimmtheit** einhergehen, das von pflegenden Angehörigen als Belastung erlebt wird. Das Gefühl kann dadurch entstehen, dass durch die Pflege und Betreuung nur noch wenig Raum für die Verwirklichung der eigenen Wünsche und Bedürfnisse besteht. Dieses Gefühl kann zudem dadurch entstehen, dass die Pflegeübernahme nicht aus eigenem Wunsch zustande gekommen ist, sondern aufgrund von familiären und gesellschaftlichen Erwartungen übernommen wurde. Einschränkungen in beruflichen und sozialen Lebensbereichen stellen ebenfalls einen starken sekundären Stressor dar. Es ist davon auszugehen, dass mit Belastungen aus dieser Untergruppe ebenfalls spezifische mentale Konflikte einhergehen, die dazu führen, dass die Pflegesituation als anstrengend und überfordernd erlebt wird. Mentale Konflikte in diesem Bereich könnten in dem Spektrum der situativ bedingten Imperativkonflikte liegen. So kann die gesellschaftliche Erwartungshaltung: *„eine gute Tochter muss ihre Eltern pflegen“*, mit dem Bedürfnis kollidieren: *„Ich möchte meine Karriere weiter verfolgen“*. Ebenso kann „das Gefühl, etwas zurückgeben zu müssen“ (der innere Druck aus dem Gedanken), dem Wunsch entgegenstehen, seine eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen bzw. diese umzusetzen.

***Es erscheint wahrscheinlich, dass bei allen durch die Pflege und Betreuung hervorgerufenen Belastungen auch mentale Konflikte identifiziert werden können. Diese Konflikte können zu einem erhöhten Psychotonus (körperliches und seelisches Stresserleben) und einem Versagen von internen Kontrollmechanismen führen.*** In einem weiteren Schritt muss daher der Umgang pflegender Angehöriger mit pflegebedingten mentalen Konflikten erhoben werden. Die bisher dargelegten Erkenntnisse und Überlegungen sind für zwei weitere Schritte im Projektablauf von Relevanz: Zum einen bieten Sie eine Grundlage zur Entwicklung des Instrumentariums selbst, und zum anderen sind sie leitend für die deduktive Kategorienentwicklung im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse. Diese stellt den

ersten Arbeitsschritt zu Auswertung der im Rahmen der Explorationsworkshop erhobenen Daten dar.

## **5 Auswertung der Explorationsworkshops zum Thema Gelassenheit / Nicht-Gelassenheit**

Was ist unter Gelassenheit bei der Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz zu verstehen, was führt zu einem gelassen Umgang mit den pflegebedingten Belastungen und wann fehlt die *Gelassenheit* bei der Versorgung und Betreuung eines demenzkranken Angehörigen? Diesen Fragen wurde im Zuge von sechs Explorationsworkshops nachgegangen, die von Alzheimer NRW und der Technischen Hochschule Köln durchgeführt wurden. Mit Impulsen aus der Stress- und Introversionsforschung und der Pflegepraxis der Teilnehmenden sowie anhand von Bildmaterial wurden Werte, Meinungen, mentale Bilder, Assoziationsketten und der Austausch von Erfahrungen angeregt. Den roten Faden in der Gesprächsleitung durch Psychologinnen des Projektpartners bildeten verschiedene Fragen zur Wahrnehmung und Unterscheidung von Gelassenheit, Nicht-Gelassenheit und den „bisherigen Wegen, gelassen zu bleiben“ bzw. „Auslösern für Nicht-Gelassenheit“ und den „Anzeichen von Nicht-Gelassenheit“ im Erleben der Befragten.

Menschen verlieren bei der Pflege und Betreuung ihre Gelassenheit, was sich anhand der gefundenen Kategorien und Ausdifferenzierungen über die Subkategorien darstellen lässt und von der Begleitforschung analysiert wurde. Dabei lag das Erkenntnisinteresse darauf, wie sich die spezifischen Belastungen der Pflegesituation und Pflegebeziehung auf das innere Erleben der pflegenden Angehörigen auswirken und wie sich die Zielgruppe mental regulieren kann. Hierzu wurde einerseits das erarbeitete Kategoriensystem herangezogen, andererseits sind im Review der Transskripte induktiv inhaltliche Zusammenhänge erschlossen und mit Textpassagen belegt worden. Untersucht wurden einerseits Faktoren, die dazu führen, dass innere Konflikte entstehen und *Gelassenheit* verloren geht. Andererseits wurden auch solche analysiert, die dazu beitragen, dass mit den Belastungen, die aus der Pflege eines Menschen mit Demenz resultieren können, gelassener umgegangen wird.

Zur Auswertung wurden zwei Hauptkategorien gegenüber gestellt, zum einen „Verlust der *Gelassenheit*“, dagegen „Gelassener Umgang mit der Pflege“. Diesen Items wurden dann Subkategorien zugeordnet wie in nachstehender Übersicht zu lesen.

**Tabelle: Haupt- und Subkategorien als Ergebnis der Inhaltsanalyse**

Hauptkategorie	Subkategorie
Verlust der <i>Gelassenheit</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herausforderndes Verhalten</li> <li>• Verlustgefühle als Reaktion auf Demenzfolgen</li> <li>• Zeitliche Belastungen</li> <li>• Überforderung</li> <li>• Rollenkonflikte</li> <li>• Fehlende Akzeptanz der Krankheitsfolgen</li> <li>• Vorwürfe gegen die eigene Person</li> <li>• <i>Nicht-Gelassenheit</i> und Psychotonus</li> </ul>
Gelassener Umgang mit der Pflege und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konstatierendes Wahrnehmen</li> <li>• Akzeptanz</li> <li>• Positive Gefühle / Liebe</li> <li>• Fröhlichkeit</li> <li>• Selbstwirksamkeit</li> <li>• Strukturen</li> <li>• Natur</li> <li>• Freiräume</li> </ul>

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Workshops präsentiert. Begonnen wird dabei mit einer kurzen Darstellung zu der Konzeption der Explorationsworkshops und den Methoden der Datenauswertung. Hieran schließt sich eine ausführliche Analyse der erhobenen Interviewdaten an, die in der Konzeption des „Gelassenheitsbarometers“ mündet.

### 5.1 Explorationsworkshops

Mit Hilfe der Workshops sollten die Erfahrungen und Interpretationen der Teilnehmenden in einer themenzentrierten und zugleich offenen Form erhoben werden. Hierzu wurden die Workshops durch den Einsatz eines Gesprächsleitfadens (Ablaufplan des Workshops / Leitfragen der Gruppendiskussion) strukturiert. Der Vorteil einer fokussierten Gesprächssituation besteht darin, dass eine zurückhaltende (nicht direktive) Gesprächsführung mit dem Wunsch nach sehr spezifischen Informationen, sowie der Möglichkeit zur Erläuterung des Gegenstands, verbunden werden kann (vgl. Hopf 2000). Die Konstruktion der zweiten Hälfte des Workshops (Fokusgruppe) folgt der Form eines fokussierten Interviews. Zentrales Element

ist die Fokussierung auf einen vorab bestimmten Gesprächsgegenstand, welches hier „die Gelassenheit bei der Betreuung“ darstellt.

Um die Wissensbestände einer bestimmten Zielgruppe zu erheben, haben sich in den Sozialwissenschaften qualitative Methoden bewährt. Durch die Möglichkeit, Situationsdeutungen und Handlungsmotive in einer offenen Form zu erheben, kann eine handlungstheoretische Konzeption des Gegenstands erreicht werden (vgl. Hopf 2000). In qualitativen Forschungsansätzen ergibt sich jedoch ein Dilemma zwischen Offenheit und Strukturierung. Zum einen besteht ein starkes Interesse daran, die Interpretationen, Erfahrungen und Wissensbestände der Befragten zu erheben (Offenheit). Zum anderen haben Forschende jedoch auch ganz spezifische Punkte, zu denen sie Informationen erhalten möchten. Dieses Dilemma wurde bereits bei der Konzeption der Explorationsworkshops berücksichtigt und eine Form gefunden, hiermit adäquat umzugehen: Die Workshops wurden vorstrukturiert (siehe Ablaufplan). Die vorgegebene Struktur wurde jedoch an mehreren Stellen von offenen Gesprächsphasen durchbrochen. Durch diesen Aufbau wurde eine flexible und dynamische Handhabung der Dimensionen „Struktur“ und „Offenheit“ möglich.

Gemäß den zuvor analysierten Teilbereichen wurde die Erhebung in verschiedene Themenblöcke aufgeteilt, welche unterschiedliche Dimensionen des Forschungsgegenstandes widerspiegeln. Jeder Themenblock beginnt mit einer offenen Erzählaufforderung. Hierdurch sollen die Teilnehmenden die größtmögliche Chance erhalten, die eigenen Erfahrungen und die damit verbundenen Einstellungen und Bewertungen zu schildern. An diese Erzählaufforderungen schließen sich Aufrechterhaltungsfragen (immanente Nachfragen) an, durch die Ausführungen und Themensetzungen der Befragten aufgegriffen werden und weiterführende Nachfragen gestellt werden können (vgl. Kruse 2015). Die Erzählanreize und Aufrechterhaltungsfragen wurden aus der Introvisionsforschung abgeleitet. Von Interesse waren hierfür insbesondere folgende Punkte:

- Wie konstruieren die Befragten „Gelassenheit“? Welche Elemente umfassen diese Konzepte? (Punkt 4 des Ablaufplans: Welches Bild verbinden Sie mit Gelassenheit?)
- Welche Strategien haben die Gefragten um „gelassen“ zu bleiben? (Punkt 8 des Ablaufplans: Leitfrage 1)
- Welche Faktoren führen zu Nicht-Gelassenheit? Können die geschilderten Aspekte mit Annahmen der Introvision erklärt werden? (Punkt 8 des Ablaufplans: Leitfrage 2)
- Welche psychologischen und physiologischen Anzeichen gehen mit Nicht-Gelassenheit einher? Wie können diese mit dem Psychotonus erklärt werden? (Punkt 8 des Ablaufplans: Leitfrage 3)

- Wie stellten die Teilnehmenden Gelassenheit für sich her? Was ist hilfreich für ein Instrumentarium, welche Strategien können übertragen werden? (Punkt 8 des Ablaufplans: Leitfrage 4)
- Führen Teilnehmende eine positive Umdeutung des Negativen durch? Wie machen sie das, welche Bewältigungsstrategien werden dabei erfolgreich angewandt? (Punkt 8 des Ablaufplans: Leitfrage 5).

## **5.2 Methodisches Vorgehen bei der Auswertung der Explorationsworkshops**

Im Folgenden wird zunächst die Methodik der Datenauswertung dargestellt, um das Vorgehen transparent und nachvollziehbar zu machen. Anschließend werden die so gewonnenen Ergebnisse ausführlich präsentiert, um einen Eindruck über das Vorgehen der Begleitforschung zu geben.

Die im Rahmen der Explorationsworkshops erhobenen Daten wurden mithilfe der inhaltlich strukturierenden, qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die inhaltliche Strukturierung erfolgte durch den Einsatz von Kategorien und Subkategorien (vgl. Kuckartz 2012).

Das Vorgehen folgte dabei bestimmten Arbeitsschritten:

1. der initiierenden Textarbeit,
2. der Entwicklung von thematischen Hauptkategorien,
3. der Codierung des gesamten Materials mit den Hauptkategorien,
4. und der Zusammenstellung aller Textstellen (die mit der gleichen Hauptkategorie codiert wurden),
5. der induktive Bestimmung von Subkategorien am Material,
6. das Codieren des gesamten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem und schlussendlich die Analyse (vgl. Kuckartz 2012; vgl. Kruse 2015).

Die Workshop-Aufzeichnungen wurden sukzessiv transkribiert und ausgewertet. Die Oberkategorien wurden deduktiv aus den Erkenntnissen der Literaturarbeit zur Forschungsfrage abgeleitet. Im Rahmen der Workshops wurde bspw. danach gefragt, was die Teilnehmenden unter „Gelassenheit“ verstehen, welche Bilder sie von Gelassenheit verinnerlicht haben, wie sie gelassen bleiben und welche Faktoren „Nicht-Gelassenheit“ bewirken. So ist es folgerichtig, dass die Kategorien „Gelassenheit“ und „Nicht-Gelassenheit“ zentrale Kategorien bei der Auswertung darstellen.

Um die Kategorien und ihre Definitionen auf ihre Anwendbarkeit hin zu überprüfen, wurden die gebildeten Hauptkategorien in einem ersten Durchlauf an ca. 25 % des Datenmaterials ausgetestet (vgl. Kuckartz 2012). Hieran anschließend wurden die Transkripte sukzessiv

einer sequenziellen Auswertung unterzogen. Aus dem Textmaterial wurden Kategorien identifiziert und diesen Zeile für Zeile alle Textstellen zugeordnet, die dazu identifiziert werden konnten. Dabei können Textpassagen auch mehreren Kategorien zugeordnet werden. Solche Passagen, die in keinem thematischen Zusammenhang standen und für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht von Interesse waren, brauchten nicht codiert zu werden (vgl. Kuckartz 2012).

Zur noch differenzierteren Analyse des Textmaterials wurden im nächsten Auswertungsschritt Subkategorien induktiv abgeleitet, in denen alle Textstellen, die einer Hauptkategorie zugeordnet wurden, ein weiteres Mal codiert wurden. War das deduktive Verfahren noch von bereits vorliegenden Erkenntnissen aus der Forschung geleitet, so steht beim induktiven Vorgehen die Suche nach neuen Aspekten im Vordergrund. Hier erfolgt somit „...eine systematische Ableitung von Auswertungsgesichtspunkten aus dem Material...“ (Mayring 2002, S.117). Hierzu wurde das vorhandene Datenmaterial mehrfach systematisch gescannt. Diese Materialdurchgänge dienen dem Zweck, neue Kategorien zu bilden, wenn Textstellen bis dato keiner (passenden) Kategorie zugeordnet werden konnten. Zueinander passendes Material wurde unter den jeweiligen Kategorien subsumiert. Wenn innerhalb des Materials durch dieses Vorgehen ein Zustand erreicht wurde, in dem es weder zu Überlappungen kam, noch zu größeren Datenpassagen, die keiner Kategorie zugeordnet werden konnten, wurde das gesamte Kategoriensystem noch einmal modifiziert. Innerhalb dieses Prozesses wurde weiterhin überprüft, „...ob die Logik klar ist...und der Abstraktionsgrad zu Gegenstand und Fragestellung passt“ (Mayring 2002, S. 117). Durch dieses Vorgehen konnten jene Themen und Prozesse identifiziert werden, die eine Messung von „Gelassenheit bzw. Nicht-Gelassenheit“ bei der häuslichen Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz ermöglichen. Weiterhin wurde deutlich, welche Erkenntnisse aus den Workshops in eine Schulungsreihe einbezogen werden sollten.

Die häusliche Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz stellt eine Tätigkeit dar, die Angehörige stark belasten kann. Dieser Umstand ist durch zahlreiche Studien belegt, wie auch im Zwischenbericht dargelegt (Engel/Kosuch 2018). Im Folgenden wird dargestellt, wie sich bei den Teilnehmenden der Workshops die spezifischen Belastungen auf ihr inneres Erleben und die mentale Selbstregulation als pflegende Angehörige auswirken. Die Ausführungen basieren dabei auf dem Kategoriensystem, das im Rahmen der Auswertung entwickelt wurde.

## **Grafik: Kategorien und Subkategorien 1**

<b>Verlust der Gelassenheit</b>	Herausfordernder Verhaltensweisen
	Verlust
	Zeitliche Belastungen
	Überforderung
	Rollenkonflikte
	Fehlende Akzeptanz der Krankheitsfolgen
	Vorwürfe gegen die eigene Person
	Nicht-Gelassenheit und Psychotonus
<b>Gelassener Umgang mit der Pflege und Betreuung</b>	Konstatierendes Wahrnehmen
	Akzeptanz
	Positive Gefühle / Liebe
	Fröhlichkeit
	Selbstwirksamkeit
	Strukturen
	Natur
	Freiräume

In den folgenden Kapiteln werden die Kategorien dargestellt, die im Rahmen der Explorationsworkshops identifiziert wurden und woran erkennbar wird, dass Menschen bei der Pflege und Betreuung ihre Gelassenheit verlieren. Zunächst wird die Kategorie „herausfordernde Verhaltensweisen“ analysiert. Unter dem Begriff „herausforderndes Verhalten“, werden wiederkehrende Verhaltensweisen verstanden, die vom sozialen Umfeld als unangepasst bzw. als nicht situationsgerecht empfunden werden und häufig innere Konflikte bei den Pflegenden erzeugen. Anschließend widmen wir uns den Verlustgefühlen, die durch den progredienten Charakter der Demenzerkrankung entstehen können. Weiterhin werden die Auswirkungen von zeitlicher Belastung und Überforderung dargestellt. Hiernach wird erörtert, welche Folgen eine fehlende Akzeptanz der Krankheitsfolgen auf die Gelassenheit der Pflegepersonen hat. Als letzte Kategorie werden Vorwürfe gegen die eigene Person und die (körperlichen) Folgen von „Nicht-Gelassenheit“ betrachtet.

Neben den Faktoren, die dazu führen, dass innere Konflikte entstehen und die Gelassenheit rauben, wurden auch solche Faktoren analysiert, die dazu beitragen, dass mit den Belastungen, die aus der Pflege eines Menschen mit Demenz resultieren können, gelassener umgegangen wird. Ab Kapitel 3.3 werden diese Kategorien dargestellt. Beginnen werden wir in diesem Teil mit dem „konstatierenden Wahrnehmen“, also der Fähigkeit eine Situation wertungsfrei betrachten zu können. Hiernach wird analysiert, welche Auswirkungen „Humor“ und

„die Akzeptanz der Krankheitsfolgen“ haben und welchen Einfluss „positive Gefühle“ und „Umdeutungen“ auf die Gelassenheit pflegender Angehöriger besitzen. Daneben werden förderliche Aspekte wie „Strukturen und Rituale“, „Freiräume“ und „das gezielte Aufsuchen der Natur“ beschrieben. Doch zunächst widmen wir uns jenen Faktoren, die zu dem Verlust von „Gelassenheit“ bei der Pflege führen.

### **5.3 Verlust der Gelassenheit in der häuslichen Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz**

Die Workshop-Ergebnisse zeigten auf, dass eine wahrgenommene „Nicht-Gelassenheit“ mit Belastungen verbunden ist, die in einem direkten Zusammenhang mit der Pflege des erkrankten Angehörigen stehen und dass sich diese aus den sozialen Rollen der Person oder intrapsychischen Belastungen ergeben. Daneben können innere Konflikte mit der Erkrankung eines Angehörigen einhergehen, die durch einen hohen Psychotonus und eine wahrgenommene „Nicht-Gelassenheit“ auffallen. In der Kategorie „Nicht-Gelassenheit“ werden Aussagen der Teilnehmenden dargestellt und analysiert, die sich explizit auf Situationen beziehen, in denen sie nicht gelassen waren/sind, und dies auch so benennen. Die Kategorie wurde gebildet, um bestimmen zu können, welche Faktoren dazu führen, dass die eigene Gelassenheit abnimmt bzw. verloren geht.

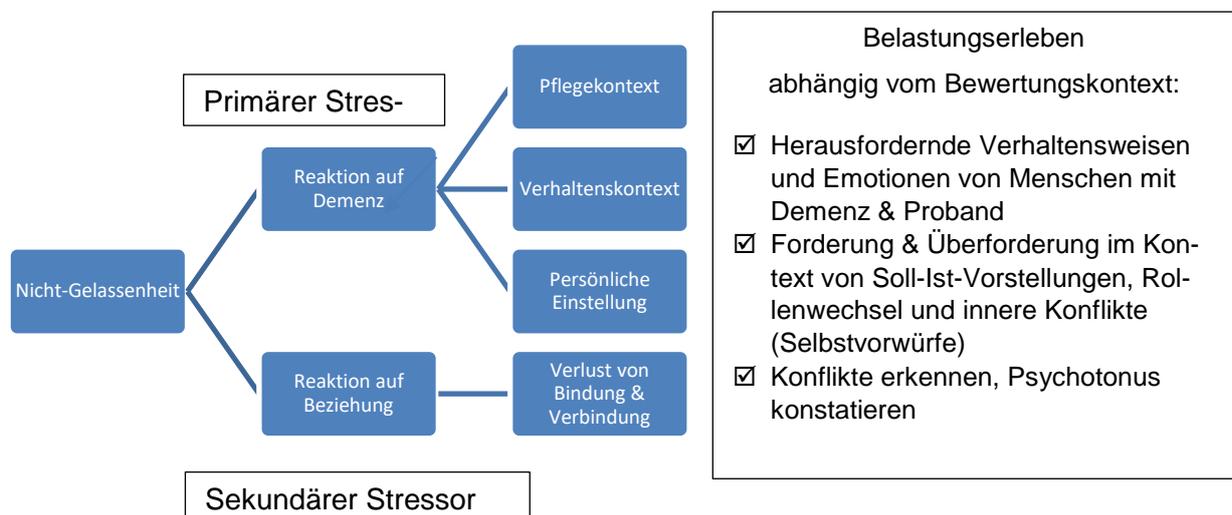
Der Verlust von Gelassenheit bzw. der Zustand Nicht-Gelassenheit der pflegenden Angehörigen lässt sich als Stressfolge aus der Gemengelage von Kontextfaktoren, wie den objektiv vorhandenen Rahmenbedingungen im Umgang mit der Demenz (z.B. Wissen um den Demenzformenkreis, Verfügbarkeit und Kenntnis von Entlastungsangeboten, Lebensverhältnisse) und den subjektiven wie objektiven primären und sekundären Stressoren erklären.

Die Analyse der ausgewerteten Daten deutet - wie vermutet - darauf hin, dass das Bedeutungsmanagement, mithin der persönliche Bewertungskontext das Erleben von Belastungen beeinflusst. Dabei scheinen herausfordernde Verhaltensweisen und Emotionen von Menschen mit Demenz genau wie die der pflegenden Angehörigen eine Reaktion auf die Demenz als solcher zu sein bzw. mit dieser in Zusammenhang zu stehen. Die Demenz ist ein primärer Stressor, und das durch die Krankheit bedingt veränderte Verhalten der Menschen mit Demenz ein sekundärer. Die Veränderungen für die zwischenmenschliche Beziehung und die Lebenskonzepte sind in ihrer Entwicklung abhängig vom Verlauf des Demenzgeschehens, an das sich das Pflege- und Betreuungsverhältnis anpasst, wobei der Wunsch nach Kontinuität einer Beziehung als subjektiver primärer Stressor gewertet werden kann. Die neue Lebenssituation ist vornehmlich durch Verlustgedanken geprägt, so dass der Verlust von Bindung (z.B. Eltern-Kind-Bindung, Selbstbestimmung und Betreuungsvollmacht)

und Verbindung (Verständnis, Kommunikation und Empathie) droht. Tendenziell wird die Beziehung als solche als gefährdet erlebt, mit dem Risiko, die Selbstbeherrschung zu verlieren.

Aus Gefühlen der Ohnmacht oder Angst, nicht angenommen zu sein und aus den Bedürfnissen nach Schutz und Kommunikation können freiheitsentziehende Maßnahmen als Stressbewältigungsstrategie entstehen. Als sekundäre Stressoren erweisen sich Forderungen bzw. Erwartungshaltungen und subjektiv wie objektiv bestehende Überforderungen im Pflege- und Betreuungsverhältnis, die von persönlichen Einstellungen oder Imperativen geprägt sind und von Konflikterleben begleitet sein können. Die Konflikte entstehen im Kontext von Soll-Ist-Vorstellungen, bei sich veränderten Rollen und dem Versuch diese auszufüllen, wodurch innere Konflikte (z.B. Selbstvorwürfe) indiziert sein können. Zugleich sind Denkgewohnheiten und Routinen auf eine bestimmte Art und Weise sich im Leben einzurichten bzw. mit Herausforderungen des Lebens umzugehen, Ausgangspunkt für innere wie äußere Konflikte. Um *Gelassenheit* bewahren zu können, ist es notwendig, diese Konflikte zu erkennen und den Zusammenhang von Psychotonus und *Gelassenheit* zu verstehen.

**Abbildung: Verlust von Gelassenheit der Pflegenden aus Ergebnis der Begleitforschung**



Hierbei spielen Gewohnheiten, Konflikte (nicht) auszutragen bzw. diesen auszuweichen eine Rolle bei der Bewältigung oder dem Fortbestehen von Stress. Betroffene versuchen sich mit Selbstbeherrschung zu überwinden und trotz höchster Anspannung unberührbar zu erscheinen, sie werden stumm. Techniken der Entspannung greifen bei bewusst oder unbewusst vorhandenen Konflikten nur begrenzt, was sich an Störungen der Regeneration mit psycho-

somatischem Charakter äußert. Ein Beispiel für das Scheitern gewohnter Strategien der Selbstregulation wird anhand nachfolgender Schilderung deutlich. Sie zeigt, dass die *Gelassenheit* nicht wieder hergestellt werden konnte und die Anzeichen „verändertes Auftreten“ oder „schlechter Schlaf“ nicht als Befindlichkeitsstörung oder Ausdruck der Gemütsverfassung erkannt worden sind:

*„B3: Ja, ich sage dann gar nichts mehr nachher. Dann sehe ich zu, dass ich wieder nach Hause komme und dann ist das Thema für mich erledigt. Dann bin ich zu Hause natürlich auch sehr aufgeheizt, sagt meine Tochter und mein Mann dann auch. Die sagen dann auch, wenn du da bei der Oma warst und kommst wieder, dann bist du ja ein ganz anderer Mensch. Dann muss man dich ja nur noch in Ruhe lassen. Dann muss ich meine Yoga-Übungen erst mal machen oder erst mal für mich eine halbe Stunde abschalten, damit ich dann wieder ansprechbar bin. Weil, das ist einfach so gewesen. (...) Danach ist es wieder besser. Ich schlafe dann zwar schlecht. Aber okay, das ist halt so.“ (Name der Datei: 180509\_0027)*

Nicht-Gelassenheit kann als Anzeichen für Überlastung aus der Pflegebeziehung und –aufgabe gewertet werden. Die Belastungen entstehen aus der subjektiven Bewertung sozialer Rollen oder intrapsychischen Einstellungen. Aus der Analyse der Workshop-Daten konnten primäre Stressoren identifiziert werden, die unter anderem von herausfordernden Emotionen, wie aufkommender Ekel oder einem inneren Druck herrühren. Insbesondere die Selbstverpflichtung, seine Zeit mit äußerst unangenehmen Pflege- und Betreuungstätigkeiten verbringen zu müssen, wird als Belastung erlebt. Dabei kann die Inanspruchnahme einer Unterstützungsleistung Abhilfe schaffen. Eine Teilnehmerin schilderte bspw. eine Situation, in der beide Kategorien angesprochen wurden:

*„Trotzdem, wie gesagt, es riecht alles nach Urin. Ich habe die Wäsche ja gewaschen, seit November. Meine Waschmaschine riecht nach Urin, es riecht nach nach Urin, wenn ich gebügelt habe. Aber das werde ich demnächst los, weil im neuen Heim, die machen meine Wäsche da. ...“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463, Absatz 59).*

Daneben können innere Konflikte durch die Erkrankung eines Angehörigen ausgelöst werden, erkennbar an einem hohen Psychotonus und der Wahrnehmung von *Nicht-Gelassenheit*. Diese Auswertungskategorie wurde gebildet, um bestimmen zu können, welche Faktoren dazu führen, dass die eigene *Gelassenheit* abnimmt bzw. verloren geht. Hierzu sind Textpassagen zusammengestellt worden, in denen Teilnehmenden sich explizit auf Situationen beziehen, in denen sie nicht gelassen waren/sind, und dies auch so benennen.

Als herausfordernd und besonders schwierig werden Verhaltensweisen beschrieben, die zum Erscheinungsbild der Demenz zählen, wie unter anderem: Beschuldigungen, Weglauftendenzen, extrem häufige Wiederholungen von Worten oder Sätzen ohne Sinnzusammenhang (Demenz-Sprache) oder Handlungen, Unruhe und „starke Interessenlosigkeit“ bzw.

eine ausgeprägte Passivität der Pflegebedürftigen. Diese herausfordernden Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz führen dazu, dass schwierige Situationen nicht so gelassen bewältigt werden, wie es sich die pflegenden Angehörigen wünschen. Ihre Reaktionen beschreiben sie mit z. B. „laut werden“, „schreien“, „keinen innerlichen Abstand gewinnen können“, was auf einen hohen Psychotonus und somit auf eine *Nicht-Gelassenheit* schließen lässt:

„(...) Das ist so wie die böse Tochter. Da werden Sie zu einem schlechten Ehemann, vielleicht sogar-, (B7: Nein.) nein, wenn Sie brüllen? Brüllen Sie? Würden Sie sagen, Sie brüllen? B7: Nein, ich brülle nicht. Ich werde laut. Da wird dieses zarte Stimmchen, was ich jetzt habe, ganz laut. (lachen) B4: Andere Leute sagen dazu brüllen. (lachen) I: Nein-, aber ich finde, aber dass das ein Unterschied ist. (B7: Brüllen ist was anderes.) Ja, das ist auch nochmal so eine-, wissen Sie, anders.“ (Name der Datei: 180125\_0016)

Angehörige versuchen zumeist einen adäquaten Umgang mit den zu Versorgenden zu finden, und diesen wertschätzend zu begegnen, auch wenn es ihnen selbst zum Teil schwerfällt. Sie kannten oftmals keine wirksamen Ansätze, um mit diesen herausfordernden Verhaltensweisen umzugehen:

„Aber sie rennt jeden Tag an die Tür, rupft dran. Da ist ein Schutzriegel dran, der wird bewegt hin und her und wenn man dann etwas sagt, dann ist-, wie am Anfang gesagt, Sturheit und so weiter. Und dann will ich mit Engelszungen reden, um sie wieder auf Stand zu bringen und so weiter. Das funktioniert nicht.“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319: 133).

Aus den Transkripten ist erkennbar, dass *Gelassenheit* und *Nicht-Gelassenheit* in einer Wechselwirkung von herausfordernden Verhaltensweisen der Demenzkranken einerseits und den subjektiven Sollvorstellungen (Imperativen) der pflegenden Angehörigen andererseits verknüpft sind. Dabei spielen automatische Reaktionen auf ein Verhalten bei beiden Beteiligten nach innen und außen eine Rolle. Gemeint ist hiermit bspw. die Situation, wenn sich die intellektuellen Fähigkeiten durch die fortschreitende Demenz reduzieren, die Angehörigen dieser Entwicklung jedoch nicht „ins Auge blicken“ können mit dem „Gedanken“: „es kann doch nicht wahr sein, dass muss er doch noch wissen!“. Wenn dieser Imperativ vorherrscht, ist der Verlust der Gelassenheit einerseits in der eigenen Person, andererseits zugleich auch in dem Verhalten der erkrankten Person begründet.

Mit *Gelassenheit* ist hier eine besonnene Haltung und Gemütsverfassung gemeint, die jenseits des Schönredens bzw. Verharmlosens (Umdenken), Dramatisierens (sich hinein steigern) oder innerer Abgrenzung bzw. des Verleugnens eigener Berührbarkeit (Coolness) das Verhalten in der Pflege- oder Betreuungssituation steuert. Jegliche Reaktion, die eine schwierige Situation verleugnet, nicht beachtet, abwehrt, ignoriert oder durch Intoleranz geprägt ist, führt zum Verlust der Verbindung zu sich selbst oder dem Nächsten und damit der Fähigkeit zur Empathie. Bei einem beeinträchtigten Mitgefühl fallen die Hemmschwellen für

Übergriffe, die sich in Formen der Gewalt bis zur Verwahrlosung und Verletzung der Menschenwürde zeigen können.

Die Persönlichkeits- und Verhaltensveränderung der Menschen mit Demenz, die sich aus den abnehmenden kognitiven Fähigkeiten entwickeln, lösen bei den pflegenden Angehörigen Verlustgefühle aus. Sie bedauern sich und den anderen, weil sie z.B. einen Gesprächspartner oder gemeinsame Interessen verloren haben, mehr noch, wenn sie den Verlust der gemeinsamen Beziehungsgeschichte und der gemeinsamen Zukunft bemerken. Die eigene Bewertung, dass mit der Krankheit eine Situation eingetreten ist, die so nicht hätte eintreten sollen, wird schmerzlich erlebt, verbunden mit einem Gefühl der Ohnmacht. Das Erleben der Diskrepanz von Soll und Ist verknüpft mit einem inneren Widerstand diese Situation so hinzunehmen, ist mit Dis-Stress verbunden, so dass die *Gelassenheit* verloren geht. Ein Angehöriger beschreibt diese Belastung wie folgt:

*„Weil einem der Verfall, den man ja jeden Tag mitbekommt, so nahegeht und wehtut. Und es tut einem leid, man ist so hilflos.“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1, Absatz 57).*

*„B3: Veränderung, ist auch der verändert sich sehr. Verändert sich sehr, kriegen die Kinder ja auch mit. Das schmerzt einfach. Dass man nicht mehr die Person hat, die man liebhatte.“ (Name der Datei: 180125\_0016)*

Die Erwartungen Dritter wurden durch die Teilnehmenden ebenfalls als Belastungsfaktor beschrieben. Hierunter fallen insbesondere Eltern-Kind-Konflikte, geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen und Uneinigkeit oder Unsicherheit in der Wahrnehmung des realen Unterstützungsbedarfs sowie mangelnde Anerkennung der eigenen Pflege- und Betreuungsarbeit. In diesem Themenfeld konnten Inter- und Intrarollenkonflikte ausgemacht werden, wie sie durch unerwartete oder ungewohnte Rollenwechsel im Eltern-Kind-Verhältnis in Bezug zu Vollmachten im Verhältnis entstehen können. Eine Person beschreibt das Problem mit ihrer Mutter wie folgt:

*„Ich bin jetzt diejenige, die Entscheidungen trifft, was meine Mutter nicht akzeptieren will.“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319, Absatz 148).*

Eine weitere Person sieht sich auch in ihren persönlichen Beziehungen zu anderen Angehörigen beeinträchtigt:

*„Ja ich merke, dass ich überall versage, also im Verhältnis zu meinem Mann stehe ich ja nicht mehr voll zur Verfügung. Ich bin eine schlechte Oma. Die Enkelin ist krank, ich kann nicht meine Tochter unterstützen, (?die hat) ja zwei Kinder also-, wäre normalerweise „Ich komme mal rüber und gucke nach dem anderen, wenn du mit ihr ins Krankenhaus fährst.“ Ich kann mich gar nicht mehr anbieten, weil ich nur da gebunden bin mit den Eltern“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319, Absatz 137).*

Ein nächster Fall verdeutlicht, dass auch die gemeinsame Beziehungsgeschichte der Beteiligten beeinflusst, wie die Belastung bewertet wird:

*„Und ich dachte-, weil ich ja meine Mutter ein Leben lang kenne, in dieser Art und Weise, dass sie so (?igelig) und böse werden konnte, aus heiterem Himmel. Für mich war das normal. Ich bin ja mit-, eigentlich habe ich damit gelebt. Jetzt kam sie in das Heim. Dem Neurologen, dem wurde erzählt, wie meine Mutter, wie sie sich verhält. Und der hat ihr dann ein Mittel verschrieben, was meine Mutter total beruhigt hat und sehr liebenswürdig gemacht hat. Und ich neben ihr im Auto und habe gedacht, jetzt hast du endlich eine richtige Mutter. Die ist lieb und, hättest du die immer so gehabt.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463, Absatz 6).*

Zum anderen berichten etliche Teilnehmenden von einem Gefühl der Überforderung und einem Kraftverlust durch die Vorgeschichte der Pflegebeziehung, was zur Vernachlässigung des Kontakts und Zuwendung führt. Einen Gewissheitskonflikt benennen diese Probanden, wobei im zweiten Fall sich dieser in einer speziellen Form, dem Möglichkeitskonflikt (Wagner, 2011, S. 170) präsentiert:

*„Und auch wenn es manchmal vorkommt, wir hatten ja Goldene Hochzeit und eine Woche später-, „wir sind ja gar nicht verheiratet“, „wieso wohnen wir hier?“, „wir müssen jetzt wieder nach Hause gehen“ und so weiter. Solche Dinge im laufenden Tagesablauf. Die bringen einen dann doch schon ein bisschen an die Grenzen.“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319, Absatz 133).*

*„Und wenn sie mir immer wieder sagt "Ich bin einsam, ich bin einsam" will sie mir damit ja mitteilen "Du kümmerst dich nicht um mich". Aber ich habe keine Reserven mehr.“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319, Absatz 141.)*

Ein wichtiger Hinweisgeber, dass ein innerer Konflikt Ursache für den Verlust der *Gelassenheit* ist, besteht im Psychotonus. Die Psychotonus-Skala nach Wagner beschreibt, mentale Zustände und Befindlichkeiten in denen physiologische oder psychische Anspannung körperlich spürbar sind, die mit mentalen Inhalten (Gedanken, Empfindungen, Gefühle etc.) verbunden sind und eine Form der Binnenregulation im Sinne einer Affektkontrolle darstellen (Wagner, 2011, S. 24). Das Gegenteil von Gelassenheit sind eigene akute Konflikte, die sich im Psychotonus niederschlagen. „Diese lassen sich in drei Typen von Bewusstseinskonflikten unterscheiden: Zum einen sind es Entscheidungskonflikte, die mit „was soll ich nur tun?“ nach dem „Entweder – Oder“ in den kleinen wie großen Dingen des Lebens fragen. Zum Zweiten sind es Umsetzungskonflikte, die mit „ich weiß schon, was ich tun sollte, aber ich schaffe es nicht!“ im Handeln wider besseren Wissens erkennbar werden und zum Dritten Konflikte mit der Umwelt. Sie sind mit einem Werturteil verbunden, wie „die Welt ist nicht so wie sie sein sollte!“. Bei den Umweltkonflikten wird die Lösung und das Auslösen des Problems extern vermutet (vgl. Wagner 2011, S. 22 f.). Um den inneren Konflikt aufzulösen, wird zunächst nach einer passenden Lösung gesucht, die auf Kognition beruht. Gelingt dieses nicht, wird dann sekundär in den Konflikt eingegriffen, also eine Konfliktumgehungsstrategie gewählt, damit die eigene Sollvorstellung bewusst oder unbewusst nicht aufgegeben werden muss (vgl. Wagner 2011:187 ff.). Besteht dennoch das Problem weiter, scheitert die Stressbewältigung mit ansteigendem Psychotonus bis zum eskalierenden akuten Konflikt. Ein solches Erleben wird in diesem Fall geschildert:

*„Mein Mann war immer ein ganz Ruhiger, immer zufrieden und ich raste jetzt manchmal aus und dann tut es mir leid. Aber ich raste aus in Situationen auch, wo ich wieder feststelle, das können wir nicht mehr machen.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 157).*

Wenn Teilnehmende schildern, dass sie gegenüber ihren Angehörigen laut werden, ihren Herzschlag spüren, unruhig werden und merken „Jetzt geht es gleich wieder richtig los“, dann kann von einem sehr hohen Psychotonus ausgegangen werden. In diesem Zustand herrscht impulsives Handeln vor und starke Affekte gewinnen die Oberhand, die Selbstbeherrschung geht verloren.

### **5.3.1 Herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz**

„Herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz“ wurden als einer der Hauptfaktoren benannt, die dazu führen, dass schwierige Situationen nicht so gelassen bewältigt werden, wie es sich die pflegenden Angehörigen selbst wünschen. So zeigte sich, dass jene Verhaltensweisen, die als herausfordernd bezeichnet werden, am häufigsten dazu führten, dass die Befragten angaben, Ihre Gelassenheit zu verlieren oder entsprechende Verhaltensweisen beschrieben, die auf einen hohen Psychotonus und somit auf eine „Nicht-Gelassenheit“ schließen lassen (z. B. laut werden, schreien, keinen innerlichen Abstand gewinnen können etc.).

Angehörige versuchen zumeist einen adäquaten Umgang mit den herausfordernden Verhaltensweisen ihrer Angehörigen zu finden und diesen konstruktiv zu begegnen, auch wenn es ihnen zum Teil schwerfällt. Sie kannten oftmals keine wirksamen Ansätze, um mit den krankheitsbedingten Verhaltensweisen umzugehen:

*„Aber sie rennt jeden Tag an die Tür, rupft dran. Da ist ein Schutzriegel dran, der wird bewegt hin und her und wenn man dann etwas sagt, dann ist-, wie am Anfang gesagt, Sturheit und so weiter. Und dann will ich mit Engelszungen reden, um sie wieder auf Stand zu bringen und so weiter. Das funktioniert nicht.“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319: 133).*

Nicht-Gelassenheit im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen ist die Folge von subjektiven Imperativen zu den Ursachen für das Verhalten einerseits, als auch zu den konkreten Verhaltensweisen der erkrankten Angehörigen andererseits. Zumeist besteht eine Verbindung zwischen diesen beiden Punkten. Gemeint ist hiermit bspw. die Situation, wenn sich die intellektuellen Fähigkeiten durch die fortschreitende Erkrankung reduzieren, die Angehörigen dieser Entwicklung jedoch nicht „ins Auge schauen“ können („es kann doch nicht wahr sein, dass muss er doch noch wissen!“). Solche Umstände zeigen auf, dass die Ursache für den Verlust der Gelassenheit in der eigenen Person als auch in dem Verhalten der erkrankten Person verortet werden kann.

Auf der anderen Seite können mit der Erkrankung auch gewalttätige, aggressive oder extrem anstrengende Verhaltensweisen (z. B. der Verlust des Tag-Nacht-Rhythmus) einhergehen. Mit einem solchen Verhalten konfrontiert zu werden, ist für die Angehörigen sehr belastend. Damit die Betroffenen mit diesem herausfordernden Verhalten der erkrankten Person umgehen können, benötigen sie daher verschiedene Ressourcen. Aus diesem Grund unterscheiden die weiteren Ausführungen zwischen zwei Faktoren:

- 1) Faktoren, bei denen eine Beschäftigung mit gelassenheitsfördernden Methoden zu einer Auflösung der eigenen Imperative, (es muss so sein) somit zu einer Belastungsreduktion, führen kann
- 2) Faktoren, bei denen eine reine Gelassenheitsförderung nicht ausreicht (z. B. bei aggressiven oder gewalttätigen Handlungen der erkrankten Person).

Bei ersterem hilft Gelassenheit, um auf den eigenen Handlungsspielraum zugreifen zu können, sprich: lernen durch Versuch und Irrtum zu ermöglichen („heute probiere ich mal was anderes aus“). Weiterhin können hierbei bekannte Empfehlungen für den Umgang mit den entsprechenden Situationen umgesetzt werden. Bei weiterem hilft Gelassenheit ebenfalls dabei, Empfehlungen für den Umgang mit konflikthaften Verhaltensweisen umsetzen zu können. Die Förderung von Gelassenheit kann hier jedoch nur ein Faktor sein. Jede ernsthafte Stärkung der Angehörigen benötigt zusätzliche Hintergrundinformation. Diese sollten zum einen Wissensbestände über die Rechte der Betroffenen und zum anderen methodische Kenntnisse im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen umfassen.

An dieser Stelle muss eindringlich darauf hingewiesen werden, dass Gelassenheit bei der Rezeption dieses Textes nicht mit Ausblenden verwechselt werden darf. Es geht nicht darum, eine innerliche Distanzierung bei den Angehörigen zu fördern, denn eine falsch verstandene Coolness und somit fehlende Empathie können im schlimmsten Fall zu Nichtbeachtung, Verwahrlosen und einem übergriffigen Verhalten führen.

Zunächst werden wir uns jenen Verhaltensweisen widmen, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass Angehörige, durch die Vermittlung von Wissensbeständen, gelassener mit den Verhaltensweisen der Erkrankten umgehen können. Bei den herausfordernden Verhaltensweisen, die für die befragten Angehörigen mit Konflikten und Nicht-Gelassenheit verbunden waren, wurden am häufigsten Störungen der Kommunikation genannt. Als besonders herausfordernd wurde das häufige Repetieren von Inhalten, Fragen, oder Wünschen durch die erkrankte Person herausgestellt. Dieses Verhalten führt oftmals dazu, dass die befragten Angehörigen ihre Gelassenheit verlieren:

*„Ich versuche immer gelassen zu bleiben. Aber es ist auch zeitabhängig. Je länger ich dann da bin, umso mehr merke ich, wie ich dann nicht mehr gelassen sein kann. Weil es kommen*

*immer wieder dieselben Fragen. Immer und immer wieder. Und meine Mutter ist ja schwerhörig noch dabei. Und das stresst mich dann alles noch viel mehr, weil man kann ja mit ihr gar nicht mehr kommunizieren.“ (180509\_0027 - Transkript - TR181773: 225).*

Die wiederkehrende Wiederholung von Fragen führt dann zu einem hohen Psychotonus, was sich folgendermaßen ausdrücken kann:

*„Und dann was für mich ganz schlimm ist, ist das ständige Wiederholen von Fragen. Den ganzen Tag. Zwanzig Mal dieselbe Frage innerhalb einer halben Stunde. So dann versuche ich immer zu antworten. Aber manchmal geht das auch nicht so (...). Da werde ich ungeduldig. Da muss ich dran arbeiten.“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319: 86)*

Hier zeigt sich eine Imperativkette: „Das darf nicht sein, dass er/sie mich dauernd fragt!“ darunter liegt der Imperativ: „Ich muss antworten, wenn ich gefragt werde!“ Der Imperativ überlagert hier die Sub-Kognition: „Es kann sein, dass ich nicht antworte“. Dieser Konflikt führt dann zu einer inneren Anspannung. Es finden sich hier auch Anzeichen für den Kernimperativ: „Ich bin unfähig, das Richtige zu tun!“ (nämlich, immer geduldig zu antworten). Auslöser des Konflikts ist somit das Verhalten des anderen (extern). Der Kern des Konfliktes ist jedoch das eigene Nichtbestehen vor sich selbst (intern).

Ein Ansatzpunkt, um der betroffenen Person zu mehr Gelassenheit zu verhelfen, ist die Auflösung des Kernimperativs. Jedoch kann bereits die Änderung der Regel hilfreich sein, sprich: „Ich muss immer antworten“, wird verändert in die innere Botschaft, den Imperativ: „Es ist okay, wenn ich manchmal nicht antworte“- (die nicht unbedingt imperativisch ist, denn wenn eine Person denkt: „bei Rot muss ich vor der Ampel stehen bleiben“, dann ist dies auch kein Imperativ.) Dann endet der Teufelskreis und die Person wird nicht ungeduldig.

Das Zusammenspiel zwischen Imperativen und entgegenstehender Sub-Kognitionen (das sog. Muss-Darf-Nicht-Syndrom) wird im Verlauf der weiteren Ausführungen immer wieder sichtbar. Es zeigt sich in vielen Fällen an inneren Konflikten und einer „Nicht Gelassenheit“ im Kontakt mit dem erkrankten Angehörigen. „Nichte-Gelassenheit“ ist jedoch ein schlechter Ratgeber im Umgang mit krankheitsbedingten Verhaltensweisen und kann dazu führen, dass ein „Teufelskreis“ entsteht, der die konflikthaften Situationen verschärft. Ein Angehöriger beschreibt den Verlust seiner Gelassenheit in einer solchen Situation folgendermaßen:

*„Wir haben Abendbrot gegessen, wir haben alles weggeräumt, sie holt alles wieder her und will Abendbrot essen. Sie hatte nichts gehabt, ja. Also, sehr häufig passiert das, dass sie falsche Angaben macht, was Falsches sagt, wenn ich frage, hast du dies oder das gemacht, ja, habe ich gemacht. Gucke nach, nein, hat sie eben nicht gemacht (...). Und wenn ich dann ausraste, dann wird sie auch kribbelig.“ (180418\_0026 - Transkript - TR181254: 74).*

Wiederholungen, Vorwürfe und Schuldzuweisungen führen bei den pflegenden Angehörigen oftmals zu Konflikten. Dies scheint darin begründet zu sein, dass das Verhalten der erkrank-

ten Person persönlich genommen wird. Wenn das Verhalten des betroffenen Angehörigen nicht mit der demenziellen Erkrankung in Verbindung gebracht werden kann, stellt dies einen Faktor dar, der die wahrgenommene Belastung der Pflege- und Betreuungstätigkeit erhöht. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass ein unangenehmer Reiz (hier die ständige Wiederholung von Fragen) als noch unangenehmer erlebt wird, wenn die betroffene Person davon ausgeht, dass die andere Person mit Absicht diesen Reiz ausübt. Aus Sicht der Introvision kann dieser Vorgang so erklärt werden: ein bestimmter Imperativ ist mit Ärger verbunden. In diesem Fall: „Es kann doch nicht sein, das er/sie das schon wieder vergessen hat, das macht er/sie doch absichtlich“, und dieser Imperativ wird mit erhöhter Anspannung und Erregung gekoppelt, sodass hier das Unangenehme als noch unangenehmer erlebt wird (vgl. Gray/Wegner 2008 zit. nach Wagner 2011).

Daneben kann der mit der Erkrankung verbundene Fähigkeitsverlust zu Nicht-Gelassenheit führen. Es könnte sein, dass die Konfrontation mit den Krankheitsfolgen zu inneren Konflikten führt, die sich durch einen hohen Psychotonus äußern. Dies beschreibt einer der Teilnehmer so:

*„Ich sage es so, lass uns jetzt die Schuhe anziehen, setze dich da bitte hin. Kommt keine Reaktion. So und nach dem dritten Mal wird dann das Hinsetzen auch schon mal etwas lauter.“  
(180131\_0019 - Transkript - TR180319-1: 3).*

Wenn wir dieses Verhalten aus Sicht der Introvision betrachten, dann stellt sich der Sachverhalt folgendermaßen dar: es scheint eine spezifische Form eines Realitätskonfliktes vorzuliegen, der zu einem akuten Konflikt führt. „Bei einem Realitätskonflikt kreisen die Gedanken um die Inkongruenz zwischen Soll und Ist, zwischen subjektiven Imperativ und Ist-Kognition“ (Wagner 2011, S. 167). In dieser Aussage dürfte ein Gewissheitskonflikt vorliegen, eine Unterform des Realitätskonfliktes. Bei diesem besteht die Diskrepanz darin, dass eine Situation eingetreten ist, die nicht eintreten darf, z. B. „Es darf nicht sein, dass mein Partner meine Partnerin immer mehr Fähigkeiten verliert“ und der hiermit einhergehenden Kognition: „Die Krankheit schreitet schnell voran und mit ihr der Fähigkeitsverlust“. Ein solcher Konflikt kann sich, wie in diesem Beispiel, durch Ärger zeigen, er kann aber auch mit Kummer, Trauer oder Schuldgefühlen einhergehen.

Ein weiteres Thema, das von den befragten Angehörigen als konfliktbehaftet geschildert wurde, ist die Frage nach der Fahrtüchtigkeit der erkrankten Angehörigen. Durch eine Demenzerkrankung wird die Fahrtüchtigkeit der betroffenen Person eingeschränkt bzw. aufgehoben. Wenn nun die Angehörigen auf die Abgabe des Führerscheins bestehen, kann dies zu Situationen führen, die mit (inneren) Konflikten einhergehen. Dies wurde in den Explorationsworkshops so beschrieben:

*„Und dann kommen aber diese Reizthemen wie, sage ich jetzt mal in unserem Fall, Einkaufen fahren oder auch selber Auto fahren zu wollen. Und da muss man dann wirklich sagen-, nicht los poltern, du darfst sowieso nicht mehr Auto fahren. Was soll das Ganze? Warum fängst du davon immer wieder von vorne an?“ (180222\_0021 - Transkript - TR180497: 95).*

Die Wiederholung, kein Auto mehr fahren zu können, und das Unvermögen, Argumente zu verstehen, führen dazu, dass der Verlust der Persönlichkeit von den Angehörigen besonders stark wahrgenommen wird. Auch hier zeigt sich ein Gewissheitskonflikt, der sich in Schuldgefühlen manifestiert. Der Konflikt besteht darin, dass die Angehörigen etwas getan haben („es musste so sein“) und die Reaktion der Angehörigen („du hast mir geschadet“) bei ihnen zu einem Gefühl von Ärger und Wut führen, da das Verhalten als eine ständige Wiederholung von Vorwürfen verstanden wird.

Wenn Menschen mit Demenz die pflegenden Angehörigen mit Vorwürfen konfrontieren und die Realität verkennen, führt dies bei den pflegenden Angehörigen häufig dazu, dass sie in dieser Situation nicht gelassen agieren können. Es ist daher für ein Schulungskonzept wichtig, die Folgen der Erkrankung auf der Verhaltensebene zu vermitteln und bei den Angehörigen ein Verständnis für jene Veränderungen zu schaffen, die mit der Krankheit einhergehen.

Herausfordernde Verhaltensweisen, bei denen die Förderung von Gelassenheit höchstens ein Baustein bei der Belastungsbewältigung sein kann, sind unter anderem die Verschiebung des Tag-Nacht-Rhythmus sowie aggressive und gewalttätige Verhaltensweisen des Menschen mit Demenz. Mit der Demenzerkrankung kann ein Tag-Nacht-Rhythmus einhergehen, durch den die erkrankte Person nachtaktiv ist und tagsüber schläft, was von den betroffenen Angehörigen als konflikthaft wahrgenommen wird:

*„Also wenn man so nachts keine Ruhe kriegt, das habe ich auch gemerkt, dass wenn man so die Nächte durchgewandert ist, wenn man dann keine Ruhe kriegt nachts, das raubt einem dann auch die Gelassenheit.“ (180418\_0026 - Transkript - TR181254: 31).*

Aber auch durch aggressives Verhalten (verbal oder auch körperlich), das sich gegen die pflegende Person richtet, kommen die Teilnehmenden an die Grenze ihrer Belastbarkeit und ihrer Gelassenheit:

*„Wenn man geschlagen, getreten, gebissen wird (lacht). (...) Wenn er über meine Enkelkinder herzieht, die er nicht haben will. Wenn er dann mit Schlägen droht. Also das geht-, wenn er gegen meine Familie so wettet. Das bringt mich absolut auf die Palme, das ist schwer dann, mich zurückzuhalten und ruhig zu bleiben.“ (180418\_0026 - Transkript - TR181254: 27 - 31).*

Herausfordernde Verhaltensweisen können zudem bei den Pflegenden das Gefühl von Hilflosigkeit auslösen:

*„Ja ich denke, vor allen Dingen dann ist es schwierig gelassen zu bleiben, wenn Aggressivität des Betreuten ins Spiel kommt, verbale Aggressivität oder dann aber auch körperliche Attacken (...). Was macht man dann? Zieht man sich zurück? Natürlich sagt man dann das geht nicht, lass das sein. Aber da also gelassen zu bleiben, das ist denke ich mal das schwierigste überhaupt, wenn es also um aggressives Verhalten geht.“ (180509\_0028 - Transkript - TR181773: 67).*

Um die inneren Belastungen zu minimieren, die mit herausfordernden Verhaltensweisen einhergehen, scheinen zum einen Informationen über die Krankheitsfolgen notwendig zu sein. Weiterhin ist es wichtig, den pflegenden Angehörigen Methoden zu vermitteln, die sie im Umgang mit der erkrankten Person unterstützen (z. B. Validation) und ihnen helfen, Situationen ruhig und lösungsorientiert wahrzunehmen (z. B. durch Introvision). Wichtig ist es, darüber hinaus Angehörige im Umgang ihren Verlustgefühlen zu unterstützen. Wenn pflegende oder betreuende Angehörige nur ein geringes Wissen über die Erkrankung haben, kann dies dazu führen, dass ihnen in bestimmten Situationen die Gelassenheit fehlt. Eine der befragten Angehörigen drückte dies folgendermaßen aus:

*„Emotionen hängen auch (...) mit dem Wissen zusammen, ob das jetzt ein Symptom ist oder ob das eine Ablehnung ist.“ (180509\_0027 - Transkript - TR181773: 190).*

Die Frage, die hier im Vordergrund steht, ist die nach der Ursache des Verhaltens der erkrankten Person. Angehörige werden mit Verhaltensweisen konfrontiert, die sie nur schlecht einordnen können. Es kommt zu einer wahrgenommenen Differenz zwischen dem Sollzustand und dem Istzustand. Diese Differenz lässt sich ohne das Wissen darüber, dass eine Krankheit vorhanden ist (Diagnose) und den Folgen der Krankheit, nur schwer erkennen. Um dem Abhilfe zu schaffen, scheinen Schulungen für pflegende Angehörige sinnvoll zu sein.

### **5.3.2 So nah und doch so fern – Verlusterleben der Angehörigen**

Durch eine Demenzerkrankung kommt es bei der betroffenen Person zu einem fortschreitenden Fähigkeitsverlust. Die Wahrnehmung dieses Prozesses ist für die Angehörigen mit einem starken Belastungserleben verbunden. Sie erleben, wie die kognitiven Fähigkeiten eines geliebten Menschen langsam, aber sicher, verblassen, sich die Verhaltensweisen ändern, sie den Menschen, den sie einmal sehr gut kannten, nicht mehr wiedererkennen. Eine der Teilnehmerinnen berichtet in einem der Workshops, wie sie diesen Prozess wahrnimmt:

*„Was ist aus dem Mann geworden, der alles im Griff hatte, sein ganzes Leben (...) und das von unserer Tochter auch und meine Eltern hat er versorgt alles und jetzt so ein hilfloses Geschöpf.“ (180418\_0026 - Transkript - TR181254: 45).*

Diese Situation zu akzeptieren fällt vielen Menschen schwer und belastet sie:

*„Wenn man sie dann fragt, dann gibt sie irgendwelche verkehrten Antworten. Das kann man bis zum gewissen Maß, kann man das noch aushalten, aber irgendwann da merkt man: „Mein Gott, weshalb redest du eigentlich. Du kannst dich ja auch mit der Wand unterhalten.“ (180509\_0027 - Transkript - TR181773: 25).*

Auch werden akute Konflikte sichtbar, die aus der Verletzung von subjektiven Imperativen entstehen. Die Verletzung liegt hier in der Diskrepanz zwischen Ist und Soll und stellt damit einen Realitätskonflikt dar. Es wird deutlich, dass ein Verlust der Kommunikationsfähigkeit, von gemeinsamen Ritualen und Hobbys zu seelischen Belastungen und akuten inneren Konflikten führen kann. Durch die krankheitsbedingten Veränderungsprozesse werden die Angehörigen regelmäßig damit konfrontiert, dass eine Situation besteht, die so nicht sein soll (subjektive Imperative). Aus Sicht der Introvision stellt dies einen Gewissheitskonflikt dar. Der akute Konflikt wird in der vorangegangenen Aussage durch einen Umgehungsstrategie beigelegt, und zwar durch ein resignierendes Aufgeben der Handlungsabsicht: „Du kannst dich ja auch mit der Wand unterhalten“.

Mit der Erkrankung kann auch eine Interessenlosigkeit bzw. eine ausgeprägte Passivität der erkrankten Person einhergehen. Vielen der Befragten fällt es schwer, eine solche Interessenlosigkeit zu akzeptieren. Der langsame Verlust des geliebten Menschen ist eine schmerzliche und belastende Erfahrung für die pflegenden Angehörigen. Die Veränderungen zu akzeptieren und den Erkrankten so anzunehmen wie er ist, stellt pflegende Angehörige vor eine große Herausforderung:

*„Ja, ich finde halt so-. Also was mir sehr wichtig und was ich halt noch lernen muss, ist, es so zu lassen, wie es ist. Das ist die Akzeptanz. Das ist für mich ein ganz großer Punkt, weil da komme ich überhaupt nicht mit zurecht, meine Mutter so zu sehen. Das ist für mich ganz schwierig und ich habe permanent ein schlechtes Gewissen, obwohl ich nichts verkehrt, nicht zu wenig, nicht zu viel mache, aber es ist immer im Hintergrund.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 100)*

Die sichtbaren Einschränkungen und Krankheitsfolgen stellen eine stetige Erinnerung an eine Situation dar, die so nicht sein soll und sein darf („Es darf nicht sein, dass ich meinen Angehörigen verliere“). Aus dieser Situation können sich Konflikte zwischen Imperativen und Ist-Kognitionen ergeben (Möglichkeitskonflikt), die schlussendlich zu einem hohen Psychotonus und somit zu einer Nicht-Gelassenheit führen. Ein solcher Konflikt, der sich aus dem Verlust des gemeinsamen Lebens ergibt, wird von einer der Teilnehmerinnen geschildert:

*„Mein Mann war immer ein ganz Ruhiger, immer zufrieden und ich raste jetzt manchmal aus und dann tut es mir leid. Aber ich raste aus in Situationen auch, wo ich wieder feststelle, das können wir nicht mehr machen.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 157).*

Das Fähigkeitsverluste einen Konflikt auslösen können, hängt sicherlich auch mit der emotionalen Nähe zusammen, die zwischen betreuender und betreuter Person besteht. So erzählte eine Angehörige:

*„Je näher man Menschen an sich heranlässt, umso stärker sind die Emotionen. Jemand, der weiter entfernt ist, der mir einfach nur etwas erzählt, das berührt mich, das tut mir auch leid. Aber je näher er bei mir ist, umso mehr nehme ich Anteil und umso mehr leide ich.“ (180131\_0019 – Transkript – TR180319-1: 58).*

Die Erkrankung kann dazu führen, dass sich die Beziehung ändert und Bindungen nicht mehr dieselben sind, wie vor der Erkrankung. Das Weiteren werden pflegende Angehörige oftmals mit herausfordernden Emotionen konfrontiert, die sich aus der emotionalen Nähe zu den Erkrankten ergeben. Danach gefragt, welche Punkte für sie „Nicht-Gelassenheit“ ergeben, antwortete eine der Teilnehmerinnen:

*„Welche Faktoren bewirken Nicht- Gelassenheit, ich würde sagen, das ist dieser Moment wo. Also wir sprechen sehr viel mit Augen. Und das ist der Moment wo er sein Gesicht fängt an zittern, weinen und dann meine Tränen und das. Da kann ich nicht gelassen sein, wenn ich da sitze neben ihm. Und er weint furchtbar.“ (108 - 108 (0) 180222\_0021 - Transkript - TR180497: 58).*

An diesem Beispiel wird ein Punkt besonders sichtbar, der zentral für gelassenheitsorientierte Interventionen oder Schulungen sein sollte: Es geht grundsätzlich um die Reduktion des Mehr an Belastung. Wenn ich Angst habe einen Vortrag zu halten, kann ich die Angst durch Introvision auf den Kernimperativ abbauen. Ein Vortrag bleibt trotzdem etwas Besonderes, eine Herausforderung, die mit Emotionen verbunden ist. Genauso ist es mit der Pflege und Betreuung eines demenzkranken Angehörigen. Es ist daher hilfreich, genauer zwischen Emotionen, Gefühlen und Affekten zu unterscheiden (vgl. dazu Wagner 2011, S. 283 ff.). Die Basis von Emotionen sind Gefühle. Ein Gefühl (z. B. Abneigung) kann durch Hinzufügen von Erregung und Anspannung sozusagen aufgeblasen werden – dann spricht man von Affekten. Ziel der Introvision ist es, diese automatische affektive Aufladung (bzw. die Hemmung) zu löschen, damit aus einem Affekt wieder ein Gefühl wird. Weiterhin geht es bei der Introvision darum, möglicherweise unter dieser Abneigung liegende tiefere Gefühle, z. B. eine unerwiderte Zuneigung, wieder auszugraben und konstatierend wahrzunehmen (vgl. Wagner/Kosuch/Iwers-Stelljes 2016, S. 47). Auch hier gilt es somit das zu fühlen, was zu fühlen ist (auch bspw. Trauer und Mitgefühl), anstatt alles, was einem bei Nicht-Gelassenheit durch den Kopf geht, „Das darf nicht sein, dass er so leidet!“ durch andere Imperative zu überlagern und die unerwünschten Bewusstseinsinhalte zu verdrängen. Das Ziel ist es somit nicht, eine nicht empathische Coolness auszubilden: Gelassenheit ist nicht Gleichgültigkeit.

### 5.3.3 Zeitliche Belastungen Ursache für Nicht-Gelassenheit

Mit der Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz gehen zeitliche Verpflichtungen einher, die zu einem Gefühl der Fremdbestimmung führen können. Dies passiert insbesondere dann, wenn die erkrankte Person und der betreuende Angehörige in einem Haushalt leben:

*„Aber ansonsten ist die Pflege von 24 Stunden. Mit allem, was Haushalt, Haus und so zu tun hat. So ist das eben.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 126).*

Zeitliche Belastungen können auch imperativisch erlebt werden („Das darf nicht sein!“) und so schlussendlich die Gelassenheit der Pflegepersonen beeinflussen. Hierfür bildet das folgende Zitat ein aussagekräftiges Beispiel:

*„Man weiß oft, dass man etwas tun müsste, aber man ist so eingebunden. Den ganzen Tag, die ganzen Sorgen, alles treibt einen um. So, dass dieser Arztbesuch immer wieder wegrutscht. Weil, man schiebt das heraus, weil man-. Der Tag fordert einen einfach. Und dann hat man nicht diesen Abstand, um die Situation auch richtig einzuschätzen. Sondern man ist wirklich in diesem Hamsterrad drin.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 13).*

Hier zeigt sich der Imperativ: „Ich muss etwas tun, aber ich komme nicht dazu und das ist schlimm!“ (Realitätskonflikt). Als Barriere etwas zu tun wird hier der Prozess des Sich-Imperierens selbst dargelegt (beschrieben als ein Sich-sorgen) oder von etwas umtrieben sein – auch das Bild des Rades beschreibt hier den Prozess des Sich-Imperierens (Möglichkeitenkonflikt). Der Versuch, den akuten Konflikt zu beenden, (Konfliktumgehungsstrategie „Theoretisieren“: Den Grund benennen und der Sache einen Namen geben), schlägt fehl. Vielmehr wird hier anschließend der Imperativ nochmals bekräftigt: „Ich bin im Hamsterrad und das ist schlimm!“. Der Imperativ „ich muss“, verhindert somit, dass die Situation mit dem benötigten Abstand betrachtet werden kann. Dieser Abstand ist jedoch notwendig, um zu erkennen, welche Faktoren verändert werden können, um die Belastungen zu verringern.

Das Zitat stellt eine gelungene Beschreibung der Folgen eines akuten mentalen Konfliktes dar und ist ein Anhaltspunkt dafür, dass ein Selbstbeobachtungsinstrument hier erfolgreich eingesetzt werden könnte. Darüber hinaus stellt es auch einen Hinweis darauf dar, dass Kenntnisse über den Prozess des Imperierens (das Muss-Darf-Nicht-Syndrom) hilfreich und zugleich entlastend sein können. Zudem wird deutlich: herrscht bei den Pflegenden eine grundsätzliche Einsicht bzw. ein Wunsch danach vor, den Pflegetätigkeiten insgesamt gelassener begegnen zu wollen und bietet man ihnen einen Raum, ihr eigenes Erleben zu thematisieren, so können sie sehr präzise beschreiben, was sie erleben! Innerhalb dieses Gesprächsraums können sie insbesondere auch eine Anerkennung dazu erfahren, dass das Bewahren von Gelassenheit in der häuslichen Pflege kein leichtes Vorhaben ist und mitteilen, welche Schwierigkeiten sie hierbei für sich erleben.

Problematisch ist die Situation, wenn die Angehörigen ihre eigenen Bedürfnisse, Interessen und Wünsche aufgrund der Pflege- und Betreuungstätigkeit nicht mehr wahrnehmen können:

*„Alle anderen privaten Sachen habe ich nach und nach jetzt abgeschafft, abgemeldet. Ich lebe nicht mehr selber, nicht mehr für mich. Sondern nur noch für die Eltern und irgendwann ist mir aufgefallen im Oktober oder so als meine Tochter mich dann einmal fragte, ob ich nicht mal doch bei den Kindern sein könnte. Oh, wir haben Oktober, dieses Jahr war ich ja noch gar nicht da!“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319: 137).*

Der zentrale Imperativ in dieser Aussage lautet: „Ich lebe nur noch für die Bedürfnisse der Eltern und das ist schlimm!“ und „Das darf doch nicht wahr ein, dass ich noch nicht für die Enkel da sein kann!“. Der Konflikt ist hier in der wahrgenommenen Diskrepanz zwischen dem was ist (Kognition) und dem was sein soll (subjektiver Imperativ). Würde das Verfügbarsein nicht im Modus der Unbedingtheit erlebt, was hier zu einem inneren Konflikt und dem Verlust der Gelassenheit führt, würde sie sich ggf. mehr Entlastung organisieren und somit das Ausmaß des Verfügbarseins wählen und gestalten können. Ein höheres Level von Gelassenheit könnte hier erreicht werden, wenn statt einem gefühlten „Muss“ lediglich ein Wunsch danach besteht, für andere da zu sein und somit ein stärkeres Gefühl, eine Wahlmöglichkeit zu haben, und die Möglichkeit zu erlauben, dass es auch manchmal anders sein darf (nicht immer da zu sein). Wenn ein Hauptteil der verfügbaren Zeitressourcen für die Pflege und Betreuung des demenziell erkrankten Angehörigen aufgewendet wird, besteht die Gefahr der Überforderung der Hauptpflegeperson. Jedoch sind knappe zeitliche Ressourcen nicht der einzige Grund, der zu einer Überforderung in der häuslichen Pflege führen kann - was im nachfolgenden Abschnitt dargestellt wird.

#### **5.3.4 Das muss ich schaffen – Nicht-Gelassenheit durch Überforderung**

Überforderungen innerhalb der Pflege und Betreuung können auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden (nicht ausreichende zeitliche oder monetäre Ressourcen, konflikthafte Pflegearrangements etc.). Eine Teilnehmerin der Explorationsworkshops beschreibt den Zusammenhang zwischen Überforderung und Gelassenheit folgendermaßen.

*„Und das ist für mich jetzt Nicht-Gelassenheit. Man hat einfach so viel auf den Schultern und man kriegt immer mehr drauf und immer mehr. Und irgendwann kann man einfach nicht mehr. Und dann steht man da und denkt: „Was sollst du jetzt noch machen?“ (180509\_0027 - Transkript - TR181773: 170).*

Der Konflikt besteht hier in der imperativischen Grundhaltung: "Das muss ich schaffen!" mit der Sub-Kognition "Ich werde es vielleicht nicht schaffen." – Darin zeigt sich ein Möglichkeitskonflikt, der eine Unterform des Realitätskonflikts darstellt. Dieser zeichnet sich dadurch aus, dass ein subjektiver Imperativ besteht, dass also etwas nicht passieren darf und gleichzeitig die Erkenntnis vorhanden ist, dass das Gefürchtete eintreten kann. Die Nicht-

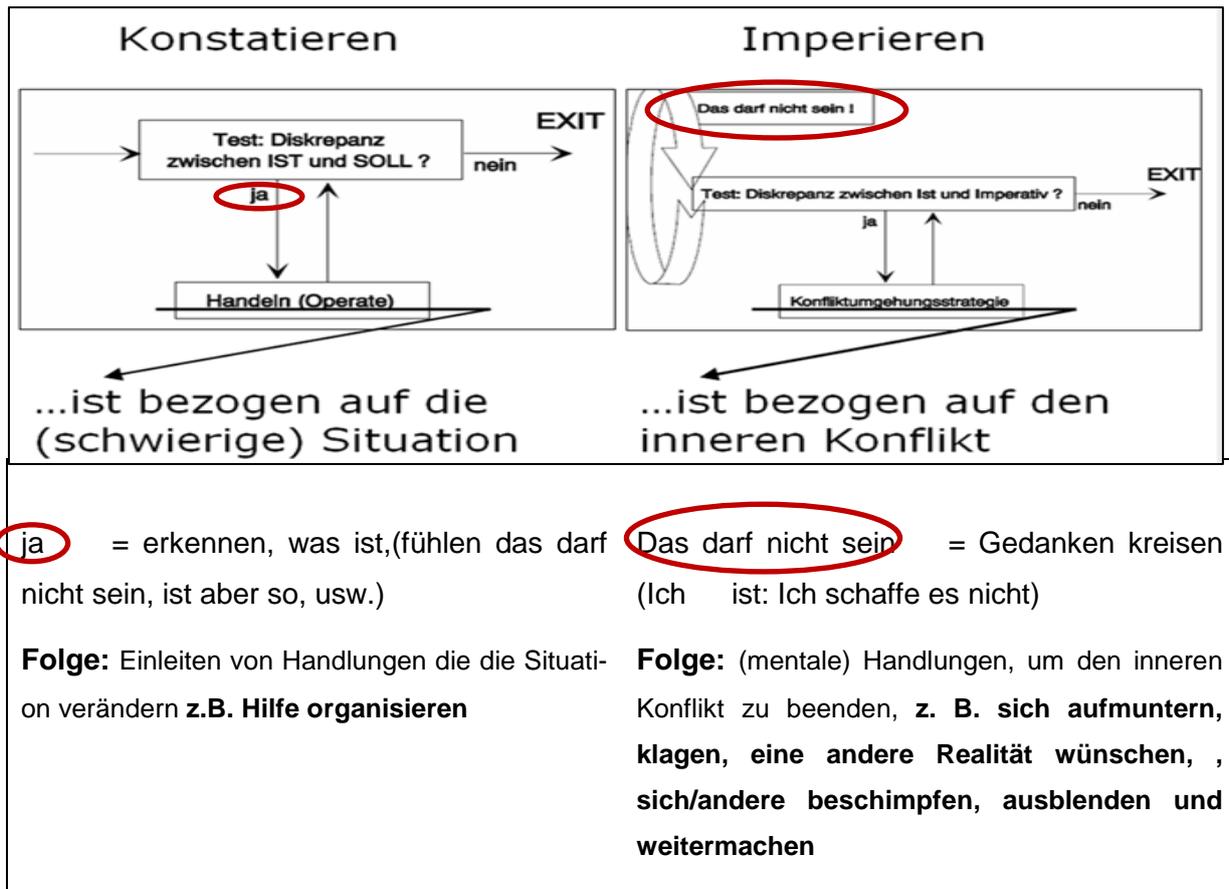
Gelassenheit, d. h. ein akuter Konflikt, führt dann zu Situationen, in denen die Angehörigen genau wissen, dass sie etwas an der aktuellen Situation ändern sollten, aber durch ihre sorgenvollen Gedanken und Gefühle keinen Lösungsweg für sich erkennen.

Auf die Frage, welche Faktoren „Nicht-Gelassenheit“ bewirken, antwortete eine der Teilnehmerinnen, dass für sie „Nicht-Gelassenheit“ dann beginnt, wenn man selbst sagt:

*„Ich schaffe es nicht mehr, es ist zu viel, was mir da zugemutet wird.“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319: 25 - 28).*

Zwar steht auch hier die „Nicht-Gelassenheit“ im Zentrum, aber an diesem Zitat wird auch ersichtlich, was durch die Anwendung des Instrumentariums erreicht werden soll: die Steigerung der Selbstreflektion, um kritische Situationen zu verhindern und sich notwendige Unterstützung zu suchen. Diese Erkenntnis wird häufig imperativisch aufgeladen erlebt und verletzt einen subjektiven Imperativ („...und das darf nicht sein!“). Dies hat zur Folge, dass die Gelassenheit endet und der Psychotonus ansteigt. Das könnte erklären, warum das Eingeständnis, es nicht mehr zu schaffen, häufig nicht erfolgt, wenn damit gleichzeitig ein innerer Konflikt ausgelöst wird, durch den wiederum unangenehme Affekte (wie Scham) sowie ein Tunnelblick eintreten. In einer solchen Situation werden dann kognitive Ressourcen dafür eingesetzt, diesen inneren Konflikt zu beenden. Würde jemand hingegen die Erkenntnis „Ich schaffe es nicht mehr...“ konstatierend wahrnehmen („Ja, so ist es.“), und die damit verbundenen Gefühle akzeptierend wahrnehmen, könnten die kognitiven Ressourcen dafür eingesetzt werden Maßnahmen einzuleiten, um den Zustand zu beenden (Hilfe holen etc.) Die folgende Abbildung verdeutlicht die dargestellte Problematik:

**Grafik: Gegenüberstellung des Konstatierens und des Imperierens**



Diese Idee kommt jedoch an ihre Grenzen, wenn die Überforderung einer Pflege- und Betreuungsperson dadurch ausgelöst wird, dass die notwendigen Unterstützungsstrukturen fehlen. Dieses findet sich bspw. da, wo der Hilfebedarf nicht innerhalb der gängigen Geschäftszeiten auftritt (z. B. nachts), Pflegedienste keine Kapazitäten haben neue Patienten oder Patientinnen aufzunehmen, oder kein Heim-/Kurzeitpflegeplatz gefunden wird. Diese Faktoren können zu Überlastungssituationen führen durch die verhindert wird, dass die Betroffenen auf Situationen mit der notwendigen Gelassenheit reagieren. In einem solchen Fall können die Belastungen nur reduziert werden, wenn das Unterstützungsnetz ausgebaut und zusätzliche Ressourcen aktiviert werden.

Ein anderer Punkt, der zu einer Überlastung von pflegenden Angehörigen und einer Nicht-Gelassenheit führen kann, ist die Übernahme von Tätigkeiten, die von der Person vorher nie ausgeübt wurden. Diese Tätigkeiten sind häufig solche, die als geschlechtsspezifisch angesehen werden. Ein Teilnehmer äußert zum Beispiel:

*„Und dann ist der eine oder andere vielleicht überfordert damit, dass er sagt "Mensch, kochen ist nicht mein Ding", aber gut. Ist genauso wie mit Knöpfe annähen, muss man auch als Mann können.“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319: 40).*

Ein anderer Teilnehmer beschreibt diesen Punkt folgendermaßen:

*"Muss jetzt auch immer gucken, was brauchst du jetzt wie und was und ich denke, manch Älterer, der ist dann teilweise einfach überfordert, diese Beihilfesachen zusammen zu suchen." (180125\_0016 - Transkript - TR180319: 40).*

Beide Beschreibungen haben gemeinsam, dass die Übernahme der neuen Tätigkeiten imperativisch aufgeladen ist. Dies kann darin begründet sein, dass man die Vorstellung hat, eine neue Aufgabe beherrschen zu müssen. Dem liegt die Wahrnehmung zugrunde, dass es sein kann, dass die Fähigkeiten noch nicht ausreichend sind, um ein Tätigkeiten korrekt auszuüben. Dies kann schlussendlich zu einer wahrgenommenen Ist-Soll-Differenz führen, die innere Konflikte und „Nicht-Gelassenheit“ zur Folge hat. Ebenso ist es aber möglich, dass die imperativisch aufgeladene Vorstellung vorherrscht: „Das darf nicht sein, dass ich das jetzt machen muss“ (denn wenn ich das machen muss, bin ich nicht männlich und das ist schlimm). Dies führt dazu, dass eine Blockade entsteht, die den Lernprozess hemmt, wodurch die Tätigkeit nicht leicht zu lernen ist.

Eine Überforderung kann sich auch in einem inneren Konflikt manifestieren, der sich darauf bezieht, ob eine bestimmte Entscheidung die „richtige“ war. So kann die Überforderung das Symptom eines Möglichkeitskonfliktes sein, wie er exemplarisch von einer Teilnehmerin geschildert wurde:

*„Ich war auch mit der Situation vollkommen überfordert. Ich meine ich habe jetzt vielleicht das Richtige gemacht, weiß ich nicht, aber das war total schwer. Was tu ich jetzt?“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1: 60 - 61).*

Überforderung kann auch entstehen, wenn die erkrankte Person Hilfe durch Angehörige oder Dritte verweigert. Die Ablehnung von Hilfe, bei bestehender Unterstützungsbedürftigkeit, kann bei Angehörigen zu einer „Nicht-Gelassenheit“ führen: „Wenn meine Mutter stürzt, dann habe ich nicht für sie gesorgt.“ Solche Situationen kommen häufig in der häuslichen Pflege- und Betreuung vor. Eine der Teilnehmerinnen schildert die Nöte und Konflikte, die hiermit verbunden sind, anschaulich am Beispiel eines Beratungsgesprächs bei dem Hausarzt ihres Angehörigen:

*„Was soll ich denn machen, wenn die diesen Notruf ablehnt? Wir sind manchmal ein Wochenende nicht da und die stürzt. Was sollen wir denn machen? „In solchen Fällen muss erst etwas passieren. Und dann war ich da wieder draußen. Und das finde ich, so häufig ist mir das passiert, dass ich so den Eindruck hatte, es geht immer um den Alten. Es geht nicht um uns, wie wir das irgendwie, wie wir damit fertig werden.“ (180301\_0024 - Transkript - TR180916: 2).*

Einschränkungen in der Kommunikation und die fehlende Einsicht in die Notwendigkeit von bestimmten Hilfen können bei den pflegenden Angehörigen zu Möglichkeitskonflikten führen und somit auch die Gelassenheit rauben. Wenn die erkrankten Personen, eine Unterstützung durch externe Dienstleister verweigern, kann dies ebenfalls das Belastungsempfinden erhöhen. Wenn Menschen mit Demenz Handlungen verweigern, die ihrem Wohl dienen, kann dies bei der betreuenden Person zu herausfordernden Emotionen führen (Wut etc.). Darin verbirgt sich eine Besonderheit der Möglichkeitskonflikte: Je mehr ein Mensch über die möglichen Gefahren weiß, desto häufiger können Möglichkeitskonflikte auftauchen, wenn die entsprechende imperativische Sollvorstellung vorhanden ist (hier z. B. „schließe aus, dass ihm/ihr etwas schaden kann). Dieses kann dazu führen, dass die Kooperation des Betroffenen solange eingefordert (z. B. die Flüssigkeitsaufnahme) wird, bis diese auch gegen seinen Willen durchgesetzt wird. Auch hier scheinen Konflikte zwischen Imperativen und Ist-Kognitionen vorzuliegen, die verhindern, dass Lösungen in Betracht gezogen werden, die einen Ausweg aus einem eingeschlagenen Teufelskreis erlauben.

### **5.3.5 „Meine Mutter ist hilfebedürftig und da bin ich halt gefordert und gefragt“ - Rollenkonflikte und „Nicht-Gelassenheit“**

Innerhalb der Pflegebeziehung können sich die Rollen zwischen Eltern und Kindern oder zwischen den Ehepartnern verschieben. Die veränderten Beziehungsgefüge können hierbei ebenfalls ein Faktor sein, der Stress auslöst, und der Wahrung von Gelassenheit entgegen wirkt. Diese Rollenkonflikte werden in der Literatur als sekundäre Stressoren bezeichnet. Sie können auch auf innere Konflikte zurückgeführt werden. Eine imperativische Aufladung der Tochterrolle wird von einer Teilnehmerin so geschildert:

*„Ich denke, dass es mir leichter fallen würde mit mehr Gelassenheit, weil dann eine Menge Druck von mir weg wäre. Von anderen würde ich das jetzt nicht so erwarten, weil da kann ich eigentlich gut mit umgehen, aber meine Mutter ist hilfebedürftig und da bin ich halt gefordert und gefragt. So das ist mein Leben. Alle anderen können sich da selber helfen, da ist das nicht so wichtig – da kann ich besser mit umgehen.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 145).*

Hier zeigt sich, dass auch verschiedene Imperative einander widersprechen können (der sogenannte Imperativ-Imperativkonflikt). Die Teilnehmerin hat den Imperativ, ihre Mutter versorgen zu müssen. Dieser scheint dem Imperativ entgegen zu stehen: „Ich muss mein Leben selber gestalten.“ So können beispielsweise Menschen Sollvorstellungen darüber besitzen, wie eine bestimmte Rolle (Ehe- oder Lebenspartner\*in, Tochter bzw. Sohn oder auch Schwiegertochter) auszufüllen ist, d. h. welche Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Interaktionen von der Person erwartet werden. Mit diesen Imperativen gehen auch subjektive Imperative einher, wie z. B. "Ich muss eine gute Schwiegertochter sein!" und hiermit sind wieder-

rum auch Ist-Kognitionen verbunden: "Es kann sein, dass ich keine gute Schwiegertochter bin". Wie dieses Konstrukt zu einer „Nicht-Gelassenheit“ führen kann, spiegelt das folgende Beispiel einer pflegenden Angehörigen wieder:

*„Aber so ein Knopf, ich nenne das immer so einen Kränkungsknopf, den habe ich auch. (...) Da ist ein Stück Knopf das, wo ich, muss ich wirklich, da muss ich echt gehen (...). Früher sagte ich schon mal: Sonntags wird nicht gekocht! Damit ich auch mal einen Tag habe, wo ich nicht kochen brauchte. Und dann konnte [meine Schwiegermutter] ja auch noch zumindest sich ein Spiegeleie, machen, und so weiter. Klappt aber heute auch nicht mehr. Und dann kann sie, sagt sie auch heute noch manchmal: Ach, haben wir heute Sonntag, oder so, wenn das dann mit dem Essen noch nicht so weit ist. (180301\_0024 - Transkript - TR180916: 53).*

Der geschilderte Fall stellt einen Realitätskonflikt dar, genauer gesagt: ein Möglichkeitskonflikt. Es wird deutlich, dass durch das Verhalten der Schwiegermutter die Ist-Kognition "Ich bin keine gute Schwiegertochter" verstärkt wird, was wiederum zu einer Verletzung des Imperativs führt. Damit die Sollvorstellung aufrechterhalten werden kann, muss diese stärker imperiert, (d. h. mit erhöhter Erregung und Anspannung belegt) werden. Dieser Widerstreit führt dazu, dass der Konflikt, durch eine hohe innere Anspannung, fühlbar wird.

### **5.3.6 Fehlende Akzeptanz der Krankheitsfolgen**

Das Verhalten eines Menschen mit Demenz kann gegen gesellschaftliche Normen verstoßen. Wenn die Einhaltung dieser Normen ("Das muss so sein") für die pflegende zugleich imperativisch aufgeladen ist, kann dies dazu führen, dass die gewünschte Gelassenheit in herausfordernden Situationen fehlt bzw. die betreuende Person ihre Gelassenheit verliert. Dies wiederum kann als Folge eines spezifischen Konfliktes angesehen werden. Die Konflikte dürften zumeist Realitätskonflikte darstellen, da subjektive Imperative mit Ist-Kognitionen kollidieren, die wahrgenommene Diskrepanz führt dann zu inneren Konflikten, die sich durch einen hohen Psychotonus manifestieren können. Solche Situationen treten vor allem dann auf, wenn Personen anwesend sind, die den Betroffenen nicht kennen, oder die keine Kenntnis über die krankheitsbedingten Veränderungen erhalten sollen. So erzählte eine der Teilnehmerinnen Folgendes:

*„Ja, es gibt Situationen, zum Beispiel, wenn man draußen ist, im Restaurant zum Beispiel. Wir waren (...) bei dieser tollen Gartenausstellung am Wochenende. Dann sind ihm die Pommes zu heiß und dann taucht er die in seine Apfelschorle. Erst in die Apfelschorle und dann isst er die. Und dann kann ich manchmal nicht so ganz gelassen bleiben.“ (180509\_0027 - Transkript - TR181773: 217).*

Wenn die Angehörigen die Erkrankung und die Veränderungen nicht, oder nur sehr schwer, annehmen können, stellt dies einen Risikofaktor dar, der dazu führt, dass konfliktbehaftete Vorstellungen entstehen können, die durch die Betroffenen mit Ist-Kognitionen überlagert

werden: Dies kann zu einer dauerhaften Anspannung führen, die als „Nicht-Gelassenheit“ wahrgenommen wird:

*„Wenn zum Beispiel meine Mutter irgendetwas zu mir sagt, was ich nicht hören will, also was mich angreift oder mich traurig macht, dann denke ich: Warum kann ich das nicht einfach im Raum stehen lassen? Warum muss ich das jetzt kommentieren? Und da würde ich mir Gelassenheit wünschen, das einfach so zu lassen und zu denken „Okay, ist vielleicht ein Teil ihrer Erkrankung. Vielleicht meint sie es gar nicht so und wenn sie es so meint, will sie mir nicht wehtun, aber es kommt gerade halt so an bei mir.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 163).*

Das Kernzitat macht den Unterschied zwischen „imperieren“ und „konstatieren“ (=stehen lassen) deutlich. Wenn eine Situation konstatierend wahrgenommen wird, können Gefühle verletzt werden, ohne mit Erregung und Anspannung gekoppelt zu sein (was beim Imperieren der Fall ist). Beim Konstatieren geht es deshalb nicht darum, „cool und unberührbar“ zu sein. Auch auf dieser Ebene ist es hilfreich zu sagen: „Ja, es kann sein, dass es mich verletzt, auch wenn es Teil der Krankheit ist.“ Wenn es Angehörige schaffen, zu fühlen, was da ist, dann können die Emotionen wieder abklingen und kreisen nicht mehr den ganzen Tag um den Gedanken: „Das darf doch nicht wahr sein, dass Sie das gesagt hat!“. Hier zeigt sich, dass eine Selbstanweisung wie "Kommentiere das jetzt nicht!" nicht zu dem gewünschten Erfolg führt, nämlich gelassener im Umgang mit der erkrankten Person zu sein. Der Imperativ: „Ich darf nichts sagen!“ steht dem Gegenimperativ entgegen: „Ich muss mich verteidigen!“. Die vorhandene Diskrepanz zwischen dem Ist- und dem Sollzustand führt zu einem akuten Konflikt, der durch das Umdeuten gelöst werden soll (Konfliktumgehungsstrategie). Das Ziel der Strategie scheint darin zu bestehen, die innere Erregung und Anspannung zu senken – was hier jedoch nicht funktioniert hat. Neben einer geringen oder fehlenden Akzeptanz der Krankheitsfolgen können auch Vorwürfe gegen sich selber zu inneren Konflikten und somit zu „Nicht-Gelassenheit“ führen.

### **5.3.7 „Diese Situation hättest Du eigentlich besser im Griff haben müssen“ - Vorwürfe gegen die eigene Person als Ursache von „Nicht-Gelassenheit“**

Das Gefühl, nicht „richtig“ mit bestimmten Situationen umzugehen, kann zu Schuldgefühlen führen. Zu dem Bild des „richtigen“ Umgangs gehört auch die Vorstellung, ruhig und gelassen zu handeln. Das zeigt auch, dass die meisten eine Vorstellung davon haben, was ein angemessener Umgang wäre (bspw. geduldig, klar, bestimmt).

*„Je näher man Menschen an sich heranlässt, umso stärker sind die Emotionen. Jemand, der weiter entfernt ist, der mir einfach nur etwas erzählt, das berührt mich, das tut mir auch leid. Aber je näher er bei mir ist, umso mehr nehme ich Anteil und umso mehr leide ich.“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1: 58).*

Wenn die bereits vorhanden Bilder jedoch imperiert werden („Wenn es nicht gelingt, dann wird es schlimm!“), dann können diese Bilder zu inneren Konflikten und einem erhöhten Psychotonus führen. In dem vorangegangenen Zitat wird dies an der Aussage deutlich: „aber ich kann das, was „richtig“ ist, nicht, wenn mir jemand nahesteht“. Der Auslöser hierfür dürfte häufig ein „Konflikt-Konflikt“ sein. Dies bedeutet, dass die betroffene Person einen Grundkonflikt hat, wie z. B. gegen seine wütenden Gefühle gegenüber dem erkrankten Angehörigen. Gleichzeitig ärgert sich die Person über sich selbst, dass die Emotion „Wut“ auf die erkrankte Person gerichtet ist und ermahnt sich selber, dass dies nicht sein darf. Einen solchen Konflikt schildert eine Angehörige:

*„Also an mir nagen immer wieder die Schuldgefühle und weil ich nicht-, manchmal nicht gelassen sein kann. Dann denke ich hinterher: Mensch, diese Situation, die hättest du eigentlich besser im Griff haben müssen, weil meine Kinder mir immer sagen und ich mir dann auch jetzt immer sage in gewissen Situationen, er meint das gar nicht so.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 113).*

Die Situation im Griff haben, bedeutet, klare Vorstellungen dazu zu haben, was richtig ist und gleichzeitig auch den Handlungsspielraum, das Richtige zu tun anzuwenden und so die Situation steuern zu können. Im letzten Beispiel ist dies nicht der Fall. Hier zeigt sich vielmehr, wie mächtig verinnerlichte Imperative sein können und dass eine imperativische Beschäftigung mit dem Thema „Gelassenheit“ auch zu einer Zunahme von inneren Konflikten führen kann – was einer Gelassenheitsförderung effektiv entgegensteht. Denn die Erkenntnis, nicht gelassen zu sein, wenn es gewünscht ist, kann zu inneren Konflikten führen, die sich in Schuldgefühlen ausdrücken. Eine der Teilnehmerinnen stellte dies folgendermaßen dar:

*„Das Hauptproblem bei der Pflege, die Gelassenheit, ist ein ganzes Fernziel. Es wäre schön, wenn man es hätte. Aber man ertappt sich ja immer wieder, dass es einem dann doch über die Hutschnur geht. Und sich dann wieder zurückzunehmen dauert bei mir dann einen Tag. Und dann (...) sagt der „Ach, hat sowieso alles keinen Zweck. Ich will nicht mehr.“ und dann entstehen diese Situationen. Das sind dann Schuldgefühle, die kommen: „Mensch, das ist ja nicht das erste Mal, das zweite Mal, schon das dritte Mal. Wieso kriegst du das nicht hin?“ Das macht einem schon zu schaffen.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 117).*

Eine andere Teilnehmerin drückt diese Wahrnehmung wie folgt aus:

*„Das ist für mich ganz schwierig und ich habe permanent ein schlechtes Gewissen, obwohl ich nichts verkehrt, nicht zu wenig, nicht zu viel mache, aber es ist immer im Hintergrund.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 100).*

Beide Teilnehmerinnen beschreiben „Meta-Imperative“ die durch die Beschäftigung mit „Gelassenheit“ gebildet wurden. Oftmals fällt den Befragten der Umgang mit der eigenen „Unperfektheit“ schwer, um bestehende Diskrepanzen zwischen dem Ist- und dem Sollzustand zu

minimieren und so den Herausforderungen des Pflegealltags gelassener begegnen zu können, scheint es sinnvoll zu sein, den pflegenden Angehörigen eine Hilfestellung zu bieten, dieser Art innerer Konflikte zu verringern. Doch wie machen sich innere Konflikte überhaupt bemerkbar?

### **5.3.8 „Und [dann] bekomme ich so ein bisschen Herzrasen“ - Nicht-Gelassenheit und Psychotonus**

Ein wichtiges Zeichen, dass ein innerer Konflikt die Gelassenheit raubt, ist der Psychotonus. Ein hoher Psychotonus zeigt auf, dass mentale Inhalte (Gedanken, Empfindungen, Gefühle etc.) als konflikthaft erlebt werden und dass Konfliktumgehungsstrategien zu ihrer Bewältigung eingesetzt werden. Dieses Vorgehen führt jedoch dazu, dass die Anspannung, Erregung und/oder Konflikthaftigkeit weiterbesteht. In der Datenauswertung zeigte sich, dass dieses Phänomen auch bei pflegenden Angehörigen beobachtet werden kann.

*„Ich werde unruhig, das merke ich teilweise. Und bekomme so ein bisschen Herzrasen oder empfinde das. Ich habe keinen hohen Puls oder so, aber ich merke, es pocht, jetzt geht es gleich wieder richtig los. Ja, und dann muss ich mich halt erstmal wieder runterbringen.“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1: 103).*

Andere Teilnehmende gaben an, dass sie lauter werden, wenn sie im Umgang mit ihren Angehörigen nicht gelassen sind.

*„Das kann passieren, dass man lauter wird. Zumindest hat sie schon Mal gesagt, du brauchst nicht lauter zu werden.“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1: 111 - 111).*

Ein anderer Teilnehmer berichtet folgendes:

*„Nein, ich brülle nicht. Ich werde laut. Da wird dieses zarte Stimmchen, was ich jetzt habe, ganz laut (lachen).“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319: 96).*

Gegenüber der erkrankten Person laut zu werden ist jedoch ein Verhalten, dass die pflegende Person belasten kann. Auf die Frage der Interviewerin, wie er sich fühle, wenn er laut werde, antwortete ein Teilnehmer:

*„Schlecht. Also schlecht auf jeden Fall. Nur es kommt immer über mich.“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319: 93 - 94).*

Wenn Teilnehmende schildern, dass sie gegenüber ihren Angehörigen laut werden, ihren Herzschlag spüren, unruhig werden und merken „Jetzt geht es gleich wieder richtig los“, dann befinden sie sich in einem Zustand, den wir nach der Psychotonusskala so beschreiben können: Impulsives Handeln und starke Affekte werden durch Selbstbeherrschung noch kontrolliert (PT-5), jedoch kündigt sich der Verlust der Selbstbeherrschung (PT-6) bereits an.

Wie leidvoll das für die Pflegenden ist, beschreibt eine andere Aussage eines Teilnehmenden:

*„Mein Mann war immer ein ganz Ruhiger, immer zufrieden und ich raste jetzt manchmal aus und dann tut es mir leid. Aber ich raste aus in Situationen auch, wo ich wieder feststelle, das können wir nicht mehr machen.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 157).*

Eine Stufe unterhalb des eskalierenden Konflikts ist der akute Konflikt angesiedelt (PT- 6). Dieser, dem Betroffenen bewusster Konflikt, zeichnet sich dadurch aus, dass Widersprüche und Diskrepanzen hinsichtlich der Bewertung einer Situation bestehen. Die konfliktbehafteten Gedanken sind im Vordergrund präsent und auch wenn die Betroffenen versuchen sich abzulenken, bleibt die Erregung bestehen. In dieser Psychotonusstufe kann es zeitweise nicht mehr möglich sein, die eskalierenden Gedanken durch Selbstbeherrschung zu unterdrücken (Wagner et al. 2016, S. 51 ff.). Eine der Teilnehmenden schildert hier eine Situation, die eine solche Situation sehr prägnant beschreibt:

*„Ich wollte mit diesem autogenen Training. Also ich habe es vor Jahren mal gemacht, hat mir sehr gut geholfen. Da war auch mal eine Situation, aber ich bin inzwischen so aufgeheizt oder ich weiß auch nicht, also ich habe dann nochmal wieder Auto hat mir gar nichts gebracht. Der Körper kommt einfach nicht zur Ruhe.“ (180509\_0028 - Transkript - TR181773: 19).*

An dieser Stelle ist es wichtig anzumerken, dass die Entstehung von Konflikten nicht zwangsläufig mit der Interaktion zwischen Personen zusammenhängen muss. Ein akuter Konflikt kann auch dadurch entstehen, dass sich eine Person mit Themen, Vorstellungen oder Zwängen beschäftigt, die für sie konfliktreich sind. Dieser Prozess kann so anstrengend sein, dass die Wahrnehmung nicht mehr vollständig auf die gegenwärtige Realität fokussiert werden kann. Ein akuter Konflikt ist zugleich mit einem hohen Stresspegel und starken Emotionen verbunden. Dies kann dazu führen, dass Gedanken endlos kreisen und ein Gefühl der Ausweglosigkeit entsteht. Darüber hinaus kann die Handlungs-, Wahrnehmungs- und Problemlösungsfähigkeit reduziert sein (vgl. Wagne/Kosuch/Iwers-Stelljes 2016, S. 31 ff.). Wie eine solche Reduzierung der Handlungsfähigkeit aussehen kann, wird im folgenden Zitat deutlich:

*„Und dann hat man nicht diesen Abstand, um die Situation auch richtig einzuschätzen. Sondern man ist wirklich in diesem Hamsterrad drin.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 13).*

Bevor ein Konflikt eskaliert, kann er durch Anstrengung und Willenskraft (Volition) beherrscht werden (PT- 5). In diesem Zustand zeichnet sich das bewusste Erleben durch die Vorherrschaft einer Kognition aus. Eine Kognition kann in diesem Zusammenhang ein Gedanke, ein Gefühl oder eine Handlungsabsicht sein. Zentral ist es hierbei, dass sich die Kognition im Wettstreit mit gegensätzlichen Gedanken, Gefühlen und Handlungsabsichten befindet. Aus dieser Rivalität erwächst ein präsender und merklicher innerer Widerstand. Diese kognitive

Dissonanz zeigt sich auch auf der physiologischen Ebene, da sich diese Auseinandersetzung auch auf den körperlichen Erregungszustand und die motorische Anspannung auswirkt (vgl. Wagner 2011, S. 42). Ein solcher Wettstreit zwischen unterschiedlichen Kognitionen und Gedanken und Gefühlen zeigt sich in der Aussage:

*„Ja, also dann wird man schon ein bisschen lauter, aber im Grunde habe ich mich immer wieder gefangen, also ich bin nie richtig ausgerastet. Ich weiß ja, das ist eine Krankheit und nehme das so hin, wie es ist und weiß, dass das auch nicht besser wird, sondern, dass die Krankheit auch fortschreitet. Oder muss ich-, gehe ich von aus, und das akzeptiere ich und trotzdem, hin und wieder wird man unruhig.“ (180418\_0026 - Transkript - TR181254: 75 - 76).*

Wenn die Willenskraft (Volition) die Oberhand behält, kann die „vernünftiger Alternative“ gegenüber der „unvernünftigen“ Kognition gewählt werden:

*„Nein, nein. Also, denn muss ich schon konkret was sagen. Ja, aber wenn das so bei mir innerlich brodelt, dann scheine ich noch eine coole Maske zu haben, dass sie das nicht erkennt. Ja, oder dass mein Gesichtsausdruck das noch nicht vermittelt, dass ich innerlich schon wieder auf 180 bin. Und dann versuche ich es halt mit mir selbst auszumachen und es sie gar nicht merken zu lassen. Und dann ist ja wieder gut.“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1: 119).*

Ein körperliches Zeichen dafür, dass ein Konflikt unterdrückt werden muss, ist das Auftreten von innerer Anspannung. Dies wird von einer Teilnehmerin wie folgt beschrieben:

*„Also manchmal merke ich das. Je nachdem wie die Situation ist. Wenn die plötzlich ist, dann ist anders. Aber dann merke ich da so eine Anspannung in mir hochsteigt.“ (180222\_0021 - Transkript - TR180497: 312).*

Die vierte Stufe der Psychotonusskala (PT-4) beschreibt das Alltagswachbewusstsein und stellt somit das „Normalnull“ dieser Skala dar. Unter dem Begriff „Alltagswachbewusstsein“ wird ein Zustand verstanden, der sich dadurch auszeichnet, dass sich Personen „wach, ausgeruht, relativ gelassen, aufnahmefähig“ fühlen und „in der Lage sind, sich zu entscheiden und willentlich zu handeln“ und dabei keinen „... merklichen inneren Widerstand“ (Wagner 2011) wahrnehmen. Ab dieser Stufe finden sich Bewusstseinszustände, in denen das Erleben und Handeln nicht von Konflikten beeinflusst wird. Diese Zustände unterscheiden sich demnach nur durch das Ausmaß an Gelassenheit und Entspannung. In diesem Zustand können Lösungen für schwierige und belastende Situationen gefunden werden, was den Umgang mit belastenden Situationen erleichtern kann. Den Nutzen, der sich für pflegende Angehörige aus einer gelasseneren Haltung ergibt, wird durch das Zitat eines Teilnehmers deutlich:

*„Aber je gelassener ich selber bin, desto ruhiger und besser klappen auch die Abläufe des Tages.“ (180418\_0025 - Transkript - TR181254: 316).*

Neben einem gelassenen Umgang mit den Herausforderungen der Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz, wurden auch andere Mediatoren sichtbar, die dazu führen, dass pflegende Angehörige mit den pflegebedingten Stressoren zurechtkommen können.

### **5.3.9 Zwischenfazit**

Durch die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz scheinen Angehörige oftmals mit Realitätskonflikten konfrontiert zu werden. Die Krankheit stellt eine Situation dar, die sowohl für die betroffene Person, wie auch für die Angehörigen, eine Zäsur ihres bisherigen Lebens darstellt. Des Weiteren können Angehörige im Verlauf der Erkrankung mit Verhaltensweisen konfrontiert werden, die dem widersprechen, was wir als „normales“ bzw. „richtiges“ Verhalten verinnerlicht haben. Der progrediente Charakter der Demenzerkrankung führt dazu, dass Angehörige mit einem kontinuierlichen Veränderungsprozess konfrontiert sind, dessen bestimmendes Merkmal der Verlust ist. Dieser Umstand scheint dazu zu führen, dass häufig imperativisch festgehaltene Soll-Kognitionen verletzt werden. In der Interaktion mit einem Menschen mit Demenz werden verinnerlichte (d. h. erlernte Auffassungen darüber, wie etwas zu sein hat und wie etwas nicht sein darf) häufig nicht erfüllt. Im Rahmen der Auswertung wurde ersichtlich, dass genau dieser Umstand dazu führen kann, dass Angehörige mit akuten Konflikten konfrontiert werden, die ihnen ihre Gelassenheit rauben. Am häufigsten ließen sich hier Imperativverletzungskonflikte identifizieren, die einen Gewissheits- oder Möglichkeitskonflikt entsprechen. Diese Konflikte kennzeichnen sich dadurch, dass eine Diskrepanz zwischen dem Ist-Zustand und einem Imperativ besteht, der sich nicht auflösen lässt. Bei der Auswertung zeigt sich, dass insbesondere herausfordernde Verhaltensweisen und Fähigkeitsverluste dazu führen können, dass Realitätskonflikte bei pflegenden Angehörigen ausgelöst werden. Ursächlich hierfür dürfte der Umstand sein, dass die von Verlusten geprägte Lebenssituation, durch diese Verhaltensweisen besonders deutlich wird. Die Krankheit führt dazu, dass Verhaltensweisen immer häufiger nicht den Konventionen und Vorstellungen und Wünschen entsprechen, die Angehörige von Partnern und Partnerinnen oder ihren Elternteilen erwarten. Hierdurch besteht die Gefahr, dass sie häufiger mit Diskrepanzen zwischen ihren imperativischen Sollvorstellungen und der Realität konfrontiert werden. Je häufiger Diskrepanzen auftreten, desto größer ist die Gefahr, dass Konfliktumgehungstrategien nicht wirken und sich ein akuter Konflikt entwickelt, der dazu führen kann, dass Angehörige ihre Selbstbeherrschung verlieren.

Es wurde auch deutlich, dass eine zu hohe Erwartung an die eigene Person (z. B. „Ich muss immer ruhig und gelassen bleiben!“), dazu führen kann, dass innere Konflikte entstehen, die zu einer Nicht-Gelassenheit führen. Zum einen kann dies ebenfalls durch Realitätskonflikte entstehen. In einem solchen Fall sind bestimmte Vorstellungen hinsichtlich des eigenen Verhaltens imperativisch aufgeladen („Ich muss verständnisvoll sein!“). Wenn nun etwas wahr-

genommen wird, was dieser Selbstanweisung widerspricht („Das Verhalten macht mich so sauer, am liebsten würde ich jetzt auf den Tisch hauen!“), dann wird die Selbstanweisung mit erhöhter Anspannung und Erregung gekoppelt, um an ihr festzuhalten. Der Betroffene bemerkt dann, dass er in der Situation nicht gelassen handelt. Jedoch können auch andere Arten von Imperativverletzungskonflikten dazu führen, dass es zu akuten Konflikten kommt. So konnten z. B. Konflikt-Konflikte bei den befragten Angehörigen beobachtet werden. Hier wird Anspannung und Erregung dadurch ausgelöst, dass sich die Pflegenden über einen Grundkonflikt ärgern, der bereits besteht („Ich bin schon wieder nicht gelassen geblieben!“). Um einen solchen Konflikt aufzulösen, ist es wichtig, dass die Betroffenen den Grundkonflikt erkennen und diesen konstatierend betrachten.

Daneben kann Nicht-Gelassenheit auch durch zeitliche Belastungen und Überforderung entstehen. Bei diesen Punkten, muss genau geschaut werden, weshalb die Situation als belastend erlebt wird. Ist es, weil der Imperativ besteht, die Aufgaben alleine zu bewältigen, oder weil das Unterstützungssystem nicht alle Möglichkeiten ausschöpft, die zur Verfügung stehen? Eine Förderung der eigenen Gelassenheit kann nur dann helfen, wenn alle anderen Unterstützungsmöglichkeiten (medizinische, pflegerische, finanzielle) vorhanden sind und die gelassenheitseinschränkenden Konflikte auf das innerliche Erleben zurückzuführen sind. Dies gilt genauso für den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen. Wenn die erkrankte Person aggressive und gewalttätige Verhaltensweisen zeigt, dann kann Gelassenheitsförderung nur ein Teil der notwendigen Interventionen sein. Im Vordergrund sollten hier dann medizinischen Unterstützung und die Vermittlung von methodischen Kenntnissen im Umgang mit der erkrankten Person (z. B. Validation) stehen. Die Förderung von Gelassenheit kann in einem solchen Fall jedoch helfen, in einer schwierigen Situation handlungsfähig zu sein und die erlernten Techniken anzuwenden.

Im Hinblick auf Konzeption des Selbst-Screening-Instruments scheint es sinnvoll, pflegenden Angehörigen Kenntnisse über das „Muss-Darf-Nicht“ Syndrom zu vermitteln, um ihnen die Wirkmächtigkeit von Imperativen zu verdeutlichen und ihnen die Möglichkeit zu bieten, ihre eigenen Imperative konstatierend zu betrachten. Daneben scheint es sinnvoll, eine Selbstreflexion über die eigenen Normen und Werte anzustoßen, bei denen die Gefahr besteht, dass sie durch die Erkrankung der betreuten Person tangiert werden. Diese Maßnahmen sollen dabei helfen, das Auftreten von jenen Realitätskonflikten zu reduzieren, die als Hauptfaktor für die Nicht-Gelassenheit bei der Pflege- und Betreuung eines Menschen mit Demenz identifiziert wurden.

Ein weiterer Punkt, der bei der Konzeption des Erhebungsinstruments und auch bei der Planung der Schulungsreihe berücksichtigt werden muss, ist der, dass durch die Interventionen

keine weiteren Imperative bei den Teilnehmenden erzeugt werden, da dies zu einer weiteren Belastung der Teilnehmenden führen würde.

Daneben ist es für eine Schulungsreihe unumgänglich, dass die Personen, die mit den Angehörigen arbeiten, selbst das Ausmaß ihrer Gelassenheit regulieren können und **vor allem erkennen können, wenn sie in einen Meta-Imperativ geraten**. Denn sich selbst zu verändern und Neues auszuprobieren fällt oft schwer. Statt die erwünschten Erlebens- und Verhaltensweisen umsetzen zu können, stellen sich Ängste, Ärger, Stress und Blockaden ein, die meist als etwas erlebt werden, über das man nicht verfügen kann. Mit etwas Abstand lässt sich das Typische daran meist gut beschreiben, der Alarmzustand, der Tunnelblick und die innerlichen Versuche, aus beidem wieder herauszukommen. Wie ist es möglich, mit neuen und herausfordernden Situationen unaufgeregter und gelassener umzugehen? Dazu ist es hilfreich neben den zu erlernenden Inhalten und praktischen Kompetenzen auch die mentale Selbstregulation in den Blick zu nehmen, d. h. einen Multikomponenten-Ansatz zu verfolgen. Dies ist wichtig, da die Diskrepanz zwischen dem neu erworbenen Wissen und dem Können zunächst dazu führen kann, dass sich Schulungsteilnehmer\*innen unter Druck gesetzt fühlen. In einem solchen Fall wird die Leerstelle in den mentalen Verarbeitungsprozessen (das Neue wissen, es aber noch nicht können) meistens durch Imperierungen überbrückt, also durch Selbstbefehle dazu, dass etwas unbedingt sein muss oder nicht sein darf. Dies bindet Aufmerksamkeit und somit kognitive Ressourcen, was die Anwendung von erlernten Methoden verhindern kann. Des Weiteren können eine Belastungsreduktion und die Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen nur gelingen, wenn Schulungen verschiedene Komponenten umfassen (Multikomponenten-Ansatz). Dies betrifft Wissensbestände über den Krankheitsverlauf, methodische Kenntnisse und Kenntnisse dazu, wie die eigene Gelassenheit gefördert werden kann.

#### **5.4 Förderliche Faktoren für Gelassenheit bei der häuslichen Pflege und Betreuung**

Was verstehen Angehörige von Menschen mit einer Demenz unter „Gelassenheit“ bei der häuslichen Pflege und Betreuung? Dies war eine der zentralen Fragen, die im Rahmen der durchgeführten Explorationsworkshops beantwortet werden sollte.

Zum Erzählanreiz sollten die Mitwirkenden der Projektdefinition zur *Gelassenheit* eine eigene Definition gegenüber stellen bzw. aus den Antworten entstand ein allgemeines Bild ihres Selbstverständnisses von *Gelassenheit* mit Merkmalen der Bedeutungszuschreibung.

Die vorgegebene Projektdefinition lautet: „Gelassenheit bezeichnet eine annehmende und besonnene Haltung, mit der es möglich ist, die Gegenwart zu erfassen wie sie ist, ohne von emotionaler oder gedanklicher Abwehr überschwemmt zu werden.“ (vgl. Wagner/Kosuch, Iwers-Stelljes 2016, S. 20)

Aus Sicht der Teilnehmenden steht Gelassenheit im Zusammenhang mit einem Gefühl der Stimmigkeit und einem Gedanken: „Alles ist in Ordnung – es ist Ruhe und nichts muss getan werden.“ Sie setzen sich selbstbeobachtend in Beziehung zur Wahrhaftigkeit eigenen Erlebens von Möglichkeiten und Anforderungen als Handelnde/Nichthandelnde in der Pflege- und Betreuungssituation:

B1 (Name der Datei: 180301\_0023): *„Also gelassen sein heißt ja für mich, dass ich mit mir Frieden habe. Ja, dass ich kein schlechtes Gewissen haben muss irgendwem gegenüber, in dem Fall unserer Mutter. Das ich gelassen bin, dass ich meine Ruhe finde in mir und das ist finde ich, das Bild, dass man eine Tasse Tee trinkt und in Ruhe sitzt und- Ja, die Ruhe findet einfach, die Augen zumacht und sich entspannt.“*

B 3 (Name der Datei: 180509\_0027): *„Das ist für mich Gelassenheit. Einfach Zufriedenheit. Glücklich sein. Alles ist in Ordnung. Unbeschwert leben. Richtig leben. Und das ist für mich jetzt Nicht-Gelassenheit. Man hat einfach so viel auf den Schultern und man kriegt immer mehr drauf und immer mehr. Und irgendwann kann man einfach nicht mehr. Und dann steht man da und denkt: „Was sollst du jetzt noch machen?“*

B6 (Name der Datei: 180509\_0027): *„Gelassenheit symbolisiert für mich Urlaub, Entspannung, keine Sorgen. Ganz einfach durchatmen. Und das Wasser genießen. Und das, das ist Nicht-Gelassenheit. Etwas das jemand traurig stimmt. Man kann sich nicht mehr bewegen. Man ist nicht mehr frei.“*

**Tabelle: Bedeutungen von Gelassenheit aus Sicht der Teilnehmenden**

<b>Gelassenheit zeigt sich...</b>	<b>Sinn</b>	<b>Bedeutung</b>
B1: im Tun und Lassen	Mit mir Frieden haben In mir Ruhe finden	Kein schlechtes Gewissen haben müssen gegenüber anderen Personen (beim Tun und Lassen); Ruhe haben, Etwas für sich selbst tun (Tasse Kaffee trinken, in Ruhe sitzen, Augen zu machen, entspannen)
B3: in Gelassenheit leben	Zufriedenheit. Glücklich sein.	Alles ist in Ordnung Unbeschwert leben Richtig leben
B6: in einem anderen Leben	Einfach durchatmen Sein genießen	Ein Symbol für Freiheit: Urlaub, Entspannung, keine Sorgen. Ganz einfach durchatmen. Und das Wasser genießen
B8: in der Beziehungspflege	In Beziehung sein Etwas tun und lassen	Dann einfach mal ausweichen In Anbetracht des Augenblicks, Möglichkeiten nutzen
B5: einem Moment des Innehaltens	(Natur) Dinge auf sich wirken lassen	Alleine sein und sich umschauchen In die Ferne blicken, einfach stehen
B4: in einem besonnenen Umgang	Verbundenheit Gleichgewicht	möglichst entspannt mit schwierigen Situationen umgehen
B3: im spürenden Dasein	Präsenz und Schönheit der Beziehung	Benennen, was ist: Händchen halten, Bedürfnis anzufassen, Nähe spüren, sich berühren einfach nahe beieinander sitzen
B1: in zwei Aspekten: bewusst etwas Tun, Besinnung	Besonnenheit Besinnung	Kopfkino wahrnehmen Besonnen Handeln Bewusst Möglichkeiten in Betracht ziehen

B8 (Name der Datei: 180509\_0027): „Also das ist für mich auch eine Form von Gelassenheit, dann einfach mal auszuweichen. Was ich im Augenblick ja noch kann, weil meine Frau kann über diese Zeit alleine bleiben. Und das sieht sie dann vielleicht auch ein.“

B5 (Name der Datei: 180222\_0020): Ja, also mir imponieren Abendfarben, b) dieses In-die-Ferne-blicken und dann so gelassen stehen – „Ich bin alleine und schaue mich mal um. Lasse jetzt einfach mal die Natur auf mich wirken.“

B4 (Name der Datei: 180131\_0018): „(...) ich bin auch sehr naturverbunden. Mich spricht einfach diese Farbe halt an. Freude und für mich hat das auch so ein Stück weit Verbundenheit, Gleichgewicht. Also Gelassenheit heißt für mich immer, möglichst entspannt mit schwierigen Situationen umzugehen.“

B3 (Name der Datei: 180301\_0023): „(...) Ich habe dieses Thema, was diese Aufforderung auf Gelassenheit hin, was auszusuchen, ich habe das sehr bezogen auf das Verhältnis zu meiner Mutter, also Gelassenheit in dem Verhältnis. Und ich habe so festgestellt, seitdem die hier in dem Heim ist, das war nicht sofort so, aber das ist jetzt schon lange so, dass ich immer, wenn ich die besuche - Ich kann mit ihr gar nicht mehr sprechen, weil sie ist taub, sie redet dann schon mal so vor sich hin, dass wir immer Händchen halten und das ich ein Bedürfnis habe, meine Mutter anzufassen. Und in den Jahren vorher hatte ich alles, wenn wir so nebeneinandersaßen, und meine Mutter mir nahe rückte, dann bin ich schon so aus dem Sofa weg, weil mir das unangenehm war. Und seitdem die hier ist, habe ich geradezu den Wunsch, ich bin noch gar nicht lange da. Ich setze sie immer so auf das Sofa und setze mich daneben und dann nehme ich die in den Arm und dann halten wir Händchen und dann sagt sie schon mal, Ach, du hast so schöne warme Hände oder dann sagt sie, oh, was hast du kalte Hände. Das finde ich so schön. Das hätte ich nie für möglich gehalten, dass das zwischen uns noch möglich ist.“

B1 (Name der Datei: 180131\_0018): „Mir wird jetzt gerade bewusst, dass es eigentlich zwei doch verschiedene Arten von Gelassenheit gibt, weil einmal in solchen Situationen gelassen zu bleiben, aber ich habe zum Beispiel auch das Problem gelassen zu bleiben-. (?Wie dann,) meine Mutter ist ja nun noch nicht-, sie ist schon ziemlich stark dement, aber eben noch nicht extrem dement. So, und wenn es neue Anzeichen gibt, dann denke ich immer-, dann läuft bei mir ein Kopfkino ab: Was passiert-, was passiert jetzt? Wird das permanent so? Ist das nur einmalig? So, und da dann auch gelassen zu bleiben- – ich finde, das ist noch mal eine andere Gelassenheit, ja? Denn wenn-. Weil man weiß ja gar nicht, wie sich das alles noch entwickeln wird. Und jetzt diese-, diese besonnene Gelassenheit-.“

Die vorgenannten Beispiele legen den Schluss nahe, dass sich die Angehörigen danach sehnen, gelassen bleiben zu können und erleben vielfach lediglich ihr Scheitern, was mit Scham- und Schuldgefühlen einhergeht. Von Einzelnen (z.B. B6) wird Gelassenheit als idealer Zustand betrachtet, der in der aktuellen Situation real nicht mehr zu erreichen ist, was durch die Bedeutungszuschreibung „Gelassenheit ist ein Symbol für...“ beschrieben werden kann. Die Pflege- und Betreuungssituation wird von einigen Teilnehmenden als beständiges Ringen erlebt, was mit inneren und äußeren Konflikten verbunden ist, wie nachfolgender Beitrag zeigt:

„Und wenn dann, sagen wir mal so, zwei, drei gute Tage hintereinander sind, dann fühlt man sich schon quasi fast in Sicherheit. Und fühlt sich wie früher. Und alles ist gut. Und dann kriegt man wieder den Nackenschlag. Und fällt wieder selbst auch eben in so ein schwarzes Loch. Und muss sich da dann wieder rausarbeiten. Und dann ist man eben sehr, denke ich, empfindlich. Und dann da die Gelassenheit wieder neu zu-. Man muss sie sich eigentlich jedes Mal wieder, dann nach so guten Tagen, wieder neu erarbeiten.“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1, Absatz 135).

In den nachfolgenden Unterpunkten werden die Ergebnisse detailliert dargestellt. Zuerst wird hierbei beschrieben, welche Faktoren eine gelassene Haltung in der häuslichen Pflege eines Menschen mit Demenz fördern können. Hiernach werden weitere Faktoren vorgestellt, die Belastungen reduzieren können, die mit der Betreuung eines demenzkranken Angehörigen einhergehen können.

#### 5.4.1 So ist es" - Konstatierendes Wahrnehmen und Gelassenheit

Konstatieren bedeutet etwas feststellend wahrzunehmen bzw. feststellend und zwar im Sinne von "So ist es" und "Es kann sein, dass etwas passiert" (vgl. Kosuch 2016). Diese Form der Wahrnehmung ist ein wichtiger Punkt bei der Beibehaltung von Gelassenheit, was auch in der Auswertung der Explorationsworkshops deutlich wurde. Vielen Teilnehmenden der Workshops scheint eine konstatierende Sichtweise dabei zu helfen, mit der Pflegesituation besser zu Recht zu kommen. So antwortete eine Person auf die Frage, wie sie es schafft gelassen zu bleiben:

*„Also ich versuche gelassen zu bleiben, indem ich halt ja weiß, dass sie krank ist und das hat, also das Wissen hat halt auch schon geholfen, um das alles einzuschätzen. Und in manchen Dingen hat es sich immer wiederholt und sowieso nicht zu ändern ist, geht es dann auch.“ (180509\_0028 - Transkript - TR181773: 41).*

Wenn die Situation so angenommen wird, wie sie ist, kann dies dabei helfen, schwierige Situationen zu bewältigen, ohne dabei in einen größeren Konflikt zu geraten. Wie wirksam ein konstatierender Bewusstseinszustand ist, wird an den Äußerungen einer Angehörigen deutlich:

*„Ich sage mir dann immer wieder, dass mein Mann ja krank ist, dass er nichts dafür kann und dass er ja eigentlich immer ruhig war und hilfsbereit und halte mir alles vor, was er besonders gut war und dann werde ich aber auch wieder ruhiger und denke, wir müssen das Beste draus machen, es ist so.“ (180418\_0026 - Transkript - TR181254: 7).*

Konstatierendes Wahrnehmen ist besonders deshalb wichtig, weil die Erkrankung des Angehörigen häufig mit Verlusterfahrungen und Belastung einhergeht. Die Wahrnehmung: "So ist die Situation und so sind meine Gefühle", eröffnet die Möglichkeit, positive Aspekte der Lebenssituation zu erfassen. Hierzu gehört auch das wertungsfreie Wahrnehmen der unterschiedlichen Gefühle, die mit der Pflege und Betreuung zusammenhängen:

*„Wir sind 54 Jahre verheiratet. Und das tut einem dann manchmal richtig weh, wenn man merkt, der ist nicht mehr der Mann, den ich geheiratet habe. Aber wir machen das Beste draus. Ich bin froh, dass ich ihn noch habe. Das muss ich immer dazu sagen. Wenn ich auch manchen Tag froh bin, wenn ich ihn [in der Tagespflege] abgegeben habe.“ (180418\_0025 - Transkript - TR181254: 87).*

Wenn der Kontakt mit dem Erkrankten schwierig ist, dann kann es helfen festzustellen, dass es Schwierigkeiten (auch) in der Krankheit selbst liegen:

*„Ich sage mir immer den Satz: Wenn der Tag mal nicht so läuft, er ist krank. Es ist seine Krankheit. Und das bringt mich dann auch wieder runter. Dieser Satz. Er ist krank und das ist seine Krankheit.“ (180418\_0025 - Transkript - TR181254: 310).*

Konstatieren bedeutet auch, sein eigenes Verhalten wahrzunehmen: "So bin ich" und die Veränderungen des Lebens nicht von sich wegzuschieben, sondern ihnen offen ins Auge zu sehen:

*„Das ist so. Man muss einfach sagen, mein Leben ist anders. Es ist nicht mehr das alte Leben.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 138).*

Die Gelassenheit steigt, wenn allen Beteiligten bewusst ist, dass die aktuelle Situation so ist, wie sie ist. Dies betrifft nicht nur die Angehörigen, sondern auch Personen aus dem sozialen Umfeld der Erkrankten:

*“Aber das war unheimlich schwer, im Bekanntenkreis. Da sagen die Bekloppten immer, (...) „Das ist nicht so schlimm, das wird wieder. „Da wird gar nichts mehr (...). Da habe ich auch lange dafür gebraucht um das im Freundeskreis, Bekanntenkreis, Nachbarschaft mit ihr zusammen darüber zu reden. Und denen klarzumachen, das ist jetzt so. Und seitdem ist alles besser.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 145 -146).*

Wenn es Angehörige schaffen, die Erkrankung zu akzeptieren, kann dies zu einem gelasseneren Umgang mit Belastungen beitragen:

*„Wie bleibe ich gelassen einfach dann. Ich sage mir, du kannst an dieser Situation nichts mehr verändern.“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1: 3).*

Wichtig erscheint es auch anzuerkennen, dass Stress und Nicht-Gelassenheit eine Situation nicht verbessern können - wie man selbst die Situation einschätzt, hingegen schon:

*„Sagen wir dann einfach, die Ungelassenheit ändert nichts an der Situation und sie kann ja nicht dafür. Es ist eben so.“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1: 25).*

Konstatieren bedeutet auch, die eigene „Nicht-Gelassenheit“ wahrzunehmen und diese nicht zu bewerten. Wenn herausfordernde Emotionen wahrgenommen werden, dann sollten diese nicht zur Seite geschoben werden. Imperative wie z. B. "Ich darf nicht auf meine Mutter wütend sein" führen schlussendlich nur dazu, dass konflikthafte Bewusstseinsinhalte unterdrückt werden. Das konstatierende Wahrnehmen kann zu einem gelasseneren Umgang mit krankheitsbedingten Verhaltensweisen führen, die sich beispielsweise auch in einem humorvollen Umgang mit der Situation ausdrücken können:

*„Also, wenn sie mich morgens jetzt als pflegende Angehörige, obwohl ich im Schlafanzug bin, begrüßt und sagt, wo ich schon herkäme und wen ich schon alles gepflegt habe, dann kann ich das eigentlich ganz gut annehmen, und denn sieh da, es ist so.“ (180301\_0023 - Transkript - TR180916: 151).*

Hier wird deutlich, was mit konstatieren gemeint ist: die Befragte kann sich auf die Situation einlassen und diese innerlich annehmen und verdrängt sie hierdurch nicht aus ihrem Bewusstsein. Wenn wir etwas, so wie es ist, beobachten können, dann kann dies die situative

Gelassenheit fördern, da die Diskrepanz zwischen diesem Ist- und Sollzustand minimiert wird. Zentral hierfür ist die Feststellung: „Es ist so!“.

Weiterhin wurde herausgestellt, dass eine konstatierende Sicht auf die Dinge keinesfalls mit Gleichgültigkeit verwechselt werden darf. Vielmehr geht es darum, genau hinzuschauen und wahrzunehmen, d. h. zu erkennen, wie es ist. Dies betrifft nicht nur die belastenden und herausfordernden Gegebenheiten und Emotionen, sondern auch jene, die positiv konnotiert sind. Damit pflegende Angehörige gelassen mit den Herausforderungen des Betreuungstages umgehen können, scheint es notwendig, dass sie nicht nur eine konstatierende Wahrnehmung entwickeln, sondern die Krankheitsfolgen, zumindest ein Stück weit, akzeptieren können.

#### **5.4.2 "Man muss einfach sagen, mein Leben ist anders,,. – Akzeptanz als Kernstück einer gelassenen Haltung**

Die zentrale Kategorie für mehr Gelassenheit in der Pflege- und Betreuung von Menschen mit einer Demenzerkrankung ist, neben einer konstatierenden Sicht auf die Pflege- und Betreuungssituation, die Akzeptanz jener Veränderungen, die sich aus der Erkrankung ergeben. So können Menschen, die den schwierigen Schritt schaffen, die neue Situation anzunehmen, gelassener und entspannter mit den Belastungen umgehen, die sich aus der häuslichen Pflege ergeben. Wichtig ist es hierbei, die eigenen Erwartungen an die neue Situation anzupassen, was durch eine Teilnehmerin folgendermaßen beschrieben wurden:

*„Ja wollte ich gerade sagen, das sind auch so die Erwartungen. Also, ich habe ganz bewusst auch so, ja mir klar gemacht, was erwarte ich eigentlich von meinem Mann? Oder was macht die Beziehung aus oder was kann mir auch woanders holen? Also was brauche ich eigentlich so für mich? Und, ja ihm das so abgenommen. Also, ich weiß nicht wie ich das ausdrücken soll, also dass ich mir gesagt habe ok, das brauchst du jetzt auch nicht mehr.“ (180509\_0028 - Transkript - TR181773: 45).*

Schwierige, unverständliche und herausfordernde Verhaltensweisen des Menschen mit Demenz werden durch die Angehörigen häufig akzeptiert, wenn sie das Verhalten mit der Erkrankung in Verbindung bringen können. Dieser Umstand spiegelt sich in folgendem Zitat wieder:

*„Ja. Ich sage mir immer den Satz: Wenn der Tag mal nicht so läuft, er ist krank. Es ist seine Krankheit. Und das bringt mich dann auch wieder runter. Dieser Satz. Er ist krank und das ist seine Krankheit.“ (180418\_0025 - Transkript - TR181254: 310).*

Aus diesem Grund erscheint es notwendig, den pflegenden Angehörigen fundierte Informationen über die Auswirkungen einer Demenzerkrankung zu vermitteln. Zu erkennen und zu

akzeptieren, dass man nicht immer perfekt sein kann und sein muss, kann ebenfalls zu einer Entlastung (siehe auch Kap. 3.4) führen:

*„Andererseits habe ich auch ein bisschen meine Einstellung geändert, weil wenn man versucht, perfekt zu sein und immer da zu sein, das kann man nicht 24 Stunden rund um die Uhr.“ (180509\_0027 - Transkript - TR181773: 24 - 26).*

Hier zeigt sich, dass eine Reflexion der eigenen Vorstellungen zu einer Akzeptanz der eigenen Unperfektheit führen kann („So ist es“). Der zentrale Punkt scheint hier die Akzeptanz der Situation zu sein. Durch eine der Teilnehmenden wurde auch die Akzeptanz der neuen Lebenssituation betont:

*"Man muss einfach sagen, mein Leben ist anders. Es ist nicht mehr das alte Leben. Es ist einfach-, vieles ist nicht möglich. Man muss sich halt darauf einstellen.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 138) .*

Im weiteren Verlauf des Gesprächs äußerte sich derselbe Teilnehmer wie folgt:

*„Wenn man das nicht akzeptiert, dann geht es gar nicht.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 139 - 140).*

Das Annehmen der neuen Lebenssituation wird auch von anderen Teilnehmenden als wichtiger Punkt genannt, um Gelassenheit in der Pflege- und Betreuungssituation zu finden. Auf die Frage, wie sie Gelassenheit findet, antwortete z. B. eine Teilnehmerin:

*"Ich sage mir, du kannst an dieser Situation nichts mehr verändern.“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1: 3).*

Die neue Lebenssituation zu akzeptieren ist anstrengend. Insbesondere die Gefühle, sich zurücknehmen zu müssen, nichts erzwingen zu können und die Dinge zu nehmen, wie sie kommen:

*„Ja, dieses Zurücknehmen und zu sagen, okay, ob du jetzt irgendwas erzwingen willst oder nicht, es verändert die Situation nicht mehr. Ja, und dann eben auch immer wieder zu sagen, so, ich werde es nicht mehr zu einer besseren Tendenz verändern können, sondern es wird eben weiterhin in eine andere Richtung gehen und gucken, wie kann ich die dann neu ausrichten.“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1: 14 - 15).*

Die Fähigkeit, mit den veränderten Rahmenbedingungen (der Ist-Situation) umzugehen und seine Kräfte nicht daran aufzureiben, eine Situation herstellen zu wollen (Soll-Situation), die so nicht realisierbar ist, stellt eine wichtige Fähigkeit dar, um mit den Belastungen, die sich durch die Erkrankung ergeben, zurechtzukommen. So kann sich z. B. der Umgang zwischen dem Menschen mit Demenz und der Pflege- und Betreuungsperson verbessern, wenn nicht versucht wird, das Verhalten in eine (gewünschte) Richtung zu verändern, sondern als krankheitsbedingt anzunehmen:

*„Er fühlt sich ab und an immer bedroht oder es könnte jemand kommen und er benennt das auch und das ist ganz schlimm. Am Anfang habe ich mich immer dagegen gewehrt, aber jetzt habe ich gelernt, das hat keinen Sinn, denn da mache ich ihn mir nur zum Feind.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 22).*

Akzeptanz bedeutet aber auch anzunehmen, dass man nicht immer gelassen ist, und dass das Gefühl angestrengt zu sein und auch generell unangenehme Gefühle zu haben in Ordnung sind. Pflegende Angehörige sind keine Maschinen - sie sind Menschen, die eine wichtige und emotional hochbelastete Tätigkeit verrichten, die häufig nicht genug honoriert wird. Oftmals denken Angehörige, sie müssten hierbei perfekt sein. Ein Weg zu mehr Gelassenheit kann darin bestehen, dass sie akzeptieren, dass eine solche belastende Tätigkeit auch dazu führen kann das unangenehme und ungewollte Gefühle entstehen:

*„Mein Resümee ist: Ist nicht schlimm, wenn ich ab und zu mal hochgehe. Und ich muss mich da nicht so über mich ärgern. Einfach sagen „vielleicht klappt es beim nächsten Mal“. Und dann gönne ich mir meine Auszeit. Ohne schlechtes Gewissen.“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1: 212 - 213).*

Die eigenen Gefühle und Bedürfnisse ohne Schuldgefühle wahrzunehmen ist wichtig für eine gelassene Pflege und Betreuung, dies zeigt sich auch an folgendem Zitat:

*„Also gelassen sein heißt ja für mich, dass ich mit mir Frieden habe. Ja, dass ich kein schlechtes Gewissen haben muss irgendwem gegenüber, in dem Fall unserer Mutter.“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1: 120).*

Veränderung zu akzeptieren, die durch die Erkrankung ausgelöst werden, ist keine einfache Aufgabe. Wenn es jedoch gelingt, dann können hierdurch viele Konflikte gelöst werden, die durch wahrgenommenen Fähigkeitsverlust bei den pflegenden Angehörigen entstehen. Wenn weniger konflikthafte Inhalte im Bewusstsein vorhanden sind, fällt es Menschen leichter, auch die positiven Aspekte wahrzunehmen.

#### **5.4.3 „Das Symbol für Gelassenheit, wobei das wäre dann meine Hand und das die Hand meiner Mutter.“ - Positive Gefühle und Liebe als Ressource für Gelassenheit**

Wenn trotz der Erkrankung auch positive Aspekte wahrgenommen werden, führt dies dazu, dass mit den Belastungen der Pflege- und Betreuungstätigkeit gelassener umgegangen werden kann. Positive Aspekte sind z. B. der Umstand, dass man noch gemeinsame Erlebnisse mit den erkrankten Personen schaffen kann. Des Weiteren kann die Beziehung zwischen der pflegenden und der erkrankten Person intensiver werden. Diese tiefen Bindungen können die Folgen von „Nicht-Gelassenheit“ ausgleichen, was dann so aussehen kann:

*„Und das ist eine Minute. Dann ist sowieso schon wieder gut. Dann sehe ich ihn oder er weint und hält sich den Kopf. Und: Was ist nur mit mir los? Und-, also so manches merkt er dann*

*doch. Oder noch besser ist, wenn er mich in den Arm nimmt und sagt, wenn ich mal krawitzig war: „Kannst du nicht wieder so lieb sein, wie du immer warst? Das merkt er dann auch.“ (180418\_0025 - Transkript - TR181254: 91).*

Die Feststellung, dass die Liebe bisher alles zusammengehalten hat und auch zusammenhalten wird, kann dazu führen, dass man ruhiger wird:

*„Das habe ich mir ausgesucht, weil wir sind jetzt über 50 Jahre verheiratet. Wir hatten im letzten Jahr Goldhochzeit. Und von Herzen bedeutet Liebe, irgendwie. Und wenn man an die Grenzen kommt und denkt, dass das einmal Liebe war, oder auch noch ist, dann wird man ruhiger. Dann muss man sagen, so lange waren wir zusammen, so lange hat es funktioniert. Jetzt ist der Eine für den Anderen da.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 128).*

Daneben zeigt sich in dem Zitat, wie förderlich die Fähigkeit ist, eine Situation konstatierend wahrzunehmen. Durch eine klare und wertungsfreie Sicht auf die aktuelle Lebenssituation können auch jene Aspekte in den Blick genommen werden, die nicht in direktem Zusammenhang mit dem Leid stehen, das durch die Erkrankung des geliebten Menschen in das eigene Leben Einzug gehalten hat. Die Förderung einer solchen Sichtweise ist daher für das Erlangen einer größeren Gelassenheit als wichtige Komponente anzusehen. Gelassenheit kann zudem auch durch eine gefühlte Nähe zu der gepflegten Person entstehen:

*„Ja, also das war für mich ganz spontan das Symbol für Gelassenheit, wobei das wäre dann meine Hand und das die Hand meiner Mutter.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 80).*

Die Beziehung zu der erkrankten Person kann als Gewinn erlebt werden, wenn gemeinsame Erinnerungen geteilt werden und diese Gefühle auslösen, die als schön empfunden werden. Ein anderer hilfreicher Punkt liegt in der Wahrnehmung begründet, durch die Pflege etwas zurückzugeben. Dies wurde durch die Befragten als positiv beschrieben. Des Weiteren wird die Wertschätzung durch die Erkrankten selbst als wichtig empfunden. Gelassenheit drückt sich auch in der gegenseitigen Annahme und Achtung aus. Diese beiden Punkte gehen eng mit der Akzeptanz der Ist-Situation einher. Wenn die Situation so akzeptiert wird, wie sie ist, wenn der Mensch so angenommen wird, wie er mit der Erkrankung ist, dann gibt es keine Imperierungen und hierdurch keine konflikthafter Bewusstseinsinhalte, die zu einem hohen Psychotonus und somit zu einer „Nicht-Gelassenheit“ führen.

*„Also, ich finde auch immer das drückt das mich aus so, diese Gelassenheit aus der Annahme heraus, aus der gegenseitigen Achtung, der gegenseitigen Annahme heraus. Die ist mir auch sehr wichtig und ich hoffe es zumindest oder ich habe den Eindruck, dass wir dieses öfter finden in dem Miteinander, besonders auch, wenn unsere Kinder da sind. Wir haben drei Kinder, die dann ja auch mit ihren Frauen und so weiter. Es ist dann also ja eine größere Runde und da gehört die Oma dann ja auch ganz selbstverständlich dann dazu.“ (180301\_0023 - Transkript - TR180916: 145).*

Ein zentraler Punkt in dieser Kategorie scheint der Umstand zu sein, dass gemeinsame Zeit Verbindung schafft, die Nähe verändert sich jedoch durch die Demenz. Diesen Umstand zu erkennen und hiernach zu handeln (d.h. eine konstatierende Sichtweise auf die Lebenssituation zu entwickeln), ist einer der zentralen Punkte, die pflegende Angehörige erlernen können, um mit den Herausforderungen des Pflegealltags (gelingender) umzugehen.

#### **5.4.4 Fröhlichkeit, Humor und heitere Gelassenheit**

Eine wichtige Komponente, die zu Gelassenheit führen kann, ist Humor. Unter Humor wird die Fähigkeit verstanden, Unangenehmes und alltägliche Schwierigkeiten gelassen und heiter zu betrachten. Die Gelassenheit entsteht dadurch, dass unangenehme Situationen konstatierend wahrgenommen und umgedeutet werden. Eine solche Bedeutungsmodifikation schildert eine Teilnehmerin folgendermaßen:

*„Ja. Dass man versucht es noch mal umzudeuten. Wer weiß, vielleicht wachsen die Teddys noch? Dann hat man eine wertvollere Sammlung.“ (180222\_0021 - Transkript - TR180497: 273).*

Gelassenheit bedeutet auch über die eigenen Defizite schmunzeln zu können. Humor ist eine besondere Form der Gelassenheit. Schaut man nach der Definition von Humor, so ist diese "heitere Gelassenheit", d.h. ein Zustand, der für den Umgang mit Belastungen förderlich erscheint. Im Rahmen der Explorationsworkshops gaben die Teilnehmenden mehrfach an, dass sie einen humorvollen und fröhlichen Umgang mit der Pflege- und Betreuungssituation als hilfreich erleben:

*"Sie ist ein fröhlicher Mensch und ich schaffe vieles mit Fröhlichkeit.“ (180418\_0026 - Transkript - TR181254: 101).*

Humor scheint insbesondere dabei zu helfen, die Folgen und Erlebnisse der häuslichen Pflege und Betreuung zu verarbeiten. Durch Humor können Spannung in konflikthaften Situationen vermindert werden, da durch Humor die Diskrepanz zwischen Ist- und Sollzustand verkleinert wird:

*"Also ich stelle fest (...) dass ich es öfter schaffe (...) Situationen so ein bisschen zu verändern und die (...) Witzig sein zu lassen. Und Gott sei Dank mein Mann steigt da gut drauf ein. Der ist also dann wie dankbar. Habe ich das Gefühl. Wenn wir das schaffen, dann zu lachen. Dann ist so die Luft raus.“ (180222\_0021 - Transkript - TR180497: 48 - 51).*

Wenn Humor wirkt, dann führt dies zu einem Gefühl der Selbstwirksamkeit und zu positiv besetzten Momenten zwischen den Angehörigen, was auch von einem anderen Teilnehmer bestätigt wird:

*„Es ist für mich auch ein Gewinn, wenn ich so diesen Aspekt Humor reinkriege. Und wenn ich sehe, es kommt an.“ (180222\_0021 - Transkript - TR180497: 507).*

Wir können hier festhalten: Humor hilft dabei, die Diskrepanzen zwischen Imperativen eines Betroffenen („So muss es sein“) und den ist-Kognition („So ist es“) zu verkleinern. Dies wiederum kann akute Konflikte vermindern (Konfliktumgehungsstrategie) und so zu mehr Gelassenheit führen. Daneben schafft und verstärkt Lachen positive Gefühle und kann so zu einem gelassenen Miteinander zwischen der erkrankten Person und den pflegenden Angehörigen führen.

#### **5.4.5 So mache ich das - Selbstwirksamkeit und die Akzeptanz der eigenen Fähigkeiten**

Wenn pflegende Angehörige schwierige Situationen gelassen bewältigen, zeigt sich dies in einer gesteigerten Problemlösungsfähigkeit und einer Erhöhung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit:

*„Das ist der Moment, wo man auch auf den Trichter kommt, wie stelle ich es jetzt an, eine Situation so zu händeln, dass die Mutter, oder die pflegende Person das ohne Widerspruch akzeptiert.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 42).*

Gelassenheit zeigt sich in solchen Situationen dadurch, dass Inhalte im Bewusstsein in den Vordergrund treten, so bessere Lösungen gefunden werden und die Person sich als selbstwirksam erlebt. Einer der Teilnehmer beschreibt den Vorteil von Gelassenheit so:

*„Dann bin ich wieder ruhiger. Das ist quasi die Freude über-. Jetzt weiß ich, wie ich es anstelle (...). Und jetzt kann ich mit der Situation gelassen umgehen.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 47).*

Gelassenheit hat auch mit dem Wissen zu tun, dass man in der Lage ist, die Situation zu bewältigen:

*„Also das war für mich ganz spontan das Symbol für Gelassenheit, wobei das wäre dann meine Hand und das die Hand meiner Mutter. Und wenn ich einen Tag geschafft habe, wo wir am Ende beide so-, ich da die Hand auf ihre Hand lege und sage „So, den Tag haben wir wieder gut geschafft.“, dann bin ich auch gelassen.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 80).*

Genauso entlastend kann es jedoch auch wirken, anzuerkennen, dass etwas zurzeit nicht möglich ist. Für viele Menschen ist es jedoch nicht einfach, ihre Emotionen und Handlungsmöglichkeiten konstatierend wahrzunehmen. Es erscheint daher notwendig, den Glauben der Angehörigen an sich und ihre Fähigkeiten zu stärken und sie in der Hinsicht zu bestärken, dass sie nicht immer handlungs- und entscheidungsfähig sein müssen. Ein bejahender Umgang zu den eigenen Grenzen ist somit ebenfalls ein wichtiger Lernprozess für die Pflegenden. Eine der Befragten beschreibt eine Situation, in der sie eine solche Unterstützung erfahren hat:

*„Und er [der Psychologe] hat das natürlich verstanden, dass mir damit nicht geholfen war, zu sagen, tu die ins Heim, also das ich das nicht konnte. Der hat dann immer gesagt, irgendwann können Sie das schon.“ (180301\_0023 - Transkript - TR180916: 79).*

Durch die Aneignung von Wissen kann die Wahrnehmung der eigenen Selbstwirksamkeit gesteigert werden. Dies kann zu einem unaufgeregteren Umgang mit Situationen führen, die als schwierig und herausfordernd erlebt werden. Es ist davon auszugehen, dass viele Menschen, die einen Demenzkranken pflegen oder betreuen, ein Interesse daran besitzen, sich weiterzuentwickeln und sich als selbstwirksam wahrnehmen zu können.

#### **5.4.6 Rituale, Strukturen und Ruhe**

Im Umgang mit Menschen mit einer Demenz ist es für die eigene Gelassenheit förderlich, Strukturen zu implementieren. Strukturen und Rituale helfen Menschen mit Demenz, sich zu orientieren und geben der Pflegeperson Sicherheit. Dies wird auch durch eine Teilnehmerin bestätigt:

*„Mir hilft es gelassen zu bleiben, gewisse Ordnung zu machen. Und dass meine Mutter dann nicht anfängt, rumzuhummeln, sondern dass wir einfach gelassen sitzen bleiben.“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319: 176).*

Eine eigene Routine kann dazu führen, dass der Tag gelassen begonnen wird. So kann es beispielsweise hilfreich sein, wenn die pflegende Person eigene Rituale entwickelt und beibehält. Auch Pflegende benötigen Zeit für sich selber. Dies zu erkennen und sich Freiräume zu suchen, ist für viele Menschen, die einen Menschen mit Demenz pflegen oder betreuen, ein wichtiger Faktor, um Gelassenheit zu erlangen. Für den gelassenen Umgang mit Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, sind klare Regeln förderlich. Dies scheint daraus zu resultieren, dass diese Setzungen eine Ähnlichkeit mit dem Konstatieren aufweisen: „So ist es, so wird es gemacht, weil das jeden Tag so gemacht wird“. Hierdurch wird Gelassenheit bei allen Beteiligten gefördert (reduzieren Komplexität bei den Demenzerkrankten und das Ermöglichen konstatierender Kommunikation). Wichtig ist auch hier, dass die Notwendigkeit nicht als Imperativ abgespeichert wird:

*„Aber das hat schon ein bisschen abgefärbt bei mir jetzt. Und morgens gehe ich immer zu meinem Mann und mache dann immer so-. Und das tut mir dann schon gut. Und dann sage: Heute gehe ich dahin. Dann mache ich das und das. Das ist so ein Ritual. Und es tut mir gut.“ (180418\_0026 - Transkript - TR181254: 255).*

#### **5.4.7 Einfach mal raus – Die Natur als Quelle von Gelassenheit**

Im Rahmen der Explorationsworkshops zum Thema "Gelassenheit" zeigte sich, dass die häufigsten Beschreibungen von Situationen und mentalen Bildern, in denen Gelassenheit erlebt wird mit der Natur verbunden waren:

*„Also ich habe [diese Bild] für Gelassenheit genommen. Weil wir einfach gerne wandern und dabei abschalten können. Oder spazieren gehen halt. Und wir wohnen auf dem Land. Die frische Luft und die Natur und da fühlen wir uns dann einfach gut. Und mein Mann und ich sind dann alleine und wir können alles besprechen.“ (180509\_0027 - Transkript - TR181773: 172).*

Eine solche Gelassenheit kann bei einem Spaziergang in der Natur, beim Wandern, Segeln oder anderen Freizeitaktivitäten gefunden werden. Für manche der Befragten reicht aber bereits ein Gang in den Garten oder das Verrichten von Gartenarbeit. Ebenso wurde mehrfach das Bild von gemeinsamen Reisen beschrieben - also einer Zeit, in der viele Menschen einen Zustand anstreben, der idealtypisch ist ("Alles ist so, wie es sein soll"). In der Natur kann man Ruhe und Ausgeglichenheit finden. Wenn Grenzen spürbar werden, reicht manchmal ein Gang in den Garten, Park oder den nahegelegenen Wald. Das zentrale Element war in den Schilderungen häufig der Blick ins Grüne – wie die beiden nachfolgenden Aussagen von Teilnehmenden verdeutlichen:

*„Da würde ich sagen, ich bin gelassen, wenn ich auch einmal schön nach draußen bei mir schaue. Habe ich meinen Garten und andere Bäume noch, die dann in der Gegend sind. Und auch, was da krecht und fleucht. (...) Das gibt mir dann doch ein bisschen einen Ausgleich.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 112).*

*„Alles, was mit Natur zusammenhängt, das macht mich ruhig und ausgeglichen und wenn ich zu Hause also an meine Grenzen komme, dann gehe ich entweder in den Garten oder ich gehe in den nahegelegenen Wald.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 65).*

Die Natur kann zusammenfassend als etwas betrachtet werden, das zu einem inneren Gleichgewicht bei den pflegenden Angehörigen führt und ist eng mit dem Punkt der Freiräume verbunden. Doch wie unterstützt die Natur Gelassenheit? Wenn die Natur als ein Mittel beschrieben wird, um die Gelassenheit zu bewahren, so kann dies auch damit zu tun haben, dass ein Aufenthalt in der Natur Menschen bei einer konstatierenden Wahrnehmung unterstützt:

*„Dieses In-die-Ferne-blicken und dann so gelassen stehen – „Ich bin alleine und schaue mich mal um. Lasse jetzt einfach mal die Natur auf mich wirken.“ (180222\_0020 - Transkript - TR180497-1: 88).*

Die Natur scheint für viele Menschen ein Ort zu sein, an dem keine großen Diskrepanzen zwischen dem Ist- und dem Sollzustand herrschen. Sie erlauben sich hier ihre Umwelt in einer Art und Weise wahrzunehmen, die an das konstatierende Wahrnehmen erinnert. Aus diesem Grund könnte es sein, dass es ihnen leichter fällt, in dieser Umgebung einen Blick darauf zu werfen, was in ihnen vorgeht.

#### 5.4.8 Freiräume suchen, finden und nutzen

Einige der befragten Angehörigen finden Gelassenheit, wenn sie entspannen, ausspannen oder alleine sein können. Denn die Verantwortung für die pflegebedürftige Person und die zeitlichen Anforderungen, die mit der Übernahme der häuslichen Betreuung einhergehen, können zu einem Gefühl der Fremdbestimmung führen. Hieraus erwächst häufig der Wunsch nach einem zeitlichen Korridor, der nur der pflegenden Person gehört:

*„Ich wünsche mir eine schöne Situation, diese Situation möchte ich nur für mich haben.“  
(180125\_0015 - Transkript - TR180463: 67).*

Die ständige Präsenz des erkrankten Angehörigen und seine Bezogenheit auf die Betreuungsperson kann weiterhin ein starkes Bedürfnisse nach einem Alleinsein bedingen:

*„Ich habe das Bild mit den Wolken in den Bäumen gewählt, weil es auch menschenleer ist. Es ist keiner da, der etwas von mir will in dem Augenblick. Und weil Bäume- – ich mag Bäume. Bäume sind sehr alt, haben sehr viel schon erlebt und gesehen und ertragen es auch weiter.“  
(180125\_0016 - Transkript - TR180319: 100).*

In den Gruppengesprächen wurde deutlich, dass es einigen der Angehörigen relativ gut gelingt, diese Freiräume im Alltag zu identifizieren und zu nutzen. Wichtig hierfür erscheint die Fähigkeit, im Alltag nach Möglichkeiten zu suchen, in denen eigene Bedürfnisse erfüllt werden können. Hierfür bietet es sich, nach Angaben der Angehörigen, an, die Gewohnheiten und Rituale der erkrankten Person zu nutzen. So schilderte ein Teilnehmer seine Erholungszeit folgendermaßen:

*„Ich habe mir ausgesucht dieses Rad [als Bild, das für ihn Gelassenheit beschreibt]. Einmal, weil das mich sehr an ein Fahrrad erinnert. Und meine große Auszeit ist immer mittags. Nach dem Mittagessen geht sie schlafen. Und dann ist sie meistens in der Lage auch noch einmal einen kleinen Spaziergang mit dem Stock zu machen. Und dann kann ich zwei Stunden Fahrrad fahren. Das mache ich jeden Tag.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 124).*

Neben dem Erkennen und dem Ausnutzen von Zeiträumen, die sich aus den Verhaltensweisen des Menschen mit Demenz ergeben, kann formelle und informelle Unterstützung Freiräume eröffnen:

*„Also ich versuche mir darin Freiräume zu schaffen. Ich gehe heute Abend zum Chor, morgen ist Konzert. Ich habe also eine ganz nette Frau gefunden, die dann bei ihm bleibt und ja, am Wochenende bin ich mit dem Chor unterwegs, da schläft sein Sohn bei ihm.“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1: 64).*

Das Beibehalten von Hobbys kann auch dazu führen, dass den Herausforderungen des Pflegealltags gelassener begegnet werden kann. Entspannung wird hier auch mit Gelassenheit gleichgesetzt:

*„Das erinnert mich daran, dass ich mich mittags zum Entspannen ins Bett lege und eine halbe Stunde lesen. Das ist für mich die Gelassenheit.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 54).*

Zentral bei dieser Vorstellung scheint für die Befragten die Abwesenheit von (negativen) Gedanken zu sein. Gelassenheit besteht hierbei darin, dem Kopf frei zu haben und nicht zu denken:

*„Das ist Entspannung pur, einfach mal sich hinzusetzen, so nichts zu denken, nichts zu tun (...) und einfach nur da sein – das ist für mich Gelassenheit.“ (180222\_0020 - Transkript - TR180497-1: 78).*

Wenn es Angehörige schaffen, Freiräume zu identifizieren und für sich nutzbar zu machen, dann kann dies zu einer Zunahme an Gelassenheit führen. Um sich Freiräume zu verschaffen, ist es zuweilen notwendig zu akzeptieren, dass man nicht immer für seinen Angehörigen da sein kann und dies auch nicht immer zwingend erforderlich ist. Dies ist eine wichtige Erkenntnis, die sich nicht immer richtig anfühlen mag und bei den pflegenden Angehörigen zu Schuldgefühlen führen kann, da unter Umständen vorhandene Imperative verletzt werden. Um gelassen zu bleiben, kann es darüber hinaus hilfreich sein, eine angespannte Situation kurz zu verlassen, z. B. für einen kurzen Spaziergang:

*„Meine Frau lässt sich also auch nicht überzeugen von irgendetwas oder fängt dann auch an zu schimpfen. Dann sage ich: „Jetzt gehe ich erst mal eine Runde spazieren.“ Und dann bin ich in zehn Minuten, Viertelstunde wieder da und dann hat sich das auch gebessert.“ (180509\_0027 - Transkript - TR181773: 231).*

So können Teufelskreise durchbrochen werden, die ansonsten in einen akuten Konflikt führen könnten. Zentral ist es in dem vorangegangenen Beispiel, dass der Teilnehmer das Verhalten der Partnerin stehen lassen kann („Es ist so“) und sich nicht verpflichtet fühlt, seinen Standpunkt zu verteidigen, oder eine Konfrontation zu suchen. Durch das konstatierende Wahrnehmen und die Akzeptanz der Situation kann er hier „gelassen“ handeln und eine Lösung finden, die einen Teufelskreis verhindert.

### **5.5 Mediatoren, die zu einer Belastungsreduktion beitragen**

Im Zuge der Auswertung fanden sich auch andere Mediatoren, die dazu führen, dass die Aufgaben, die mit der Betreuung und Versorgung eines demenzkranken Angehörigen einhergehen, als weniger belastend erlebt werden. Diese sind: Die Fähigkeit Unterstützung anzunehmen, ein soziales Netz zu besitzen, das Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehen sowie das Gefühl in einer Situation selbstwirksam zu sein. Daneben scheint der gelassene Umgang mit der Pflegesituation ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Belastungsreduktion einzunehmen.

### 5.5.1 Unterstützungsbedarf erkennen und Hilfe annehmen

Das Erkennen eines Hilfebedarfes ist ein wichtiger erster Schritt, um das eigene Unterstützungssystem zu installieren und Belastungen zu reduzieren, die durch die häusliche Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz entstehen können. Ein Angehöriger gab hierzu Folgendes an:

*„Das ist ja der erste Schritt, den man sagt, "Hier du musst mir helfen". Und wenn es eben notwendig ist, kommt noch da Hilfe.“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319: 37).*

Einen Hilfebedarf einzugestehen ist jedoch häufig mit Imperativen belegt. Die befragten Angehörigen sind sich zumeist bewusst, dass es wichtig ist, sich Unterstützung zu suchen. Dieses Wissen ist jedoch häufig imperativisch aufgeladen, sodass ein nicht wahrgenommener Unterstützungsbedarf dazu führen kann, dass der Psychotonus der Betreuungsperson ansteigt. Eine solche imperativische Sollvorstellung wird an dem folgenden Zitat deutlich:

*"Generell, dass die ganze Arbeit zu viel ist, ja. Und das ist ja wie immer im Leben, man soll ja, wenn möglich, auch einiges abgeben können, sich Hilfe suchen.“ (180125\_0016 - Transkript - TR180319: 35).*

Um es pflegenden Angehörigen zu erleichtern, sich den eigenen Unterstützungsbedarf einzugestehen, könnte es hilfreich sein, sie darin zu schulen, Möglichkeitsvorstellung konstatieren wahrzunehmen. Dies könnte folgendermaßen ausschauen: "Ich muss mir Hilfe holen!", oder "Es kann sein, dass ich keine Hilfe möchte".

### 5.5.2 Selbstanweisungen – „Ich schaffe das!“

Von einigen Teilnehmerinnen wird Autosuggestion in Form von autogenem Training als hilfreich erlebt:

*„Ich mache mir die Situation so, wie ich sie möchte: Bleib ruhig.“*

Diese Anweisung enthält jedoch die Erkenntnis, dass ich nicht ruhig bin, diese muss überschrieben werden, damit die Selbstanweisung wirkt. Eine andere Teilnehmerin beschreibt ihre Erfahrung mit autogenem Training wie folgt:

*„Das ist Jahre her und habe ihr auch die Situation geschildert und wir haben Übungen gemacht und das lief dann eben darauf hinaus ich bleibe ruhig und gelassen in jeder Situation. Das ist der Befehl, den man sich dann gibt. Ob es immer gelingt, weiß ich nicht, aber mir hat es geholfen.“ (180509\_0028 - Transkript - TR181773: 14).*

### 5.5.3 Positive Aspekte wahrnehmen / Reframing

Ein wichtiger Faktor, der dazu führen kann, dass Stressoren als weniger belastend wahrgenommen werden, ist die Fähigkeit der Betroffenen, auch in schwierigen, herausfordernden oder belastenden Situationen positive Aspekte wahrzunehmen bzw. die Situationen umzu-

deuten. Diese Fähigkeit hängt sehr eng mit der Fähigkeit zum konstatierenden Wahrnehmen und der Akzeptanz der Krankheitsfolgen zusammen. So scheint es für die Angehörigen hilfreich zu sein, den Menschen mit Demenz als eine präzente Person wahrzunehmen und ihn nicht als (zusätzliche) Bürde zu betrachten:

*„Ein Gewinn ist ja eigentlich auch, dass der noch da ist, dass man nicht alleine ist, also überhaupt, ja. Dass es ihn noch gibt, sage ich jetzt mal.“ (180418\_0026 - Transkript - TR181254: 124).*

Unter den Punkt "positive Aspekte wahrnehmen" fällt auch die Dankbarkeit für Dinge, die im Moment zufriedenstellen laufen, oder die einem selbst guttun (z. B. positive Charakterzüge des erkrankten Angehörigen). Des Weiteren scheint es Angehörigen zu helfen, wenn sie die Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit wahrnehmen und diese wertschätzen. Für die Angehörigen ist es wichtig, dass sie nicht vergessen, dass, trotz des Leids und der Krankheit, auch noch gute, positive, schöne Dinge existieren. Hierzu gehört es auch, sich an kleinen Dingen zu erfreuen, also an solchen Gegebenheiten des Alltags, bei denen man entspannen kann. Dies wird durch eine der Teilnehmerinnen so beschrieben:

*„Wenn da ein schöner Film ist, FüÙe hoch, Glas Wein, da freue ich mich drüber.“ (180131\_0019 - Transkript - TR180319-1: 167).*

Hierzu gehört es auch, offen zu sein für die schönen Momente mit dem Angehörigen. Denn selbst in der schwierigen und von Verlust und Belastung geprägten Zeit können sich schöne Momente verstecken, die ein Gewinn für die beteiligten Menschen sind. So kann man:

*„Durch Krankheit generell ja noch mal eine Beziehung anders leben, neu entwickeln. Und viele schöne Momente auch schaffen. Die erst im Nachhinein vielleicht dann auch manchmal bewusstwerden.“ (180222\_0021 - Transkript - TR180497: 567).*

Die Fähigkeit, schöne Dinge zu erkennen ist wichtig für einen gelassenen Umgang mit der erkrankten Person. Essentiell ist es jedoch, sich diese Wahrnehmung nicht zu imperieren, da dieses wiederum zu inneren Konflikten bei der pflegenden Person führen kann. Eine solche Imperierung wird in der folgenden Aussage ersichtlich, in der eine der Teilnehmerinnen ein Bild beschreibt, dass sie sich ausgesucht hat und das für sie "Gelassenheit" ausdrückt:

*„Ich habe den freundlichen jungen-, den freundlichen jungen Mann. Der sieht etwas Schönes und man muss immer versuchen etwas Schönes zu sehen, auch in jedem Moment.“ (180222\_0020 - Transkript - TR180497-1: 107).*

Auch wenn die Erkrankung mit Verlusten verbunden ist, können positive Veränderungen im eigenen Leben vorkommen. Wenn Angehörige von Menschen mit einer Demenz es schaffen, diese Punkte wahrzunehmen („Ja, so ist es“), kann dies zu einem gelasseneren Um-

gang mit den Verlusten führen, die durch die Krankheit entstehen. So hat eine der Teilnehmerinnen folgende Erfahrung gemacht:

*„Ich habe ja eine Menge aufgegeben. Ich habe meinen Beruf aufgegeben. Und sehe meine Freunde nicht mehr oft. Aber ich habe auch andere Menschen dazu gewonnen (...) ich habe so viele tolle Menschen kennengelernt. Für die, da bin ich unheimlich dankbar für.“ (507 - 507 (100).*

#### **5.5.4 Gemeinsam sind wir stark - Soziale Unterstützung**

Ein wichtiger Punkt der Belastungsreduktion, der durch viele der Teilnehmenden geschildert wurde, war die Unterstützung durch das informelle und formelle soziale Umfeld der Betroffenen. Die Hilfe durch einen Pflegedienst, Tagespflege, Betreuungskraft und/oder das soziale Umfeld wirkt entlastend und führt dazu, dass die Versorgung in der häuslichen Umgebung lange Zeit möglich ist. Eine solches umfassendes Hilfe- und Unterstützungssystem schildert die folgende Teilnehmerin:

*„Ja, ich pflege nicht alleine, wir haben ganz viel Hilfe, halt der Pflegedienst kommt morgens, abends. Die gehen beide in die Tagespflege zwei Mal in der Woche. Ja und die restliche Zeit, die muss halt irgendwie überbrückt werden, man-. Ist meine Schwester auch noch mit dabei. Ja. Dann haben wir jetzt jemanden, der einmal in der Woche von der Alzheimer-Gesellschaft kommt und spielt oder irgendwas, irgendwie sich beschäftigt mit den beiden.“ (180509\_0027 - Transkript - TR181773: 4).*

Ein soziales Netz, in dem die pflegenden Angehörigen sich öffnen können, ist wichtig, um mit herausfordernden Emotionen (Verlust, Trauer, Ärger etc.) umgehen zu können, die sich aus der Pflege und Betreuung ergeben. Diese sozialen Netze bzw. soziale Kontakte wurden von den Teilnehmenden als wichtiger Teil ihres Hilfenetzes betrachtet:

*„Ja, die sind ganz, ganz wichtig. Dass man-, also mir hilft darüber reden. Manche können es nicht, die machen alles mit sich alleine fertig, aber ich kann gut über alles reden. (...) Und habe auch Leute, die mir zuhören, das ist ja auch wichtig, dass da nicht kommt, das hast du schon erzählt und ich weiß oder das musst du so und so machen. Und wenn das von Leuten kommt, die selber nicht mit der Krankheit zu tun haben, das kann ich dann gar nicht haben.“ (180418\_0026 - Transkript - TR181254: 11).*

Eine andere Teilnehmerin stellte insbesondere auf die entlastende Wirkung dieser Netze ab, wenn sie erzählt:

*„Und wenn mein Hals mal ganz dick wird, wenn ich richtig Kummer habe, dann habe ich eine gute Freundin, die kann ich jederzeit anrufen und erzähle ihr dann einfach und dann ist auch schon wieder gut.“ (180418\_0026 - Transkript - TR181254: 9).*

Soziale Hilfen können dazu beitragen, die wichtigen Freiräume für die Pflege- und Betreuungspersonen zu schaffen:

*„Jetzt habe ich seit einiger Zeit, dass wenigstens einmal nachmittags für drei Stunden eine Betreuung kommt. Scheint auch einigermaßen gut mit ihm klarzukommen. Dass ich wenigstens dann mal ein bisschen was erledigen kann. Und dann habe ich einen ganz netten Nachbarn, der einmal die Woche zwei Stunden mit ihm spazieren geht.“ (180418\_0025 - Transkript - TR181254: 104).*

Dabei können formelle Hilfen, wie Entlastungsdienste (DUO etc.), oder aber auch informelle Arrangements, wie eine Nachbarschaftshilfe, zielführend sein. Insbesondere jene Menschen, die nur auf ein kleines informelles Netzwerk zurückgreifen können, benötigen Unterstützung durch formelle Unterstützungssysteme:

*„Und ich pflege ihn alleine, ich brauche aber zum Teil Hilfe. Die reine Pflege macht mir nichts aus, aber ich muss auch mal eine Entlastung haben und da hole ich mir jetzt Hilfe über die Verhinderungspflege, (...) damit ich auch mal – so wie heute zum Beispiel – weggann.“ (180131\_0018 - Transkript - TR180463: 22).*

Dieser Personenkreis scheint relativ vulnerabel zu sein. Das Ausmaß, in dem Hilfe- und Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen werden können, korreliert hier mit den finanziellen Ressourcen, die der pflegenden Person zur Verfügung stehen. Viele der Teilnehmenden aus den Explorationsworkshops können auf Hilfe aus dem engsten Familienkreis zurückgreifen. Insbesondere Ehe- oder Lebenspartner\*innen, Kinder, Schwiegertöchter und -söhne sowie die Enkel nehmen eine wichtige Rolle im System der informellen Helfer und Helferinnen ein:

*Ich habe vier Töchter, die ich nicht missen möchte. Die mir wirklich moralisch und kräftemäßig unter die Arme greifen.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 51).*

Auch den Partnern und Partnerinnen der pflegenden Angehörigen kommt eine zentrale Rolle bei der Bewältigung des Belastungserlebens zu:

*"Also, ich habe einen sehr kreativen, lustigen Mann. Und, dass wir am Wochenende auch etwas Schönes machen und zusammen lachen. Und das hilft mir.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 92).*

Die Unterstützung durch den Partner oder die Partnerin, kann dabei auch tatkräftiger Natur sein:

*„Der macht zum Glück den Haushalt ein bisschen.“ (180125\_0015 - Transkript - TR180463: 44).*

### 5.5.5 Zwischenfazit

Die Pflege und Betreuung von Menschen, die an einer Demenz leiden, ist eine Tätigkeit, die mit Belastungen verbunden ist. Menschen unterscheiden sich jedoch darin, wie sie mit diesen Belastungen umgehen. In der Auswertung der Explorationsworkshops zeigte sich, dass bestimmte Faktoren einen gelassenen Umgang mit Belastungen, die aus der Betreuungstätigkeit entstehen, fördern können und wiederum andere Faktoren eher dazu führen, dass schwierigen und herausfordernden Situationen nicht mit der gewünschten Gelassenheit begegnet wird. Bei der Auswertung wurde deutlich, dass pflegende Angehörige häufig in Imperativverletzungskonflikte geraten können, die aus dem Formenkreis der Realitätskonflikte stammen. Akute Konflikte, die schlussendlich zu einer wahrgenommenen Anspannung und Erregung führen, entstehen hier aus der Diskrepanz zwischen dem Ist- und dem Sollzustand (siehe hierzu auch das Zwischenfazit in Kap. 3.3.9).

Gelassenheit im Umgang mit dem Menschen mit Demenz bewirkt, dass die Problemlösungsfähigkeit gesteigert wird und sich Angehörige als selbstwirksam erleben. Damit pflegende Angehörigen gelassen mit den Herausforderungen umgehen können, ist es notwendig, dass sie in der Lage sind, ihre Vorstellungen davon zu reflektieren, wie eine bestimmte Situation, Person oder Handlung zu sein hat (Imperativ) und an die Realität („So ist es“) anzupassen. Hierfür ist es notwendig, sich die eigene Lebenssituation konstatierend anzuschauen. Dies bedeutet, seine Aufmerksamkeit auf Aspekte der Pflege- und Betreuungssituation zu richten und diese wertungsfrei wahrzunehmen. Durch eine konstatierende Sichtweise können Aspekte bemerkt werden, die nicht in einem direkten Zusammenhang mit den Auswirkungen der Erkrankung stehen. Die Förderung einer solchen Sichtweise ist daher für das Erlangen von Gelassenheit bei der Pflege und Betreuung als wichtige Komponente anzusehen.

Gelassenheit drückt sich auch in der gegenseitigen Annahme und Achtung aus. Diese beiden Faktoren stehen in einem engen Verhältnis zu einem akzeptierenden Umgang mit den Krankheitsfolgen und der neuen Lebenssituation. Die beiden Aspekte führen zu einem gelasseneren Umgang mit konflikthafter Situationen. Wenn ein Mensch so angenommen wird, wie er ist, gibt es keine bzw. weniger imperativische Aufladungen und somit weniger konflikthafte Bewusstseinsinhalte, die zu einem hohen Psychotonus, und somit zu Nicht-Gelassenheit, führen. Die Akzeptanz der Situation hilft also dabei, die eigenen Imperative zu erkennen und gegebenenfalls aufzulösen und so die Diskrepanz zwischen dem Ist- und dem Sollzustand zu verkleinern. Dies wiederum führt dazu, dass mögliche Konflikte abgeschwächt werden und positive Aspekte in der Beziehung wieder in den Vordergrund rücken.

Um die Erkrankungsfolgen akzeptieren zu können ist es notwendig, dass Angehörige Informationen über die Auswirkungen einer Demenzerkrankung besitzen. Es wurde deutlich, dass

es hilfreich ist, wenn die Angehörigen Verhaltensweisen der Betroffenen mit der Erkrankung in Verbindung bringen können. Daneben zeigte sich, dass auch, dass eine Akzeptanz der eigenen „Unperfektheit“ zu mehr Gelassenheit führt. Gemeint ist damit keine Form von „Coolness“ oder eine Vernachlässigung des erkrankten Angehörigen, sondern vielmehr ein akzeptierender Umgang mit den eigenen Vorstellungen und Wünschen hinsichtlich dessen, was als „richtig“ und „erstrebenswert“ erachtet wird.

Hier ist ein humorvoller Umgang mit der Situation förderlich. Gelassenheit bedeutet auch über die eigenen Fehler und Defizite schmunzeln zu können. Humor ist eine besondere Form von Gelassenheit, die dazu beiträgt, mit Belastungen besser umgehen zu können. Insbesondere scheint Humor dabei zu helfen, belastende oder schwierige Situationen zu verarbeiten und Spannungen in konflikthaften Situationen zu verringern. Dieser Umstand scheint daraus zu resultieren, dass eine humorvolle Betrachtung die Diskrepanz zwischen Ist- und Sollzustand verkleinert.

Mit schwierigen Situationen können pflegende Angehörige gelassener umgehen, wenn sie sich als selbstwirksam erleben. Durch die Aneignung von Wissen kann die Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Wenn ein solches Training mit Aspekten der Gelassenheitsförderung verschränkt wird, können auch dann, wenn ein hoher Psychotonus vorliegt, die erlernten Methoden und Handlungsalternativen angewendet werden. Dies kann schlussendlich zu einem unaufgeregteren Umgang mit Situationen führen, die als schwierig oder herausfordernd erlebt werden. Es hat sich in den Workshops gezeigt, dass viele Angehörige, die einen Menschen mit Demenz pflegen oder betreuen, ein Interesse daran besitzen, wie sie sich weiterentwickeln können, um sich so wirksamer zu fühlen.

Eng verbunden mit der Selbstwirksamkeit sind Strukturen und Rituale. Im Umgang mit Menschen, die an einer Demenzerkrankung leiden, scheint es förderlich für die Gelassenheit zu sein, wenn Strukturen und Rituale in den Alltag implementiert werden. Hierdurch wird den Erkrankten die Orientierung im Alltag erleichtert und sie verschaffen der Pflegeperson mehr Sicherheit im Umgang mit der erkrankten Person. Dies dürfte daraus resultieren, dass die Setzungen eine Ähnlichkeit mit dem Konstatieren aufweisen und dadurch eine gelassener Interaktion fördern. Jedoch dürfen diese Rituale nicht zu Meta-Imperativen werden, da hierdurch ein gegenteiliger Effekt erzielt werden würde.

Ein Punkt, der in den Explorationsworkshops immer wieder genannt wurde, ist die Gleichsetzung von Gelassenheit mit Bildern aus der Natur. Gelassenheit wird von den befragten Angehörigen häufig dann erlebt, wenn sie sich in der Natur aufhalten, sei es beim Spaziergang, beim Wandern, Segeln oder anderen Freizeitaktivitäten. Ebenso werden häufig gemeinsame Reisen als Referenzwert für Situationen genannt, in denen Gelassenheit erlebt wurde und

sich eine innere Beruhigung vollzieht. Gemeinsam haben diese Beschreibungen, dass Sie einen oftmals als idealtypisch angesehenen Zustand darstellen. In der Natur können Angehörige innere Ruhe und Ausgeglichenheit finden, was dabei hilft, gelassener mit den Krankheitsfolgen umzugehen. Doch warum ist dies so? Die Natur scheint ein Ort zu sein, der eine konstatierende Sicht auf die eigene Lebenssituation unterstützt. Hier scheint es für viele der befragten Angehörigen keine großen Diskrepanzen zwischen dem zu geben, was Ist und dem was sein Soll und sie erlauben es sich, die Umwelt in einer Art wahrzunehmen, die an das Konstatieren erinnert. Dies dürfte dazu führen, dass es in einer solchen Umgebung leichter fällt, einen Blick auf die aktuelle Lebenssituation zu werfen und dieser ins Auge zu blicken.

Daneben stellen Freiräume einen Faktor dar, der zu mehr Gelassenheit in der Pflege und Betreuung führt. Wenn Angehörige Freiräume identifizieren und für sich nutzbar machen, kann dies zu einem gelasseneren Umgang mit Belastungen führen. Bei dem Versuch, Freiräume zu identifizieren, können jedoch auch Imperative sichtbar werden, die sich z. B. in Schuldgefühlen manifestieren. Es sollte daher in Schulungen nicht nur darum gehen, den Teilnehmenden hilfreiche Tipps und Ratschläge an die Hand dazu zu geben, wie sie es schaffen Raum, für sich selber zu generieren. Vielmehr sollte zusätzlich thematisiert werden, wie sie mit möglichen Imperativverletzungskonflikten umgehen können.

Neben den Aspekten, die sich auf die Gelassenheit bei der Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz beziehen, zeigten sich auch andere Punkte, die einen Umgang mit pflegebedingten Belastungen erleichtern. Zu nennen sind hier:

- 1) die Fähigkeit, einen Unterstützungsbedarf zu erkennen,
- 2) Selbstanweisungen (wie autogenes Training),
- 3) die Fähigkeit, positive Aspekte wahrzunehmen,
- 4) auch schmerzliche oder belastende Erlebnisse positiv umzudeuten und einen Sinn in ihnen zu sehen sowie
- 5) soziale Unterstützung (sei es informeller oder auch formeller Art).

Jedoch sind auch diese Mediatoren nicht unabhängig von gelassenheitsfördernden Ansätzen zu betrachten, denn eine reine Vermittlung hilfreicher Wissensbestände garantiert nicht, dass das Erlernte in schwierigen Situationen auch angewendet werden kann. Hierfür sind Ansätze notwendig, die verschiedene Komponenten einbeziehen.

## **6 Schlussfolgerungen und Hinweise zur Konzeption eines „Gelassenheitsbarometers“**

Wenn wir die vorliegenden Ergebnisse auf die Entwicklung eines Instrumentariums zur Erhebung und Stärkung von Gelassenheit, im Rahmen der häuslichen Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz ergeben, dann erscheinen folgende Punkte relevant zu sein.

**Wichtig scheint zum einen Differenzierung zwischen pflegebedingter Belastung und Nicht-Gelassenheit zu sein.** Darüber hinaus dürfte es sinnvoll sein nach Defaults zu fragen und sowie protektive Faktoren zu erheben z. B. die Fähigkeit zum konstatierenden Wahrnehmen der Pflegesituation. Darüber hinaus scheint es sinnvoll zu sein, zu erfragen, wie es jemanden gelingt ein inneres Erleben wahrzunehmen, dass vom Selbstbild/Idealselbst abweicht und diese zunächst auszuhalten. Wie sehr rechnet jemand mit Belastung. Für eine gelassene Haltung scheint es wichtig zu sein, ob hinter dem Erlebten ein „*und das darf nicht sein*“, oder ein „*und das ist schlimm*“ dranhängt wird – ob es imperativische aufgeladen erlebt wird.

### **a) Introvision und Gelassenheit im Kontext von Stress und Belastungstheorien**

Innovativ am aktuellen Projekt im Kontext von Pflege, Angehörigenbegleitung und Vermeidung von Fixierungen/Prävention und weitere Formen von Gewalt ist die Dimension der Förderung von Gelassenheit. In der Vergangenheit haben Projekte vor allem die Reduktion von Stress sowie Coping in den Blick genommen (z. B. [www.pflegen-und-leben.de](http://www.pflegen-und-leben.de)). Das Ausmaß von Stress und Belastung wird hierbei mithilfe von Likertskalen gemessen. Über die Dimension der Gelassenheit bei der Begleitung und Pflege von an Alzheimer erkrankten Menschen kann vor allem die Art und Weise des inneren Erlebens und der mentalen Verarbeitung verstärkt in den Blick genommen werden. Coping-Bemühungen (Anpassungs- und Bewältigungshandeln) können, müssen aber nicht, zum Stressabbau sowie zur Aufrechterhaltung und (Wieder)Gewinnung von Gesundheit und Handlungsfähigkeit führen. Können mentale Inhalte (Gedanken, Empfindungen, Gefühle, Erinnerungen, Vorstellungen Hoffnungen, Ziele etc.) im Modus des Konstatierens erlebt werden, so kann auch die innere und äußere Gelassenheit erhalten bleiben.

**Werden die Inhalte jedoch konflikthaft erlebt und als Konfliktumgehungsstrategien zur Überbrückung eines mentalen Defaults (siehe Punkt 1.5 des Sachberichts) eingesetzt, so sind die angewandten Copingstrategien nur kurzfristig hilfreich.** Dies führt dazu, dass Anspannung, Erregung und/oder Konflikthaftigkeit auf einem hohen Level (hoher Psychotonus) weiterbestehen und somit auch die Pflegesituation nicht gelassen bewältigt werden kann.

Powers hat die zentrale Bedeutung der Qualität des inneren Erlebens (gerät eine Person in innere Konflikte oder nicht) schon 1973 im Kontext seiner Wahrnehmungskontrolltheorie erkannt: „I have become more and more convinced that inner conflict itself, not any particular kind of conflict, represents the most serious kind of malfunction of the brain short of physical damage, and the most common even among ‚normal people‘“ (ebd., S. 253). Innere Ruhe entsteht demnach, wenn die Informationsverarbeitungs- und Handlungssteuerungsprozesse ungestört ablaufen können, ohne dass diese „hängenbleiben“ (Default). Die Gelassenheitsforschung setzt demnach an der Struktur eines inneren Konflikts an.

### **b) Schlussfolgerungen für die Entwicklung des Instruments zur Selbsteinschätzung und Reflexion der eigenen Gelassenheit**

Bei der Sichtung von Ansätzen zu Belastung, Stress, Konflikten und Coping wurde bezüglich der Förderungen von Gelassenheit und Annahme folgendes deutlich:

Begleitung und Pflege eines nahestehenden Menschen bei unsicherer Perspektive und drohendem Verlust stellt eine emotional belastende Tätigkeit dar – Betroffene leiden häufiger an Depressionen, Wut, Schlafstörungen und negativen Emotionen. Die Begleitungs- und Pflegesituation ist komplex und mit Inner- und Intrarollenkonflikten verbunden. Gleichartige Stressoren führen nicht immer zu gleichartigen Belastungen. Chronische Reize können bereits bei geringer Intensität zu Überlastung führen.

Zugangsbarrieren, Hilfe zu suchen bzw. anzunehmen, liegen abgesehen, von fehlenden Ressourcen und Zustimmung der Alzheimerkranken und weiteren Angehörigen im Bereich der Erwartungen, Einstellungen, Ängsten sowie Scham. Die individuelle psychische und physische Stressreaktion gründet in der kognitiven Verarbeitung der Bewertungsprozesse und kann über diese auch reguliert werden.

Ziel der Introvision ist es, Gelassenheit zu fördern und diese insbesondere in schwierigen Situationen wiedergewinnen zu können. Die Methode hat sich als Erklärungsmodell für die Entstehung von Stress, Anspannung, Erregung und andauernder Konflikthaftigkeit bewährt. Sie **kann aufzeigen, warum Hilfe nicht gesucht und Bewältigungsversuche des Antreibens, Überschreibens und Hemmens die Belastung noch erhöhen können.**

Daher sollte folgendes bei der Entwicklung des Instrument zur Einschätzung und Reflexion der Gelassenheit berücksichtigt werden (vgl. Kosuch 2019)

- Dass Belastungen im Rahmen der Pflege und Betreuung eines demenzkranken Menschen erlebt werden, sollte Ausgangspunkt sein - ein Belastungserleben wird konstatierend und mit Gelassenheit vorausgesetzt („Ja, so ist es.“)

- Durch das Instrument sollte die Möglichkeit zur Selbstreflexion gegeben werden. Durch Die Anwendung kann verdeutlicht werden, welche gelassenheitsfördernden und welche -reduzierenden Umgangsformen mit der Belastung vorherrschen (deskriptiv) und relevant sind (Teilziel 1 des Projektantrags). Dadurch wird vermieden, dass das Instrument selbst zu einem weiteren Stressor wird.
- Die Erhebung des Belastungslevels oder des Psychotonus als Maßstab für Gelassenheit sollte nicht allein im Zentrum der Erhebung stehen, weil dies zu einem Leerstellenkonflikt führen kann. Hier ist eine frühe Verschränkung mit den Schulungsworkshops von großer Bedeutung. Eine ggf. negativ ausfallende Bewertung kann zudem zu noch mehr Nicht-Gelassenheit führen (Anspannung, Erregung, Affekt) – das Instrument würde gerade dann weniger genutzt, wenn das Belastungserleben hoch und die Gelassenheit gering ist.
- Das Neuartige - in Abgrenzung zu Messinstrumenten von Stress und Belastung - ist somit bei diesem Instrument, dass es die Art und Weise des Belastungserlebens spiegelt und diese mit passenden Ressourcen, Hilfestellungen, Anregungen verknüpft wird, die eine Person braucht, um langfristig mit Gelassenheit begleiten und pflegen zu können (Psychotonusstufe 4 – wach, handlungs- und funktionsfähig, willentliches Handeln, ohne merklichen inneren Widerstand = „Normalnull“).
- Der Theorie der mentalen Introferenz folgend lässt sich das Belastungserleben drei Qualitäten zuordnen, die alle der Gelassenheit entgegenstehen: als Materie (Anspannung), Energie (Erregung) und Information/Bedeutung (Affekt, Gedankenkreisen). Alle drei Qualitäten sollen daher in der Selbsteinschätzung thematisiert werden.
- Themen(beispiele) für die Erhebung der Dimensionen werden aus den Daten der Gruppeninterviews mit Angehörigen ableiten (z.B. Scham, Verlust, Frustration, Ärger).

### **Differenzierung der Dimension Gelassenheit und Nicht-Gelassenheit**

Wichtig scheint zum einen Differenzierung zwischen pflegebedingter Belastung und Nicht-Gelassenheit zu sein. Darüber hinaus dürfte es sinnvoll sein, nach Defaults zu fragen sowie protektive Faktoren zu erheben (z. B. die Fähigkeit zum konstatierenden Wahrnehmen der Pflegesituation). Zudem ist es notwendig zu erfragen, wie es jemanden gelingt ein inneres Erleben wahrzunehmen, das vom Selbstbild/Idealselbst abweicht. Schafft es eine Person dies zunächst auszuhalten und den Blick auf das Innere zu richten?

Daneben ist es von Interesse, wie sehr jemand mit Belastungen rechnet und diese bewertet? Für eine gelassene Haltung ist es nämlich wichtig, ob hinter dem Erlebten ein „*Und das darf nicht sein*“, oder ein „*Und das ist schlimm*“ dranhängt und ob es Imperativische aufgeladen

erlebt wird. Die Erhebung möglicher Imperative ist daher ein wichtiger Punkt, bei der Konstruktion des Selbstscreening-Tools.

Im Rahmen der Auswertung zeigte sich, dass eine Person, die mit den Herausforderungen der Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz gelassen umgeht, zwischen Dingen unterscheiden kann, die er oder sie verändern kann und denen, die sie nicht ändern kann (Umwelt). Das „Gelassenheitsbarometer“ soll den Anwendern und Anwenderinnen dabei helfen, ihren Umgang mit diesen Gegebenheiten zu erkennen und sie dabei unterstützen, dysfunktionale Verhaltensweisen wahrzunehmen und zu verändern.

Wenn wir von Gelassenheit im Kontext der häuslichen Pflege sprechen, dann sind damit verschiedene Dimensionen gemeint. So zeigt sich Gelassenheit im mentalen Inhalt, der mentalen Qualität des Erlebens und dem Erkennen von Handlungsspielraum gegenüber der Umwelt.

Die Dimension *mentaler Inhalt* zeichnet sich bei einer Person, die gelassen mit einer Pflegesituation umgeht, dadurch aus, dass sich weniger Imperierungen in den Schilderungen bzgl. überraschender oder sogar wiederkehrender Erscheinungen bei der an Alzheimer erkrankten Person finden lassen (oder anderen Personen, Gegebenheiten etc.). Formulierungen die auf einen Imperativ schließen lassen sind z. B. „Schon wieder...!“ oder auch. „Das darf doch nicht wahr sein...!“. Vielmehr scheinen Personen, die mit den Belastungen der Pflege und Betreuung ihres Angehörigen gelassen Umgehen, protektive Faktoren, wie z. B. das konstatieren von Situationen, anzuwenden („Es ist so...“). Des Weiteren scheint die *mentale Qualität des allgemeinen Erlebens*, einen Punkt darzustellen, der mit einer gelassenen Haltung der Pflegepersonen in Verbindung gebracht werden kann. Wenn die Befragten schwierige Situationen mit weniger (sekundärer) Wut oder Ärger (hochpushen) schildern, sie weniger Hoffnungslosigkeit (sich selbst blockieren oder lähmen) zeigen; sie weniger (mentale) Anspannung und Erregung, angesichts des Verhaltens der an Alzheimer erkrankten Person (oder anderen Personen, Gegebenheiten) aufweisen, dann dürften diese Zeichen für einen gelasseneren Umgang mit der Situation sprechen. Darüber hinaus ist die Fähigkeit, *(neue) Handlungen bzw. einen Handlungsspielraum gegenüber der Umwelt zu entwickeln*, incl. der an Alzheimer erkrankten Person wahrzunehmen und in Handlungen zu überführen, ein Zeichen dafür, dass das eigene Erleben nicht von inneren Konflikten geprägt ist, sondern den Herausforderungen der Lebenssituation mit Gelassenheit begegnet wird.

Im Rahmen der Explorationsworkshops zeigte sich, dass eine Nicht-Gelassenheit bzw. eine Gelassenheit der Teilnehmenden in verschiedenen Bereichen sichtbar wurde. Dies betraf insbesondere die Bereiche Selbstkommunikation, Selbstwahrnehmung, Umgang mit den eigenen Gefühlen und Stimmungen, die Wahrnehmung von Grenzen der Verbesserung bei

der von Alzheimer betroffenen Person und die Wahrnehmung des Handlungsspielraums in der Interaktion zwischen den Beteiligten. Wenn wir nun diese Punkte auf die Konzeption eines Selbst-Screening-Tools übertragen, dann könnten Items folgendermaßen formuliert sein:

#### **Mögliche Aussagen hinsichtlich mentaler Inhalte:**

„Meine innere Haltung gegenüber der an Alzheimer erkrankten Person (oder anderen Personen, Gegebenheiten) war „Ja, so ist er, sie, heute.“

„Ich konnte dem besser ins Auge schauen (dass es gute und schlechte Tage gibt, dass der/sie für mich Peinliches tut, dass dies oder jenes sich nun so entwickelt/entwickeln wird).“

„Ja, das ist (mir) passiert“, „so wurde ich behandelt“, „das hat (die Nachbarin) gesagt“. „Ich konnte (es anschauen und) anders damit umgehen“.

„Es war...(soundso) und das hat mich traurig gemacht.“ (eher konstatierend, ohne die Qualität „...und das darf nicht sein!“ „...und das ist schlimm!“)

„Natürlich war er/sie (durch die Erkrankung) soundso...“ (Qualität der Schilderung: eher durchzogen von Akzeptanz)

#### **Mögliche Aussagen zu (*neue*) Handlungen bzw. einen Handlungsspielraum gegenüber der Umwelt:**

„Erstmals/diesmal habe ich nicht... sondern konnte...“, „Als (dies und jenes passierte, habe mich viel... dabei gefühlt.“ (Synonyme für Gelassenheit, Stressfreiheit, Auswahl aus verschiedenen Handlungsmöglichkeiten)

Das Ziel, das mit einer Selbstreflektion der eigenen Gelassenheit verbunden ist, besteht darin, dass die Anwender und Anwenderinnen, das eigene (vielleicht auch ungelassene) Erleben besser annehmen können, sodass sie nicht in einen Tunnelblick geraten, sondern ein Handlungsspielraum entsteht, in dem es möglich wird die eigenen Reaktionen und Verhaltensweisen zu verändern und weniger (mentale) Anspannung und Erregung entsteht. Für die *mentalen Inhalte* bedeutet dies, dass weniger Imperierungen bzgl. der eigenen inneren Reaktion („Ich muss doch jetzt...!“; „Ich darf nicht wütend sein!, Ich muss doch...!“) oder des Verhaltens anderer Personen wie z. B. des erkrankten Angehörigen gezeigt werden (das darf er doch nicht...“; „das müssen wir so machen...“) entstehen.

In der Auswertung der Workshops wurde ersichtlich, dass das Ziel, das eigene Verhalten zu verändern bzw. sich „richtig“ zu verhalten zu müssen, zu inneren Konflikten führen kann. Daher ist es wichtig, dass das Reflexionsinstrument nicht zu einer weiteren Belastung der pflegenden Angehörigen wird. Denn gerade das Wissen um die Notwendigkeit von Gelassenheit, die Beteiligung an der Studie und das Wissen darüber, wie alles leichter getragen

werden kann, wird sonst zu einem Meta-Imperativ, der die Anwender und Anwenderinnen über Gebühr belastet. Aus diesem Grund ist das „Gelassenheitsbarometer“ so konzipiert, dass die Angehörigen positive Aussagen treffen (Ja, genau bzw. eher ja). So soll vermieden werden, dass durch die Art und Weise der Befragung Imperative verletzt werden.

Wenn wir die *mentale Qualität des allgemeinen Erlebens*, erheben möchten, durch die auf einen gelassenen Umgang mit der Pflege- und Betreuungssituation geschlossen werden kann, dann eignen sich hierfür z. B. Schilderungen mit weniger Wut, Ärger oder Hoffnungslosigkeit. Des Weiteren sind jene Erfahrungen von Interesse, in denen die Teilnehmenden weniger (mentale) Anspannung und Erregung, angesichts des eigenen Erlebens wahrnehmen bzw. ohne diese Emotionen auf schwierige Situationen reagieren.

Ein gelassener(er) Umgang mit der Pflegesituation und der erkrankten Person zeigt sich dadurch, dass in Situationen, die als belastend (innere Erregung, Stressempfinden, Wut, Angst etc.) erlebt werden, *ein Handlungsspielraum im Umgang mit sich selbst und beteiligten Personen wahrgenommen wird*, auf den mit mehr Gelassenheit zugegriffen werden kann. Wenn dieses Aussagen übersetzt wird, die im Rahmen eines Selbsttestes als Items benutzt werden können, dann könnte dies folgendermaßen aussehen:

**Mögliche Aussagen hinsichtlich der *mentalen Qualität des allgemeinen Erlebens* :**

„Natürlich war ich wütend...“ (Qualität: Gefühle werden erlebt eher durchzogen von Akzeptanz. Gefühle werden als Gefühle erkannt, denen ich folgen kann (=direkte Handlungen daraus ableiten) oder auch nicht (=Handlungsspielraum)

**Mögliche Aussagen hinsichtlich der *mentalen Qualität des allgemeinen Erlebens*:**

„Ich konnte auf mein Erleben schauen und wusste, dass es so ist, so sein darf und dass ich aber deshalb nicht automatisch (soundso) handeln brauche.“

**Mögliche Aussagen hinsichtlich *mentaler Inhalte*:**

„Ich weiß ja, dass (Selbstpflege betreiben, meine Gefühle besser managen) sollte, aber (soundso) ist mir noch nicht gelungen, (soundso) habe ich es in dem Moment erlebt.“

**Thematische Strukturierung und Ausrichtung der Items**

Die möglichen Aussagen lassen sich fünf großen Teilbereichen zuordnen. Dies sind die Selbstkommunikation, die Selbstwahrnehmung, der Umgang mit den eigenen Gefühlen und Stimmungen, die Wahrnehmung von Grenzen der Verbesserungen bei der von Alzheimer betroffenen Person sowie der individuelle Handlungsspielraum. Thematisch werden in den einzelnen Items Themen angesprochen, die sich in der Auswertung als kritische bzw. protektive Faktoren hinsichtlich eines gelassenen Umgangs mit der erkrankten Person erwiesen

haben. Dies sind zum Beispiel die Akzeptanz der Krankheitsfolgen, der Umgang mit Verlustgefühlen, die Fähigkeit zum konstatierenden Wahrnehmen, der Umgang mit schwierigen und herausfordernden Verhaltensweisen.

## **7 Konzeption eines halb-strukturierten Interviews zur Erhebung der Nutzungserfahrungen, der Anwender\*innen des „Gelassenheitsbarometers“**

In der dritten Projektphase sollten 30 Angehörige von Menschen mit einer Demenz zu ihren Erfahrungen mit der Nutzung des Selbstreflexionsinstruments (Gelassenheitsbarometer) befragt werden. Ziel der Befragung war die Prüfung folgender Hypothesen:

1. Statistisch Prüfung, ob die Teilnehmenden den Summenwert des Instrumentariums visualisieren können (siehe Teilziel 1 des Projektantrags).
  2. Überprüfung der Hypothese, dass eine Selbsteinschätzung der eigenen Gelassenheit, innerhalb weniger Wochen zu einer grundlegenden Verhaltensänderung führt (siehe Teilziel 3 des Projektantrags).
- Z. B. welche Auswirkung hat eine Fokussierung auf die eigene Gelassenheit, im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung.

Daneben sollten individuelle Nutzererfahrungen erhoben werden. Hier standen Fragen nach den Grenzen der Handlungsmöglichkeiten im Mittelpunkt der Auswertung (Teilziel 3). Dieser Teil der Befragung wurde mit der Erhebungsmethode der konfliktzentrierten Interviews durchgeführt (vgl. Kosuch 1994).

### **7.1 Konzeption des Erhebungsinstruments zur Erhebung der Anwendungserfahrungen**

Die Interviewleitfaden wurden so gestaltet, dass sie der jeweiligen Testperson zugeordnet werden konnten. Dies war zwingend notwendig, um einen Verlauf darzustellen und die Verknüpfung der quantitativen und qualitativen Daten im Sinne eines Methodenmix-Ansatzes zu gewährleisten.

Damit die Daten der Teilnehmer\*innen bearbeitet werden können, mussten diese zuerst anonymisiert werden. Hierzu bot es sich an, dass den einzelnen Teilnehmer\*innen eine Nummer zugeordnet wird, die sie über den gesamten Erhebungszeitraum behalten. Mit diesem Pseudonym wurden alle Daten versehen, die durch die Projektmitarbeiterinnen von Alzheimer NRW erhoben werden. Durch dieses Vorgehen können die Datensätze anonym erhoben und personenbezogen ausgewertet werden.

### **7.1.1 Soziodemografische bzw. Rahmendaten**

Mit Beginn der Datenerhebung mussten einige demografische Daten erfragt werden. Von Interesse waren hier insbesondere das Alter der befragten Teilnehmer\*innen und der erkrankten Person, das Verwandtschaftsverhältnis (Ehe-, Lebenspartner, Kinder, Schwiegereltern etc.), die Wohnsituation (zusammenlebend, in unterschiedlichen Wohnungen), wer ist die Hauptpflegeperson und ob eine soziale- und/oder pflegerische Unterstützung vorhanden ist.

### **7.1.2 Angehörigenbelastung und Stressverarbeitung**

Es wurde davon ausgegangen (Arbeitshypothese), dass Gelassenheit ein moderierender Faktor zwischen Belastungen und dem Erleben von Stress und Konflikten ist. Um dieser Annahme nachzugehen, wurden Daten über die bereits vorhandenen Bewältigungskompetenzen der Teilnehmenden benötigt. Um diese Daten zu eruieren, wurde die Bewältigungskompetenz bzw. das Copingverhalten der Teilnehmenden erhoben. Hierfür wurde der Stressverarbeitungsfragebogen (Erdmann/Janke 2002) herangezogen, da durch diese Bewältigungs- bzw. Verarbeitungsmaßnahmen in belastenden Situationen erfasst werden können. Er bot sich insbesondere auch deshalb an, da durch ihn Merkmale, die sowohl kurz- und/oder langfristig zu einer Reduktion als auch zu einer Steigerung der Belastungsreaktion führen können erfasst werden. Das Anwendungsziel bestand darin, zu erkennen, ob die Anwendungserfahrungen der Teilnehmenden mit ihren bisherigen Bewältigungskompetenzen korrelieren.

### **7.1.3 Hypothesen und Ziele des Befragungsinstruments**

Bei der Einschätzung ob die Anwender\*innen des „Gelassenheitsbarometers“ in ihrer Selbstreflexion gestärkt werden, spielte es eine Rolle, wieweit ihre subjektive Wahrnehmung von objektiven Gegebenheiten abweicht. Die subjektive Wahrnehmung wurde anhand eines entworfenen Selbsteinschätzungsfragebogens gemessen, objektive Gegebenheiten wurden durch den Einbezug valider Testverfahren ermittelt. Das Ziel der Erhebung bestand darin, festzustellen, ob die Selbstreflexion hinsichtlich der eigenen Gelassenheit gefördert wird und ob es durch die Anwendung des Instrumentariums zu einer Verhaltensänderung der Teilnehmenden kommt. Um Aussagen hinsichtlich dieser Punkte tätigen zu können wurden folgende Hypothesen erarbeitet, die im Rahmen der sechsmonatigen Erhebung überprüft werden sollen:

#### ***a) Hypothese zur Prüfung der Verhaltensänderung***

H0: Die Anwendung des Instrumentariums führt zu keiner signifikanten Verhaltensänderung bei den teilnehmenden Angehörigen.

H1: Die Anwendung des Instrumentariums führt zu signifikanten Verhaltensänderungen bei den Teilnehmenden

## **b) Hypothese zur Prüfung der Visualisierung des „Gelassenheitsbarometers“**

H0: Die Anwender\*innen können sich den Grad ihrer situativen Gelassenheit ohne vorliegendes „Gelassenheitsbarometer“ nicht vorstellen.

H1: Die Anwender\*innen können sich den Grad ihrer situativen Gelassenheit ohne vorliegendes „Gelassenheitsbarometer“ vorstellen.

### **7.1.4. Konzeption des Interviewleitfadens zur Erhebung der Anwendungserfahrungen**

Die Überprüfung der Hypothesen erfolgte im Rahmen einer quantitativen Erhebung. Hierzu sollten insgesamt 30 Personen über einen Zeitraum von ca. sechs Monaten, einmal pro Woche durch die Projektmitarbeiterinnen von Alzheimer NRW angerufen werden. Bei diesen Anrufen sollten die Teilnehmenden hinsichtlich der aufgeworfenen Hypothesen befragt werden. Hierzu wurden durch die Begleitforschung Fragebatterien entwickelt. Durch die Auswertung der Fragen sollten die aufgestellten Hypothesen statistisch geprüft und so beantwortet werden. Im Folgenden werden die Fragen, die zur Beantwortung der Hypothesen entwickelt wurden, dargestellt. Die methodischen Grundlagen des entwickelten Interviewleitfadens werden im Folgenden dargestellt.

### **7.1.5 Fragetypen**

Bei der Konzipierung von Fragebögen oder Interviewleitfäden im wissenschaftlichen Kontext sind grundsätzliche Gütekriterien zu beachten, wie zum Beispiel: Fachsprache zu vermeiden, Formulierungen zu wählen, die möglichst wenig (besser noch keinen) Raum für individuelle Interpretationen bieten, eine gute Verständlichkeit, oder auch der Anspruch an die Fragestellung, dass diese keine Wertungen (soziale Erwünschtheit) suggerieren und so das Antwortverhalten (zu einer Richtung hin) beeinflussen (vgl. u.a. Mayer 2013, Moosbrugger/Kelava 2012). Die Frageformen bieten sich weiterhin für unterschiedliche Bereiche an. So eignen sich direkt Frageformen gut, um Bedürfnisse und Fakten zu erheben, wohingegen Aussagen, zu denen die Befragten ein Ausprägungsniveau angeben, besser geeignet sind, um Haltungen und Wahrnehmungen zu erfassen (vgl. Petersen 2014, Porst 2014).

Neben dem Inhalt der Fragen (Meinungen, Verhalten etc.), ist besonders die gewählte Frageform ein prägnanter Faktor für Forschungen anhand von Fragebögen. Es wird hierbei zwischen geschlossenen, halboffenen und offenen Fragen unterschieden. Geschlossene Fragen geben ausgewählte Antwortmöglichkeiten vor, innerhalb derer sich die Befragten entweder mit einer Einfach- (eine Antwort) oder einer Mehrfachnennung (mehrere Antworten möglich) positionieren. Der Vorteil dieses Frageformats sind dessen gute Auswertungsmöglichkeiten. Sie bieten jedoch auch den Nachteil, dass durch das geschlossene Frage-Antwort-System wichtige Informationen verloren gehen bzw. bedeutsame Faktoren nicht miterforscht werden (vgl. Porst 2014, S. 55 ff.).

Um diesen Nachteil auszugleichen, wurde die Erhebung der Anwendungserfahrungen als eine halb-standardisierte Untersuchung durchgeführt. Durch den Einbezug qualitativer Elemente werden wichtige Aspekte der Anwendungserfahrung gesichert, dies betrifft insbesondere, die Erfahrungen der Anwendenden, die sich auf die Grenzen des „Gelassenheitsbarometers“ beziehen. Die Fragebatterien, die zur Überprüfung der aufgeworfenen Hypothesen dienen, werden hingegen als geschlossene Fragen konzipiert, da hier eine statistische Auswertbarkeit im Vordergrund steht. Bei der Formulierung der Fragen, wird die Unbestimmtheit des Gelassenheitsbegriffs Rechnung getragen, der Begriff wird hier durch einen Rückbezug auf Phänomene beschrieben, welche die Anwendenden bei sich beobachten können. Die einzelnen Fragen werden durch das Ankreuzen von vorgegebenen Antwortmöglichkeiten beantwortet. Im nächsten Abschnitt wird dargestellt, wie die Skalenpunkte dieser Erhebung entworfen wurden.

#### **7.1.5.1 Skalenpunkte**

Für die Möglichkeit der Beantwortung wurden sogenannte Skalenpunkte angeboten. Je breiter eine Skala gefächert ist, umso mehr Abstufungen sind bei der Beantwortung als Antwort möglich. Empfohlen werden, als geeigneter Mittelweg, zwischen fünf bis maximal sieben Skalenpunkten, also Antwortmöglichkeiten pro Frage (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 26). Auch die Antwortmöglichkeiten sind geeignet auszuwählen: Während Häufigkeiten am besten durch die Abstufungen nie, selten, gelegentlich, oft und immer erfasst werden, sollten für intensitätsbezogene Fragen die Antwortalternativen nicht, wenig, mittelmäßig, ziemlich und sehr gewählt werden. Das Einsatzgebiet der Fragen ist somit ausschlaggebend für die Frage-, als auch Antwortmöglichkeiten, die von Forschenden ausgewählt werden. Die verschiedenen Antworttypen sollten hierbei nicht vermischt werden (vgl. Mummendey/Grau 2017, S. 43). Um eine bessere Verständlichkeit der Fragestellungen zu gewährleisten, haben sich Beschreibungen zu den einzelnen Skalenpunkten bewährt (genauere Erfassung der Bedeutung bei den Befragten). Werden lediglich die Anfangs- und End-Pole (bspw. immer und nie) beschrieben, antworten die Befragten hingegeben meist intuitiver, was je nach Befragungsforn auch vorteilhaft sein kann (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 34; vgl. Franzen 2014, S. 50). Wichtig zu beachten ist weiterhin, das Befragte eine „Tendenz zur Mitte“ (Kallus 2010, S. 52) aufweisen, wenn eine ungerade Anzahl an Antwortmöglichkeiten angeboten wird. Den Befragten wird durch eine gerade Anzahl somit die Möglichkeit genommen, sich „neutral“ oder „unspezifisch“ zu positionieren, oder gar den Entscheidungsaufwand zu minimieren, indem eine „ich weiß nicht“-Antwort geboten wird (vgl. Franzen 2014, S. 51).

Im Rahmen der qualitativen Befragung der Anwender und Anwenderinnen des „Gelassenheitsbarometers“ erschien es zielführend, die Skalen so zu gestalten, dass die „Tendenzen zur Mitte“ minimiert werden, um eine klare Interpretation der erhobenen Daten zu ermögli-

chen. Durch die Vermeidung einer Mittelkategorie soll darüber hinaus, vermieden werden, dass Befragte aus Gründen der sozialen Erwünschtheit eine neutrale Antwortalternative wählen. Jedoch steigt mit einem Verzicht auf eine neutrale Antwortkategorie auch die Gefahr, dass die Daten einer systematischen Verfälschung unterliegen, da Personen, die eine neutrale Erfahrung gemacht haben, dazu gedrängt werden eine falsche Antwort auszuwählen. Es schien daher sinnvoll auch eine neutrale Antwortkategorie anzubieten.

#### **7.1.5.2 Skalen**

Bei der Konzipierung von Fragebögen, sind unterschiedliche Skalenformen wählbar, die sich -in Anlehnung an die zuvor beschriebenen Skalenpunkte- je nach Einsatzgebiet mehr oder weniger für die jeweilige Befragung eignen. Die Skalen können hierbei ein- als auch zweidimensional konstruiert sein. Die Mehrdimensionalität bietet den Vorteil, dass den Befragten hierdurch mehr Möglichkeiten geschaffen werden, um ihre Antworten genauer zu differenzieren (bspw. Gradbestimmung nicht nur im Positiv-, sondern auch im Negativbereich möglich) (vgl. Franzen 2014, S. 53 ff.). In Sozialwissenschaftlichen Forschungen die Einstellungen erheben und untersuchen, werden zumeist Skalen mit vier bis sechs Skalenpunkte verwendet. Nehmen die Befragten zu Aussagesammlungen Stellung (Item-Batterien), liegt eine sogenannte Likert-Skala vor. Likert-Skalen sind die bis heute am häufigsten verwendeten Skalenform im sozialwissenschaftlichen Forschung. Bei diesem Messverfahren zu persönlichen Einstellungen wird den Befragten mehrstufig die Möglichkeit geschaffen, sich positiv oder negativ zu Sachverhalten zu positionieren und hierzu auch einen Grad der jeweiligen Zustimmung oder Ablehnung zu bestimmen. Wichtig ist es hierbei, dass die Abstände der Antwortmöglichkeiten zueinander gleich groß sind und nicht oder nur sehr gering differieren (vgl. Porst 2014, S. 44).

Auch bei der geplanten Erhebung der Anwendungserfahrungen und Auswirkungen, wurde auf Likert-Skalen zurückgegriffen. Die von uns verwendeten Skalen, umfassen, wie im vorangegangenen Abschnitt dargelegt, vier bis fünf Skalenpunkte. Dabei wurden die Skalenpunkte mehrdimensional konstruiert, um positive wie auch negative Nutzungserfahrungen und Auswirkungen auf das Verhalten der Teilnehmenden zu erfahren. Damit die Antworten der Befragten in einem nächsten Schritt ausgewertet werden können, ist es notwendig, ein Bezugssystem festzulegen, in dem sich die Daten einordnen lassen.

#### **7.1.5.3 Skalenniveaus / Ordinalskala**

„Das dem Messvorgang zugrunde gelegte Bezugssystem bezeichnen wir als Skala...“ (Porst 2014, S. 71) und diese Skalen wiederum sind in unterschiedliche Formate bzw. Niveaus einzuteilen. Entscheidend sich Forschende für ein geschlossenes Antwortformat, können die jeweiligen (latenten oder direkt erfassten) Messergebnisse anhand einer Nominal-, Ordinal-,

Intervall- oder Verhältnisskala ausgewertet werden. Diese Skalenniveaus sind aufsteigend: „Das jeweils höhere Skalenniveau beinhaltet jeweils alle Eigenschaften der niedrigeren Niveaus...“ (Hollenberg 2016, S. 18). Welches Niveau von Forschenden genutzt wird, hängt davon ab, welche Ergebnisform mit den Messungen angestrebt wird.

Eine Ordinalskala liegt vor, wenn die Befragten ihre Haltungen anhand von Ausprägungsgraden angeben und die möglichen Antworten in Beziehung zueinander stehen, sprich hierin eine ordinale Rangordnung vorliegt. Untersucht werden können so nicht nur Haltungen/Einstellungen, sondern auch dessen Intensität (vgl. Porst 2014, vgl. Rasch 2014). Durch dieses Skalenniveau sind sowohl Äquivalenz- als auch Ordnungsaussagen möglich, jedoch keine Distanz- und Verhältnisaussagen (vgl. Kromrey 2009).

Zur Nutzung und Wirkung des Gelassenheitsbarometers sollten zukünftig wissenschaftlich verwertbare Daten erhoben werden, die sich auf die Ausprägung eines Merkmals beziehen (Verhaltensänderung durch die Anwendung des Instruments / Visualisierung der eigenen Gelassenheit). Dabei wird von einer ordinalen Rangordnung ausgegangen, aus der sich die Ausprägung der zu untersuchenden Merkmale ableiten lässt. Als Skalenniveau der die I-tem-Batterien wurde daher die Ordinalskala festgelegt.

## **7.2 Anwendungserfahrung und Wirkung: Entwicklung des Interviewleitfadens zur Überprüfung der aufgeworfenen Hypothesen**

Im Folgenden geht es um die konkrete Entwicklung der einzelnen Items, mit denen die aufgestellten Hypothesen überprüft werden sollten. Zu Beginn wurden die Items und Themenbereiche definiert, mit denen die Angaben der einzelnen Teilnehmenden gewichtet werden können. Diese Fragen beziehen sich auf die Regelmäßigkeit der Instrumentenanwendung, mit dem Ziel, die Antworten der einzelnen Teilnehmer besser einordnen zu können.

### **7.2.1 Grundlegende Informationen über die Anwendungshäufigkeit**

Haben Sie das „Gelassenheitsbarometer“ in der letzten Woche angewendet? (Ja/Nein)

Falls Ja: Wie oft haben Sie es angewendet?

Falls Nein: Warum (in ein oder zwei Sätzen. Diese bitte notieren)

### **7.2.2. Items zur Verhaltensänderung durch die Anwendung des Gelassenheitsbarometers**

Die Fragen basieren auf dem Transtheoretische Modell (im folgenden TTM) oder auch das Modell der Stufen der Veränderung. Das Modell wurde in den 1980er Jahren von DiClemente und Prochaska, speziell für gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen, entwickelt. Das

Modell beschreibt die (sechs) Stufen, die Personen bei dem Versuch von Verhaltensänderungen (beispielsweise nicht mehr zu rauchen) durchlaufen. Das Verhalten zu verändern ist häufig sehr anstrengend für die Betroffenen und gelingt nicht immer. DiClemente und Prochaska befragten Personen, denen es gelungen war, das Rauchen dauerhaft aufzugeben, dazu, mit welchen Strategien ihnen die intentionale Verhaltensveränderung gelungen war (vgl. u.a. ebd. 1983, Prochaska/Velicer 1997). Durch diese Untersuchungen konnten sie sechs Phasen der Veränderungen identifizieren und hierzu Erklärungsmodelle aufstellen, wie es Personen gelingen kann, von der bis dato erreichten Stufe zur nächsten zu wechseln und so schlussendlich zu einer dauerhaften Verhaltensänderung zu gelangen. Bei diesen sogenannten Strategien der Verhaltensänderung handelt es sich zum einen um kognitiv-affektive Taktiken und zum anderen um verhaltensorientierte Strategien. Die kognitiven Strategien zeigten sich in der Anwendung besonders häufig in den ersten drei Phasen, die verhaltensorientierten vermehrt in den darauffolgenden (vgl. Prochaska et al. 1988). Die Stufen der Veränderung zeigen zusammenfassend auf, wann und in welcher Reihenfolge Veränderungsprozesse erfolgen, die Strategien der Verhaltensänderung wiederum zeigen auf, wie dies den Betroffenen gelingt bzw. auch, weshalb sie in eine vorangegangene Phase zurückfallen (vgl. Prochaska/ DiClemente/Norcross 1992).

Neben den Stufen der Veränderungen, dem Kernelement des Modells, bezieht das Modell ebenfalls die Theorie der Selbstwirksamkeitserwartungen (u.a. Bandura 1986) und Entscheidungsbalance (u.a. Janis/Mann 1977) ein. Die Annahmen darüber, wie wahrscheinlich sich Personen die Verhaltensänderung im Sinne ihrer Selbstwirksamkeit zutrauen (Einschätzung der Standhaftigkeit) und wie sie die Vor- und Nachteile der Verhaltensänderung und des jeweiligen Phasensprunges bewerten, stellen entscheidende Faktoren für den Erfolg bzw. das Scheitern der Verhaltensveränderungen dar. Die Intensität dieser Faktoren gestaltet sich hierbei auf den verschiedenen Stufen jeweils unterschiedlich. Das Fortschreiten von Phase zu Phase ist somit stark davon abhängig, zu welchem Ergebnis Betroffene bei einer (fortlaufenden) Reflexion in Bezug auf ihre Selbstwirksamkeit und die Entscheidungsbalance (Vor- und Nachteile für sich und die Umwelt) kommen. Diese Reflexion wiederum ist in der Regel auch davon mitbestimmt, ob und welche Anerkennung Personen für das jeweilige Verhalten erfahren (vgl. Prochaska/DiClemente/Norcross 1994, Prochaska/Redding/Evers 1996).

Das TTM bietet somit durch die Benennung von Stufen nicht nur eine Orientierung dazu, in welcher Phase Betroffene sich gerade befinden, sondern es bietet auch Erklärungen für das jeweilige Verhalten in diesen Stufen. Durch ein besseres Verstehen des eigenen Handelns, so die Annahme, wird eine Verhaltensveränderung begünstigt. Das Modell wurde und wird bis heute vielfach überprüft, weiterentwickelt und auf verschiedene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen übertragen (vgl. u.a. Velicer et al. 1995).

Dem TTM folgend, durchlaufen Personen bei dem Versuch, ihr Verhalten dauerhaft zu verändern, fünf bzw. sechs aufeinanderfolgende Phasen, die in der Regel nicht ohne mindestens einen Rückschritt durchlaufen werden, also prozesshaft sind. Diese Phasen sind:

- **Absichtslosigkeit/Sorglosigkeit** – Abwesenheit von Motivation zur Verhaltensänderung
- **Absichtsbildung/Bewusstwerdung** – Überlegungen, das Verhalten in den folgenden Monaten zu ändern
- **Vorbereitung** – Verhaltensänderung wird vorbereitet, erste Verhaltensänderungen bereits umgesetzt
- **Handlung** – Zielverhalten wird gezeigt (unter sechs Monaten)
- **Aufrechterhaltung** – Zielverhalten stabil (mehr als sechs Monate)
- **Stabilisierung** – keine situative Versuchung mehr das alte Verhalten wieder anzuwenden

Wie lange Personen benötigen, die einzelnen Stufen zu durchlaufen, variiert stark. Die Erreichung des Zielverhaltens hängt, diesem Modell folgend, nicht nur davon ab, dass alle Stufen durchlaufen werden, sondern auch davon, wie stabil die zu den jeweiligen Stufen gehörenden Verhaltensänderungen umgesetzt werden (vgl. Prochaska/DiClemente/Velicer/Rossi 1992). Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass eine Verhaltensveränderung nur dann valide überprüfbar bzw. eine genaue Einordnung in die verschiedenen Phasen nur dann möglich ist, wenn das Zielverhalten so genau wie möglich konkretisiert wird (vgl. Prochaska/Norcross/DiClemente 1994). Im Folgenden werden diese sechs Phasen noch einmal genauer erläutert und die Items der geplanten Erhebung abgeleitet.

#### Phase der Absichtslosigkeit/Sorglosigkeit

In dieser Phase liegt bei den betroffenen Personen kein Wunsch oder eine Absicht vor, in näherer Zukunft ein Verhalten zu verändern. Dieses fehlende Bestreben kann auf fehlende Informationen in Bezug auf die Negativfolgen des Verhaltens zurückgeführt werden, oder bspw. auch an einer unproblematischen Gesamtbeurteilung dieser Informationen liegen.

Bei der Erhebung der Anwendungserfahrungen gehen wir davon aus, dass diese Phase keine erhebliche Rolle spielt. Diese Hypothese ist darin begründet, dass die pflegenden Angehörigen, mit der Teilnahme an den Explorationsworkshops und ihrer Bereitschaft das „Gelassenheitsbarometer“ zu testen, bereits das Interesse bzw. die Intention gezeigt haben, ihr Verhalten in Zukunft zu verändern (d. h. gelassener Belastungen umzugehen, die ihnen im Kontext der häuslichen Pflege begegnen). Aus diesem Grund werden keine Items konstruiert, die sich auf diese Phase der Verhaltensänderung beziehen. Die Items, werden ab der

Phase der Absichtsbildung/Bewusstwerdung konstruiert, da hier wahrscheinlich mit einem beschreibbaren Reflexionsprozess gerechnet werden kann.

### Phase der Absichtsbildung/Bewusstwerdung

In dieser Phase setzen sich die Betroffenen kritisch mit ihrem Verhalten auseinander und beurteilen dieses zunehmend als problematisch. Das Verhalten wird jedoch noch nicht entsprechend angepasst, sondern es wird ein ambivalentes Abwägen durchlebt, da eine tiefere Bereitschaft zu einer Verhaltensveränderung noch nicht erreicht ist (vgl. Prochaska/DiClemente/ Norcross 1992). Auch diese Phase ist sehr stabil und kann dementsprechend langanhaltend beibehalten werden (vgl. Prochaska/DiClemente 1982).

Fragen in dieser Phase können sein:

- Welche Folgen hat das Verhalten auf mein Leben/meine Gesundheit?
- Welche Folgen hat es für mein Umfeld/andere?
- Beurteile ich mein Leben als besser, ohne dieses Verhalten?
- Wie schätze ich den Aufwand/Schwierigkeiten ein?

Wenn wir diese Phase auf die Anwendung des „Gelassenheitsbarometers“ beziehen, könnten folgende Fragestellungen für die Beantwortung der in Kapitel 1.2 formulierten Hypothesen dienlich sein.

- Achten Sie darauf, wie Sie sich in Situationen verhalten, in denen es Ihnen schwerfällt die Ruhe zu bewahren?
- Sind Ihnen in der letzten Woche herausfordernde Situationen aufgefallen, bei denen Sie ruhig und besonnen reagiert haben?
- Haben Sie Situationen bemerkt, in denen Ihnen die Hutschnur gerissen ist?
  - Bitte kurze Schilderung einer positiven oder negativen Situation erfragen (in zwei bis drei Sätzen). Schilderung hier notieren.
- Haben Sie in der letzten Woche habe darüber nachgedacht,...
  - dass eine Gelassene d. h. eine ruhige und besonnene Haltung hilfreich ist, um mit der Erkrankung Ihres Angehörigen umzugehen.
  - dass eine gelassene Haltung die Situation auch nicht zum Besseren verändert.
- Haben Sie den Wunsch, häufiger handlungs- und funktionsfähig zu sein, wenn Ihr Angehöriger sich so verhält, dass es sie ärgert?
- Haben Sie in letzter Zeit manchmal den Wunsch wahrgenommen, dass sie sich insgesamt gerne gelassener fühlen würden?

- Wenn ich so richtig die Geduld verloren habe, tut mir das häufig leid. Ich wäre gerne häufiger gelassener.
- Ich möchte mit einigen Situationen gerne gelassener umgehen, bin mir aber nicht sicher, ob mir das wirklich gelingt.
- Die Pflegetätigkeiten sind häufig sehr herausfordernd für mich, ich weiß nicht so recht, wie ich da gelassener sein soll.

### Phase der Vorbereitung

Hier wird eine Phase hoher Motivation erreicht, in der ein fester Entschluss (das Verhalten verändern zu wollen) geäußert wird. Die Verhaltensveränderung wird zeitnah (innerhalb von einem Monat) ins Auge gefasst und erste Verhaltensänderungen bereits umgesetzt. Das Zielverhalten ist somit noch nicht erreicht, der Weg dorthin jedoch anhand von Informationsbeschaffung und entwickelten Strategien geplant und häufig wird in dieser Phase auch Hilfe/Unterstützung durch Dritte herangezogen. Unterstützungsangebote werden in dieser Phase am häufigsten positiv angenommen (vgl. Prochaska/DiClemente/Norcross 1992)

Fragen in dieser Phase können sein:

- Wie haben es andere geschafft?
- Wer oder was kann mich unterstützen?
- Was ist mir bereits gelungen zu verändern?

Bei der Beantwortung der Frage ob durch die Anwendung des Selbst-Screening-Instruments eine Verhaltensänderung eintritt, ist diese Phase von Bedeutung, da gerade hier die „innere Landkarte“ ausgebildet wird, wie mit Belastungen gelassen umgegangen werden kann.

- Ich habe überlegt, wie andere Angehörige, die einen Demenzkranken betreuen, „gelassen“ mit der Situation umgehen können.
- Mir ist bewusst geworden, wie ich in schwierigen Situationen ruhiger und gelassener reagieren kann.
- Ich würde gerne gelassener bei der Pflege und Betreuung meines Angehörigen sein, aber mir fehlen die Ideen, wie ich dies schaffen kann.
- Ich glaube daran, dass ich etwas dafür tun kann, dass mein Stresserleben weniger wird.
- Ich nehme deutlich wahr, dass ich mir eine positive Veränderung im Umgang mit Verhaltensweisen wünsche, die mich an meinem Angehörigen stören.

### Phase der Handlung

Das nun stabil als problematisch beurteilte Verhalten wird abgebaut und durch andere Handlungen ersetzt. Das Zielverhalten wird hier, im Gegensatz zur vorhergegangenen Phase, bereits für mindestens einen Tag (aber weniger als sechs Monate) erreicht. Damit dies gelingt, werden kognitive Bewertungen, als auch Umweltfaktoren, verändert. Diese Phase ist von Entschlossenheit und Leidenschaft für die Sache gekennzeichnet. Aufgrund des hohen Aufwands, und den damit verbundenen Anstrengungen, ist diese Phase aber auch typisch für Abbrüche und Rückfälle. In dieser Phase steht das beobachtbare Handeln stärker im Fokus, als die kognitiv-affektiven Prozesse. Das Handeln innerhalb dieser Phase bewerten Prochaska/ DiClemente und Norcross (1992) jedoch als Strategien, nicht als Zielerreichung selbst. Die Auswirkung des Instrumenteneinsatzes auf die Handlungen der Teilnehmenden steht bei der Erhebung im Mittelpunkt. Aus diesem Grund wird der Phase der Handlung ein besonderer Stellenwert eingeräumt.

Fragen in dieser Phase können sein:

- Was habe ich schon erreicht?
- Wer oder was hat mir dabei geholfen?
- Wie gehe ich mit Schwierigkeiten um?
- Wie schätze ich mein Erreichtes wert?

Die nachfolgend dargestellten Items ergeben sich, wenn die obenstehenden Fragen auf eine mögliche Verhaltensänderung hinsichtlich der Gelassenheit in der Pflege- und Betreuungsbeziehung weiterentwickelt werden.

- Mir fällt der Umgang mit Situationen, in denen ich mich über meinen Angehörigen ärgere leichter, seit ich mich mit dem Thema „Gelassenheit“ beschäftige.
- Meinen Gelassenheitspegel nehme ich besonders dann wahr, wenn ich gestresst bin.
- Wenn ich mich sehr anstrengen muss, um ruhig zu bleiben, merke ich das deutlicher als zuvor.
- Ich habe Wege gefunden, um in Situationen, die mir die „Hutschnur reißen lassen“, ruhiger zu bleiben.
- Seit ich mich mit dem „Gelassenheitsbarometer“ beschäftige, bin ich nicht mehr so angespannt, wenn Situationen nicht so laufen, wie ich es mir vorgestellt habe.
- Es fällt mir leichter Lösungen für Situationen zu finden, in denen ich wütend oder gestresst bin.

- Wenn ich mich sehr angespannt fühle, tue ich nun häufiger etwas, das mich in diesen Momenten gelassener macht.
- Das Leben ist nicht immer so, wie es sein sollte. Ich habe gelernt, diesen Punkt zu akzeptieren.
- In stressvollen Momenten/Phasen fällt es mir häufiger auf, dass mir die Gelassenheit fehlt.
- Es gelingt mir nicht immer, ruhig und gelassen zu bleiben. Aber ich merke schon, dass ich mehr darauf achte es zu sein.
- Ich nutze das Barometer nicht so oft, wie ich es mir vorgenommen hatte.
- Ich komme im Alltag, kaum dazu, auch noch auf meine Gelassenheit zu achten.
- Abends fällt mir manchmal auf, dass ich in einigen Situationen nicht-gelassen war und ich das in den Momenten gar nicht bemerkt habe.
- Wenn ich mich richtig aufrege, gelingt es mir nicht, meine Gelassenheit zu reflektieren.

Wenn wir davon sprechen, eine Verhaltensänderung durch die Anwendung des „Gelassenheitsbarometers“ messbar zu machen, scheint eine Beschränkung auf die Interaktion mit der erkrankten Person nicht ausreichend zu sein. Neben der Interaktion sind auch Aspekte wie Selbstreflexion und eine Veränderung in der Bewertung von Belastungssituationen Punkte, die als Verhaltensänderungen charakterisiert werden können und daher berücksichtigen sind. Doch wie können wir diese inneren Prozesse erheben?

Als Erstes stellt sich die Frage, was genau Anzeichen von Gelassenheit wären. Eine Person, die eine „gelassene“ Haltung zeigt, kann als jemand charakterisiert werden, der oder die zwischen Dingen unterscheidet, die er oder sie ändern kann und denen, die sie nicht ändern kann (Umwelt). Diese Fähigkeit umfasst verschiedene Ebenen:

1) **mental „Inhalt“**: Weniger Imperierungen in den Schilderungen bzgl. überraschender oder sogar wiederkehrender Erscheinungen bei der an Alzheimer erkrankten Person (oder anderen Personen, Gegebenheiten). (Schon wieder...! Das darf doch nicht wahr sein...!)

2) **mental „Qualität des allgemeinen Erlebens“**: Schilderungen mit weniger (sekundärer) Wut, Ärger (hochpushen), Hoffnungslosigkeit (sich selbst blockieren oder lähmen); weniger (mentale) Anspannung und Erregung, angesichts des Verhaltens der an Alzheimer erkrankten Person (oder anderen Personen, Gegebenheiten). Eher: Gefühle erste Ordnung (wenig überschreiben).

3) **(neue) Handlungen, Handlungsspielraum gegenüber der Umwelt**, incl. der an Alzheimer erkrankten Person, auf den mit mehr Gelassenheit zugegriffen werden kann.

Wenn wir dies in Items für das halbstandardisierten Reflexionsinstrument übersetzen, könnten diese wie folgt aussehen:

- Durch die Erkrankung gibt es gute und schlechte Tage – das kann ich akzeptieren.
- Wenn ich wegen dem Verhalten meines Angehörigen wütend bin habe das Gefühl, dass das in Ordnung ist.
- Wenn mein Angehöriger herausfordernde Verhaltensweisen zeigt, denke ich nicht sofort: „das darf doch jetzt nicht schon wieder sein“.
- Ich denke nicht, dass ich immer Gelassen sein muss.

Zu einer gelassenen Haltung gehört es auch, dass Jemand das eigene (vielleicht auch ungelassene) Erleben besser annehmen kann, sodass er oder sie nicht in einen Tunnelblick gerät, sondern Handlungsspielraum entsteht, eigene Reaktionen und Verhaltensweisen zu verändern und weniger (mentale) Anspannung und Erregung entsteht.

Auch hier kann das Verhalten verschiedene Ebenen umfassen:

1) **mental „Inhalt“**: Weniger Imperierungen bzgl. der eigenen inneren Reaktion (Ich muss doch jetzt...! Ich darf nicht wütend sein! Ich muss doch...!) (**auch und gerade**: das Wissen, um die Notwendigkeit von Gelassenheit, die Beteiligung an der Studie und das Wissen darüber, wie alles leichter getragen werden kann, wird nicht zu einem Meta-Imperativ).

2) **mental „Qualität des allgemeinen Erlebens“**: Schilderungen mit weniger (sekundärer) Wut, Ärger (hochpushen), Hoffnungslosigkeit (sich selbst blockieren oder lähmen); weniger (mentale) Anspannung und Erregung, angesichts des eigenen Erlebens. Eher: Gefühle erste Ordnung (wenig überschreiben).

3) (**neue Handlungen, Handlungsspielraum im Umgang mit sich selbst**, auf den mit mehr Gelassenheit zugegriffen werden kann.

Wenn wir diese auf die Konstruktion des Erhebungsinstrumentes beziehen, könnten folgenden Items verwendet werden:

- Wenn mich mein Angehöriger mit Vorwürfen konfrontiert, die nicht stimmen, dann bin ich natürlich wütend – jedoch kann ich auch sehen, dass sein Verhalten krankheitsbedingt ist.
- Ich konnte auf meine Anspannung und meine Wut schauen und wusste, dass es so ist und so sein darf und dass ich deshalb nicht automatisch laut werden brauche.“
- Ich weiß ja, dass es sinnvoll ist häufiger gelassen zu bleiben, aber das gelingt mir nicht immer und in solchen Momenten erlebe ich mich hilflos.
-

## Phase der Aufrechterhaltung und Phase der Stabilisierung

Auf dieser Stufe konnten die Betroffenen ihr Zielverhalten seit mehr als sechs Monaten stabil umsetzen. Auch diese Phase ist, wie die vorangegangene, eine aktive – es geht nicht nur weiter darum, die erfolgreichen Strategien beizubehalten (Konsolidierung), sondern auch aktiv Vorsorgestrategien zu entwickeln, um Rückschritte zu vermeiden. Die Strategien werden hier immer noch häufig bewusst angewendet und das Zielverhalten fokussiert (vgl. ebd.).

In der Phase der Stabilisierung wird nicht in allen Ausformungen des TTM aufgeführt. Der Grund hierfür liegt darin, dass es sich in einigen Bereichen anbietet, diese Phase einzuführen, bei anderen eher weniger. So erscheint diese Phase höchst sinnvoll, um bei einer Raucherentwöhnung die Phase zu benennen, in der die Rückfallquote verschwindet gering ist (während bspw. in der vorangegangenen noch viele Betroffene rückfällig werden). Ist es Betroffenen aber bspw. gelungen, eine Essstörung oder auch Suchtmittelabhängigkeit abzulegen, finden bis ins hohe Alter Konsolidierungsprozesse hierzu statt. Die Phase der Aufrechterhaltung ist sozusagen hier die höchste Stufe, die erreicht werden kann (vgl. Grimley et al. 1994).

Beide Phasen zeigen sich erst in einer Zeitspanne, die über den maximalen Erhebungzeitpunkt hinausgeht. Des Weiteren soll durch die Befragung herausgefunden werden, ob sich das Verhalten der teilnehmenden Personen durch die Anwendung des „Gelassenheitsbarometers“ verändert. Ob sich eine eingetretene Verhaltensänderung verfestigt, ist nicht Teil der Fragestellung, daher wird dieser Punkt nicht weiterverfolgt.

### **7.2.3 Statistisch Prüfung, ob die Teilnehmenden den Summenwert des Instrumentariums visualisieren können**

Neben der Erhebung von möglichen Verhaltensänderungen durch den Einsatz des „Gelassenheitsbarometers“ soll auch der Frage nachgegangen werden, ob die Anwender\*innen des Instruments, nach einiger Zeit in der Lage sind, die ihren Gelassenheitsgrad zu visualisieren, ohne die Liste ausgefüllt zu haben (Teilziel 1 des Projektantrags). Unter dem Begriff „Visualisieren“ wird in der Regel ein Vorgang verstanden, der optisch dargestellt bzw. veranschaulicht wird. Im Kontext des Projektantrags wird der Begriff als ein innerer Vorgang verstanden, der eher mit dem Begriff Vorstellung bzw. Vorstellungsvermögen übersetzt werden kann. Das Ziel dieser Teilerhebung besteht demnach darin, zu prüfen, ob die Teilnehmenden durch die Anwendung des „Gelassenheitsbarometers“ ein inneres Bild ihrer momentanen Gelassenheit erzeugen können. Mithilfe der folgenden Fragen soll daher geprüft werden, ob eine Visualisierung des Instrumentariums stattfindet.

- Durch die Nutzung des Barometers merke ich, dass ich mich häufiger frage wie gelassen ich momentan bin.
- Ohne das Barometer zu benutzen fällt es mir schwer, meine Gelassenheit einzuschätzen.
- Jetzt, wo ich das Barometer öfters genutzt habe, kann ich mir meinen Gelassenheits-Pegel auch ohne das Barometer besser vor Augen halten.
- Ich benutze das Barometer regelmäßig, denke über meine Gelassenheit aber ansonsten selten innerhalb der Woche nach.
- Ich reflektiere seit der Nutzung des Barometer häufiger von ganz alleine, wie gelassen ich gerade bin.
- Wenn es zu Konflikten mit meinem pflegenden Angehörigen kommt, kann ich dies häufiger als zuvor auf Nicht-Gelassenheit meinerseits zurückführen.
- Wie gelassen ich bin, nehme ich vor allem dann wahr, wenn ich mich entspannt fühle.
- Wenn ich sehr gelassen bin, stelle ich mir ein randvolles Barometer vor.
- Ich konnte auf jeden Fall einen positiven Trainingseffekt bei mir durch Nutzung des Barometers feststellen.
- In stressvollen Momenten wende ich das Barometer vor meinem inneren Auge an.
- Ich stelle mir manchmal vor, wie gelassen mein Angehöriger ist und verorte ihn/sie innerlich auf dem Barometer.
- Wenn ich Momente der Entspannung und/oder Freude erlebe, merke ich deutlicher als zuvor, wie weich dies auf meine Gelassenheit auswirkt.
- Wenn ich sehr nicht-gelassen bin und mich gestresst fühle, nehme ich das früher und deutlicher als "roten Bereich" wahr.
- Ich konnte bisher keinen positiven Trainingseffekt durch das Barometer bei mir wahrnehmen.
- Wenn ich mich als gelassen wahrnehme, erlebe ich auch meinen gepflegten Angehörigen gelassener.
- Im Alltag ordne ich mich manchmal innerlich einem Pegel der Gelassenheit zu.
- Wie gelassen ich mich verhalte, kann ich ohne Barometer nicht genau für mich benennen.

### **7.3 Qualitative Komponenten der Erhebung**

Damit bei der Erhebung keine individuellen Aspekte verloren gehen, wird das Erhebungsinstrument auch einen qualitativen Teil enthalten. Ziel der qualitativen Befragung ist es, die

Anwendungsgrenzen des Instrumentariums zu bestimmen. Die Forschungsfrage die es zu beantworten gilt, ist demnach folgende:

*Erinnern Sie sich an eine Situation in dieser Woche, die für Sie schwierig war, sodass Sie sich belastet gefühlt haben und der Situation nicht mit Gelassenheit begegnen konnten? Ja / Nein, Wenn ja ...?*

Hierbei handelt es sich um eine Thematik, die von den Teilnehmenden unter Umständen als konfliktbehaftet wahrgenommen wird und bei der es schwierig ist, genau Angaben über jene Konflikte zu erhalten, die zu einer Belastung führen und die Gelassenheit der Teilnehmenden beeinflussen. Bei der Untersuchung innere Konflikte die daraus resultieren, dass Imperative verletzt wurden, nahmen konfliktzentrierte Interviews bis in die 90er Jahre eher eine nebensächliche Rolle ein. Um subjektives Konflikterleben mit dieser Untersuchungsmethode gewinnbringend zu erheben, ist eine große Introspektionsfähigkeit der Befragten vorteilhaft. Geht man von einem Forschungssettings aus, in dem es sich um Erstkontakte handelt, der Grad Introspektionsfähigkeit der Befragten ungewiss ist und keine Stimulus-Konstellation vorliegt, sind vielfältige Anforderungen an die Methode geknüpft: Aufbau und Inhalt der Erhebung müssen so gestaltet werden, dass Imperativverletzungen nicht durch die Forschungsmethode selbst ausgelöst werden (Kosuch 1994). Weiterhin sollen Selbstreflexionsprozesse bzw. Selbstbeobachtungsprozesse gefördert werden und so eine intensivere innere Fokussierung auf das spezifische Themenfeld gelenkt werden. Zudem soll durch eine geschärfte Introspektion ein detailliertes Beschreiben der inneren Prozesse seitens der Beforschten fördern, um hierdurch möglichst umfassende Informationen erheben zu können.

Für die Konzeptentwicklung eines konfliktzentrierten Interviewleitfadens, eignet sich das Heranziehen der Forschungsmethode des *fokussierten Interviews*. Die Interviewform stellt für Forschende sowohl einen hohen explorativen Charakter, als auch große Spezifikation bereit. Um die zuvor aufgeführten Anforderungen an ein konfliktzentriertes Interview umzusetzen, kann das fokussierte Interview als Konzeptionsbasis genutzt werden: Es handelt sich um eine non-direkte Untersuchungsmethode, die Introspektionsfähigkeit fördern soll. Weiterhin wird die Selbstbeobachtung hierin auf spezifische (Konflikt-)Situationen bezogen und es werden zudem in einem umfassend Rahmen Stimulus-Situationen erfasst bzw. erfragt, um „... das innere Erleben möglichst genau und umfassend...“ (vgl. Kosuch 1994, S. 93) erfassen zu können. Die Interviewmethode kann durch Vertiefungsfragen dahingehend modifiziert werden, dass sie hierdurch eine größere Nähe zu der NLD-Methode (Nachträglich Lautes Denken) aufweist und Imperative so genauer und lückenloser erfasst werden können.

Die so generierte Methode des halbstrukturierten konfliktzentrierten Interviews ermöglicht es, Forschungsobjekte zu subjektiv als schwierig wahrgenommen Situationen zu befragen und

hierbei verschiedenste Themenkomplexe (bspw. Sachebene oder Beziehungsebene) abzudecken (vgl. Kosuch 1994).

Beziehen wir diese Ausführungen auf die geplante Erhebung scheint folgendes Vorgehen sinnvoll zu sein:

**Offene Frage:**

*Erinnern Sie sich an eine Situation in dieser Woche, die für Sie schwierig war, sodass Sie sich belastet gefühlt haben und der Situation nicht mit Gelassenheit begegnen konnten?*

Wenn Sie sich die noch einmal vergegenwärtigen... →Vertiefungsfragen

**→ Leitfaden für Vertiefungsfragen:**

**a) Wenn eine Situation geschildert wurde:**

- Mich interessiert, wie Sie die Situation erlebt haben
- Was ging in Ihnen vor?
- Was ging Ihnen durch den Kopf?
- Was haben Sie in dem Moment empfunden?
- Wie haben Sie reagiert, wie sind Sie damit umgegangen?

**b) Wenn Wertungen oder Gefühle genannt werden.**

- Was daran ist (ärgerlich, unangenehm, bedrückend)? (Den Begriff, den die interviewte Person verwandt hat, aufgreifen.

**c) Bei globalen, verallgemeinernden Äußerungen**

- nach Beispielen fragen, dann wie a) vertiefen

**d) Falls nur positive Situationsbeschreibungen und keine Konflikte genannt werden:**

- Ebenfalls vertiefen, falls anders, als in der Woche davor: Was war anders, was ist Ihnen gut gelungen gut? Wie sieht es mit der Anspannung aus? (Anmerkung: So wird deutlich, ob sich die interviewte Person auf die Vertiefung einlässt und ob deshalb keine inneren Konflikte erlebt werden, weil die Konfliktumgehungsstrategien zu Blockaden führen (mehrfache Überschreibung mit der Folge der chronischen Belastung)

**Zweiter Durchgang oder bei Abbruch**

*Frage 1: Erinnern Sie sich an eine Situation in den letzten Wochen, die für Sie schwierig war, sodass Sie sich belastet gefühlt haben und in der Sie gelassen handeln konnten?*

*Frage 2: Hat sich im Umgang mit ihrem Angehörigen etwas verändert, seit Sie das Gelassenheitsbarometer benutzen?*

*Frage 3: Haben Sie in den letzten Wochen Situation erlebt, in denen Gelassenheit auch nicht mehr weiterhilft?*

Wenn Sie sich die noch einmal vergegenwärtigen... →Vertiefungsfragen

**→Leitfaden für Vertiefungsfragen:**

**a) Wenn eine Situation geschildert wurde:**

- Mich interessiert, wie Sie die Situation erlebt haben
- Was ging in Ihnen vor?
- Was ging Ihnen durch den Kopf?
- Was haben Sie in dem Moment empfunden?
- Wie haben Sie reagiert, wie Sie sind Sie damit umgegangen?

**b) Wenn Wertungen oder Gefühle genannt werden.**

- Was daran ist (ärgerlich, unangenehm, bedrückend)? (Den Begriff, den die interviewte Person verwandt hat, aufgreifen.)

**c) Bei globalen, verallgemeinernden Äußerungen**

- nach Beispielen fragen, dann wie a) vertiefen

**d) Falls nur positive Situationsbeschreibungen und keine Konflikte genannt werden:**

- Ebenfalls vertiefen, falls anders, als in der Woche davor: Was war anders, was ist Ihnen gut gelungen gut? Wie sieht es mit der Anspannung aus? (Anmerkung: So wird deutlich, ob sich die interviewte Person auf die Vertiefung einlässt und ob deshalb keine inneren Konflikte erlebt werden, weil die Konfliktumgehungsstrategien zu Blockaden führen (mehrfache Überschreibung mit der Folge der chronischen Belastung)

## **7.4 Statistische Auswertung der erhobenen Anwendungserfahrungen**

Laut Projektantrag war eine regelmäßige Kontaktaufnahme (ein Telefongespräch pro Woche vorgesehen), hierbei sollten die Anwender\*innen des „Gelassenheitsbarometers“ Fragen in einem halb-standardisierten Interviewleitfaden beantworten. Durch Alzheimer NRW wurde dieser Befragungsmodus jedoch kritisiert und abgeändert. Das dahinterstehende Ziel bestand darin, die Belastung der pflegenden Angehörigen ernst zu nehmen und sie nicht weitergehend zu belasten, in dem sie einer wöchentlichen Befragung ausgesetzt werden.

Aus den geänderten Rahmenbedingungen ergab sich somit auch ein anderer Datensatz und somit auch die Notwendigkeit einer anderen Vorgehensweise bei der statistischen Datenauswertung.

Geplant war, dass die Teilnehmer\*innen dreimal durch Alzheimer kontaktiert werden, hierbei sollte zum einen kurzes qualitatives Interview geführt, und zum anderen werden die standardisierten Fragen, durch die Projektmitarbeiterinnen von Alzheimer NRW erhoben werden. Dies hat zur Folge, dass die Messwerte derselben Person von drei unterschiedlichen Messzeitpunkten verglichen werden – die gewonnenen Daten sind also abhängig von einander. So wird eine Person, die mit den Belastungen der Pflegesituation relativ gelassen umgehen kann, in allen Stichproben Werte liefern, die eher einen „gelassenen“ Umgang mit der betroffenen Person vermuten lassen, als dies bei einer Person der Fall ist, die stark belastet ist.

Da die Eigenschaften der Anwender\*innen mehrere Werte beeinflussen stellen sie sogenannte abhängige Werte dar und erfordern somit ein Auswertungsverfahren, welches diesem Umstand Rechnung trägt. Ein solches Verfahren stellt der t-Test für abhängige Stichproben dar, weshalb er in den folgenden Auswertungen als Verfahren herangezogen wird.

Mit dem t-Test für unabhängige Stichproben wird die Differenz in den Werten jeder einzelnen Versuchsperson betrachtet. Durch die alleinige Betrachtung der Differenz geht hier nur der Unterschied der einzelnen Messwerte, in unserem Fall zwischen der ersten und der zweiten Messung, in die Auswertung ein. Hingegen werden die allgemeinen Unterschiede, die zwischen den Personen bestehen und die auf die beiden Messzeitpunkte wirken, (z. B. Motivation, Zeit etc.) nicht in die Auswertung einbezogen.

In einem weiterführenden Projekt können diese Begleitverfahren zur Prüfung der Effektivität des Gelassenheitsbarometers ggf. weiterentwickelt und - auf den dafür gewählten Kontext zugeschnitten - genutzt werden.

## **8 Workshop zum Thema „Gewaltprävention in der häuslichen Pflege“**

Ein Teilziel des Projekts war die Ist-Stand-Aufbereitung und Projektberatung zur Vermeidung von FeM im häuslichen Umfeld. Am 15.11.2019 wurde dazu der Workshop „Gewaltprävention in der häuslichen Pflege (Theorie-Praxis-Transfer)“ als Theorie-Praxis-Transfer an der TH Köln veranstaltet. Ziel war es, in einen lösungsorientierten Austausch mit Vertreter\*innen aus der Pflegepraxis und Wissenschaft zu treten. Diskutiert wurden dabei sozialpolitische, strukturelle und methodische Lösungswege, um pflegende Angehörige zukünftig gezielter für das Themenfeld FeM zu sensibilisieren und so frühzeitig Situationen zu verhindern, die einen Menschen mit Betreuungs- oder Pflegebedarf in seiner Freiheit einschränken und/oder als gewalttätig anzusehen sind.

Das Programm, die Inhalte der Vorträge und die generierten Ergebnisse innerhalb der Gruppendiskussionen mit den Teilnehmer\*innen werden im Folgenden dargelegt.

Zeit: 15. November 2019 (Fr.), 14:00 – 17:30 Uhr; Ort: Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften, Ubierring 48, 50678 Köln, W1/W2 (Erdgeschoss); Veranstalter: TH Köln, Begleitforschung zum Projekt „Gelassen - nicht alleine lassen“, gefördert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege.

Programm:

- 14:00 Uhr Prof. Dr. Dagmar Brosey, TH Köln, Institut für Soziales Recht  
*Begrüßung und Einführung*
- 14:15 Uhr Dr. Anna Schwedler & Sarah Glaab, Uni Frankfurt, Projekt VERA  
*Menschenwürde und Persönlichkeitsrechte bei Versorgungsabhängigkeit im Alter – Rechtsschutzdefizite und Rechtsschutzpotentiale in der familialen Pflege*
- 14:45 Uhr Dr. Lena Dorin, BAGSO Referentin Gesundheits- und Pflegepolitik  
*Was lässt sich im bestehenden System umsetzen?*
- 15:00 Uhr Prof. Dr. Renate Kosuch, TH Köln, Institut für Geschlechterstudien,  
Projektleitung: „Gelassen - nicht alleine lassen“  
*Bedeutung von Gelassenheit für das Gelingen von Pflege und Begleitung*
- 15:15 Uhr Nora Wilcke, (MA Soziale Arbeit), WiMa TH Köln  
*FEM im Lichte des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes*
- 15:30 Uhr Kaffeepause
- 15:45 Uhr Workshop mit Gruppendiskussionen zu den Vortragsthemen
- 17:15 Uhr Zusammenfassung und Verabschiedung

Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum kann noch immer als Tabuthema bezeichnet werden. In ethischen, rechtlichen und besonders pflegefachlichen Diskursen lässt sich jedoch ein zunehmender Diskurs hierzu feststellen, auch was die häuslich erbrachte Pflege durch Angehörige betrifft.

Pflegebedürftige ältere Menschen stellen eine vulnerable Personengruppe dar. Intensität, Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit können bei pflegenden Angehörigen nicht nur zu umfangreichem Belastungserleben führen, sondern auch in unerwünschtes Gewalthandeln münden. Ob solche Handlungen von den Beteiligten auch als Gewalt erkannt werden, ist hierbei stark davon abhängig, wie die jeweiligen Handlungen gerechtfertigt werden und wie hoch der Wissenstand pflegender Angehöriger ist. Der Mehrwert von Gelassenheitsförderung durch mentale Selbstregulation (Introvision) für die Entwicklung gewaltpräventiver Maß-

nahmen ist hier eine bedeutsame Frage. Die Begleitforschung zum Projekt „Gelassen – nicht alleine lassen“ ist dieser Frage nachgegangen und hat die Perspektive pflegender Angehöriger von demenzerkrankten Menschen in die Entwicklung von konkreten Ansatzpunkten für Hilfestellungen einbezogen. Ebenso stellt sich die Frage der rechtlichen Bewertung von freiheitsentziehenden Maßnahmen im häuslichen Pflegekontext, auf die im Rahmen der Begleitforschung ebenfalls eingegangen wurde. Wir möchten aktuelle Forschungsergebnisse vorstellen und gemeinsam mit Ihnen diskutieren, welche Schlüsse zu ziehen sind, um Gewalt in der Pflege entgegen zu wirken und welche konkreten Unterstützungen die Akteur\*innen innerhalb des Kontexts häuslich erbrachter Pflege dazu benötigen. Dazu haben wir Referentinnen für Impulsvorträge gewinnen können.

### **Nachklang zum Theorie-Praxis-Transfer-Workshop**

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) sowie psychische und physische Gewalt in der häuslichen Pflege zu vermeiden und rechtlich zu bewerten, stand am 15. November 2019 im Mittelpunkt des Theorie-Praxis-Transfers der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der TH Köln. Auf Einladung von Prof. Dagmar Brosey und Prof. Renate Kosuch, Leiterinnen des Masterstudiengangs „Beratung und Vertretung im Sozialen Recht“ und der durch die Stiftung Wohlfahrtspflege geförderten Begleitforschung zum Projekt „Gelassen – nicht alleine lassen“ waren Fachwissenschaftlerinnen, Studierende und Expert\*innen des Praxisfeldes in die Bildungswerkstatt gekommen. Vier prägnante Kurzreferate beleuchteten aus wissenschaftlicher Sicht die Hintergründe für FEM und Bedeutung der Gewaltprävention in der häuslichen Versorgung von älteren Erwachsenen. Sie gaben Impulse für die Diskussion und den lösungsorientierten Austausch im Plenum des 3,5-stündigen Workshops. Im Kern der Beiträge des Podiums wird eine Bündelung von Beratung und Sensibilisierung der Bevölkerung und Betroffenen sowie ein Recht auf eine gewaltfreie Pflege propagiert, um den Schutz von älteren Menschen insbesondere im Zustand der Demenz zu gewährleisten. Zugleich sollten auch die häuslich versorgenden Angehörigen vor Übergriffen durch Gepflegte angemessen bewahrt werden oder Hilfen erhalten, die zumindest einen gewaltfreien Umgang mit den Folgen von Demenz ermöglichen. Dabei kommt dem Casemanagement und der sinnvoll auf den Einzelnen zugeschnittenen Unterstützung im Sinne einer Fürsorge vor Kontrolle eine besondere Bedeutung zu. Nora Wilcke, wissenschaftliche Mitarbeiterin im vorgenannten Projekt, erinnerte eindringlich daran, dass die Verhältnismäßigkeit der Mittel von FEM bereits bei bestehender Gesetzeslage zu beachten sei. Sie erläuterte Tools aus ihrer Masterthesis zur Vermeidung von FEM in der häuslich erbrachten Pflege demenzerkrankter Menschen und empfahl, jeder Handlung eine konkrete Situationsanalyse voranzustellen, um wirksam Maßnahmen zum Erwachsenenschutz zu ergreifen.

Prof. Kosuch legte dar, dass Gelassenheitsförderung durch mentale Selbstregulation (Introspection) pflegender Angehöriger dazu diene, bisheriges Verhalten neu zu bewerten und den Zustand von „Nicht-Gelassenheit“ zu beenden. Letzterer erschwere eine Selbstpflege und die Interaktion mit den an Alzheimer erkrankten Angehörigen. Emotionalität und körperlich-geistige Anspannung (Psychotonus) könne darüber hinaus Lernblockaden zur Folge haben, wodurch neue Erkenntnisse nicht integriert werden können, die potentiell zu einer Neubewertung von bisherigem Verhalten führen würden. Zudem könnten starke Schamgefühle in der Pflegebeziehung und Bewertung eigenen Verhalten die vielbeklagte Abschirmung nach außen erklären. Weiterbildungs- und Begleitungsangebote für pflegende Angehörige sollten daher auf einer Verschränkung von krankheitsbezogenem und rechtlichem Wissen mit sozialrechtlicher Unterstützung und Gelassenheitsförderung basieren. Es bedürfe der informativen, gelassenheitsförderlichen und schamsensiblen Adressierung dieser Zielgruppe, damit Unterstützungs- und Präventionsangebote auch angenommen werden können. Dass dem häuslichen Umfeld eine besondere Schutzfunktion zukommt und Privatheit kein rechtsfreier Raum ist, wurde aus den Positionen der BAGSO - vertreten durch Dr. Lena Dorin - und mit den Ausführungen und Handlungsempfehlungen des VERA Projektes zum Betreuungs- und Pflegeversicherungsrecht von Dr. Anna Schwedler und Sarah Glaab von der Universität Frankfurt deutlich. Es sei notwendig, in der breiten Öffentlichkeit, in Politik und Pflegewesen Gewalthandlungen in der häuslichen Pflege anzugehen und Wege zu finden, die Betroffenen zu schützen.

Ein Schlüssel zur Verbesserung der Gewaltprävention, so das wesentliche Ergebnis des Workshops, besteht in der rechtlich verbindlichen Vernetzung von Strukturen und Verhalten im Kontext häuslicher Pflege. Gesammelt wurden in das System einzubindende Zielgruppen wie z.B. Enkelgeneration, Hausärzte, Rettungsdienste und Polizei. Zugänge sollten über die Beratungs-, Pflege- und medizinische Dienste, die Angehörigen und Betroffenen selbst übergreifend betrachtet werden und auf den Pflegezustand und Beziehungsverhältnisse ausgerichtet sein. Dabei komme der Kommune, auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte, eine Koordinierungs- und Bündelungsfunktion für Angebote und als Anlaufstelle zu. Die verschiedenen Professionen sollten in der Lage sein, Gewaltformen zu erkennen und eingreifen zu können. Nicht zuletzt kommt es darauf an, die Betroffenen zu sensibilisieren und aufzuklären, um ihnen unbürokratisch Hilfen zur Selbsthilfe und Fremdfürsorge zu vermitteln. Dabei können die Schulung von Fachexpert\*innen zur Gestaltbarkeit von gewaltfreien Pflegearrangements im Netzwerk häuslicher Versorgung und individuelle Gelassenheitsförderung von Betroffenen wirksame Ansatzpunkte sein, um FeM, psychischen Druck, Verletzungen und Schäden der Beteiligten zu vermeiden.

## Ergebnisse des Workshops

Durch die Impulsvorträge wurde den Teilnehmer\*innen ein multiperspektivischer Blick auf das Thema „FeM in der häuslich erbrachten Pflege demenziell erkrankter Menschen“ geboten und dabei viele Ideen für zukünftige Möglichkeiten von Gewaltprävention angesprochen. Diese wurden im Anschluss mit den Teilnehmenden gemeinsam diskutiert. Der Workshop war dabei klar zukunfts- und lösungsorientiert ausgerichtet – es ging nicht darum, bestehende Probleme zu diskutieren, sondern primär darum, dazu kreativ und konstruktiv Lösungswege zu erörtern.

- I. In eine erste sogenannte *Zukunfts-Werkstatt* wurde der Schwerpunkt „**Zielgruppen**“ behandelt. Anhand von vier Fragestellungen diskutierten die Teilnehmer\*innen mit den Referentinnen, welche Zielgruppen, mit welchen Inhalten, anhand welcher Methoden und mit welchen Feldzugängen durch aufklärende und unterstützende Beratungsangebote erreicht werden sollten, um Gewalt in der familiär erbrachten Pflege entgegen zu wirken.

Hauptzielgruppe aller beratenden und unterstützenden Leistungen seien **hochbetagte Menschen** (von Pflege/Demenz bedroht oder betroffen) und deren (pflegende) **Angehörige**. Um diese Zielgruppen zu erreichen, sei eine **frühzeitige und jeweils bedarfsgerechte Ansprache notwendig**. Dazu müssen insbesondere die ersten Anlaufstellen sensibilisiert sein und einen entsprechenden Aufklärungsauftrag annehmen. Eine **Schlüsselfunktion käme hierbei Ärzten zu**, da diese für beide Zielgruppen eine der ersten Kontaktstellen im Kontakt von Demenz und Pflege sind. Es sei zudem sinnvoll, **weitere Zugehörige des Familiensystems miteinzubinden und dabei auch die Einbindung von Enkelkindern gezielt einzusetzen**.

Die Teilnehmer\*innen stellten heraus, dass es dazu einer umfassenden fachlichen **Sensibilisierung aller Akteure** bedarf, die direkt oder indirekt mit pflegebedürftigen demenziell erkrankten Menschen (oder hiervon bedrohten Personen) und pflegenden Angehörigen in Kontakt treten und arbeiten. Genannt wurden insbesondere folgende Akteure:

- Alle professionell in der Pflege tätigen Akteure (inbs. alle Personen im ambulanten Hilfesystem)
  - Schulungen/Fortbildungen
  - Kommunale Gesundheitskonferenz (Zugangsmöglichkeiten zu Arbeitsgruppen, Bildung neuer Kooperationen und Erfahrungsaustausch)
- Haus-, Fachärzte und Psychiater,
  - Häufig erste Kontakt- bzw. Anlaufstelle für die Zielgruppen, daher besonders wichtig, dass hier aufklärend und frühzeitig informiert wird
- Krankenkassen und Pflegekassen
  - Zugangsmöglichkeit zu Informationen, aber auch als aktiver Anbieter von Informationen und Anlaufstellen für Erkrankte und Pflegende (bspw. gezielte Infos zu konkreter Diagnose und entsprechende Weiterleitung zu Hilfesystemen)
- Betreuungsvereine und rechtliche Betreuer\*innen
  - Sicherstellung der Rechte des Pflegebedürftigen

- Gezielte und umfassende Beratung zu Vorsorgevollmacht und Möglichkeiten Willen und Präferenzen festzuhalten und umfassende Beratung zum Themenfeld rechtlicher Betreuung (sowohl für Pflegende als auch Gepflegte)
- Apotheken
  - Informationen aushängen, Apothekenumschau, Beratung
- Jurist\*innen
  - Zielgerichtete Juristenausbildung (universitär umfassendere Ausbildung) zwecks Sensibilisierung zum Pflegeversicherungsrecht – Schaffung von Grundrechts-basierter Pflege und Betreuung und Herstellung von kritischer Grundhaltung zu FEM. Dadurch Schaffung höherer Qualität der Beratung.
- Polizei
  - Sensibilisierung für Gewalt in der Pflege
- Postbot\*innen
  - Problem: Wenn diese einen Verdacht auf Gewalt gewinnen, wo können sie dies melden?
- Kommunen und kommunale Repräsentanten
  - Altenhilfe als kommunale Pflichtaufgabe
  - In Wohnquartieren und Stadtteilzentren niedrigschwellig und wohnortnahe Angebote schaffen
- Seniorenbüros und Mehrgenerationenhäuser
  - Kontaktpflege zu Fegenden, Gepflegten und Betreuern
- Nachbarschaftshilfen/-treffs
  - Niedrigschwellig informieren und beraten bei und vor Pflegebedürftigkeit

Betont wurde zudem, dass es einer **umfassenden gesamtgesellschaftlichen Aufklärung** bedarf, um Altenwohlgefährdung stärker entgegen zu wirken (public awareness). Es bedürfe einer End-Tabuisierung des Themas Gewalt in der häuslichen Pflege. Hierfür müsse das öffentlich weit verbreitete Bild, das häusliche Pflege friedlich sei und stationäre ein einziger Skandal ist, verändert werden. Die **Bevölkerung müsse sensibilisiert werden**, indem Aufklärung betrieben wird und ein Wissensausbau zu Handlungsmöglichkeiten und Anlaufstellen in Verdachtsfällen geschaffen werden. Zugangsmöglichkeiten, um dieses Ziel zu erreichen, seien insbesondere **Presse und Medien** generell (bspw. Werbespots, Zeitungen, Zeitschriften wie die Apothekenumschau, Aushänge bei Ärzten und Plakate bspw. im öffentlichen Nahverkehr). Ein weiteres wichtiges Mittel sei **ein öffentlich deutlich wahrnehmbarer Diskurs**, auch von politischer Seite. Dienlich sei dazu bspw. ein „Elder Abuse Day“, an dem durch Presse, Projekte und politische Aufmerksamkeit auf das Thema aufmerksam gemacht wird.

**Welche Inhalte sollten durch Maßnahmen vermittelt werden?** Hierzu hielten die Teilnehmer\*innen fest, dass pflegende Angehörige und auch die Erkrankten selbst frühzeitig und umfassend zum Krankheitsbild und dessen Verlauf aufgeklärt werden müssen und sie zudem wohnortnah über die diversen Entlastungsmöglichkeiten informiert werden sollten. Dabei könnten pflegende Angehörige auch auf die Möglichkeit ortsnaher Gesprächskreise und

Selbsthilfegruppen hingewiesen werden, um emotional entlastende Hilfemöglichkeiten zu schaffen. Solche Angebote seien zudem sinnvoll, um das Selbstwertgefühl der Pflegenden zu stärken. Zudem wurde festgehalten, dass dieser Zielgruppe die Grundlagen über die gewaltfreie Kommunikation vermittelt werden sollten.

- II. Im zweiten Teil der *Zukunfts-Werkstatt* wurde der Schwerpunkt „**Rechtliche Rahmenbedingungen**“ behandelt. Diskutiert wurde, wie eine richterliche Genehmigungspflicht für FEM im häuslichen Bereich und auch verpflichtende Schulungen für pflegende Angehörige beurteilt werden. Zudem wurde erörtert, welche rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, um eine FEM-freie Pflege in diesem Bereich weiter zu fördern.

Eine **gesetzliche Genehmigungspflicht** wurde mehrheitlich als nicht sinnvoll beurteilt. Was wäre bspw. dann die Konsequenz bei einem Verstoß? Der Sinn einer solchen Vorgabe wurde vorrangig darin gesehen, dass diese Appellwirkung hätte, tiefgreifende Veränderungen der Ursachen von FEM würden dadurch jedoch nicht gelöst. Die Teilnehmer\*innen bezeichneten die bestehende Rechtslage als ausreichend, befanden aber, dass dieser nicht ausreichend genutzt würde. Statt einer Verpflichtung sei es sinnvoller stärker zu informieren und eine FeM-kritische Bewusstseinsbildung voran zu treiben.

Ein ähnliches Meinungsbild zeigte sich zu der Idee **verpflichtender Schulungen** betreffs FEM bzw. Betreffs rechtlich relevanter Fragestellung. Auch hier wurde aufgeführt, dass dieses Vorgehen nicht niedrigschwellig und vertrauensvoll sei, man müsse die Angehörigen aufklären, ohne dass diese vorab angeklagt seien sich in der Pflege falsch zu verhalten. Geeignet seien Schulungen hierzu, diese sollten **jedoch zu verschiedenen Themengebieten ein offenes Angebot** darstellen. **Hingegen wurde die Idee positiv bewertet, dass Fachkräfte innerhalb der Pflege an verpflichtenden Schulungen und Fortbildungen teilnehmen**, um diese für das Thema zu sensibilisieren und mehr Sicherheit im Umgang mit Verdachtsfällen und Risikofaktoren zu ermöglichen. Festgehalten wurde, dass besonders Fachkräfte dazu befähigt werden sollten, FEM im Einzelfall auf ihre Verhältnismäßigkeit prüfen zu können – dass sie somit über insgesamt **mehr rechtliches Wissen verfügen** sollten.

Für die derzeitigen Pflegeprozesse selbst müssen nach Ansicht der Teilnehmer\*innen mehr und auch andere **Gestaltungsmöglichkeiten** entwickelt werden, wie bspw. ein **eigenständiger und ausgebauter Anspruch auf Beratung für pflegende Angehörige**. Diese Möglichkeit sollte dabei vor allem niedrigschwellig konzipiert sein, bspw. dadurch, dass die Beratung auch Zuhause erfolgen kann und einen Umfang von Beratung, der ausreichend ist, um wiederkehrend und dem Bedarf jeweils aktuell angepasste Hilfestellung zu ermöglichen. Zudem sei auch eine personale **Trennung der innerhalb der Beratungsformen notwendig**. Pflegende Angehörige sollten demnach nicht (bei allen) Beratungsgesprächen - auf die die gepflegte Person Anspruch hat - dabei sein. Nur so würde ein **geschützter Raum** für Ge-

pflege entstehen, innerhalb dem auch tatsächlich über Gewalterfahrungen und Missstände gesprochen werden kann (was nur schwerlich möglich ist, wenn die pflegende Person bei dem Termin anwesend ist). Weiterhin sei es auch sinnvoll, dass eine Pflegeberatung nicht nur postalisch angeboten wird (mit der Bitte sich bei Interesse zu melden), sondern dass dazu direkt Termine angeboten werden. Sinnvoll wurde es zudem beurteilt, eine **Rechtsberatung an die Pflegeberatung anzudocken** und so das bestehende System auszubauen.

Ergänzend hierzu wurde es als sinnvoll beurteilt, **präventive Hausbesuche** (nach dem Vorbild: Küchentischgespräche) durchzuführen, um pflegebedürftige Menschen umfassender zu erreichen und beraten zu können und frühzeitig einen Einblick in die häusliche Situation und die hierin bestehenden Bedarfslagen zu erhalten. Eine weitere Idee sei das Einsetzen von Stadtteilzentren, durch die wohnortsnahe Angebote und eine hohe Erreichbarkeit gewährleistet würden. Pflegeprozesse sollten zudem stets **ergebnisorientiert und bedarfsgerecht ausgestaltet** sein, sodass sie selbst als Instrument der Prävention und Hilfestellung wirksam werden (Begleitung und Unterstützung). Bei beiden Zielgruppen sei es wichtig, diese gezielt anzusprechen. Dabei sollten Beratung immer in einer empathischen, empowernden Grundhaltung ausgestaltet sein („für und mit euch, nicht gegen euch“). Inhalte müssen zudem bedarfsgerecht sein und dürfen die Betroffenen nicht überladen. Zu berücksichtigen ist zudem immer die Angst Angehöriger vor Einmischung oder Verurteilung bzw. mangelnder Wertschätzung – der thematische Zugang sollte daher sensibel hergestellt werden.

Grundsätzlich herrschte große Einigkeit dazu, dass **Schutzgesetze für alte bzw. pflegebedürftige Menschen ausgebaut** und stärker propagiert werden müssen. Dabei sei die Betonung des Rechtes auf Gewaltfreiheit bzw. gewaltfreie Pflege besonders wichtig, ebenso wie die Einrichtung einer **öffentlichen Stelle für Fälle von Altenwohlgefährdung** (als Pendant zum Jugendamt).

## 9 Ausblick

**Das Gelassenheitsbarometer für pflegende Angehörige (vgl. Anhang 3) sollte in naher Zukunft in einem kundigen Verfahren auf Wirksamkeit getestet und/oder diesbezüglich evaluiert werden**, denn es konnte im Rahmen der Begleitforschung nicht wie im Antrag vorgesehen, getestet werden. Zu den Erfahrungen mit dem Gelassenheitsbarometer liegen zwar Daten vor und die ersten vom Projektträger übermittelten Tondokumente wurden transkribiert. Die wissenschaftlichen Voraussetzungen für die Auswertung dieser Daten liegen aufgrund fehlender Datenqualität allerdings nicht vor. Hauptursächlich dafür ist der Umstand, dass das Barometer fälschlicher Weise als Forschungsinstrument eingesetzt und ausgefüllten Bögen wieder eingesammelt wurden, statt sie den Teilnehmenden zu lassen und nur telefonische Unterstützungs- und Begleitgespräche zu führen. Ein anderer Weg wä-

re, das unspezifische Gelassenheitsbarometer (vgl. Kosuch 2019) für einen vergleichbaren oder anderen Kontext zu spezifizieren und es darin zu testen oder zu evaluieren.

**Die Ergebnisse der Begleitforschung der ersten Projektphase können zudem in die Entwicklung eines Schulungskonzepts „Freiheitseinschränkung - mehr Schaden als Nutzen“ zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen einfließen (Teilziel 8).** Diese sollten unter Einbeziehung des Feedbacks pflegender Angehöriger weiterentwickelt werden von Workshops könnten Teilnehmer\*innen Alternativen zu Freiheitseinschränkungen kennenlernen, die als verhältnismäßige Lösungsansätze rechtskonform eingesetzt werden können.

**Zu entwickelnde Weiterbildungs- und Begleitungsangebote für pflegende Angehörige sollten auf einer Verschränkung von krankheitsbezogenem und rechtlichem Wissen und Gelassenheitsförderung basieren. Es bedarf der informativen, gelassenheitsförderlichen und schamsensiblen Adressierung dieser Zielgruppe, damit Unterstützungs- und Präventionsangebote auch angenommen werden können.** Nicht-Gelassenheit erschwert Selbstpflege und Interaktion mit den an Demenz erkrankten Angehörigen. Ein hoher Psychotonus kann zudem Lernblockaden zur Folge haben, insbesondere dann, wenn neue Erkenntnisse potentiell zu einer Neubewertung von bisherigem Verhalten führen. Dies kann schon im Vorfeld starke Schamgefühle auslösen. Damit lässt sich auch die vielbeklagte Abschirmung nach außen bei pflegenden Angehöriger in der häuslichen Pflege erklären.

**Zum Aspekt der Schamsensibilität in zukünftigen Schulungen und sonstigen Unterstützungsangeboten ist festzuhalten, das Gefühle der Scham und Schuld zu berücksichtigen sind, auch und gerade bei der Aufklärung über und Thematisierung von FeM.** Dies kann durch schamsensible Formen des Beistands gelingen. Dabei sollten Angehörige zur Selbstreflektion angeregt werden und Selbsthilfemethoden kennen lernen, um ihre Erfahrungen auf neue Weise zu verarbeiten. Hierzu bietet sich Coaching und Moderation bzw. Beratung bei Beziehungskonflikten an, sowie Lernbegleitung. Dadurch werden informelle Lernprozesse aus dem Alltag explizit und praktisch handhabbar. Arbeitsblätter und Gespräche sollten dazu beitragen, Fähigkeiten zu entwickeln, die zur Gestaltung von wertschätzenden Beziehungen und Lösungen von Konflikten im Wege der Kommunikation beitragen. Im Kern sollte das Potenzial der Menschlichkeit im Pflegesetting thematisiert werden, um den zwischenmenschlichen Kontakt zu gestalten. Dabei können Gewaltfreie Kommunikation und Introvision im Verbund eine sinnvolle Ergänzung von psychoedukativen Bildungsmaßnahmen sein (Kabst/Kosuch in Arbeit). Die Bedeutung der Sprache, der Gebrauch von Worten und der Kontext, in dem Aussagen in einem bestimmten Duktus vorgetragen oder nonverbal vermittelt werden, ist von verschiedener Seite als wesentlicher Zugang des Verstehens von Verhalten, dem Gewährsein menschlicher Regungen und Wirkungen der Kom-

munikation hervorgehoben worden. Mangelndes Bewusstsein über die Komplexität kommunikativer Vorgänge ist aus Sicht Satirs beispielsweise, Hauptquelle für Missverständnisse und Konflikte zwischen Menschen (vgl. Satir 1990, S. 80). Diese können nach dem Vorbild Rosenbergs jenseits von therapeutischen Interventionen mit einer an Bedürfnissen orientierten Sprache des Lebens, konstruktiv angesprochen werden und zur Entfaltung einer einfühlsamen Kommunikation dienen. „Wir betrachten unsere Art zu sprechen vielleicht nicht als gewalttätig, dennoch führen unsere Worte oft zu Verletzung und Leid – bei uns selbst oder anderen“ (Rosenberg 2001/2016, S. 18). In beiden Ansätzen wird die Art und Weise der Kommunikation als Ausdruck von Beziehungsfähigkeit betrachtet, als einem kreativen Weg verlorene oder gefährdete Verbindung wieder herzustellen und alternative Handlungen zu erwägen. Darüber hinaus wird darin ein Zugang gesehen, gesunde Beziehungen zu fördern und emotionale Altlasten in der Kommunikation zu überwinden (vgl. Satir 1972/2011, S. 13). Die Idee ist es, durch mentale Selbstregulation die Fähigkeit zur konstruktiven Kommunikation und Kompetenz zur Konfliktbewältigung weiter zu entwickeln, um die in einem privaten Sozialraum geleistete Emotionsarbeit der pflegenden und betreuenden Angehörigen Gesundheit erhaltend zu gestalten. Menschlichkeit und Menschenwürde werden so im Zusammenhang mit der subjektiv emotionalen Inanspruchnahme betrachtet.

**Zukünftige Unterstützungsangebote sollten die Defizite an konstruktiven Bewältigungsstrategien bei den Angehörigen berücksichtigen und daher emotionale Kompetenzen und mentale Selbstregulation fördern sowie Empathie in der Kommunikation auf den Pflegealltag bezogen fördern.** Dabei sollte zugleich auch eine Wissensgenerierung betreffs freiheitsentziehender Maßnahmen gezielt gefördert werden.

**Weiterführender Forschungsbedarf ergibt sich aus der Frage, wie sich die „Emotionsarbeit“ der pflegenden und betreuenden Angehörigen auf die informellen Pflegearrangements auswirkt** und ob hier eine psychische Gefährdungsbeurteilung unter Zuhilfenahme des Gelassenheitsbarometers vor dem Hintergrund des Modells der Salutogenese zur Prophylaxe von Burn-Out und Gewalt dienen kann.

**Des Weiteren ist es von Interesse, achtsamkeitsbasierte Konzepte wie die Introvision mit anderen Ansätzen zu vergleichen.** Hier bietet sich das Konzept des Mindfulness-Based Compassionate Living (MBCL) von van den Brink und Koster (2016) an. Es setzt auf eine Vertiefung der Achtsamkeitspraxis und fördert das (Selbst-)Mitgefühl, ähnlich der Empathie. MBCL bietet einen evaluierten Ansatz der Selbstfürsorge durch geistiges nicht eingreifendes Gewahrsein in selbstverurteilende Gedanken und erklärt ähnlich wie Wagner, dass antagonistische Affekthandlungen wie Selbstisolation, Selbstkritik oder Überidentifikation ursächlich einem Hängenbleiben von Denkprozessen zugeordnet werden können. Es ist von wissenschaftlichem Interesse zu vergleichen, ob die für das Programm zugrunde gelegte self

compassion scale von Neff – ein „Messinstrument zur Erfassung des Selbstmitgefühls im Umgang mit Leid und negativen Emotionen“ mit dem hier vorgelegten Gelassenheitsbarometer (vgl. Anhang 3) unterschiedliche Ergebnisse zur Gelassenheit in der Pflege ergeben würde. Das Selbstmitgefühl konzentriert sich bei Neff auf drei Komponenten „selbstbezogene Freundlichkeit“, „gemeinsame Menschlichkeit“ und „Achtsamkeit“, thematische Bezüge, die auch im Zusammenhang der Pflege und Betreuung von Angehörigen wichtig sind. Es wäre zu prüfen, ob der bereits erwiesene Zusammenhang von psychischer Gesundheit und Selbstmitgefühl (vgl. van den Brink/Koster 2016, S. 104) auch zu einem besseren Verständnis des Rückgriffs auf freiheitseinschränkende Maßnahmen führen würde und somit neue Wege zur Vermeidung eröffnen würde.

**Anknüpfungspunkte in der Praxis werden in der Angliederung an Pflegekurse, Pflegeberatung oder Angehörigengesprächskreise sowie im Einzelcoaching gesehen.** Außerdem sollten auf Basis der hier vorgelegten Ergebnisse speziell auf die Zielgruppe zugeschnittene Lernangebote geschaffen werden, die ggf. auch mit digitalen Medien und Telekommunikation verknüpft sein können. Trotz des ernsthaften Bildungsziels sollten dabei spielerische Elemente und persönliche Begegnung im Vordergrund stehen, um die Lust am Lernen neuer Bewältigungsstrategien und Wissensbestände zu unterstützen und Entlastungswirkung zu erzeugen. Eine empathische Präsenz und das Erleben einer kollegialen und solidarischen Gemeinschaft sollten in alltagstaugliche Emotionstrainings eingebunden sein.

## Literaturverzeichnis

- Bandura, A. (1986): Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bestmann, B.; Wüstholtz, E.; Verheyen, F. (2014): Pflegen. Belastung und sozialer Zusammenhalt; eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. Hamburg: Techniker Krankenkasse (WINEG Wissen, 4).
- Billen, W. (2010): Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Altenpflege in Luxemburg. Ergebnisse einer nationalen Studie. In: Ferring, D.; Groß, S. (Hrsg.): Freiheitsentziehende Maßnahmen und Gewalt in der Altenpflege. Walferdange:KA communications: S. 8-19.
- Bortz, J.; Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Limitierte 4. Auflage. Berlin: Springer Medizin.
- Brodarty, H.; Hadzi-Pavlovic, D. (1990): Psychosozial effects on carers of living with persons with dementia. Australian and New Zealand journal of Psychiatry (24), S. 351-361.
- Brügger, S.; Jaquier, A.; Sottas, B. (2016): Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger. Perspektive der Angehörigen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 49 (2), S. 138–142.
- Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ); Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2018): Gemeinsam für Menschen mit Demenz. Bericht zur Umsetzung der Agenda der Allianz für Menschen mit Demenz 2014 – 2018. Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/138484/2b448c879f9fb8d2974c18ec99205f6c/umsetzungsb-ericht-agenda-der-allianz-fuer-menschen-mit-demenz-data.pdf> [Letzter Zugriff 28.11.2019].
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (2018): Freiheitsentziehende Maßnahmen (im Rahmen des §1906 BGB). Handreichung des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e.V. Berlin. 3., überarbeitete Auflage. Stand 2018. Online verfügbar unter: <https://beb-ev.de/wp-content/uploads/2017/04/2017-04.07-HandreichungFEM-Stand-Mai-2018-final.pdf> [Letzter Zugriff: 20.06.2019].
- Chien, L. et al. (2011): Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 26, S. 1089–1098.
- Dohrenwend, B. S.; Dohrenwend, B. P. (1974): Stressful life events: Their nature and effects. Oxford: John Wiley & Sons
- Eggenberger, E.; Heimerl K., Bennett, M. (2013): Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 25, S. 345–358.
- Eggert, S.; Schnapp, P.; Sulmann, D. (2018): Aggression und Gewalt in der informellen Pflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.): Berlin. Online verfügbar unter: [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP\\_Analyse\\_Gewalt\\_informelle\\_Pflege.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Gewalt_informelle_Pflege.pdf) [Letzter Zugriff 10.07.2019].
- Engel, S. (2017): Vortrag „Ist den Angehörigen zu helfen?“ vom 9.6.2017 von Prof. Dr. Sabine Engel beim Querdenksymposium von KathoNRW, Bezirkskliniken Mittelfranken, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Online verfügbar unter: <https://www.caritas->

- pfle-  
ge.at/fileadmin/storage/wien/aktuell/termine/2017/Querdenksymposium\_2017/Praesentationen/Vortrag\_3\_Sabine\_Engel\_Ist\_den\_Angehoerigen\_zu\_helfen.pdf [Letzter Zugriff: 29.11.2019].
- Engel, A., Kosuch, R. (2018): Sachbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Projekt „Gelassen – nicht alleine lassen“ für den Zeitraum 01.09.2017 – 28.02.2018, gefördert von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW. Köln, TH Köln.
- Erdmann, G.; Janke, W. (2002): Stressverarbeitungsfragebogen. Stress, Stressverarbeitung und ihre Erfassung durch ein mehrdimensionales Testsystem. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Hogrefe: Göttingen.
- Franzen, A. (2014). Antwortskalen in standardisierten Befragungen. In Baur, N.; Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS. S. 701–711.
- Frewer-Graumann, S. (2014): Zwischen Fremdfürsorge und Selbstfürsorge. Familiäre Unterstützungsarrangements von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Görgen, T. (2016): Gewaltprävention in Bezug auf ältere (pflegebedürftige) Menschen: Vorrangige Fragen und Herausforderungen. In Voß, S.; Marks, E. (Hrsg.): 25 Jahre Gewaltprävention im vereinten Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven: Dokumentation des Symposiums an der Alice Salomon Hochschule in Berlin am 18. und 19. Februar 2016 in zwei Bänden (Band 1). Berlin: PRO BUSINESS. S. 516-518
- Görgen, T. et al. (2017): Belastungserleben und Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz, Beitrag von Thomas Görgen, Daniel Wagner, Anabel Taefi. In: Marks, E; Steffen, W. (Hrsg.): Prävention und Freiheit. Zur Notwendigkeit eines Ethik-Diskurses. Ausgewählte Beiträge des 21. Deutschen Präventionstages 6./7. Juni 2017 in Magdeburg. S. 493-502.
- Görgen, Thomas et al. (2012): Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. 5. Auflage. Rostock: Publikationsversand der Bundesregierung. (Alternativ: Gedruckt bei Bonifatius GmbH, Paderborn)
- Grimley, D. et al. (1994): The transtheoretical model of change. In: Brinthaup, T. M.; Lipka, R. P. (Hrsg.): Changing the self: Philosophies, techniques, and experiences. SUNY series, studying the self. Albany, NY: State University of New York Press. S. 201-227.
- Gunzelmann, T., Schumacher, j. D.; Brähler, E. (1996): Körperbeschwerden im Alter: Standardisierung des Gießener Beschwerdebogens GBB-24-24 bei über 60-jährigen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (29), S. 110-118.
- Halek, M.; Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover: Schlütersche.
- Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S.; Nock, L. (2017): Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft, edition Hans-Böckler-Stiftung Band 363, unter Mitarbeit von Max Ischebeck, Hans-Böckler-Stiftung. Online verfügbar unter: [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_study\\_hbs\\_363.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf) [Letzter Zugriff 28.11.2019].

- Hirsch, R. (2014): Von der Überforderung zur Gewalt: Die Situation im familiären Bereich. In: Humer, B. (Hrsg.): Gewalt an alten Menschen. Erkennen-Informieren-Verhindern. Linz: Pro Mente (Schriften zur Sozialen Arbeit, 27).
- Hirsch, R. D. (2016): Gewalt gegen alte Menschen. Erkennen--Sensibilisieren--Handeln! In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 59 (1), S. 105-112.
- Hirsch, R. D. (2005): Prävention statt Gewalt – Überforderung von Angehörigen verringern. In: Kerner, H.-J.; Marks, E. (Hrsg.): Internetdokumentation Deutscher Präventionstag. Hannover.
- Holmes, T. H.; Rahe, R. H. (1967): The social readjustment rating scale. In: Journal of psychosomatic research. S. 213-218. 1967, Heft 11. Elsevier Inc. Online Abrufbar unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022399967900104?via%3Dihub> [Letzter Zugriff: 12.11.2019].
- Hopf, C. (2000): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, U.; Kardorff, E. v. und Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 13. Aufl. :Reinbek: Rowohlt Taschenbuch.
- Hurley, R. V.; Patterson T. G.; Cooley, S. J. (2014): Meditation-based interventions for family caregivers of people with dementia: a review of the empirical literature. In: Aging-MentHealth18, S. 281–288.
- Jensen M. et al. (2014): Effectiveness of educational interventions for informal caregivers of individuals with dementia residing in the community: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. In: Int JGeriatrPsychiatry 30, S. 130-143.
- Kabst, Chr. & Kosuch, R. (2019). Gelassenheit an der Schmerzgrenze – Was tun in herausfordernden Pflegesituationen? Empathische Zeit, 4, S. 64-67.
- Kabst, Christine, Engel, Alexander & Kosuch, Renate (2019). Gelassenheit in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz. Auswertung von sechs Explorationsworkshops mit pflegenden Angehörigen. Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung im Projekt „Gelassen - nicht alleine lassen“, gefördert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, TH Köln
- Kallus, K. W. (2010). Erstellung von Fragbogen. Wien: Facultas wuv utb.
- Klauer, T. (2012): Stressbewältigung. In: Psychotherapeut 57 (3), S. 263-278.
- Klie, T. (1988): Lehrbuch der Altenpflege: Rechtskunde. 3., überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Hannover: Vincentz.
- Klie, T.; Bredthauer, D. (2010): Arbeitsdefinition für den Begriff der freiheitseinschränkenden Maßnahmen im SILQUA-FH Projekt „ReduFix ambulant“ der Fachhochschule Frankfurt und der Evangelischen Hochschule Freiburg. Online verfügbar unter: [https://agp-freiburg.de/downloads/Definition\\_FeM\\_Redufix\\_amb\\_2010-01-07.pdf](https://agp-freiburg.de/downloads/Definition_FeM_Redufix_amb_2010-01-07.pdf) [Letzte Zugriff: 15.09.2019].
- Klie, T. et al. (2013): Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ReduFix ambulant - Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Evangelische Hochschule Freiburg/Fachhochschule Frankfurt: Freiburg/Frankfurt Online abrufbar unter: <https://docplayer.org/39489034-Redufix-ambulant-sicherheit-und-lebensqualitaet-in-der-haeuslichen-versorgung-von-aelteren-menschen-mit-hilfe-und-pflegebedarf.html> [Zuletzt abgerufen am 28.11.2019].

- Köpke, S. et al. (2015): Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. 2., Auflage. Universität zu Lübeck & Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Online verfügbar unter: [http://www.leitlinie-fem.de/download/LL\\_FEM\\_2015\\_Internet\\_gesamt.pdf](http://www.leitlinie-fem.de/download/LL_FEM_2015_Internet_gesamt.pdf) [Letzter Zugriff: 24.06.2019].
- Kabst, C.; Engel, A.; Kosuch, R. (2019): Gelassenheit in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz. Auswertung von sechs Explorationsworkshops mit pflegenden Angehörigen. Unveröffentlichter Projektbericht gefördert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, TH Köln.
- Kabst, C.; Kosuch, R. (in Arbeit). Gelassen pflegen – gewaltfrei verständigen. Vorschlag für ein Schulungsmodell transformativen Lernens selbstempathischer Resonanz auf Basis eines integrierten Ansatzes von Introvision und gewaltfreier Kommunikation.
- Kosuch, R. (2019). Das Gelassenheitsbarometer: Entwicklung eines Fragebogens zur Selbstreflexion situativer Gelassenheit in vielfältigen Kontexten. Unveröffentlichtes Manuskript, TH Köln. <https://th-koeln.sciebo.de/s/1uVlcbub3MwRU6r> (25.09.2019)
- Kosuch, R. & Wagner, A.C. (2019). Die Praxis der Introvision: Förderung von Gelassenheit durch Auflösung innerer Konflikte. In Stephan Rietmann & Philipp Deing, Psychologie der Selbststeuerung. Wiesbaden, Springer VS, S. 129-157.
- Kosuch, R. (1994): Beruflicher Alltag in Naturwissenschaft und Ingenieurwesen. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Kraemer, B. J. (1997): Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? In: Gerontologist (37), S. 218-232.
- Kromrey, H. (2009). Empirische Sozialforschung. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Kruse, J. (2015): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Weinheim: Beltz Juventa
- Kuckartz, U. (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Kunstmann, A.-C. (2010): Familiäre Verbundenheit und Gerechtigkeit. Fehlende Perspektiven auf die Pflege von Angehörigen - Eine Diskursanalyse. Zugl.: Bielefeld, Univ., Diss, 2009 u.d.T.: Innerfamiliäre Verbundenheit und Gerechtigkeit als fehlende Perspektiven auf die familiäre Altenfürsorge und Pflege Eine Analyse des Diskurses. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Lazarus, R. S.; Launier, R. (1981): Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J. R. (Hrsg.) (1981): Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. S. 213-259 Reineke: Hogrefe. Online Abrufbar unter: [https://www.semestra.ch/data/files/stress\\_theorien\\_untersuchungen\\_massnahmen.pdf](https://www.semestra.ch/data/files/stress_theorien_untersuchungen_massnahmen.pdf) zuletzt überprüft 28.11.2019
- Mayer, H. O. (2013). Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methodenempirischer Sozialforschung (6. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Mayring, P. (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Basel: Beltz
- Merkle, M. (2016): Dokumentation Umsetzung nationaler Demenzstrategien. Europa im Vergleich Fachgespräch 8./9. Oktober 2015 im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwick-

- lungen in Europa (Hrsg.). Online verfügbar unter <https://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de> [Letzter Zugriff 01.12.2019].
- Moosbrugger, H.; Kelava, A. (2012): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2. Aufl.. Berlin: Springer.
- Ory, M. G., Yee, J. L., Tennenstedt, S. L. & Schulz, R. (2000): The extent and impact of dementia care: Unique challenges experienced by family caregivers.
- Mummendey, H. D.; Grau, I. (2014). Die Fragebogenmethode:: Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung. 6., überarbeitete, Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Ory, M. G. et al. (2000): The extent and impact of dementia care: Unique challenges experienced by family caregivers. In: R. Schulz (Hrsg.): Intervention approaches to dementia caregiving. New York: Springer
- Pearlin, L. I. et al. (1990): Caregiving and the Stress Process. An Overview of Concepts and Their Measures. In: *The Gerontologist* 30 (5), S. 583–594.
- Petersen, T. (2014): Der Fragebogen in der Sozialforschung. Stuttgart: UTB.
- Pfaff, H. (2003). Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff, H. et al. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Göttingen: Hogrefe. S. 13-23
- Pieniak, S. (2017): Die Inanspruchnahme von Beratungs- und Entlastungsleistungen durch pflegende Angehörige von an Demenz erkrankten Familienmitgliedern in der häuslichen Versorgung. Barrieren und zugangsförderliche Faktoren. In: *Pflegewissenschaft* 19 (1/2), S. 29–40.
- Pinquart, M.; Sörensen, S. (2003): Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health. A meta-analysis. In: *Psychology and Aging* 18 (2), S. 250–267.
- Porst, R. (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: Springer VS.
- Powers, W. T. (1973): Behavior: the control of perception. Chicago: Aldine.
- Schaub, R.; Lützu-Hohlbein, H. v. (2017): Demenz – Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 50 (7), S. 616–622.
- Prochaska, J. O. (1994): Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. In: *Health Psychology*, 13, S. 47-51.
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory, Research and Practice* (19), S. 276-288.
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. (1983): Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (51), S. 390-395.
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. (1992): Stages of change in the modification of problem behaviors. In Hersen, M.; Eisler, R.; Miller, P. M. (Hrsg.): *Progress in Behavior Modification*, Band 28. Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company. S. 183-218
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C.; Norcross, J. C. (1992): In search of how people change: Applications to addictive behaviors. In: *American Psychologist* (47), S. 1102-1114.

- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C.; Velicer, W. F.; Rossi, J. S. (1992): Criticisms and concerns of the transtheoretical model in light of recent research. In: *British Journal of Addiction* (87), S. 825-828.
- Prochaska, J. O.; Norcross, J. C.; DiClemente, C. C. (1994): *Changing for good*. New York: William Morrow & Company.
- Prochaska, J. O.; Redding, C.; Evers, K. (1996): The Transtheoretical Model of Behavior Change. In: Glanz, K.; Lewis, F.M.; Rimer, B.K. (Hrsg.): *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 2. Auflage. San Francisco: Jossey-Bass Publications.
- Prochaska, J. O.; Velicer, W. F. (1997): The Transtheoretical Model of behavior change. In: *American Journal of Health Promotion* (12), S. 38-48.
- Prochaska, J. O.; Velicer, W. F.; DiClemente, C. C.; Fava, J. (1988): Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (56), S. 520-528.
- Prochaska, J. O.; Velicer, W. F.; Guadagnoli, E.; Rossi, J. S.; DiClemente, C. C. (1991): Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. In: *Multivariate Behavioral Research* (26), S. 83-107.
- Renaud, D.; Nicolay, E., Battis, S. (2015): „Mehr Freiheit in der Pflege wagen“. Alternativen zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Hrsg.). Saarbrücken. Online verfügbar unter: [https://www.saarland.de/dokumente/thema\\_soziales/Freiheitsentziehende\\_Massnahmen\\_Broschuere\\_13.08.15.pdf](https://www.saarland.de/dokumente/thema_soziales/Freiheitsentziehende_Massnahmen_Broschuere_13.08.15.pdf) [Letzter Zugriff: 20.06.2019].
- Rosenberg, M. B. (2001/2016): *Gewaltfreie Kommunikation, eine Sprache des Lebens*, 12. überarbeitete und erweiterte Auflage. Paderborn: Junfermann-Verlag
- Satir, V. (1990/2004): *Kommunikation – Selbstwert – Kongruenz. Konzepte und Perspektiven familientherapeutischer Praxis*, 7. Auflage 2004. Paderborn, Junfermann-Verlag.
- Satir, V. (1972/2011): *Selbstwert und Kommunikation. Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe*, 20. Auflage 2011. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag.
- Schaub, R.; Lützau-Hohlbein, H. v. (2017): Demenz – Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 50 (7), S. 616–622.
- Schuhmacher, B.; Noack, C.; Bredthauer, D. (2013): Befragung von Anrufern am Beratungstelefon der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. In: Klie, T. et al.: *Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf*. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. AGP Sozialforschung Freiburg/Fachhochschule Frankfurt: Freiburg/Frankfurt. Online verfügbar unter: <https://docplayer.org/39489034-ReduFix-ambulant-sicherheit-und-lebensqualitaet-in-der-haeuslichen-versorgung-von-aelteren-menschen-mit-hilfe-und-pflegebedarf.html> [Letzter Zugriff 28.11.2019].
- Selye, H. (1976): *Stress in Health and Disease*. Burlington: Elsevier Science. Online verfügbar unter <http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1817657> [Letzter Zugriff 28.11.2019].
- Thomas, S. et al. (2017): Updated meta-review of evidence on support for carers. In: *Health Services Delivery Research* 5 (12).

- Van den Brink, E.; Koster, F. (2014): Mitfühlend leben: Mit Selbst-Mitgefühl und Achtsamkeit die seelische Gesundheit stärken: Mindfulness-Based Compassionate Living – MBCL. München: Kösel-Verlag.
- Wagner, A. C. (2011): Gelassenheit durch Auflösung innerer Konflikte. Mentale Selbstregulation und Introvision. 2., vollst. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wagner, A. C.; Kosuch, Renate; Iwers-Stelljes, Telse (2016): Introvision. Problemen gelassen ins Auge schauen - eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walther, G. (2007): Freiheitsentziehende Maßnahmen in Altenpflegeheimen – rechtliche Grundlagen und Alternativen der Pflege. In: Ethik in der Medizin (19/4). S. 289–300.
- Wilz, G.; Pfeiffer, K. (2019): Pflegende Angehörige. Reihe Fortschritte der Psychotherapie Band 73. Göttingen: Hogrefe.
- Wilz, G., Soellner, R. (2016): Abschlussbericht Tele.TAnDem.Transfer. Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzerkrankten. Praxistransfer einer telefonischen Therapie zur Unterstützung von betreuenden Angehörigen. Bundesministerium für Gesundheit. Förderkennzeichen IIA5-2512FSB555. Jena & Hildesheim. Online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Zukunftswerkstatt\\_Demenz/A3\\_18\\_Abschlussbericht\\_TeleTAnDemTransfer\\_15\\_02\\_16.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Zukunftswerkstatt_Demenz/A3_18_Abschlussbericht_TeleTAnDemTransfer_15_02_16.pdf) [Letzter Zugriff 04.12.2019].
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (Hrsg.) (2006): Freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege -Ausarbeitung-. Verfasser\*innen unbekannt. Ausarbeitungsnr. WD 7 – 255/06. Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/blob/408122/8740e942c4c80ed8e360350186eaf506/wd-7-255-06-pdf-data.pdf> [Letzter Zugriff: 24.010.2019].
- World Health Organisation (Hrsg.) (2008): A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report. Genf. Online verfügbar unter: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43869/9789241563581\\_eng.pdf;jsessionid=F24952F70B133DFEA451E2EDCB533552?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43869/9789241563581_eng.pdf;jsessionid=F24952F70B133DFEA451E2EDCB533552?sequence=1) [Letzter Zugriff: 28.11.2019].
- Zank, S.; Schacke, C, Leipold, B.(2007): Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 1: Längsschnittergebnisse der LEANDER Studie. Freie Universität Berlin.
- Zank, S.; Schacke, C. (2013): Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Kurzfassung, Abschlussbericht 2. Phase Universität Siegen, Lehrstuhl für klinische Psychologie. Online verfügbar unter <https://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/Leander%20II%20-%20vollstaendiger%20Bericht.pdf> [Letzter Zugriff: 28.11.2019].
- Zarit, S. H. (2008): Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. In: Duyckaerts C. und Litvan, I. (Hg.): Dementias, Bd. 89. Amsterdam, New York: Elsevier. S. 101–106.
- Zarit, S. H., Savla, J. (2016): Caregivers and Stress. In Fink, G. (Hrsg.): Stress: concepts, cognition, emotion and behavior. London: Academic Press/Elsevier.

## **Gelassenheitsbarometer: Selbsteinschätzung der Gelassenheit bei der Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz**

Die Pflege und Betreuung eines Menschen, der an einer Form der Demenz erkrankt ist, stellt eine anstrengende und oftmals herausfordernde Aufgabe dar – die durch eine gelassene Haltung unter Umständen erleichtert werden kann. Durch Alzheimer NRW wurden von Januar bis Mai 2018 insgesamt fünf Gruppengespräche zum Thema Gelassenheit durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass die meisten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gerne gelassener im Umgang mit der erkrankten Person wären - besonders in schwierigen und herausfordernden Situationen. Gerade dann aber fällt es besonders schwer, gelassen zu bleiben.

Doch was verbirgt sich hinter der Vorstellung größerer Gelassenheit?

Gelassenheit wird häufig mit Besonnenheit, innerer Ruhe, Weitsicht oder Bedachtsamkeit umschrieben. Gelassenheit ist eine innere Haltung, die uns hilft, uns nicht an Dingen abzuarbeiten, die wir nicht verändern können sondern sie so sein zu lassen, wie sie gerade sind. In diese Richtung weist auch das vielen Menschen bekannte „Gelassenheitsgebet“: „Gott gebe mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.“

In Situationen fehlender Gelassenheit können wir Ärger oder Stress erleben, von Ängsten überflutet werden oder das Gefühl bekommen, hilflos ausgeliefert zu sein. Oder wir lassen solche Zustände gar nicht erst aufkommen und blockieren innere Regungen, reißen uns zusammen. Beides kann ganz automatisch ablaufen und kann dazu führen, dass wir Lösungen nicht sehen und unsere Gesundheit und Handlungsfähigkeit leidet.

Eine solche Nicht-Gelassenheit entsteht bei den Versuch, Dinge innerlich so zu machen wie sie sein sollen, anstatt hinzuschauen wie sie tatsächlich sind. Ein Anzeichen hierfür ist das innerliche Festhalten daran, wie etwas zu sein hat (Sollvorstellungen). Das zeigt sich zum Beispiel an Formulierungen wie „...muss unbedingt!“ oder „...darf auf keinen Fall!“. Vorstellungen, wie z. B.: „Ich muss auf jede Frage meines Angehörigen antworten“ sind dann automatisch mit der Selbstanweisung verbunden, von diesem Ziel nicht abzulassen. (Imperativ).

In schwierigen, anstrengenden und herausfordernden Situationen gelassen handeln zu können - so zeigte sich auch in den fünf Gruppengesprächen - ist mit vielen Vorteilen verbunden. Wer gelassen ist, macht die Erfahrung handlungsfähig zu sein und auch Situationen ins Auge schauen zu können, die sich schlimm anfühlen. Wir geraten nicht in einen Tunnelblick und können ruhiger mit unseren Angehörigen kommunizieren. Zugleich fällt es leichter, Lösungen für Situationen zu erkennen, die Stress und Belastungen auslösen.

Wenn wir lernen, das, was sich nicht verändern lässt, gelassen anzuschauen und damit umzugehen, können wir liebevoller mit uns selber sein und schwierige Zeiten besser überstehen ohne sie noch durch zusätzliche Gedanken und Gefühle belastender zu machen, als sie bereits sind. Gelassenheit heißt nämlich auch, etwas zu lassen – aufzuhören, sich etwas selbst zu befehlen, sich hineinzusteigern oder Gefühle herunterzuspielen.

Ein erster Schritt zu mehr Gelassenheit liegt darin, zu erkennen, wann wir auf welche Weise in unserer Gedanken und Gefühlen eingreifen, darum kreisen und die Gelassenheit verlieren. Mit diesem Instrument möchten wir Ihnen eine Hilfestellung anbieten, diesen ersten Schritt zu tun und sich einen Eindruck zu verschaffen über den eigenen Umgang mit Pflege und Betreuung und das damit verbundene Ausmaß von Gelassenheit.

Sie können Erfahrungen damit machen, ob sich durch die Anwendung des „Gelassenheitsbarometers“ schon etwas verändert. Sie können überlegen, was Sie selbst verändern können und welche Unterstützung Sie brauchen, um gelassener zu werden.

Bitte lesen Sie hierzu sowohl die Fragen auf der linken, wie auch auf der rechten Seite des Fragebogens aufmerksam durch. Ordnen Sie sich nun der Aussage zu, die ihrer Wahrnehmung am nächsten kommt. Sollten Sie sich mit keiner der beiden Aussagen identifizieren können, kreuzen Sie bitte den Punkt „Trifft nicht zu“ an. In jeder Zeile sollte nur ein Kreuz stehen. Die Lücken innerhalb der einzelnen Fragen sind Lehrstellen für den Namen des erkrankten Angehörigen.

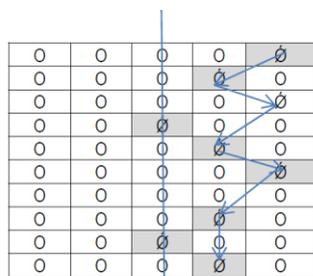
## Gelassenheitsbarometer: der Gelassenheit bei der Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz

(bitte ankreuzen)

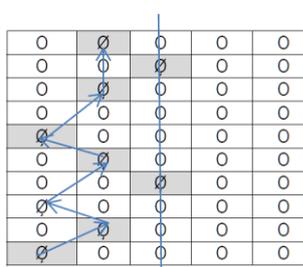
	Ja, ge- nau	eher ja	Trifft nicht zu	eher ja	Ja, genau	
<b>Selbstkommunikation</b>						
Wenn ich an mir selbst etwas wahrgenommen haben, was ich nicht mag, oder längst ändern wollte, konnte ich das wahrnehmen, ohne mich dafür runterzumachen und bin überwiegend freundlich zu mir geblieben.	<input type="radio"/>	Wenn ich an mir selbst etwas wahrgenommen haben, was ich nicht mag, oder längst ändern wollte, habe ich negativ darauf reagiert, innerlich mit mir geschimpft und mich selbst nicht freundlich behandelt.				
Als ich etwas verändern wollte... habe mich nicht unter Druck gesetzt (wenig Antreiber).	<input type="radio"/>	Als ich etwas verändern wollte... habe ich mich stark unter Druck gesetzt (viele Antreiber).				
Wenn mich die Pflege von ___ sehr angestrengt hat konnte... ...ich mir Zuspruch geben, ohne mich dabei unter Druck zu setzen („Du wirst es schaffen.“)	<input type="radio"/>	Wenn mich die Pflege von ___ sehr angestrengt hat konnte... ...ich mir Zuspruch geben, habe mich dabei aber unter Druck gesetzt („Du musst es schaffen!“)				
Wenn ich mich über ___ aufgeregt habe oder streng zu mir war, konnte ich damit auch wieder aufhören und zu meiner Gelassenheit zurückfinden.	<input type="radio"/>	Wenn ich mich über ___ aufgeregt habe oder streng zu mir war, konnte ich nicht damit aufhören- oder nur, indem ich mich gezwungen haben, zu stoppen - das hat mich belastet.				
Wenn ich über die Erkrankung von ___ nachgedacht habe, dann waren meine Gedanken so,... ...dass ich die Dinge anschauen konnte, wie sie sind und wenig bewertet habe. („Ja, so ist es.“)	<input type="radio"/>	Wenn ich über die Erkrankung von ___ nachgedacht habe, dann habe ich sie bewertet und mir eine andere Realität gewünscht („Es darf auf keinen Fall sein!“, „Es muss unbedingt sein!“, „Es ist so und so, das ist schlimm!“)				
<b>Selbstwahrnehmung</b>						
Ich konnte zeitnahe wahrnehmen, wenn ich belastet war, erschöpft war, angespannt war, mich aufgeregt habe, oder gestresst war.	<input type="radio"/>	Ich konnte erst viel später oder im Nachhinein wahrnehmen, wenn ich belastet war, erschöpft war, angespannt war, mich aufgeregt habe, oder gestresst war.				
Ich konnte mir erlauben zu bemerken, wo ich Hilfe benötig.	<input type="radio"/>	Ich konnte mir nicht erlauben zu bemerken, wo ich Hilfe benötige.				
Ich konnte die Grenzen meiner Kraft wahrnehmen.	<input type="radio"/>	Ich bin über die Grenzen meiner Kraft gegangen, weil ich sie nicht wahrgenommen habe.				
Ich konnte bemerken, wenn ich nicht gelassen war, z.B. mich innerlich zusammengerissen habe (Blockade) oder mich über Dinge/ Menschen aufgeregt habe (innerer Konflikt).	<input type="radio"/>	Ich konnte nicht bemerken, wenn ich nicht gelassen war. Das Nicht-Gelassen-Sein lief eher automatisch ab.				
<b>Umgang mit den eigenen Gefühlen und Stimmungen</b>						
Dinge, die mir Sorgen machen, konnte ich für den Moment loslassen.	<input type="radio"/>	Dinge die mir Sorgen machen, drängten sich innerlich auf, meine Gedanken drehten sich im Kreise.				
Wenn ich nicht gelassen war, konnte ich das erst mal so annehmen – dann ging es mir schon besser.	<input type="radio"/>	Wenn ich nicht gelassen war und das bemerkt habe, hat mich das zusätzlich bedrückt.				
Wenn sich unangenehme Gedanken und Sorgen aufdrängten, konnte ich zugleich wahrnehmen, dass das Kreisen um solche sorgenden Gedanken nicht zu einer Veränderung/Lösung führt.	<input type="radio"/>	Wenn sich unangenehme Gedanken und Sorgen aufdrängten, muss ich immer weiter darüber nachdenken und mache mir große Sorgen.				

	Ja, ge- nau	eher ja	Trifft nicht zu	eher ja	Ja, genau	
<b>Wahrnehmung von Grenzen der Verbesserung bei der von Alzheimer betroffenen Person</b>						
Ich konnte annehmen, dass ___ so ist, wie er/sie ist.	0	0	0	0	0	Ich konnte nicht annehmen, dass ___ so ist, wie er/sie ist.
Ich konnte den Gedanken aushalten, dass sich viele Veränderungen nur verlangsamten aber nicht gänzlich aufhalten lassen.	0	0	0	0	0	Ich konnte den Gedanken nicht aushalten, dass sich viele Veränderungen nur verlangsamten aber nicht gänzlich aufhalten lassen.
<b>Handlungsspielraum</b>						
Ich konnte mir Hilfe holen und es war auch in Ordnung so.	0	0	0	0	0	Ich konnte mir Hilfe holen, aber es hat mich zusätzlich gestresst.
Ich konnte mir Hilfe holen, weil ich sie gebraucht habe.	0	0	0	0	0	Ich konnte mir keine Hilfe holen, obwohl ich sie gebraucht hätte
Das Verhalten von Demenzerkrankten kann herausfordernd sein, z. B. häufige Wiederholung von Fragen, Weglauftendenzen, aggressives Verhalten etc. (schwierige Situationen) Ich konnte in solchen Situationen geduldig bleiben	0	0	0	0	0	Das Verhalten von Demenzerkrankten kann herausfordernd sein, z. B. häufige Wiederholung von Fragen, Weglauftendenzen, aggressives Verhalten etc. (schwierige Situationen) Ich konnte in solchen Situationen nicht geduldig bleiben
In schwierigen Situationen mit ___ konnte ich mich so verhalten, wie ich es passend und gelungen finde.	0	0	0	0	0	In schwierigen Situationen mit ___ konnte ich mich nicht so verhalten, wie ich es passend und gelungen finde.
Ich konnte wahrnehmen, dass ___ mich nicht absichtlich kränken will (- auch wenn ich mich verletzt fühlte).	0	0	0	0	0	Ich wurde immer wieder gekränkt durch ___, weil ich in schwierigen Situationen nicht daran gedacht habe, dass die Krankheit sein/ihr Verhalten beeinflusst.
In schwierigen Situationen mit ___ konnte ich innerlich weitstellen und mir sind verschiedene Verhaltensmöglichkeiten eingefallen.	0	0	0	0	0	In schwierigen Situationen mit ___ bin ich in einen Tunnelblick geraten und mir sind keine anderen Verhaltensmöglichkeiten eingefallen.
Mir fiel in schwierigen Situationen mit ___ ein, wie ich gut darauf reagieren kann.	0	0	0	0	0	Mir fiel in schwierigen Situationen mit ___ erst im Nachhinein oder gar nicht ein, was besser gewesen wäre.

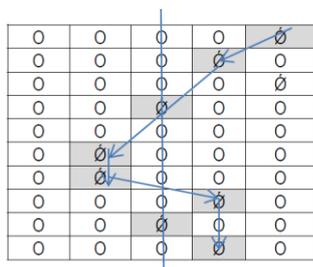
Verbinden Sie die angekreuzten Punkte, wobei Sie die Kreuze in der Mitte („Trifft nicht zu“) dabei auslassen. So entsteht auf beiden Seiten ein Bild, anhand dessen Sie das Ausmaß der Gelassenheit als Momentaufnahme betrachten können.



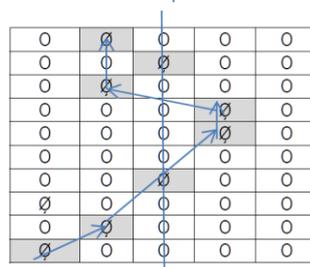
nicht ausreichend gelassen



gelassen



eher nicht gelassen



eher gelassen