

Pflege im Fokus – verstehen und handeln

Band I – 1. und 2. Ausbildungsdrittel



LESEPROBE



DIGITALES
ZUSATZMATERIAL

VERLAG DR. FELIX BÜCHNER

PFLEGE



Unkorrigierte Leseprobe
mit ausgewählten Inhalten des Titels

Pflege im Fokus - verstehen und handeln
Band I – 1. und 2. Ausbildungsdrittel

ca. 1360 Seiten, mehrfarbig, 19 cm x 26 cm, Hardcover

ISBN 978-3-582-09101-7

Bestell-Nr. 9101, ca. € 49,95

eBook

5-Jahres-Lizenz

Bestell-Nr. E9101, ca. € 44,95

eBook inside: Buch und eBook

ISBN 978-3-582-90003-6

Bestell-Nr. B9101, ca. € 59,95

Erscheinungstermin: 3. Quartal 2025

Pflege im Fokus – verstehen und handeln

Band I – 1. und 2. Ausbildungsdrittel

Wir danken den Konzeptentwicklern und Konzeptentwicklerinnen der Reihe „Pflege im Fokus“:

Thorsten Berkefeld, Dipl.- Pflegelehrer, Fachleiter am Studienseminar Speyer für das Fach Pflege
und stv. Seminarleiter, Neustadt

Ursula Heling, Dipl.- Ökotrophologin, Studiendirektorin, Wissen

Andrea Mörschel, Kinderkrankenschwester, MA Bildungsmanagement, Castrop-Rauxel

Christine Schwerdt, Kinderkrankenschwester, Dipl.- Pflegewirtin, Dortmund

Bernd Sens-Dobritsch, Krankenpfleger und Dipl.- Medizinpädagoge, Hamburg

Danksagung Titelbild

Ein ganz besonderer Dank für die Gestaltung des Titelbilds geht an den Fotografen Kai Abresch:
kai abresch photography (www.kai-abresch.de), Berlin sowie an die Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter
und Auszubildenden des BG Klinikum Hamburg gGmbH.

ISBN 978-3-582-09101-7 Best.-Nr. 9101

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich oder durch bundesweite Vereinbarungen zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Die automatisierte Analyse des Werkes, um daraus Informationen insbesondere über Muster, Trends und Korrelationen gemäß § 44b UrhG („Text und Data Mining“) zu gewinnen, ist untersagt.

Die Verweise auf Internetadressen und -dateien beziehen sich auf deren Zustand und Inhalt zum Zeitpunkt der Drucklegung des Werks. Der Verlag übernimmt keinerlei Gewähr und Haftung für deren Aktualität oder Inhalt noch für den Inhalt von mit ihnen verlinkten weiteren Internetseiten.

Verlag Dr. Felix Büchner GmbH & Co. KG – Verlag Handwerk und Technik GmbH,
Lademannbogen 135, 22339 Hamburg; Postfach 63 05 00, 22331 Hamburg – 2025
E-Mail: info@handwerk-technik.de – Internet: www.handwerk-technik.de

Satz und Layout: Fotosatz Amann GmbH & Co. KG, 87700 Memmingen
Umschlagmotiv: kai abresch photography, 10555 Berlin

CE 11

Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen

- 1 Psychische Störungen erkennen xx
Theresa Bartoschek: Kap. 1.1, 1.6
Dr. Bianca Leufgen: Kap. 1.1–1.6
- 2 Menschen mit beeinträchtigten Denkprozessen und Verwirrheitszuständen unterstützen xx
Jessica Filipowsky
- 3 Mit krankhaft ängstlichen Menschen eine Beziehung aufbauen xx
Dr. Bianca Leufgen: Kap. 3.2, 3.3
Kai Seuthe: Kap. 3.1
- 4 Verzweifelte und antriebsgeminderte Menschen mit affektiven Störungen verstehen und motivieren xx
Dr. Bianca Leufgen: Kap. 4.1, 4.2
Anja Lüder: Kap. 4.1, 4.2
Daniela Scholz: Kap. 4.1, 4.2

1 Psychische Störungen erkennen

↓ CE11_1_Kompetenzraster

Sören FINDER hat heute seinen ersten Dienst in seinem psychiatrischen Einsatz auf der offenen Station im Klinikum Seeberg. Seine Praxisanleiterin Susanne Harms zeigt ihm die Station und erklärt ihm: „Hier auf Station behandeln wir vor allem die typischen psychischen Störungen wie Depressionen und Angststörungen. Viele der Patienten werden in einer akuten Krise aufgenommen und bleiben meist ein paar Wochen, bis sie in die Tagesklinik oder die stationsäquivalente Behandlung verlegt oder aber auch entlassen werden.“ Auf dem Stationsflur zeigt sie Sören den Wochenplan der Station. „Das ist eine gute Orientierung für dich. Hier siehst du das therapeutische Wochenprogramm für unsere Patienten. Jeden Morgen findet eine Morgenrunde statt, in der tagesaktuelle Dinge besprochen werden. Die Patienten berichten, wie es ihnen geht, und können Anliegen wie ein ärztliches Gespräch anmelden. Daran solltest du im Frühdienst unbedingt teilnehmen, damit du zu jedem Namen das Gesicht kennenlernst. Du kannst auch Patienten zur Psychoedukationsgruppe, zur Ergo- oder Sporttherapie begleiten oder mit der Peer-to-Peer-Beratung sprechen. Schau dir gern alles an. Die Visite findet immer am Mittwochvormittag statt. Wenn du sonntags Dienst hast, wird dir auffallen, dass auch Seelsorger die Patienten besuchen. Sie bieten Gesprächskreise und Gottesdienste an, an denen alle Patienten teilnehmen können, auch wenn sie nicht religiös sind. Wir nehmen die Themen Spiritualität und Kultur auf unserer Station sehr ernst. Das sind Überzeugungen und Wertvorstellungen, die Halt geben und sich positiv auf das Wohlbefinden ausüben – und diese Aspekte wollen wir natürlich fördern. Am Wochenende und nachmittags unter der Woche bieten wir Spaziergänge, Kochgruppen oder Spielerunden an. Das sind immer gute Möglichkeiten, um ganz beiläufig mit den Patienten ins Gespräch zu kommen und sie hinsichtlich ihrer Stimmung einzuschätzen. Gerade bei Patienten in einer akuten Krise ist ein enger Kontakt wichtig. Dennoch musst du auf ein angemessenes

Nähe-Distanz-Verhältnis achten. Das ist auch für deine psychische Gesundheit wichtig. Sowohl im Frühdienst als auch im Spätdienst führen wir die Bezugspflegetgespräche mit unseren jeweiligen Bezugspatienten. Dabei wird die Pflegeplanung evaluiert oder die bevorstehende Entlassung oder Verlegung besprochen.“ Sören fühlt sich von all den neuen Informationen erschlagen. Susanne beruhigt ihn: „Keine Angst, das musst du dir jetzt nicht alles merken. Lass uns kurz ins Dienstzimmer gehen, dann zeige ich dir da noch alles Wichtige, und du kannst Fragen stellen.“ Im Dienstzimmer meint Sören, dass er sich eine psychiatrische Station nicht so gemütlich vorgestellt habe. „Ich hatte echt Angst, dass alles ganz kahl ist und die Patienten wie in dem Film ‚Einer flog übers Kuckucksnest‘ herumlaufen und verrückt sind und mich vielleicht angreifen.“ „Ja, viele haben dieses Bild von einer psychiatrischen Station. Doch das gemütliche Ambiente ist auch für die Behandlung wichtig. Und zu deiner Sorge: Gelegentlich kann es vorkommen, dass Patienten fremdaggressiv uns oder anderen Personen gegenüber werden. Das passiert aber selten. Trotzdem solltest du immer im Hinterkopf haben, dass die Symptome, die unsere Patienten zeigen, ein Ausdruck eines gewissen Ungleichgewichts sind. Eine psychische Störung kann jeden treffen – auch dich und mich. Deswegen bezeichnen wir unsere Patienten nicht als ‚verrückt‘, sondern nehmen sie so an, wie sie sind, und begegnen ihnen mit Verständnis und Respekt. Wenn dir mal was komisch vorkommt, dann sag mir direkt Bescheid. Wie du siehst, spielt die Kommunikation auf psychiatrischen Stationen eine sehr wichtige Rolle. Nicht nur mit den Patienten, auch im Team ist es wichtig, sich immer über aktuelle Probleme usw. auszutauschen. Deswegen haben wir auch alle 3 Monate eine Supervision, um über Belastungen bezüglich Patienten oder im Team zu sprechen. Das ist wichtig und dient unserer eigenen Gesundheit.“ Sören nickt. Er freut sich darauf, die Patienten kennenzulernen.

1. Überlegen Sie, wie sich Sören auf seinen ersten Tag in der psychiatrischen Versorgung vorbereiten könnte.
2. Versetzen Sie sich in Sörens Lage. Nennen Sie mögliche Vorurteile und Ängste, die Sören gegenüber den zu Pflegenden haben könnte.
3. Welche Wünsche und Erwartungen hätten Sie an Sörens Stelle an Ihre Praxisanleiterin?
4. Hatten Sie schon Kontakt zu pflegebedürftigen Menschen mit einer psychischen Störung? Was zeichnete diese aus, und welche weiteren psychischen Störungen kennen Sie?

1.1 Psychische Gesundheit und Krankheit verstehen

Überlegen Sie, was einen psychisch gesunden Menschen von einem psychisch kranken Menschen unterscheidet.

1.1.1 Psychische Gesundheit und Krankheit definieren und abgrenzen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert **psychische Gesundheit** wie folgt:

Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.

(WHO 2019 zit. n. RKI 2021, S. 6)

Psychische Gesundheit hängt von 3 **Determinanten** (bestimmende Faktoren) ab (Abb. 1.1). Zu den **individuellen Eigenschaften** zählen emotionale und soziale Kompetenzen. **Sozialökonomische Bedingungen** beziehen sich auf alle Ressourcen, die einem Menschen zur Verfügung stehen, um seine psychische Gesundheit zu verbessern oder zu bewahren. Zu diesen Ressourcen zählen Bildung, finanzielle Mittel wie ein Einkommen sowie die Unterstützung von Familie und Freunden. Neben den eigenen Ressourcen haben auch **gesellschaftlich-ökologische Faktoren** und Veränderungen einen Einfluss auf die psychische Gesundheit. Hierunter fallen sozio-kulturelle Normen wie Geschlechterrollen oder Diskriminierung sowie die Lebensbedingungen in einer

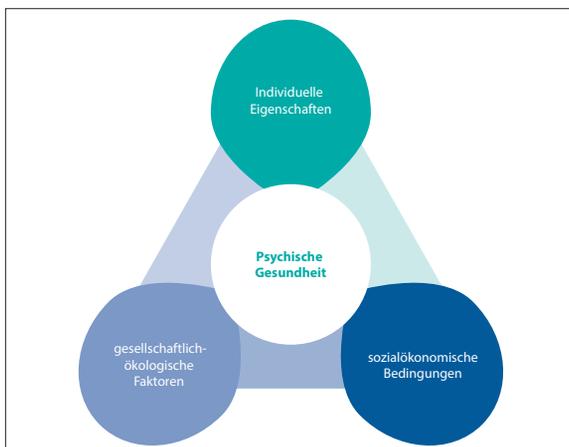


Abb. 1.1 Determinanten psychischer Gesundheit nach WHO

Gesellschaft, z. B. der Arbeitsmarkt, die Gesundheitsversorgung oder der Zugang zu Bildung.

Psychische Störungen definiert die WHO folgendermaßen:

Psychische Störungen stellen Störungen der psychischen Gesundheit dar, die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind. Beispiele für psychische Störungen sind Depressionen, Angststörungen, Verhaltensstörungen, bipolare Störungen und Psychosen.

(WHO 2019 zit. n. RKI 2021, S. 6)

Häufig liegen **mehrere psychische Störungsbilder** vor, deren Übergänge fließend sind, sodass sie nicht strikt voneinander abgegrenzt werden können. Daher wird eine psychische Störung als ein Konstrukt aus verschiedenen Elementen betrachtet, die in unterschiedlicher Ausprägung auftreten können.

Psychische Störung versus psychische Erkrankung

Die Begriffe psychische Störung und psychische Erkrankung werden häufig synonym verwendet, obwohl sie **unterschiedliche Schweregrade** der Beeinträchtigungen bezeichnen. Beide Begriffe bezeichnen psychische Probleme, die das Wohlbefinden einer Person beeinträchtigen und professionelle Hilfe erfordern. Der Begriff der **psychischen Erkrankung** umfasst einen ausgeprägten Leidenszustand, der sich durch eine Beeinträchtigung lebenswichtiger Funktionsfähigkeiten wie der Sicherung der Nahrungsaufnahme, der persönlichen Hygiene sowie weiterer relevanter Aspekte der sozialen Teilhabe, auszeichnet. Der Begriff der **psychischen Störung** wird hingegen etwas allgemeiner gefasst. So gibt es eine Vielzahl von Leidenszuständen, die objektiviert und klassifiziert werden können, ohne eine für die Person spürbare Beeinträchtigung lebenswichtiger Funktionsfähigkeiten (Heinz 2015).

Wie genau sich der **Zustand** der psychischen Erkrankung definieren lässt, wird kontrovers diskutiert. Trotz gängiger Klassifikationssysteme wie **ICD-10** (CE7, 1.1.3) und **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)** (führendes System zur Klassifikation von psychiatrischen Störungen in den USA) herrscht Uneinigkeit darüber, ab welchem Zeitpunkt und ab welcher Ausprägung ein alltägliches psychisches Leiden zu einer Erkrankung führt und somit als pathologisch eingestuft werden sollte.

Diagnose psychischer Störungen

Die Grundlage für die Behandlung einer psychischen Störung ist die Diagnose. Diese wird durch erfahrenes fachärztliches Personal mithilfe einer ausführlichen Anamnese und ergänzt durch umfangreiche Tests und Verhaltensbeobachtung gestellt. Hierzu werden Auffälligkeiten auf der Ebene des Denkens, der **Affekte** (intensive Gefühlsregungen), des Verhaltens sowie auch körperliche und psychosoziale Faktoren betrachtet, die zur Entstehung von psychischen Störungen beitragen können. Dazu werden auch Angehörige zum Verhalten der betroffenen Person befragt (Fremdanamnese). Die Diagnostik erfolgt häufig mithilfe von standardisierten Tests, z. B. Checklisten, Interviews, Beobachtungsskalen, die sich an den Kriterien gängiger Diagnosesysteme orientieren. In der ICD-10 werden psychische Störungen im Kapitel V F00-F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ zusammengefasst.

Folgen der Diagnose

Die Diagnosestellung und der damit einhergehende Status „krank“ bringt gewisse Schutzrechte mit sich. Menschen, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, können z. B. besondere therapeutische Maßnahmen und Leistungen beanspruchen.

Zu beachten ist, dass eine zu weite Fassung des Krankheitsbegriffs, also eine nicht sorgfältig begründete Diagnose, problematisch ist, da es in diesem Fall zu einer hohen Zahl von Neudiagnosen kommt. Dies birgt die Gefahr, dass gesellschaftlich unliebsame und von der

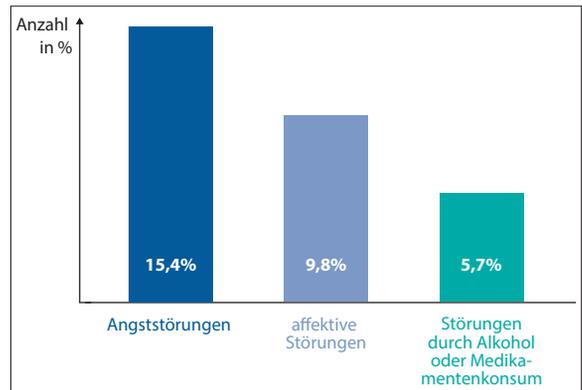


Abb. 1.2 Häufige psychische Störungen in Deutschland (DGPPN 2023)

allgemein gültigen Moral abweichende Verhaltensweisen als pathologisch bezeichnet werden.

1.1.2 Prävalenz psychischer Störungen

Die **Prävalenz** (Häufigkeit) **psychischer Störungen** in der deutschen Bevölkerung ist hoch und stellt eine Herausforderung für das Gesundheitssystem dar.

Mehr als jede 4. deutsche Person (27,8%) ist laut Erhebungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2023) im Verlauf eines Jahres von einer psychischen Störung betroffen. Am häufigsten von Angststörungen, affektiven Störungen (unipolarer Depression) und

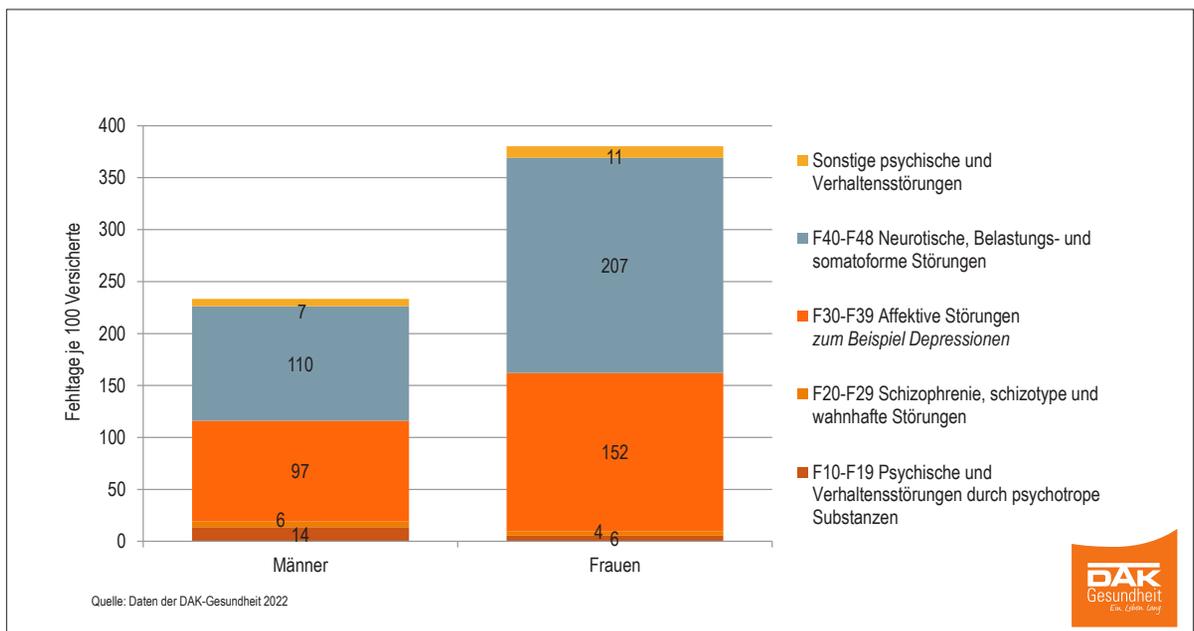


Abb. 1.3 Geschlechtsbedingte Prävalenzunterschiede der häufigsten psychischen Störungen (DAK 2023)

Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsument (Abb. 1.2). Psychische Störungen bilden somit in Deutschland nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Tumoren und muskuloskelettalen Erkrankungen eine der 4 wichtigsten Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre.

Psychische Störungen nach Geschlecht

Betrachtet man die Verteilung psychischer Störungen über alle Lebensjahre, sind beide Geschlechter gleich häufig betroffen. Allerdings zeigen sich bei den einzelnen psychischen Störungen geschlechtsspezifische Unterschiede (**Geschlechterprävalenz**). Das bedeutet, dass psychische Störungen nicht gleichermaßen bei Frauen und Männern auftreten (Abb. 1.3). An einer Depression erkranken z. B. Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer (Habel, Schneider 2017).

Die Gründe für diese ungleiche Verteilung bei den Geschlechtern sind größtenteils noch ungeklärt. Ähnlich wie bei den Ursachen psychischer Störungen können hier psychologische, biologische und gesellschaftliche Erklärungsansätze herangezogen werden. Gesellschaftlichen Rollenbildern (Abb. 1.4) wird z. B. ein Einfluss auf die Ungleichverteilung zugeschrieben, da sie den Diagnoseprozess beeinflussen und dazu führen können, dass bestimmte Symptome übersehen werden, wenn sie nicht in das traditionelle Bild passen. Bei Frauen werden z. B. häufiger psychosomatische Störungen diagnostiziert, während bei Männern eher somatische Krankheiten festgestellt werden.



Abb. 1.4 Aufbruch eines gesellschaftlichen Rollenbilds

Psychische Störungen nach Alter

Nicht nur Geschlechtsrollenbilder können die Diagnosestellung und damit Statistiken beeinflussen, auch Erwartungen an vermeintlich normale Alterungsprozesse können dazu führen, dass z. B. Symptome einer Depression als vermeintliche Alterserscheinung verkannt werden. Schätzungen zufolge erkranken 1–5%

aller über 65-Jährigen an einer klinischen Depression. In Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sind es bis zu dreimal so viele (Ring 2021). Häufig wird dabei die Symptomatik, die auch mit Gedächtnisproblemen einhergeht, als Demenz fehlinterpretiert.

Bei Kindern und Jugendlichen sind psychische Belastungen weltweit mit einer Häufigkeit von etwa 20% weit verbreitet. In Deutschland beträgt die Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten bei den 3- bis 17-Jährigen 17%. (BELLA-Studie, Klasen et al. 2017). Typische Symptombereiche, die häufig auftreten, umfassen Ängste, Depressionen, Substanzmissbrauch sowie Verhaltensauffälligkeiten wie Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität. Diese Prävalenzen waren längere Zeit stabil (Abb. 1.5). Dennoch bestand der Eindruck, dass psychische Auffälligkeiten zugenommen hätten. Dies lässt sich u. a. darauf zurückführen, dass psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen zunehmend sichtbarer in den Medien sind und eine erhöhte gesamtgesellschaftliche Aufmerksamkeit erfahren. So wird mehr darüber gesprochen, jedoch noch immer nicht ausreichend (Klasen et al. 2017). Die 2020 ausgebrochene COVID-19-Pandemie führte dagegen zu einem nachweisbaren Anstieg psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen.

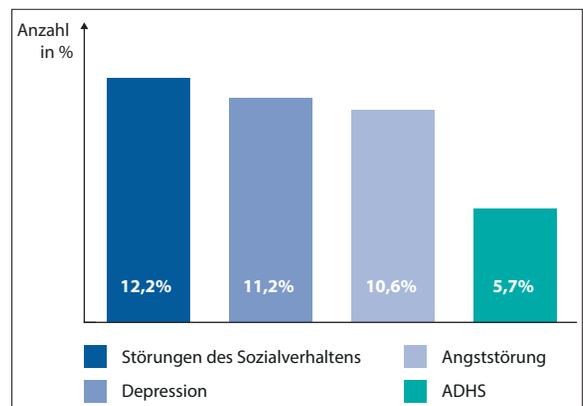


Abb. 1.5 Häufigkeit der einzelnen Symptombereiche im Rahmen der BELLA-Studie (Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) (Klasen et al. 2017)

► Merke

Es ist schwer möglich, vorherzusagen, welche Person unter welchen Umständen welche Störung entwickelt. Die Einflüsse, die dabei zusammenwirken, sind sehr komplex. Einige davon wirken geschlechtsspezifisch, während andere gleichermaßen für alle Menschen relevant sind. Final kann festgehalten werden, dass (fast) keine der psychischen Störungen auf nur ein Geschlecht beschränkt ist. (Schaarschmidt 2016)

1.1.3 Auswirkungen psychischer Störungen

Die Betroffenen leiden unter ihren psychischen Störungen, da diese Lebensqualität, Leistungsfähigkeit, soziale Partizipation und die Ausübung alltagsrelevanter Fähigkeiten stark beeinflussen können. Die Folgen psychischer Störungen unterscheiden sich und können leichte bis schwerste Einschränkungen zur Folge haben. Neben erlebens-, verhaltens- und wesensbezogenen Veränderungen treten häufig auch kognitive und emotionale Symptome auf. Die komplexe Gesamtsymptomatik führt häufig dazu, dass die Betroffenen ihren Rollen im privaten und beruflichen Kontext nicht mehr gerecht werden können. Des Weiteren gehen psychische Störungen häufig auch mit einem veränderten Gesundheitsverhalten und körperlichen Symptomen einher. Bei Letzteren spricht man von **psychosomatischen Störungen**.

Studien zur Lebenserwartung von Menschen mit psychischen Störungen zeigen zudem, dass Betroffene eine durchschnittlich um 20 Jahre verringerte Lebenserwartung als die Allgemeinbevölkerung, also eine allgemein erhöhte **Mortalität** (Sterblichkeit), aufweisen (Chesney et al. 2014). So besteht z. B. bei Menschen, die unter regelmäßig wiederkehrenden psychotischen Episoden leiden, ein erhöhtes Suizidrisiko. Bei Menschen, die mit Depressionen leben, kommt es häufig zu einer Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitsverhaltens, was das Sterblichkeitsrisiko erhöht.

1.1.4 Modelle und Paradigmen psychischer Störungen

Für die Entstehung psychischer Störungen gibt es eine Reihe von Erklärungsmodellen, die auch als **psychopathologische Modelle** bezeichnet werden. Sie basieren auf unterschiedlichen und sich zum Teil widersprechenden wissenschaftlichen Sichtweisen (Paradigmen). Diese verschiedenen Modelle von und Perspektiven auf psychische Störungen bilden zudem die Basis für die Entwicklung und Durchführung von Therapieansätzen.

- Das **biologische Modell** betrachtet psychische Störungen aus dem Blickwinkel organischer Prozesse, vornehmlich des zentralen Nervensystems. Veränderungen auf der Neurotransmitterebene, die z. B. durch genetische Veranlagung oder Umweltfaktoren hervorgerufen werden, können demnach zu psychischen Störungen führen. Dieses Modell bildet insbesondere das Fundament für die Entwicklung von Psychopharmaka, die darauf abzielen, beeinträchtigte biologische Abläufe wieder in geordnete Bahnen zu lenken.
- Das **soziokulturelle Modell** hingegen nimmt an, dass alle psychischen Prozesse einen sozialen Ursprung haben. Es betont, dass psychische

Gesundheit und Krankheit nicht isoliert von der Umwelt betrachtet werden können. Soziale Faktoren wie Armut, soziale Isolation, Diskriminierung, Ungleichheit und familiäre Konflikte haben demnach einen erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden bzw. die Entwicklung einer psychischen Störung. Dieses Paradigma findet sich z. B. im biopsychosozialen Modell (CE4, 1.1.1) wieder.

- Das **humanistisch-existenzielle Modell** fokussiert die menschliche Erfahrung, das individuelle Wachstum und die Sinnfindung. Es vereint Elemente des Humanismus und Existenzialismus und besagt, dass das Unterdrücken von Potenzialen und Bedürfnissen durch Frustration und Unzufriedenheit infolge eingeschränkten persönlichen Wachstums zu psychischen Problemen führen kann. Therapieformen wie die Kunsttherapie, die personenzentrierte Psychotherapie oder die Tanztherapie basieren auf diesem Modell.
- Das **psychodynamische Modell** ist eine psychologische Perspektive mit besonderem Augenmerk auf der Rolle unbewusster Motive, Konflikte und emotionaler Prozesse, die das Verhalten und die psychische Gesundheit beeinflussen. Demnach sind psychische Störungen auf Faktoren wie frühe traumatische Kindheitserlebnisse sowie unbewusste Gedanken und Gefühle zurückzuführen, die sich im späteren Erwachsenenalter auf Verhalten, Emotionen und Beziehungen auswirken können. Das psychodynamische Modell bildet die Grundlage für verschiedene psychoanalytische Therapieansätze.
- Das **lerntheoretische** bzw. **behavioristische Modell** erklärt psychische Störungen über Lernprozesse, die operante und die klassische Konditionierung. Demzufolge wird jede Art von menschlichem Verhalten erlernt und kann daher wieder verlernt werden. Mittels dieses Modells lässt sich z. B. das Vermeidungsverhalten im Rahmen einer Angststörung erklären: Ein Vermeidungsverhalten wie das Meiden großer Menschenmengen bei Platzangst wird beibehalten, wenn sich daraus für die Person ein positiver Effekt im Sinne einer Angstminderung ergibt. Der positive Effekt führt dazu, dass dieses Verhalten in Zukunft häufiger durchgeführt wird. Das Vermeidungsverhalten wird also erlernt. Das Modell bildet die Grundlage der Verhaltenstherapie, mittels derer alternative Strategien entwickelt und ungünstige Verhaltensweisen wieder verlernt werden.
- Das **kognitive Modell** setzt an den Prinzipien des behavioristischen Modells an und legt den Fokus auf die Rolle von Gedanken, Überzeugungen und Interpretationen bei der Entstehung von psychischen Störungen. Es betont, dass nicht nur äußere Ereignisse, sondern besonders auch die individuelle Wahrnehmung und Auslegung dieser Ereignisse

die emotionalen Reaktionen und Verhaltensweisen beeinflussen. Wird häufig in Verbindung mit dem behavioristischen Modell angewandt, insbesondere in der kognitiven Verhaltenstherapie.

Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** ist ein Erklärungsmodell, welches verschiedene Paradigmen wie das biologische oder das soziokulturelle Modell vereint. Demnach entstehen psychische Störungen durch die Wechselwirkung zwischen individuellen Veranlagungen und stressigen Lebensereignissen.

Gemäß diesem Modell ist die **Vulnerabilität** (Verletzlichkeit) durch genetische, biologische, psychologische oder soziale Faktoren bedingt und variiert von Mensch zu Mensch. So konnte die Forschung zeigen, dass z. B. wiederholte negative oder traumatische Erlebnisse in der frühen Kindheit zu Hirnschäden führen und damit die Vulnerabilität für eine psychische Störung beeinflussen können.

Stressige (kritische) Lebensereignisse können die Vulnerabilität aktivieren oder verstärken und somit das Risiko für das Auftreten einer psychischen Störung erhöhen. Zu diesen Ereignissen können sowohl traumatische Erfahrungen, Verluste oder chronische Belastungen als auch vermeintlich positive Ereignisse, die jedoch mit einem besonderen Stresslevel einhergehen, zählen. Gleichzeitig wirken sich Bewältigungsstrategien sowie ein gutes soziales Netzwerk regulierend auf die Vulnerabilität und das Stresslevel aus.

Stressige Lebensereignisse können z. B. sein:

- Tod eines nahestehenden Menschen
- Scheidung
- Trennung ohne Scheidung
- Gefängnisstrafe
- Verletzung oder Krankheit
- Hochzeit
- Entlassen werden
- Wiederversöhnung nach Streit
- Renteneintritt/Pensionierung
- Erkrankung eines Familienmitglieds
- Schwangerschaft

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell sieht somit eine Art Schwelle vor, definiert durch die Vulnerabilität und die Stresstoleranz. Übersteigen die Stressereignisse diese Schwelle und fehlen Bewältigungsfaktoren, kann „das Fass überlaufen“ und es kommt zu einer psychischen Störung (Abb. 1.6).

Abb. 1.6 Vulnerabilitäts-Stress-Modell



► Merke

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell hilft, zu erklären, warum nicht alle Menschen, die stressigen Ereignissen ausgesetzt sind, psychische Probleme entwickeln. Dieses Modell hat wichtige Implikationen für die Prävention und Behandlung psychischer Störungen, da es darauf hinweist, dass die Reduzierung von Vulnerabilität und die Bewältigung von Stressfaktoren wesentliche Strategien sind, um psychische Gesundheit zu fördern.

Risiko- und Schutzfaktoren

Jeder Mensch kann im Lauf seines Lebens eine psychische Störung entwickeln. Die Entstehung einer psychischen Störung kann durch eine Reihe von Risikofaktoren gefördert werden. Besonders häufig entstehen psychische Störungen, wenn einer oder mehrere dieser **Risikofaktoren** (Abb. 1.7) vorliegen:

- Substanzmissbrauch
- Belastungen in Schule, Beruf oder Privatleben, z. B. chronischer Stress bei Broken-Home-Situation (schwierige Familiensituation)
- traumatische Lebensereignisse, z. B. Gewalterfahrungen, Tod eines nahestehenden Menschen



Abb. 1.7 Ein niedriger sozialer Status gilt als Risikofaktor für psychische Störungen

- bestimmte Persönlichkeitsfaktoren, z. B. erhöhte Vulnerabilität
- niedriger sozialer Status
- chronische körperliche Erkrankungen und Behinderungen, z. B. Asthma
- ungesunder Lebensstil

Neben den Risikofaktoren gibt es aber auch besondere **Schutzfaktoren** (Abb. 1.8), die das Auftreten einer psychischen Störung erschweren können. Dazu gehören:

- gesunder Lebensstil (CE4, 2.1)
- sozialer Rückhalt
- familiäre Unterstützung
- Resilienz



Abb. 1.8 Familiäre Unterstützung als Schutzfaktor

Notieren Sie die Informationen aus dem Text, die für Sie überraschend sind, weil sie nicht Ihrem bisherigen Wissen zur Entstehung psychischer Störungen entsprechen.

1.1.5 Behandlung psychischer Störungen in Deutschland

Sören erhält von Susanne den Auftrag, bei der Behandlungsdokumentation einen Blick auf die heutige Therapieplanung und Medikation der einzelnen Patienten zu werfen. Ihm fällt auf, dass die Behandlung von Patient zu Patient sehr verschieden ist. Auf dem Therapieplan einer Patientin mit einer Essstörung stehen Musiktherapie, Verhaltenstherapie und autogenes Training. Medikamente bekommt sie außer Präparaten zur Nahrungsergänzung keine. Dagegen sind für einen Patienten mit Schizophrenie Ergotherapie, psychologische Einzelgespräche, die Teilnahme an der Gartengruppe und Psychoedukation angesetzt. Dazu erhält er am Abend stark sedierende Medikamente, da er sich nach jahrelanger

Erkrankung in einer Akutphase der Schizophrenie befindet und ohne Medikamente nachts nicht zur Ruhe kommen würde. Sörens Interesse, herauszufinden, wie unterschiedliche psychische Störungen behandelt werden, ist geweckt.

1. Erstellen Sie eine Mindmap zum Thema „Behandlung psychischer Störungen“.
2. Überlegen Sie, mit welchen anderen Berufsgruppen Sie im Bereich der Psychiatrie möglicherweise in einem interdisziplinären Team zusammenarbeiten.

Die 3 Säulen der psychiatrischen Therapie

Das Hauptziel der psychiatrischen Therapie besteht darin, die Verbesserung der psychischen Gesundheit zu erreichen, Heilung zu fördern und Rückfällen von psychischen Störungen vorzubeugen. Die Grundlage der Therapie stützt sich auf 3 Hauptpfeiler (Abb. 1.9):

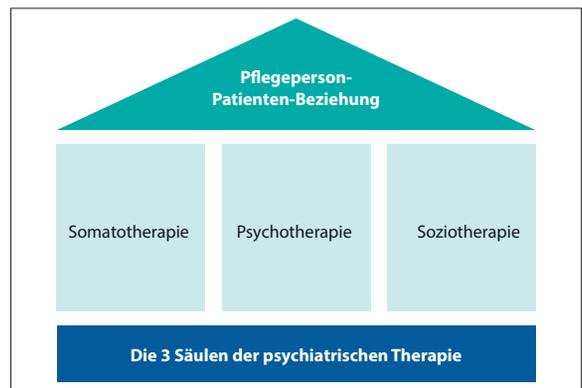


Abb. 1.9 Die 3 Säulen der psychiatrischen Therapie

- **Somatotherapie:** Die Somatotherapie umfasst insbesondere Psychopharmaka wie Antidepressiva, Antipsychotika, Anxiolytika. Grundsätzlich bezieht sich die Somatotherapie auf sämtliche Therapieansätze, bei denen eine nachweisbare physische (biologische) Intervention zu einer nachweislichen Verbesserung beeinträchtigter körperlicher oder psychisch-geistiger Funktionen führt. Neben der Anwendung von Psychopharmaka gehören daher auch Therapiemethoden wie Schlafentzugsbehandlung bei Depressionen, Lichttherapie, Elektrokrampftherapie (EKT), Ketaminbehandlung und Hirnstimulationsverfahren dazu.
- **Psychotherapie:** Die Psychotherapie beinhaltet die gezielte Anwendung psychologischer Methoden zur Behandlung von mentalen und körperlichen

(psychosomatischen) Störungen und Krankheiten. Dabei wird bewusst die therapeutische Beziehung zwischen Therapeuten und zu Pflegenden genutzt. Ein solches psychotherapeutisches Verfahren sollte auf einer fundierten wissenschaftlichen Theorie basieren und eine nachgewiesene Wirksamkeit gemäß den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin aufweisen.

- **Psychosoziale Therapie (Soziotherapie):** Die psychosoziale Therapie stellt den dritten Eckpfeiler der psychiatrischen Behandlung dar. Hierbei handelt es sich um verschiedene Therapieansätze, die hauptsächlich darauf abzielen, die soziale Situation von Personen mit psychischen Störungen therapeutisch zu beeinflussen. Das Hauptziel ist die Verhinderung oder Verringerung sozialer Beeinträchtigungen. Ein zentraler Ansatz innerhalb dieser Therapieform ist das Recovery-Konzept (CE11, 1.6.3).

Ausgangspunkt der psychiatrischen Therapie ist das ärztliche personenzentrierte Gespräch mit der Erhebung des psychopathologischen Befunds. Die Auswahl des Behandlungsschwerpunkts richtet sich nach Art und Stadium der vorliegenden psychischen Störung. So wird bei einer akuten schizophrenen Psychose zunächst der Behandlungsschwerpunkt auf der Gabe von Psychopharmaka liegen, um eine Linderung der psychotischen Symptome zu erreichen (9102, CE11) und im weiteren Verlauf den Fokus auf die soziotherapeutische Behandlung zu legen.

1.2 Die psychiatrische Versorgungslandschaft

Sören fällt eine Patientin auf, die mit dem Pflegepersonal sehr vertraut wirkt. Er erkundigt sich bei Susanne nach ihr. Susanne erklärt: „Das ist Frau Förster. Sie hat eine manisch-depressive Störung und ist bei uns in der stationsäquivalenten Behandlung.“ Sören hat den Begriff noch nie gehört: „Und was ist das?“ Susanne erklärt: „Die stationsäquivalente Behandlung ist ein besonderes Versorgungsmodell für Menschen mit psychischen Störungen, die zu Hause von einem mobilen Team betreut werden. Du kannst dir das wie ein Extrateam vorstellen, das aus Pflegepersonen, Ärzten und Therapeuten besteht. Im Moment haben wir 3 Patientinnen, die sich in der stationsäquivalenten Behandlung befinden. Für diese halten wir ein ‚Notfallbett‘ bereit, sodass sie jederzeit kommen können, falls sie zu Hause nicht mehr zurechtkommen.“ „Das ist ein tolles Konzept!“, findet Sören und fragt sich, was für andere Versorgungsmodelle es wohl noch gibt.

Die psychiatrische Versorgungslandschaft setzt sich aus einer Reihe von verschiedenen Institutionen zusammen. Nennen Sie die Einrichtungen und Dienste in diesem Bereich, die Sie bereits kennen.

1.2.1 Psychiatrische Einrichtungen

► Merke

Das Angebot psychiatrischer Behandlung im deutschen Gesundheitssystem ist vielfältig. Es umfasst verschiedene Einrichtungen wie die stationäre und ambulante Versorgung. Dazu kommt ein breites Angebot an verschiedenen Behandlungseinrichtungen, die zwischen der ambulanten und stationären Behandlung angesiedelt werden können. Dieses Versorgungssystem erstreckt sich sowohl auf den Bereich der Erwachsenen- als auch auf den der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird das Prinzip „**ambulant vor stationär**“ betont, da eine stationäre Behandlung oft eine Unterbrechung des Schulbesuchs bedingt und somit zusätzliche Herausforderungen für betroffene junge Menschen entstehen.

Stationäre Einrichtungen

Seit den 1970er-Jahren hat sich die Zahl psychiatrischer Großkrankenhäuser reduziert, und **Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie** (Abb. 1.10) wurden vermehrt an Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet. Diese Kliniken behandeln meist das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen. In großen **psychiatrischen Fachkrankenhäusern** gibt es differenzierte Fachabteilungen wie Suchtmedizin, Gerontopsychiatrie und Psychotherapie. Neben den psychiatrischen Einrichtungen existieren heute auch **psychosomatische Kliniken**.



Abb. 1.10 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Eine spezielle Rolle nehmen Kliniken für **forensische Psychiatrie und Psychotherapie** ein. Dort erfolgt ausschließlich die Therapie von Personen, die straffällig geworden sind und aufgrund von Schuldunfähigkeit oder verminderter Schuldfähigkeit eine speziell gesicherte Behandlungsumgebung benötigen (gemäß §§ 63 und 64 StGB im Rahmen des Maßregelvollzugs).

Teilstationäre Einrichtungen

Psychiatrische Tageskliniken, eine Form der teilstationären Therapie, bieten die Möglichkeit zur Behandlung von Menschen mit diversen psychischen Störungen, sofern bestimmte Kriterien erfüllt sind. Die Behandlung erstreckt sich normalerweise über 5 Wochentage, während die zu Pflegenden die Abende, Nächte und das Wochenende in der gewohnten häuslichen und sozialen Umgebung verbringen. Bedingung hierfür sind eine funktionierende therapeutische Beziehung, die Einhaltung bestimmter Regeln wie pünktliches Erscheinen und die Fähigkeit zur Absprache.

Stationsäquivalente Behandlung

Bei der **stationsäquivalenten Behandlung** handelt es sich um eine neue Krankenhausleistung, bei der die Krankenhausbehandlung durch ein mobiles ärztlich geleitetes multiprofessionelles Behandlungsteam im häuslichen Umfeld erfolgt. Im Fall einer Krise haben die zu Pflegenden die Option, sich jederzeit in die Klinik zu begeben.

Ambulante Einrichtungen

Zu den **ambulanten Einrichtungen** zählen vor allem **niedergelassenes fachärztliches Personal** für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik oder Nervenheilkunde sowie (psychologische) **Psychotherapeuten**. Eine weitere, zunehmend wichtigere Rolle nehmen hier auch die **psychiatrischen Institutsambulanzen**, welche an psychiatrische Kliniken oder Abteilungen angebunden sind, wie auch die **Suchtberatungsstellen** ein.



Abb. 1.11 Zimmer in einer sozialpsychiatrischen Wohneinrichtung

Komplementärer Bereich

Im gemeindenahen Bereich erfolgt eine umfassende Versorgung durch komplementäre Einrichtungen. Hierzu gehören insbesondere Wohneinrichtungen (Abb. 1.11), Tagesstätten, geschützte Werkstätten, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, der Sozialpsychiatrische Dienst sowie die ambulante psychiatrische Pflege.

Sozialpsychiatrischer Dienst

Der **Sozialpsychiatrische Dienst** wird bei Krisensituationen im ambulanten Bereich tätig und bildet eine Anlaufstelle für Betroffene und deren Angehörige, Freunde und Bekannte. Er besteht aus einem multiprofessionellen Team, zu dem Sozialpädagogen, ärztliches Fachpersonal, Fachkrankenschwester sowie Verwaltungskräfte gehören. Unter das Angebot des Sozialpsychiatrischen Dienstes fallen u. a. telefonische Auskünfte und Beratung, Einzelgespräche, bei Bedarf Hausbesuche sowie die Vermittlung zu verschiedenen weiteren Behandlungs- und Hilfeeinrichtungen.

Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Fachärztliche Personen in niedergelassenen Praxen, psychiatrischen Institutsambulanzen sowie Hausärzte können nach fachärztlicher Diagnosesicherung eine **ambulante psychiatrische Pflege** verordnen. Die Kosten für die psychiatrische häusliche Krankenpflege werden für maximal 4 Monate von den Krankenkassen übernommen. Folgende Leistungen kann die häusliche Pflege u. a. umfassen:

- Unterstützung zur Selbsthilfe durch vertrauensvolle Zusammenarbeit in der Bezugspflege
- Früherkennung und Bewertung von Krisen, Krisenbewältigung
- Erarbeitung von Alltagsorientierungshilfen und Förderung lebenspraktischer Fähigkeiten
- Anleitung von Angehörigen im Umgang mit Patientenverhalten
- Kontaktaufnahme und Kooperation mit anderen Diensten und Fachkräften



Abb. 1.12 Selbsthilfegruppe mit jungen Erwachsenen

Selbsthilfegruppen und Peer-to-Peer-Beratung

Selbsthilfegruppen sind informelle Versammlungen von Menschen, die ähnliche Gesundheitsprobleme, Lebenssituationen oder Interessen teilen. In diesen Gruppen (Abb. 1.12) kommen Betroffene zusammen, um Erfahrungen auszutauschen, sich gegenseitig Unterstützung zu bieten und Informationen zu teilen. Sie sind hilfreich, weil sie emotionale Unterstützung bieten, das Gefühl der Isolation reduzieren, Wissen vermitteln und individuelle Bewältigungsstrategien fördern können. Selbsthilfegruppen ermöglichen den Mitgliedern, einander zu ermutigen und gemeinsam mit ihren Herausforderungen umzugehen.

Vom Prinzip ähnlich ist die **Peer-to-Peer-Beratung**. Hier beraten Betroffene andere Betroffene und teilen ihre persönlichen Erfahrungen, Strategien zur Bewältigung und Empathie, um anderen in ähnlichen Situationen zu helfen. Diese Form der Beratung kann als besonders wirksam angesehen werden, da sie auf geteilten Erfahrungen und einem gegenseitigen Verständnis beruht.

Recherchieren Sie, welche Hilfseinrichtungen für Betroffene und Angehörige es in Ihrer Umgebung gibt.

1.2.2 Rechtliche Grundlagen für eine Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung

Im Wesentlichen sind 2 Arten der Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung zu unterscheiden: die **freiwillige** und die **zwangsweise** Unterbringung. Den Idealfall stellt die freiwillige Aufnahme dar, da diese oft mit einer Bereitschaft zur Behandlung einhergeht. Es gibt jedoch Situationen, in denen Betroffene nicht in der Lage sind, sich freiwillig in Behandlung zu begeben. In solchen Fällen kann eine gerichtliche Unterbringung angeordnet werden, wenn eine besondere Gefährdung vorliegt:

- **Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG):** Jedes Bundesland verfügt über ein eigenes Unterbringungsgesetz, welches die Unterbringung eines Menschen gegen dessen Willen regelt. So kann grundsätzlich eine Unterbringung nach dem PsychKG aufgrund einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung und einer akuten Gefahr für sich selbst oder andere gegen den Willen einer Person in einer psychiatrischen Einrichtung beim zuständigen Amtsgericht erwirkt werden. Innerhalb von 24 Stunden findet dann eine persönliche Anhörung der betroffenen Person auf der Station durch einen Richter statt, der über die Unterbringung und dessen Dauer (in der Regel 2–6 Wochen) entscheidet.

- **Betreuungsgesetz (BtG) (CE8, 4.7):** Bei Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung kann die gesetzlich betreuende Person den betreuten Menschen wegen erheblicher Selbstgefährdung aufgrund einer psychischen Erkrankung einweisen. Dies geschieht, wenn der betreute Mensch keine Einsicht in die Notwendigkeit der erforderlichen Untersuchungen oder Behandlungsmaßnahmen hat. Dazu muss die betreuende Person einen Antrag beim Vormundschaftsgericht stellen. Das Gericht entscheidet nach Anhörung der betroffenen Person über die Unterbringung auf einer geschützten psychiatrischen Station und deren Dauer. Wichtig: Es wird nur die Unterbringung beschlossen, eine automatische Genehmigung zur Behandlung geht damit nicht einher.

1.2.3 Finanzierung der psychiatrischen Versorgung

Psych-Entgeltsystem (PEPP)

Im Zuge des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) für Einrichtungen im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik wurde ein neues Entgeltsystem eingeführt. Seit 2018 ist dieses leistungsbezogene und pauschalierende Vergütungssystem (pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen – PEPP) verbindlich für sämtliche Krankenhäuser anzuwenden.

1.3 Geschichte und Gegenwart der psychiatrischen Pflege

1.3.1 Antike

Bereits in der griechisch-römischen Antike wurden psychische Störungen wie Depressionen beschrieben. Diese wurden ebenso wie körperliche Erkrankungen mit Hippokrates' Vier-Säfte-Lehre als Störung des Gleichgewichts der Körpersäfte erklärt. Die Depression wurde z. B. durch ein Überwiegen der schwarzen Galle („Melancholie“) begründet. Die therapeutischen Ansätze konzentrierten sich vor allem auf eine umfassende diätetische Herangehensweise, die nicht nur die Ernährung (im modernen Sinne) einschloss, sondern auch sämtliche Aspekte des Lebensstils berücksichtigte. Weitere angewandte Methoden umfassten insbesondere Massagen, Wickel und Aderlässe.

1.3.2 Mittelalter und Renaissance

In den nachfolgenden Epochen wurde die Tradition der griechischen und römischen Medizin auch in anderen Regionen Europas fortgesetzt. Dennoch kam es im

Mittelalter zu bedauerlichen Entwicklungen wie der unmenschlichen Unterbringung psychisch Kranker in Gefängnissen, unmenschlichen Praktiken oder sogar Verfolgungen von Personen als Hexen oder Hexenmeister durch die Inquisition.

1.3.3 17. und 18. Jahrhundert

Während des 17. und 18. Jahrhunderts wurden Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig gemeinsam mit Menschen mit Behinderungen, Armen, Landstreichern und Prostituierten als gesellschaftlich Ausgegrenzte in verschiedenen Formen von Zuchthäusern untergebracht. In diesen Einrichtungen waren sie oft gefesselt und erhielten keine adäquate medizinische Versorgung.

Im Verlauf der Aufklärung in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts fand eine allmähliche Humanisierung in der Versorgung und Behandlung psychisch Kranker statt. Die zuchthausartigen Tollhäuser wurden zu krankenhausartigen „Irrenanstalten“ umgestaltet. In diesem Kontext wird oft die legendäre Befreiung der „Irren“ von ihren Ketten durch Philippe Pinel (Abb. 1.13) 1793 in Paris hervorgehoben.

Die französische Psychiatrietradition, die von Pinel und seinem Schüler Jean Étienne Esquirol (1772–1840) ins Leben gerufen wurde und als **Traitement moral** (moralische Behandlung) bekannt ist, legte besonderen Wert auf einen mitfühlenden Umgang mit den Patien-



Abb. 1.13 Philippe Pinel (1745–1826)

ten, geprägt von Zuneigung, Sanftheit und Geduld. Diese Methode hatte wegweisenden Einfluss auf die Entwicklung der Psychiatrie in Europa. Dennoch enthielt das „Traitement moral“ auch einige heute als unangemessen erachtete körperliche Behandlungsmethoden wie die Drehstuhlbehandlung, Hungerkuren und andere.

Ähnliche sozialpsychiatrische Anstöße, die im Kontext der **Non-restraint-Bewegung** (kein Zwang) standen, fanden auch in England statt. Besonders erwähnenswert ist hier **John Conolly** (1794–1866), der radikal auf mechanische Zwangsmittel verzichtete und stattdessen eine nachgiebige, freundliche Haltung gegenüber den Patienten förderte. Sein Ansatz beinhaltete u. a. tägliche Besuche von Ärzten sowie die regelmäßige Einbindung der Kranken in handwerkliche und landwirtschaftliche Aktivitäten.

1.3.4 19. Jahrhundert

Im 19. Jahrhundert spaltete sich die deutsche Psychiatrie aufgrund eines Streits über die Ursachen psychischer Störungen in zwei Lager. Die „Psychiker“ betrachteten Geisteskrankheiten als Erkrankungen der körperlosen Seele und führten sie z. B. auf Sünden zurück. Die „Somatiker“ hingegen erklärten psychische Störungen mit naturwissenschaftlichen oder anthropologischen Ansätzen.

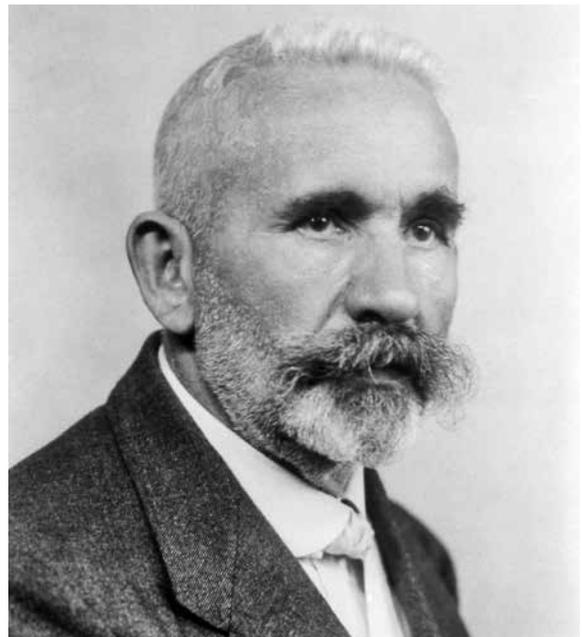


Abb. 1.14 Emil Kraepelin (1856–1926)

Ende des 19. Jahrhunderts erfolgte eine verstärkte Integration der Psychiatrie in die Gesamtmedizin, insbesondere in die aufstrebende Disziplin der Neurologie.

Emil Kraepelin (1856–1926) (Abb. 1.14) entwickelte eine Systematik psychischer Erkrankungen basierend auf Beobachtungen des Gesamtverlaufs und unterschied zwischen exogenen und endogenen Psychosen. Er beschrieb die „Dementia praecox“ als endogene Psychose, die zu einem Defektzustand führt, und grenzte das Krankheitsbild von den manisch-depressiven Erkrankungen ab. **Eugen Bleuler** (1857–1939) führte den Begriff „Schizophrenie“ für die von Kraepelin beschriebene Erkrankung „Dementia praecox“ ein und beschrieb die Bewusstseinspaltung als wesentliches Phänomen. Die von Kraepelin und Bleuler entwickelte Krankheitssystematik hatte maßgeblichen Einfluss auf die weitere Entwicklung der psychiatrischen Krankheitslehre, die in den 1970er-Jahren mit dem psychiatrischen Teil der International Classification of Diseases – ICD international vereinheitlicht wurde.

In der Zeit um die Jahrhundertwende entwickelte **Sigmund Freud** (1856–1939) die Grundzüge der Psychoanalyse als Erklärungsansatz und Therapieform für neurotische Störungen.

1.3.5 20. Jahrhundert und die Zeit des Nationalsozialismus

Im 20. Jahrhundert wurden bedeutende Fortschritte in den biologischen bzw. pharmakologischen Behandlungsmethoden erzielt, die die therapeutischen Möglichkeiten in der Psychiatrie erheblich verbesserten und zu einer positiven Veränderung der Versorgung psychisch Kranker beitrugen. Zu den wesentlichen Entdeckungen zählen:

- 1937: Einführung der Elektrokrampftherapie (Abb. 1.15)
- 1952: Entdeckung von Chlorpromazin als erstem Neuroleptikum
- 1957: Entdeckung von Imipramin als Antidepressivum
- 1961: Entwicklung der ersten Benzodiazepine (u. a. Diazepam)

In diesem Zusammenhang erlangte der biologische Forschungsansatz in der Psychiatrie Bedeutung. Es wurden vermehrt Untersuchungen durchgeführt, um genetische, neuropathologische, neurophysiologische und neurochemische Fragen zu klären.

Nationalsozialismus

Die Epoche des **Nationalsozialismus** wird allgemein als dunkelste Phase in der Geschichte der deutschen Psychiatrie angesehen. Aufgrund der damaligen Ideo-



Abb. 1.15 Gerät zur Elektrokrampftherapie im Museum Dr. Guislain zur Geschichte der Psychiatrie, Gent, Belgien

logien wurden psychiatrische Einrichtungen nicht mehr für die Behandlung und Betreuung psychisch beeinträchtigter Menschen genutzt, sondern für deren systematische Ermordung. Alle **Euthanasiemaßnahmen** betrafen sowohl geistig Kranke als auch Erwachsene und Kinder mit Behinderungen. Der Gedanke der Humanität wurde verzerrt und als Begründung herangezogen, individuelles Leiden zu beenden und die allgemeine Gesundheit („Volksgesundheit“) zu fördern.

In die Euthanasie, die eine ärztliche Anordnung voraussetzte, war auch das Pflegepersonal involviert. Es hatte verschiedene Aufgaben, darunter die Organisation der Transporte zu den Tötungsanstalten, die Begleitung der Patienten und die Anwendung von Fixierungsmaßnahmen während der Transporte, die Unterstützung der Patienten bei ihrer Ankunft in der Tötungsanstalt, beim Ausziehen und der Vorstellung beim Arzt sowie die Begleitung zur Gaskammer.

Diese Entwicklungen erschütterten das zuvor weltweit angesehene Renommee der deutschen Psychiatrie erheblich. Mittlerweile konnte dieser Reputationsverlust wieder ausgeglichen werden, und die deutsche Psychiatrie genießt international wieder ein hohes Ansehen. Dabei setzt sie sich besonders intensiv für die strikte Einhaltung allgemeingültiger ethischer Prinzipien ein.

1.3.6 Zukunft der Psychiatrie

Die Zukunft der Psychiatrie zeichnet sich durch eine zunehmende Vernetzung von psychopharmakologischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Therapieansätzen aus. Einseitigkeiten in der Bevorzugung einer bestimmten Therapierichtung scheinen überwunden zu werden. Änderungen in der Versorgungsstruktur hin zu einer „wohnnahen Psychiatrie“ führen dazu, dass die Psychiatrie immer mehr in die Medizin integriert und ihre Bedeutung anerkannt wird.

Die Entwicklung der Psychiatrie, insbesondere der psychopharmakologischen und neurobiologischen Therapieansätze, ist aufgrund der Intensivierung neurobiologischer Forschung aussichtsreich. Ebenso ist die Integration der störungsspezifischen Psychotherapie eine wichtige Bereicherung der modernen Psychiatrie.

Gestalten Sie einen Zeitstrahl zur Entwicklung in der Psychiatrie und markieren Sie bedeutsame Momente der Entwicklung.

1.4 Theorie der interpersonalen Beziehung in der Pflege nach Peplau

1.4.1 Hintergründe zur Entstehung der Theorie

Hildegard E. Peplaus **Theorie der interpersonalen Beziehungen** in der Pflege erschien 1952 unter dem Titel „Interpersonal Relations in Nursing“ und wurde erst 1995 ins Deutsche übersetzt. Kern ihrer Theorie ist die zwischenmenschliche (interpersonale) Beziehung von zu Pflegenden und Pflegefachperson, die heute vor allem Anwendung in der psychiatrischen Pflege findet. Grundlage dafür sind Peplaus eigener Werdegang und ihre Erfahrungen in der psychiatrischen Pflege.

Unter den Theorien, die Peplau in ihre integrierte, finden sich u. a. die Motivationstheorie mit der Bedürfnishierarchie nach Maslow (CE2, 2.4.1), die Persönlichkeitstheorie von Miller sowie das Modell der klassischen Konditionierung nach Pawlow. Den größten Einfluss hatten jedoch die Arbeiten des Psychiaters Harry Stack Sullivan. Seiner Vorstellung nach wird das menschliche Verhalten zum einen durch den **Wunsch nach Befriedigung** und zum anderen durch den **Wunsch nach Sicherheit** bestimmt. Diese Vorstellung prägte Peplaus Theorie.

1.4.2 Grundsätze der Theorie

Vorstellung von Pflege

Pflege ist ein signifikanter, therapeutischer, interpersonaler Prozess.
(Peplau 1995, S. 39)

- Pflege ist nach Peplaus Auffassung ein signifikanter, d. h. bedeutsamer Prozess, der sich zwischen der Pflegefachperson und der zu pflegenden Person vollzieht und von dem die interagierenden Personen

profitieren (= therapeutischer Prozess). Peplau entwickelte in dem Zusammenhang den Begriff der **psychodynamischen Pflege**. Pflege ist ein wechselseitiger Prozess, bei dem der Beziehungsprozess und das Wirken innerseelischer Kräfte sowie die Persönlichkeitsreifung aller Beteiligten im Vordergrund steht. Sie verläuft zielgerichtet und beinhaltet Lernhandlungen, die durch die Pflegefachperson in die Wege geleitet werden. Ein Beispiel ist die Anleitung eines Pflegebedürftigen zur Durchführung einer Atemübung bei einer Panikattacke.

Die Persönlichkeit der Pflegefachperson beeinflusst den Lernprozess der zu Pflegenden. Die eigene Entwicklung und Förderung der Persönlichkeit hin zu einem reifen Menschen ist daher ein wichtiger Bestandteil der Pflegeausbildung, um später die zu pflegenden Menschen bei ihrer persönlichen Entwicklung unterstützen zu können.

Gesundheit und Krankheit

Für das Erleben von Gesundheit sind zwei zentrale, zusammenwirkende Bedingungen notwendig:

- Bedingungen, die der Befriedigung der **physiologischen Bedürfnisse** dienen, und
- ein auf den zwischenmenschlichen Kontakt bedachtes Umfeld (= interpersonales Umfeld), das den **psychischen Bedürfnissen** gerecht wird.

► Merke

Das Streben nach Gesundheit zeigt sich in einer Weiterentwicklung der Persönlichkeit hin zu einem kreativen, nutzbringenden, ergiebigen, individuellen und gesellschaftlichen Leben (Peplau 1995).

Krankheit stellt für Peplau eine unumgängliche Erfahrung des Menschen dar, welche für sich genommen nicht negativ ist. Wird Krankheit mit einem Sinn verknüpft und als Lernanlass betrachtet, kann sie eine Chance für das persönliche Wachstum sein.

1.4.3 Die Phasen der Pflegefachperson-Patienten-Beziehung

Die **Pflegefachperson-Patienten-Beziehung** vollzieht sich in 4 Phasen:

1. Orientierung
2. Identifikation
3. Nutzung
4. Ablösung

Die einzelnen Phasen gehen fließend ineinander über (Abb. 1.16).

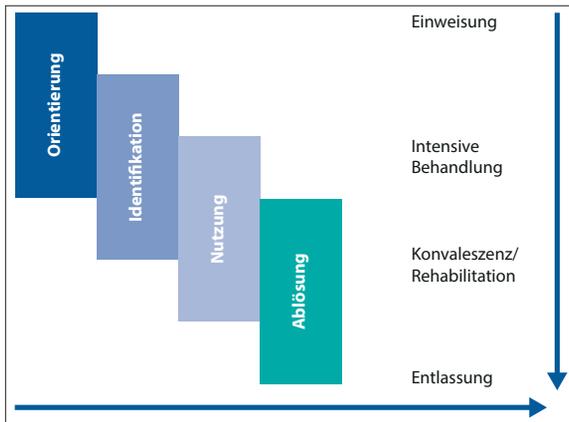


Abb. 1.16 Phasenverlauf der Pflegefachperson-Patienten-Beziehung (Peplau 1995, S. 45)

Phase der Orientierung

Susanne berichtet Sören von Olga Iwanow, welche unter einer Angststörung leidet. Susanne beschreibt sie als sehr zurückhaltend und unsicher, sie benötige noch etwas Zeit, um auf der Station „anzukommen“.

In der Phase der Orientierung erkennt ein erkrankter Mensch seinen Bedarf an professioneller Unterstützung und sucht nach einer passenden Anlaufstelle, z. B. Notaufnahme, Pflegeeinrichtung. Diese Erkenntnis ist bereits ein erster, wichtiger Schritt in der Weiterentwicklung seiner Persönlichkeit.

► Merke

Zu Pflegenden erkennen ihren Unterstützungsbedarf und suchen nach passender, professioneller Hilfe.

Die Pflegefachperson unterstützt in dieser Phase die zu Pflegenden darin, ihre Probleme und Bedürfnisse zu benennen sowie sie zu verstehen. Mittels dieser Kenntnisse kann später gemeinsam der Pflegeplan entwickelt werden. Die hier entstehende erste Interaktion zwischen der Pflegefachperson und den zu Pflegenden bildet den Grundstein für die sich entwickelnde Pflegefachperson-Patienten-Beziehung. Für deren weiteren Verlauf ist eine vorbehaltlos helfende und annehmende Haltung der Pflegefachperson wichtig. Eine ablehnende Haltung steht hingegen der Beziehungsgestaltung im Weg.

Susanne erklärt, dass es gerade in der Anfangszeit wichtig ist, die Patienten in ihrer Orientierungsphase zu unterstützen. „Die Patienten haben bis zum Aufnahmezeitpunkt in der Regel schon eine lange Zeit des Leids hinter sich und nun den Weg in eine stationäre

Behandlung gefunden. Sie benötigen Unterstützung bei der Orientierung, wie es weitergehen kann. Dazu gehört auch, sich auf Station zurechtzufinden. Wir zeigen ihnen daher die Station, machen sie mit ihren Zimmernachbarn und den Mitarbeitern bekannt und geben ihnen einen ersten Überblick, was sie in der stationären Therapie erwartet. Auch das ausführliche Aufnahmegespräch ist ein wichtiger Aspekt und liefert uns wichtige Informationen hinsichtlich ihrer Probleme und Bedürfnisse.“

Phase der Identifikation

Susanne berichtet Sören von weiteren Patienten: „Herr Günther z. B. ist schon etwas weiter als Frau Iwanow. Er kam vor einer Woche und ist einer meiner Bezugspatienten. Wir haben in den letzten Tagen zunehmend tiefergehende Gespräche geführt und uns mit seinem Problem der Alltagsgestaltung beschäftigt. Nun haben wir gemeinsam erste Maßnahmen überlegt, um ihn zu unterstützen. All das haben wir in seiner Pflegeplanung festgehalten.“

In der Phase der Identifikation identifiziert sich die zu pflegende Person mit der Pflegefachperson und übernimmt die von der Pflegefachperson ausgestrahlte Haltung der Problembewältigung und der Zuversicht. Dadurch wird die Grundlage für den Prozess der Problemlösung mit aktiver Beteiligung der zu Pflegenden geschaffen. Die Pflegeperson-Patienten-Beziehung reift, und ein tieferes Vertrauen wird aufgebaut.

► Merke

Grundlage für den Prozess der Problembewältigung bildet die Identifikation der zu Pflegenden mit der Pflegefachperson.

Gelingt es der Pflegefachperson, dem zu pflegenden Menschen ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln, kann auf dessen Seite eine Vielzahl von Gefühlen hervortreten, z. B. ein Gefühl der Hilflosigkeit, der Abhängigkeit, der Ich-Bezogenheit oder auch der Wunsch zu weinen.

Frühere, möglicherweise traumatische zwischenmenschliche Erfahrungen beeinflussen die Weiterentwicklung der Pflegefachperson-Patienten-Beziehung sowie den Pflegeprozess. Ein früheres zwischenmenschliches Trauma kann zu Pflegenden z. B. annehmen lassen, keine Ansprüche an die Pflegefachperson richten zu dürfen. Dies kann aus der Erfahrung herrühren, dass sie als Menschen mit ihren Bedürfnissen nicht akzeptiert

wurden, was den Prozess erschwert. Gleichzeitig können positive Erfahrungen die Beziehungsgestaltung und den weiteren Behandlungsverlauf fördern.

Phase der Nutzung

Susanne fährt fort: „Frau Helms ist schon seit über 2 Wochen hier. In ihrer Pflegeplanung und den Pflegeberichten kannst du nachlesen, wie aktiv sie an ihrer Behandlung mitwirkt. Anders als Frau Iwanow sucht sie immer wieder Kontakt zu uns, um weitere Tipps für die Bewältigung ihrer Probleme zu bekommen bzw. vergangene problematische Situationen mit uns zu reflektieren. Gestern haben wir z. B. die anstehende Belastungserprobung und den damit verbundenen Lebensmitteleinkauf, der ihr Sorgen bereitet, besprochen und gemeinsam überlegt, was ihr dabei helfen könnte.“

Nach der Identifikation mit der Pflegefachperson ziehen die zu Pflegenden in der nächsten Phase den maximalen Nutzen aus der Pflegefachperson-Patienten-Beziehung, um ihre Probleme zu bewältigen. Das erlangte Wissen und das Verständnis für ihre Probleme bildet eine wichtige Voraussetzung für die maximale Nutzung. Dabei kann es auch passieren, dass die Ansprüche vonseiten der zu Pflegenden gegenüber der Pflegefachperson wachsen.

► Merke

Zu Pflegenden schöpfen maximalen Nutzen aus der Beziehung zur Pflegeperson, um ihre Probleme zu bewältigen.

In dieser Phase setzt die Genesung ein. Viele zu Pflegenden erleben eine Ambivalenz gegenüber der Genesung und dem damit einhergehenden Bedürfnis nach



Abb. 1.17 Phase der Ablösung

Unabhängigkeit. Dieses steht dem Bedürfnis nach Abhängigkeit, welches während der Erkrankung auch als positiv erlebt werden kann, entgegen. Die zu Pflegenden können daher verunsichert sein, in welche Richtung sie sich entwickeln wollen.

Phase der Ablösung

Susanne informiert Sören auch über Herrn Yilmaz: „Er ist 28 Jahre alt und wird in 2 Tagen entlassen. Es ist schön zu sehen, dass er sich in den 6 Wochen der stationären Behandlung so großartig entwickelt hat. Ab Montag geht er in die Tagesklinik.“

In dieser letzten Phase durchlaufen die zu Pflegenden eine Umorientierung. Alte Bedürfnisse, die zu Beginn der Erkrankung bestanden und befriedigt wurden, werden gegen neue getauscht. Die zu Pflegenden bereiten sich auf die Entlassung vor, und es kommt zur Lösung aus den behandlungsbedingten Abhängigkeiten (Abb. 1.17).

► Merke

Zu Pflegenden lösen sich aus der Beziehung und gehen gestärkt in ihrer Persönlichkeit aus der Behandlung.

Die Ablösung kann von Pflegefachpersonen und zu Pflegenden als Erfolg gewertet werden: Die zu Pflegenden wurden durch die pflegerische Arbeit beim Erreichen ihrer Ziele unterstützt und begleitet. Für sie besteht der Erfolg im Erreichen einer größeren Selbstständigkeit mit Abschluss der Behandlung. In dieser Phase kann es der Pflegefachperson schwerfallen, die zu Pflegenden aus der Abhängigkeit zu entlassen, da über diese eigene Abhängigkeitsbedürfnisse befriedigt werden. Pflegefachpersonen sollten solche Gefühle und Gedanken für sich reflektieren und eventuell in einer kollegialen Beratung thematisieren. Gefühle wie Trauer, Freude oder Ärger können Teil der Ablösungsphase sein und dürfen auftreten, da es sich hierbei um das Ende einer Beziehung zu einem anderen Menschen handelt. Zu starke Emotionalität ist jedoch in kollegialen Beratungen (CE3, 2.3) oder Supervisionen (CE4, 6.2.1) zu thematisieren.

Susanne räumt ein: „Manchmal ist es gar nicht so einfach, die Patienten gehen zu lassen, weil man denkt, dass ihnen vielleicht noch ein, 2 weitere Wochen der stationären Behandlung guttun würden. Wichtig ist aber, dass, wenn sich die Patienten bereit fühlen, wir

sie in diesem Gefühl bestärken und sie nicht weiter an uns binden.“

Die zu Pflegenden gehen ebenso wie die Pflegefachpersonen gestärkt und reicher an Lernerfahrungen aus der Behandlung.

1.4.4 Rollenverteilung in der Pflegefachperson-Patienten-Beziehung

Rollen der Pflegefachperson

Die Pflegefachperson übernimmt in den einzelnen Phasen der Pflegefachperson-Patienten-Beziehung unterschiedliche Rollen. Diese ergeben sich aus der Interaktion mit den zu Pflegenden und deren Erwartungen, die sie an die Pflegefachperson herantragen (Abb. 1.18).

Rolle der Fremden: Zu Beginn sind den zu Pflegenden noch keine Gemeinsamkeiten mit der Pflegefachperson bekannt. Beide stehen sich als Fremde gegenüber. Pflegefachpersonen gehen daher besonders höflich und respektvoll mit den zu Pflegenden um, da sich das Vertrauen erst entwickeln muss.

Rolle der Unterstützenden: Die Pflegefachperson unterstützt die zu Pflegenden mit ihrem spezifischen Wissen und ihren Fähigkeiten in der Problembewältigung. Die Pflegefachperson wird z. B. im Rahmen einer Anleitung zum selbstständigen Verbandwechsel bei selbstverletzendem Verhalten oder bei Problemen der Tagesstrukturierung in der Rolle der Unterstützenden aktiv. Sie zeigt das korrekte Vorgehen, erklärt es, beobachtet die Durchführung und kommentiert diese.

Rolle der Lehrenden: Die Rolle der Lehrenden stellt eine Kombination aus allen Rollen dar. In dieser Rolle entwickelt die Pflegefachperson Lernsituationen, die dem persönlichen Wachstum der zu Pflegenden die-

nen und an deren individuelles Wissen anknüpfen. Dabei verfolgt die Pflegefachperson das Prinzip „Lernen durch Erfahrung“.

Rolle der Führenden: Zu Pflegenden veranlassen durch ihr Verhalten häufig unbewusst, dass die Pflegefachperson zunächst die Rolle der Führenden einnimmt. Dabei erwarten sie, dass die Pflegefachperson ihnen den Weg zur Gesundheit zeigt. In dieser Rolle sind verschiedene Führungsstile möglich, z. B.:

- **Demokratischer Führungsstil:** Einbeziehen aller Beteiligten in Entscheidungsprozesse sowie Berücksichtigen aller Wünsche und Bedürfnisse der Beteiligten.
- **Autoritärer Führungsstil:** Entscheidungen werden allein und ohne Einbeziehung der Betroffenen getätigt.
- **Laissez-faire-Führungsstil:** Allen Beteiligten werden großer Spielraum und viele Freiheiten in Bezug auf die Ausgestaltung von Entscheidungen eingeräumt.

Angestrebt werden sollte der demokratische Führungsstil, da dieser Stil eine Haltung des Respekts gegenüber den zu Pflegenden impliziert.

Ersatzrollen: Die zu Pflegenden weisen oft unbewusst den Pflegefachpersonen eine Ersatzrolle zu. Das bedeutet, dass sie in der Pflegefachperson eine Ersatzfigur wie die Mutter, Bruder oder Partnerin sehen. Zu dieser Rollenzuweisung kommt es durch das Reaktivieren von Gefühlen, die sonst durch die entsprechende Person ausgelöst werden. Die Pflegefachperson kann solche Ersatzrollenzuweisungen anhand von Äußerungen wie „Sie erinnern mich an ...“ erkennen.

Rolle der Beratenden: In dieser Rolle fördert die Pflegefachperson die Prozesse des Erfahrens. Hier steht im

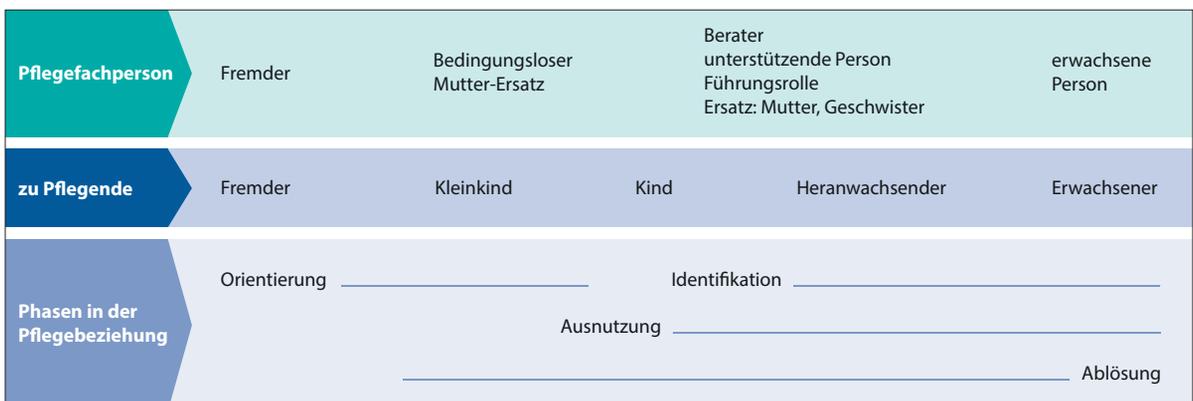


Abb. 1.18 Rollen in der Pflegefachperson-Patienten-Beziehung (Peplau 1995)

Vordergrund, wie sich die zu Pflegenden in der Krankheitssituation fühlen. Bei der Beratung geht es darum, ihnen zu helfen, ihre Situation zu verstehen, und ihnen nicht wie in der Rolle der Unterstützenden nur Fachwissen an die Hand zu geben. Über die Beratung wird eine Erfahrung geschaffen, die es zu Pflegenden ermöglicht, in ihrer Persönlichkeit zu reifen.

Rollen der zu Pflegenden

Auch zu Pflegende durchlaufen im Beziehungsprozess verschiedene Rollen. Die Rollen ähneln den Entwicklungsstadien vom Kleinkind zum Erwachsenen. Zu Beginn der Pflegefachperson-Patienten-Beziehung nehmen die zu Pflegenden zunächst auch die Rolle des **Fremden** ein. Im weiteren Verlauf der Orientierungsphase übernehmen sie die Rolle des hilfesusuchenden **Kleinkinds**. In der Phase der Identifikation und der Phase der Ausnutzung schlüpfen sie in die Rolle des **Kindes** und später des **Heranwachsenden**. Im Idealfall haben sie am Ende der Behandlung die Rolle des selbstbestimmten und gereiften **Erwachsenen** angenommen. Die Rollen der zu Pflegenden stellen eine Art Sinnbild für das persönliche Wachstum dar, das sich durch die Behandlung vollzieht.

1.4.5 Relevanz für die Praxis

Praktische Anwendung

Die Pflgetheorie von Hildegard E. Peplau kann für die Begleitung und Behandlung von zu Pflegenden in der Psychiatrie genutzt werden und liefert erste Ideen zur Gestaltung der Pflegefachperson-Patienten-Beziehung von der Aufnahme bis zur Entlassung. In den einzelnen Beziehungsphasen lassen sich mögliche Schwerpunkte der Beziehungsgestaltung ausmachen und diesen passende Pflegemaßnahmen zuordnen (Tab. 1.1).

Peplau formuliert zudem für die Pflege in der Psychiatrie sogenannte krankheitserhaltende Verhaltensweisen, die von Pflegefachpersonen zu unterbinden sind. Hierzu

zählen Äußerungen, die die zu Pflegenden in ihrem Abhängigkeitsgefühl bestärken wie: „Ja, Sie haben recht, es liegt noch ein langer Weg auf unserer Station vor Ihnen.“ Folgende Verhaltensweisen wirken sich dagegen auf den Behandlungsverlauf von zu Pflegenden positiv aus:

- Interesse an den Anliegen der zu Pflegenden zeigen
- alle zu Pflegenden gleich behandeln und keinen bevorzugen
- zu Pflegende darin unterstützen, ihre Abhängigkeitstendenzen abzulegen und Selbstsicherheit zu entwickeln
- Ausgrenzung/Mobbing von einzelnen zu Pflegenden oder Pflegefachpersonen vorbeugen bzw. rechtzeitig intervenieren
- eine professionelle Beziehung mit den zu Pflegenden führen
- Bedarfsmedikamente nur unter strenger Indikationsstellung herausgeben und nicht als erstes Mittel in der Problembehandlung einsetzen
- klar und eindeutig kommunizieren

Einordnung der Theorie

Die Theorie der interpersonalen Pflege wird hinsichtlich James Fawcett (1999) als Theorie mittlerer Reichweite eingeordnet. Dies bedeutet, dass damit erste konkrete Hinweise für die pflegerische Praxis abgeleitet werden können. Afaf Meleis (1999) ordnet die Theorie den interaktionistischen Theorien zu (CE1, 4.4.3).

Kritik

Neben den vielen hilfreichen Überlegungen, die die Theorie beinhaltet, lassen sich auch kritische Punkte finden. Meleis (1999) merkt an, dass die Rollen und Interaktionen in der Theorie zu oberflächlich beschrieben sind. Dadurch bleibt es für Pflegefachpersonen abstrakt, wie ihr Verhalten in der praktischen Umsetzung der einzelnen Phasen in der Pflegefachperson-Patienten-Beziehung sein sollte. Andererseits ermöglichen die sehr allgemein gehaltenen Formulierungen der Pflegefachperson, Rollen und Aufgaben individuell auszugestalten.

Tab. 1.1 Rollen und Aufgaben der Pflege in den Phasen der Pflegefachperson-Patienten-Beziehung

Phase	Stationärer Behandlungsverlauf	Rolle der Pflegefachperson	Aufgaben der Pflege
Orientierung	Aufnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Fremde • Ersatzrolle: z. B. Mutter 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeanamnese mit Erfassung der Pflegeprobleme • Unterstützung bei der Orientierung auf Station
Identifikation	Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützerin • Lehrende • Führende • Beratende • Ersatzrolle 	<ul style="list-style-type: none"> • gemeinsame Entwicklung und regelmäßige Evaluation von Pflegezielen und Maßnahmen • Begleitung und Organisation der Behandlung • Beratung und Anleitungen der zu Pflegenden
Nutzung			
Ablösung	Entlassung	erwachsene Person	Organisation der Entlassung (Entlassungsmanagement)

Einen weiteren Kritikpunkt bilden der sehr starke Fokus auf die zwischenmenschliche Beziehung und die fehlende Betrachtung der medizinischen Probleme, gerade im Hinblick auf die Anwendung der Theorie in somatischen Bereichen. Die Theorie ist somit wenig bis gar nicht hilfreich für pflegerische Bereiche, in denen verbale Kommunikation nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich ist wie auf Intensivstationen, in Einrichtungen für die Betreuung von Wachkomapatienten oder bei zu Pflegenden mit schweren demenziellen Erkrankungen. In der Psychiatrie und der Psychotherapie, wo die Beziehungsarbeit einen hohen Stellenwert hat, kann die Theorie der interpersonalen Pflege dagegen einen Mehrwert bieten.

Erstellen Sie eine Mindmap zur Theorie der interpersonalen Beziehung nach Hildegard E. Peplau.

1.5 Mögliche Pflegephänomene psychiatrischer Störungen

Wichtige und häufige Pflegephänomene (CE1, 4.4.1) psychiatrischer Störungen sind:

- Aggression und Gewalt (CE11, 2.2.1)
- Angst/Furcht (CE11, 3.1)
- Coping (CE5, 1.15; CE8, 1.3.2)
- Störungen der Wahrnehmung und Kognition (CE11, 2.1.1)
- Suizidalität (9102, CE11)

1.5.1 Das Pflegephänomen ineffektives Coping verstehen

Bei psychiatrischen Störungen stehen, anders als bei den somatischen Erkrankungen, **ineffektive Copingstrategien** im Vordergrund (Abb. 1.19). Ineffektive Copingstrategien sind erfolglose Verhaltensweisen im Umgang mit inneren/äußeren Belastungsfaktoren. Viele Pflegeprobleme in der Psychiatrie hängen damit zusammen. Die Betroffenen haben oft über Monate oder Jahre hinweg Copingstrategien entwickelt, um mit den Belastungen, die zu der psychischen Störung führten, oder mit den Symptomen, die die Störung mit sich bringt, umzugehen. Personen mit einer schizophrenen Störung entwickeln z. B. spezielle und für Außenstehende unverständliche Verhaltensweisen, um mit akustischen Halluzinationen (CE11, 2.1.1) umzugehen. Sie stellen sich z. B. unter eine laufende Dusche, um mithilfe des Wasserrauschens Stimmen zu unterdrücken. Das Erkennen und Verstehen dieser ineffektiven Copingstrategien, die einer Genesung im Weg stehen können, ist Aufgabe des pflegerisch-therapeutischen Teams.

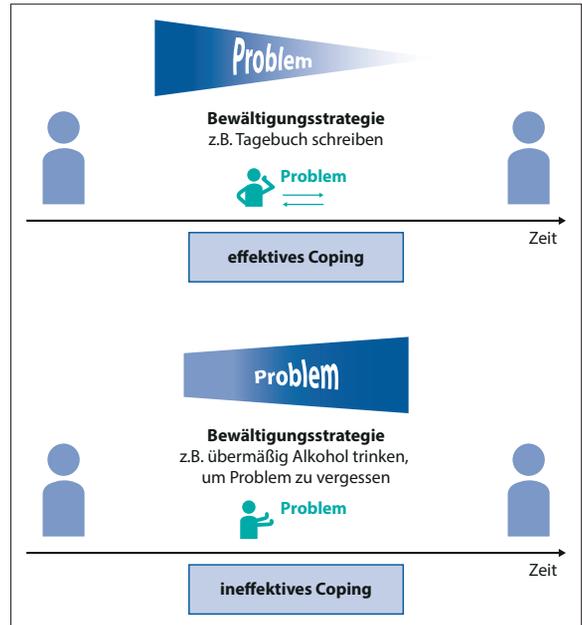


Abb. 1.19 Effektive und ineffektive Copingstrategien

Pflegefachpersonen unterstützen zu Pflegenden bei der Bearbeitung und Reflexion ineffektiver Copingstrategien und fördern darüber den Genesungsprozess sowie die persönliche Weiterentwicklung der zu Pflegenden. Gemeinsam mit ihnen ermitteln Pflegefachpersonen die individuellen Belastungsfaktoren und Stressoren und unterstützen die zu Pflegenden zudem bei der Reflexion der bisherigen Strategien sowie möglicher beeinflussender Faktoren.

Für die weitere Behandlung ist die Beobachtung der zu Pflegenden in (alltäglichen) Situationen auf Station förderlich. Mögliche Situationen, die dem Erkennen von Copingstrategien und der dahinterstehenden Copingform dienen können, sind:

- Erhebung der Pflegeanamnese zu Beginn der Behandlung
- alltägliche Situationen im Stationsalltag wie Medikamentengabe, Beschäftigungsangebote, Mahlzeiten
- pflegerische Bezugsgespräche (CE11, 1.6.1)
- Visite
- Gespräche mit Angehörigen

Die Bewertung, ob eine Copingstrategie effektiv oder ineffektiv ist, kann nicht von vornherein getroffen werden. Im Rahmen des Bewertungsprozesses müssen folgende grundlegende Aspekte (Abb. 1.20) bedacht werden:

- **Perspektive**, d. h. aus wessen Sicht die Bewertung erfolgt: Pflegefachperson, zu Pflegenden, Angehörige etc.

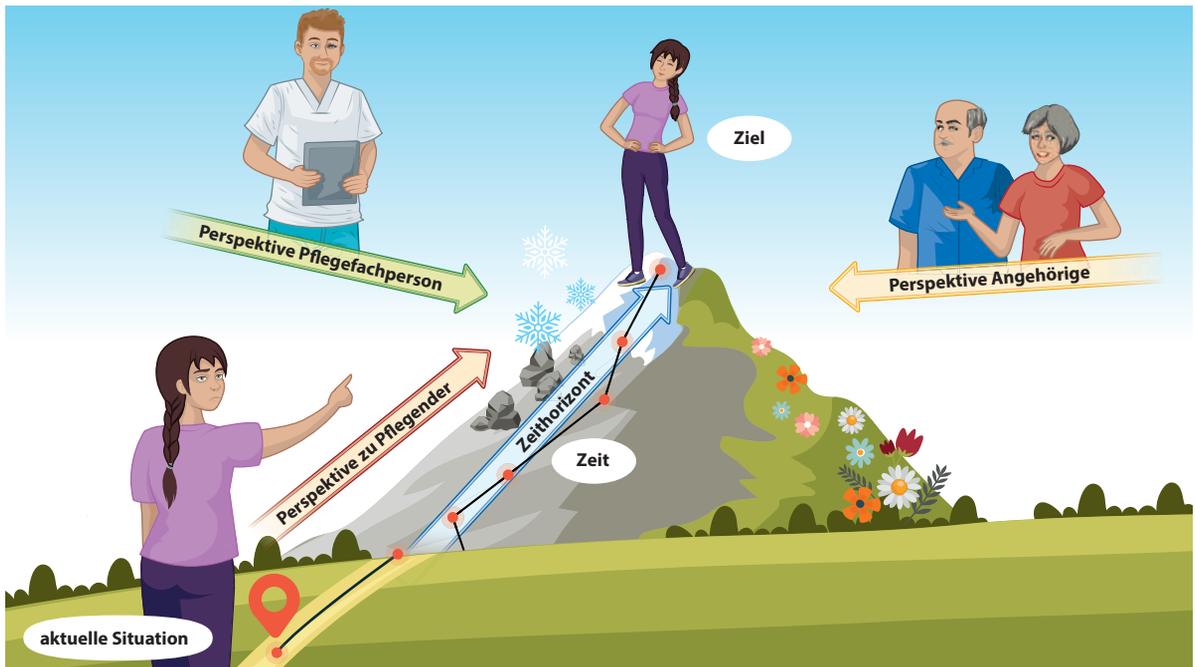


Abb. 1.20 Verschiedene Perspektiven in einer Copingstrategie

- **Ziel**, das mittels der Strategie verfolgt wird, z. B. Wohlbefinden herstellen, aktuelle Lebensqualität erhalten oder Problem im Kern lösen
- **aktuelle Situation** der zu Pflegenden, z. B. aktueller Trauerfall oder Jahrzehnte zurückliegendes Traumaereignis
- **Zeithorizont**: zur kurzfristigen Bewältigung einer Situation oder als langfristige Strategie

Zur **Reflexion** der bisherigen Copingstrategie ist es sinnvoll, neben der Wahrnehmung der zu Pflegenden auch die Sicht der Angehörigen oder der gesetzlich betreuenden Person zu berücksichtigen. Folgende Inhalte sollten beleuchtet werden:

- **Belastungen** bzw. **Stressoren**: „Was belastet? Was belastet am meisten?“
- **Aktuelle Copingstrategie** und deren Wirksamkeit: „Was tun Sie in solchen Situationen? Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen?“
- **Beeinflussende Faktoren** (CE11, 1.5.2) wie Selbstwertgefühl, soziale Unterstützung oder Kontrollüberzeugungen hinsichtlich des Stressors: „Was hat Einfluss auf Ihre Strategie? Gibt es Situationen, in denen die Strategie nicht zielführend ist? Was zeichnet diese Situationen aus?“

Copingstrategien können sich bei der Bewertung als kurzfristig sinnvoll, aber auf lange Sicht als „schädlich“ erweisen: Die Copingstrategie „Verleugnung“ ist z. B. eine in ihrer Wirksamkeit umstrittene Strategie. Das

Verleugnen kann im Fall von Krankheitssymptomen das rechtzeitige Erkennen einer Erkrankung und den frühzeitigen Beginn einer Behandlung behindern. Das kurzfristige Verleugnen zu Beginn eines schweren Problems kann jedoch helfen, sich besser darauf einzustellen und langfristig betrachtet der Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls oder einer positiven Zukunftserwartung dienen (Broda 1987).

1.5.2 Ineffektives Coping erkennen und benennen

Sören und Susanne führen das Aufnahmegespräch mit Frau Schönfeld. In dessen Verlauf kommt Susanne auch auf das Thema Copingstrategien zu sprechen: „Frau Schönfeld, was hat Sie in den vergangenen Wochen belastet, sodass es heute zu der Aufnahme gekommen ist?“

Frau Schönfeld: „Mir ist einfach alles zu viel geworden. Ich habe mich nicht mehr aus dem Haus getraut, und mein Mann hat sich um alle Besorgungen gekümmert. Ich habe diese vielen Menschen draußen nicht mehr ausgehalten. Ich hatte Sorge, dass mir jederzeit etwas zustoßen kann und ich dann einfach umfalle und mir niemand hilft oder mich sogar jemand ausraubt. Mein Mann hat dafür gesorgt, dass ich mich in Behandlung gebe. Früher war ich nicht so ängstlich. Nun habe ich das Gefühl, die Kontrolle über mein Leben verloren zu haben.“

Unter den NANDA-I-Pflegediagnosen findet sich eine Vielzahl von Pflegediagnosen zum Thema Coping, die somit auch für die psychiatrische Pflege von Bedeutung sind.

► Exemplarische Pflegediagnosen der NANDA-I-Klassifikation

- Defensives Coping
- Ineffektives Coping
- Ineffektives gemeinschaftliches Coping
- Gefährdetes familiäres Coping (9102, CE11)
- Fehlangepasstes Trauern (CE8, 2.3)
- Beeinträchtigte Stimmungsregulation
- Beeinträchtigte Resilienz
- Chronischer Kummer
- Stressüberlastung
- Ineffektives Gesundheitsmanagement

Um ein ineffektives Coping handelt es sich dann, wenn der gewählte Bewältigungsmechanismus die Belastung langfristig nicht mildert, sondern verstärkt oder neue Problemfelder und Gefahren dadurch entstehen. Als ineffektives Coping kann der Konsum von Alkohol und Drogen (Abb. 1.21) oder risikoreiches Verhalten wie riskantes Autofahren gezählt werden, wenn diese als langfristige Methoden genutzt werden, um mit Belastungen umzugehen. Zu den Risikogruppen für solch ein ineffektives Coping gehören vor allem Personen, die eine situative Krise erleben wie den Tod eines nahestehenden Menschen oder den Verlust ihres Arbeitsplatzes.



Abb. 1.21 Alkoholkonsum als Beispiel für ineffektives Coping

Die Wahl einer Copingstrategie wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Diese Faktoren können bei der Ermittlung von Problemen/Pflegediagnosen oder Ressourcen hilfreich sein. Einflussfaktoren sind z. B.:

- soziale Unterstützung
- Selbstkonzept/Selbstwertgefühl der zu Pflegenden
- Selbstwirksamkeit

- Attributionsstil, d. h. die individuelle Vorgehensweise, um Ursachen für Ereignisse, z. B. Unfälle, Erkrankungen, zu erklären oder zuzuschreiben
- persönliche Einstellung gegenüber der Störung (positiv/negativ)

Eine positive Einstellung im Hinblick auf die Störung oder auch frühere Selbstwirksamkeitserfahrungen in anderen Situationen können sich dabei als Ressource erweisen.

Bei der Formulierung von Copingproblemen ist es wichtig, das Problem möglichst präzise zu formulieren: konkrete Stressoren/Belastungen, ihr Ausmaß, die genaue ineffektive Copingstrategie und worin sie sich im Alltag zeigt.

Im Anschluss sprechen Susanne und Sören über die ausgewählte Pflegediagnose „ineffektives Coping“. Susanne führt aus: „Wie du aus der Erzählung von Frau Schönfeld herausgehört hast, hat sie im Lauf der Angststörung die Strategie entwickelt, nicht mehr aus dem Haus zu gehen, um so mögliche Angst auslösende Situationen zu vermeiden. Diese Strategie hat sich jedoch als unzureichend herausgestellt, um mit den alltäglichen Anforderungen zurechtzukommen. Bei Frau Schönfeld hat sich ein enormer Leidensdruck aufgebaut. Wir haben daher die Pflegediagnose „ineffektives Coping“ ausgewählt. Frau Schönfeld zeigt dafür typische Merkmale wie die Veränderung ihres Kommunikationsmusters. Zudem hat sie Schwierigkeiten, um Hilfe zu bitten bzw. mit Angst auslösenden Situationen umzugehen. Bei ihr haben das unzureichende Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die unzureichende soziale Unterstützung oder auch ineffektive Entspannungsstrategien die Entwicklung einer ineffektiven Copingstrategie vermutlich begünstigt und gefördert. Diese Faktoren sind aber gute Anknüpfungspunkte für die Entwicklung von passenden Pflegezielen und Maßnahmen.“

1.5.3 Mit zu Pflegenden eine Perspektive entwickeln



Gemeinsam mit den zu Pflegenden erarbeitet die Pflegefachperson die Pflegeziele. Grundlage für die Zielformulierung bilden die wahrgenommenen Belastungen und die individuellen Grenzen in der Problembewältigung. Dabei kann es ein erstes Ziel sein, dass zu Pflegenden versuchen, die belastenden Faktoren zu analysieren und zu benennen. Eine genaue Beschreibung des Ziels ist notwendig, um geeignete Maßnahmen, die einen Bezug zur Lebenswelt und ihrer Person herstellen, zu identifizieren.

Mögliche Pflegeziele: Die zu Pflegenden

- benennen Belastungen, für die ihre Bewältigungsstrategien nicht ausreichen/vorhanden sind,
- entwickeln eine lösungsorientierte Haltung,
- erlangen eine realistische Einschätzung des Problems,
- erlernen Techniken/Fähigkeiten/neue Verhaltensweisen im Umgang mit einer Belastung/einem Problem.

1.5.4 Unterstützung der zu Pflegenden

Die Vielfältigkeit der Störungen und die individuellen Lebenssituationen der zu Pflegenden machen es schwierig, allgemeingültige Maßnahmen zu benennen. Die Pflegemaßnahmen sind kleinschrittig zu wählen. Ein möglicher Ansatz sind z. B. Beobachtungsbögen, die die zu Pflegenden in bestimmten Situationen führen und dann gemeinsam mit ihren Bezugspflegepersonen (CE11, 1.6.2) auswerten. Dabei handelt es sich z. B. um Stimmungsprotokolle oder die Beschreibung und Reflexion des Verhaltens in diesen Situationen. Die zu Pflegenden können sich so langsam den alten, „ungünstigen“ Verhaltensweisen annähern und je nach Fortschritt Ideen für neue Verhaltensweisen entwickeln.



Abb. 1.22 Vertrauen schaffen

Für den Erfolg der Maßnahmen ist neben der Kooperationsbereitschaft und dem aktiven Mitwirken der zu Pflegenden eine vertrauensvolle Beziehung (Abb. 1.22) zwischen Pflegefachperson und zu Pflegenden entscheidend. Die Entwicklung dieser **Vertrauensbasis** steht als pflegerische Maßnahme an erster Stelle. Eine weitere wichtige Maßnahme kann sein, dass die zu Pflegenden zunächst nicht mehr mit dem Belastungsfaktor konfrontiert werden und in einer stressfreien Umgebung die Möglichkeit erhalten, grundlegende Techniken wie Entspannungsverfahren zu erlernen und in deren Anwendung eine Routine zu entwickeln. Erst dann folgt die Erprobung am eigentlichen Stressor.

1.5.5 Gemeinsam auf die Entwicklung schauen

In **Bezugspflegegesprächen** wird das Thema Copingstrategien aufgegriffen. Die Pflegefachperson evaluiert gemeinsam mit den zu Pflegenden, was sich für sie bisher verändert hat, wie effektiv die Maßnahmen waren, welche neuen Erkenntnisse sich eingestellt haben und wo noch Schwierigkeiten in der Umsetzung bestehen. Zudem beobachten Pflegefachpersonen die Verhaltensweisen der zu Pflegenden im Stationsalltag, die auf eine Veränderung der Copingstrategie zurückgeführt werden können, und thematisieren diese Beobachtungen in den Bezugspflegegesprächen.

1.6 Pflegerische Aufgaben in der Psychiatrie

Was, glauben Sie, sind Aufgaben einer Pflegefachperson auf einer psychiatrischen Station? Überlegen Sie sich „typische“ Aufgaben für den Früh- und Spätdienst.

1.6.1 An diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen psychischer Störungen mitwirken

Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen, Stationsärzten, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten etc. ist grundlegender Bestandteil einer gelingenden Diagnostik und wirksamen Therapie. Pflegefachpersonen übernehmen als Teil des interprofessionellen Teams (CE1, 2.2) Aufgaben in den Bereichen der **Psychotherapie**, **Soziotherapie** und **Somatotherapie** (CE11, 1.1.5).

In der Psychiatrie tätige Pflegefachpersonen haben folgende **Aufgaben**:

- **Beziehungsgestaltung** (CE11, 1.6.2)
- **Mitwirken bei der Diagnostik**: Zu den diagnostischen Möglichkeiten in der Psychiatrie zählen die Anamnese, die körperliche Untersuchung, Laboruntersuchungen, Assessmentverfahren, z. B. Hamilton-Depressions-Skala oder Mini-Mental-Status-Test, EEG, EKG sowie gegebenenfalls weitere apparative bildgebende Diagnostik (MRT, cCT, PET-Scan). Bei all diesen Verfahren unterstützen Pflegefachpersonen die Vor- und Nachbereitung sowie die Durchführung. Zusätzlich führen sie bei Verdacht auf Substanzmittelkonsum Screenings (Drogentests) oder Alkoholtests durch (9102, CE11, 3).

- **Patientenbeobachtung:** Im Rahmen der psychiatrischen Pflege wird neben den klassischen somatischen Beobachtungsschwerpunkten, z. B. den Vitalzeichen, ein besonderes Augenmerk auf folgende **Beobachtungsschwerpunkte** gelegt:

- Affektivität/Affekt
- Antrieb, Psychomotorik
- Sprache, Mimik, Gestik
- Bewusstsein, Orientierung, Denken
- kognitive Fähigkeiten
- Sozialverhalten
- fremd- und selbstgefährdendes Verhalten
- Hinweise auf Suizidalität
- Absprachefähigkeit
- Adhärenz
- Selbstpflege und Alltagskompetenz: Körperpflege, Ordnung etc.

Da Pflegefachpersonen anders als andere Professionen die zu Pflegenden 24 Stunden am Tag in alltäglichen Situationen beobachten können, liefern ihre Beobachtungen wichtige Informationen für die Behandlung. Dadurch wird die Diagnosestellung unterstützt und Fortschritte in der psychotherapeutischen oder pharmakologischen Behandlung werden festgestellt. Die korrekte und vollständige Dokumentation (CE1, 5.2.7) ist daher in der psychiatrischen Pflege entscheidend. Als gute Beobachtungssituationen bieten sich neben alltäglichen Kliniksituationen wie Medikamentengabe, Mahlzeiten oder Morgen- und Abendrunden auch Beschäftigungsangebote wie Gesellschaftsspiele oder Spaziergänge an (Abb. 1.23).

- **Führen von (Bezugspflege-)Gesprächen mit den zu Pflegenden:** Das Führen von Gesprächen mit den zu Pflegenden ist eine wichtige Aufgabe, angefangen bei der Aufnahme und der damit verbundenen Pflegeanamnese über Bezugspflegegespräche im Lauf der Behandlung bis zu Smalltalk



Abb. 1.23 Gemeinsame Spaziergänge

im Stationsalltag. Gespräche in all ihren Facetten ermöglichen der Pflegefachperson, (weitere) wichtige Informationen über die zu Pflegenden zu erhalten und bei der psychotherapeutischen Behandlung mitzuwirken. Bezugspflegegespräche drehen sich vor allem um alltagsbezogene Themen und die jeweiligen lebenspraktischen Kompetenzen im Zusammenhang mit der Störung, z. B. Einschränkungen.

- **Überwachung der medikamentösen Therapie:** Pflegefachpersonen stellen die Einnahme der Medikamente sicher. Das heißt, sie geben die Medikamente aus, überwachen die korrekte Einnahme und dass Medikamente nicht in suizidaler Absicht von den zu Pflegenden gesammelt werden. Zu Pflegenden werden nicht gedrängt oder gar gezwungen, ein Medikament einzunehmen. Im Fall einer Verweigerung wird dies ausführlich dokumentiert und an das ärztliche Personal weitergegeben. Des Weiteren beobachten die Pflegefachpersonen zu Pflegenden auf mögliche unerwünschte und erwünschte Wirkungen der Medikamente und informieren die zu Pflegenden über Besonderheiten der Medikamenteneinnahme, die bei manchen Medikamenten nicht in Kombination mit bestimmten Lebensmitteln erfolgen darf oder eine bestimmte Trinkmenge pro Tag erforderlich macht.

► **Merke**

Zwangsbehandlungen sind nur in Ausnahmefällen und nur im Rahmen eines richterlichen Beschlusses zulässig.

- **Mitwirken bei weiteren Somatotherapien:** Dazu zählen Elektrokrampftherapie, Lichttherapie oder Wachtherapie (Schlafentzugstherapie). Pflegepersonen assistieren bei der Vor- und Nachbereitung sowie bei der Durchführung.



Abb. 1.24 Gruppentherapeutische Angebote

- **Leiten von gruppentherapeutischen Angeboten:** Pflegefachpersonen, in der Regel mit einer psychiatrischen Fachweiterbildung, leiten allein oder gemeinsam mit Therapeuten gruppentherapeutische Angebote (Abb. 1.24) wie das Training sozialer Kompetenz oder Psychoedukationsgruppen, z. B. zum Thema „Suchtproblematik“. Die Angebote sind dabei so vielfältig wie die Psychiatrie selbst und an Station und Klientel angepasst.
- **Unterstützung der zu Pflegenden in ihrer Alltagskompetenz** (CE11, 1.6.3)
- **Milieugestaltung:** Pflegefachpersonen wirken stärker als andere Berufsgruppen bei der Gestaltung der räumlichen und zeitlichen Struktur, z. B. Tagesablauf, Stationsangebote, sowie bei der Ausgestaltung des sozialen Miteinanders aller beteiligten Personen (**Milieu**) mit.
- **Anleiten und beraten:** Pflegefachpersonen leiten zu Pflegenden bei unterschiedlichsten Maßnahmen an, z. B. zum Richten der Medikamente, Durchführen eines Verbandwechsels, Führen eines Stimmungstagebuchs etc.
- **Allgemeine pflegerische Aufgaben:** Pflegefachpersonen unterstützen bei Bedarf bei der Grundpflege und wirken bei weiteren Maßnahmen der Behandlung mit, z. B. Verbandwechsel.

1.6.2 Beziehungen zu Menschen mit psychischen Problemen aufbauen und gestalten

Die **Beziehungsgestaltung** ist die zentrale Aufgabe der psychiatrischen Pflege (CE11, 1.4) und stellt zudem häufig eine Herausforderung für die zu Pflegenden mit einer psychischen Störung dar. Das Konzept **der personenorientierten Bezugspflege** ist daher die bevorzugte pflegerische Organisationsform in der Psychiatrie.



Abb. 1.25 Eine Beziehung gestalten und aufbauen

Im Rahmen der Beziehungsgestaltung mit den zu Pflegenden ist es wichtig, die unterschiedlichen Erwartungen aller Beteiligten zu betrachten (9102, CE11). Zu Pflegenden haben im Kontext psychischer Störungen häufig Schwierigkeiten mit dem Beziehungsaufbau. Sie erwarten daher nicht nur, dass die Pflegefachpersonen auf sie zugehen, sondern auch, dass diese über Einfühlungsvermögen verfügen und mit ihnen verständlich kommunizieren. Sie werden häufig als Vorbild und als eine Art Trainingspartner betrachtet, mit deren Hilfe neue Verhaltensweisen erlernt und „ausprobiert“ werden können (Abb. 1.25).

Aufgaben der Pflegefachperson im Kontext der Beziehungsgestaltung:

- verlässliche Vertrauens-/Ansprechperson für die zu Pflegenden und deren Angehörige sein
- einen Großteil der Verantwortung für die Beziehungsgestaltung tragen, vor allem zu Beginn der Behandlung
- Bereitschaft, die Perspektive der zu Pflegenden einzunehmen und eigene Perspektiven zu reflektieren

Die Beobachtung der zu Pflegenden in den verschiedensten Situationen gibt Aufschluss über potenzielle Ressourcen und Probleme in der Beziehungsgestaltung.

Aufschlussreiche Situationen sind z. B.:

- Beginn eines Gesprächs
- Kontaktaufnahme zu Fremden, z. B. zu unbekanntem Mitpatienten
- Klärungsbedarf, z. B. nach Gespräch mit Fachärzten
- Hilfebedarf, z. B. um Konflikte zu klären
- Äußerung der eigenen Meinung, z. B. in Gruppenrunden

► Merke

Häufig erkennen Pflegefachpersonen erst im Verlauf der Beziehungsgestaltung mit den zu Pflegenden deren Ressourcen und gesunde Anteile. Zu Beginn der Behandlung werden diese vielfach von Defiziten und Symptomen überdeckt. Daher bemühen sich Pflegefachpersonen während des gesamten Behandlungsverlaufs immer wieder, Ressourcen und gesunde Anteile bei den zu Pflegenden auszumachen, und nehmen diese in den Pflegeprozess auf.

Nach Stucki und Grawe (2007) können zudem unterschiedliche **Bedürfnisse in sozialen Beziehungen** ausgemacht werden. Bedürfnis nach:

- Orientierung und Kontrolle
- Bindung
- Lustgewinn und Unlustvermeidung
- Selbstwerterhöhung

Das Erkennen dieser Bedürfnisse hilft Pflegefachpersonen bei der Beziehungsgestaltung. Sie unterstützen die zu Pflegenden auch bei der Befriedigung dieser Bedürfnisse.

Susanne teilt Sören mit, wie sie die Beziehung zu Frau Schönfeld gestalten wird: „Wie du bereits weißt, hat Frau Schönfeld Schwierigkeiten, sich Unterstützung zu holen, und es fällt ihr schwer, soziale Kontakte zu knüpfen. In den kommenden Tagen werde ich, wenn ich meine Schicht beginne, aktiv auf sie zugehen und sie nach ihrem bisherigen Tag oder ihrer Nacht fragen. Zusätzlich werde ich ihr später das Konzept der gelben Karte erläutern. Dieses Modell könnte ihr helfen, in nächster Zeit Unterstützung anzufordern. Patienten, mit denen wir das Einfordern von Hilfe auf diese Weise einüben möchten, haben die Möglichkeit, ihre gelbe Karte direkt in unserem Dienstzimmer abzugeben, wenn sie sich in einer belastenden Situation befinden und Unterstützung benötigen. Die jeweilige Bezugspflegerperson wird dann Kontakt zu der betreffenden Person aufnehmen. Auf diese Weise wird für einige Patienten die Hürde, um Hilfe zu bitten, verringert, da sie zunächst nicht verbal äußern müssen, dass sie Unterstützung benötigen.“

Mögliche Probleme und Herausforderungen in der Beziehungsgestaltung

In der Psychiatrie kann es im Beziehungsaufbau und der Beziehungsgestaltung mit zu Pflegenden neben den allgemeinen Kommunikationsstörungen (CE3, Kap. 3.1) zu einer Reihe von weiteren Hindernissen, Gefahren und Störungen kommen. Es ist hilfreich, diese möglichst frühzeitig zu erkennen und mit den zu Pflegenden zu thematisieren, um den Beziehungsaufbau zu fördern und voranzutreiben. Pflegefachpersonen räumen diesem Verstehensprozess Zeit ein und unterstützen die zu Pflegenden bei der Formulierung, statt vorschnell allein das Pflegeproblem zu verbalisieren.

Hindernisse im Beziehungsaufbau:

- **störungsbedingte Hindernisse** wie Wahn, Einschränkungen der Wahrnehmung und des Erlebens von Halluzinationen, kognitive Einschränkungen, z. B. mangelnde Konzentrationsfähigkeit, mangelnde Kooperationseinsicht, Unruhe, Misstrauen (Abb. 1.26), Angst
- **umgebungsbedingte (psychiatriebedingte) Hindernisse** wie eine reizintensive, ungewohnte Umgebung, Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch verschlossene Türen, Angst vor gesellschaftlicher Ausgrenzung, zu viele unbekannte Personen, zu wenig Zeit der Bezugspflegerpersonen



Abb. 1.26 Misstrauen hindert die Beziehungsgestaltung

- **Vorhandensein diffuser Gefühle aufseiten der Pflegenden oder/und der zu Pflegenden:** Sympathie und Antipathie, Übertragung bzw. Erinnerungen an Menschen, mit denen schlechte Erfahrungen gemacht wurden (vor allem bei Gewalterfahrungen)

Gefahren und Störungen im Verlauf des Beziehungsprozesses:

- Entwicklung von Vertraulichkeit und damit potenzielle Nähe-Distanz-Probleme bei längerer Begleitung der zu Pflegenden
- Diskontinuität durch ständigen Wechsel der Bezugspflegerpersonen aufgrund von Urlaub, Krankheit, Kündigungen etc.
- Wahrnehmungsstörungen durch z. B. frühere Erfahrungen mit Menschen mit ähnlichen Störungsbildern und unüberlegte Übertragung dieser Erfahrungen auf die zu Pflegenden
- Stillstand im pflegerischen Beziehungsprozess durch z. B. fehlende Pflegeziele, das Nichterreichen von Zielen oder eine ablehnende Haltung aufseiten der zu Pflegenden oder der Pflegefachpersonen.

► Exemplarische Pflegediagnosen der NANDA-I-Klassifikation

- Beeinträchtigte soziale Interaktion
- Chronisch geringes Selbstwertgefühl
- Soziale Isolation
- Beeinträchtigte verbale Kommunikation
- Ineffektive Beziehung
- Risiko einer ineffektiven Beziehung
- Ineffektive Erfüllung einer Rolle
- Risiko einer beeinträchtigten Bindung
- Dysfunktionale Familienprozesse

Mit Vorurteilen und Stigmatisierung umgehen

Vorurteile gegenüber Menschen, die von psychischen Störungen betroffen sind, wirken als erhebliche Hürde bei der Behandlung, Betreuung, Prävention von Chronifizierung und der frühzeitigen Erkennung von psychischen Störungen.

Zu den typischen Vorurteilen zählen z. B.:

- Menschen mit einer psychischen Störung sind unberechenbar und gefährlich.
- Psychische Störungen sind nur Einbildungen oder Zeichen von Schwäche.
- Menschen mit einer psychischen Störung sind nicht in der Lage, produktiv oder erfolgreich zu sein.
- Menschen mit einer psychischen Störung müssen sich einfach zusammenreißen, um ihre Probleme zu überwinden.
- Menschen mit einer psychischen Störung sollten isoliert oder abgeschottet werden.

Solche Vorurteile können auch bei Pflegenden auftreten, da z. B. besonders negative Erlebnisse länger im Gedächtnis hängen bleiben und andere Erlebnisse überstrahlen (CE1, 3.1.2). Sie werden zum Teil durch Berichterstattungen in den Medien immer wieder aufgegriffen und verstärkt. Vorurteile können im Weiteren führen zu:

- **Stigmatisierung:** Individuen oder Gruppen werden ausgegrenzt oder abgewertet aufgrund bestimmter Merkmale oder Verhaltensweisen, die als negativ oder unerwünscht angesehen werden.
- **Selbststigmatisierung:** Menschen mit psychischen Erkrankungen wenden die negativen Vorurteile und Stereotypen, die in der Gesellschaft gegenüber psychisch Kranken bestehen, auf sich selbst an und integrieren sie in ihr Selbstbild.
- **Diskriminierung**
- **soziale Benachteiligung**

Prävention von Vorurteilen und Stigmatisierung

Ein wichtiger Schritt zur Vorbeugung von Stigmatisierung und im Umgang mit Vorurteilen stellt in erster Linie die Aufklärung von Betroffenen und deren Angehörigen dar (9102, CE11). Des Weiteren ist es wichtig, die eigene Wahrnehmung regelmäßig auf Fehlinterpretationen und Fehlwahrnehmungen hin zu überprüfen. Hier können besonders der Austausch mit Kollegen und das Abgleichen von Wahrnehmungen z. B. im Rahmen von Supervisionen (CE4, 6.2.1) hilfreich sein. Zusätzlich ist es ratsam, regelmäßig Selbstreflexionen durchzuführen, um etwa Frühzeichen eines Burn-outs (CE4, 6.1.5) zu identifizieren. Ein Burn-out, das oft durch eine negative Wahrnehmung der Umgebung und eine verringerte Empathie gekennzeichnet ist, kann Vorurteile verstärken und somit zur Stigmatisierung der zu pflegenden Personen beitragen.

Pflegefachpersonen haben auch einen großen Einfluss auf das gesellschaftliche Bild von psychischen Störungen. Wenn sie über berufliche Themen berichten, achten sie daher auf eine angemessene Wortwahl

und hinterfragen, welche Bilder über psychische Störungen durch eigene Schilderungen (re-)produziert werden.

Pflegeziele bei Problemen in der Beziehungsgestaltung

Das wichtigste Ziel der psychiatrischen Pflege ist der Aufbau einer funktionierenden Pflegebeziehung, in der zu Pflegenden sich öffnen und im Rahmen des Genesungsprozesses weiterentwickeln können. Dies bildet eine wichtige Grundlage für das nächste Ziel, dass zu Pflegenden ihre Fähigkeit, eine Beziehung mit anderen Menschen aufzunehmen und zu gestalten, weiterentwickeln.

Die Pflegefachperson formuliert gemeinsam mit den zu Pflegenden ein individuelles Pflegeziel, welches sich auf das jeweils persönliche Problem der Beziehungsgestaltung bezieht. Mögliche Pflegeziele sind z. B., dass die zu Pflegenden:

- benennen, in welchen Situationen sie sich wohlfühlen und welche sie belasten
- ihre Gefühle wahrnehmen und beschreiben
- Kontakt mit anderen Menschen zulassen
- sich im Kontakt mit dem pflegerisch-therapeutischen Team und anderen Kontaktpersonen sicher und aufgehoben fühlen
- ihr Bedürfnis nach Nähe und Distanz in Beziehungen wahrnehmen
- neue Kontakte herstellen und gestalten
- Missverständnisse erkennen, thematisieren und lösen
- wahrnehmen, welche Gefühle Kontakte bei ihnen auslösen und wie sie damit umgehen

Maßnahmen zum Beziehungsaufbau und -gestaltung

Grundlegend für die Beziehungsgestaltung mit zu Pflegenden ist die **Haltung** der Pflegefachperson, die sich durch Wertschätzung, Empathie und ein kongruentes Auftreten auszeichnet (CE1, 3.2).

Die Beziehungsgestaltung wird in einem besonderen Maß von der nonverbalen und paraverbalen Kommunikation (CE1, 3.1.1) geprägt. Pflegenden achten daher nicht nur auf ihre verbalen Äußerungen, sondern auch auf ihre nonverbale und paraverbale Kommunikation wie Körperhaltung, Gestik, Mimik und Tonlage.

► Tipp

Maßnahmen zur Unterstützung des Bedürfnisses nach Bindung (Stucki, Grawe 2007):

- Pflegefachpersonen vermitteln den zu Pflegenden,
- dass sie nicht allein sind, sondern Unterstützung erhalten,
 - dass gemeinsam an ihrem Problem gearbeitet wird,
 - dass Nöte und Anliegen bei den Pflegefachpersonen gut aufgehoben sind,
 - Verständnis und Wertschätzung,
 - Zuwendung und Nähe über nonverbale Kommunikation (zugewandte Sitzhaltung, offene Haltung der Arme, Blickkontakt, Kopfnicken und Lächeln),
 - Interesse durch aktives Zuhören.

Für eine professionelle Beziehungsgestaltung sind besonders **Kommunikationsmodelle** und **-theorien** hilfreich. In der Psychiatrie können folgende zum Einsatz kommen:

- Vier-Ohren-Modell (CE1, 3.1.3)
- Kommunikationstheorie von Watzlawick (CE1, 3.1)
- Transaktionsanalyse (CE1, 3.1.3; CE11, 4.1.4)
- personenzentrierte Gesprächsführung nach C. Rogers (CE1, 3.2.2)
- Feedback-Regeln (CE1, 3.4.1)
- Berücksichtigung anderer Formen der Realitätswahrnehmung (9102, CE11)
- Phasen und Rollen in der Pflegefachperson-Patienten-Beziehung nach Peplau (CE11, 1.4.3)
- Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (2004): Diese Methode wurde ursprünglich für den Bereich der Suchtmedizin entwickelt, kommt jedoch mittlerweile in vielen Bereichen der Psychiatrie zum Tragen. Dabei handelt es sich um eine klientenzentrierte, direkte Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung. Die Gesprächspartner erforschen gemeinsam die Ambivalenzen der zu Pflegenden, die der Behandlung im Weg stehen bzw. diese behindern. Das Wissen über die eigenen Ambivalenzen ermöglicht den zu Pflegenden, diese aufzulösen und so im Genesungsprozess voranzuschreiten.
- **Pflegekonzept Caring** (CE1, 1.1.1): Für die Qualität der psychiatrischen Pflege ist nicht entscheidend, **was** von den Pflegenden getan wird, sondern **wie** es getan wird. Zu Pflegenden berichten den Pflegefachpersonen im Rahmen der Behandlung von ihren sehr persönlichen Problemen. Dies fällt ihnen leichter, wenn Pflegefachpersonen ihnen das Gefühl vermitteln, für sie da zu sein, und ein ehrliches Interesse an ihnen zeigen. Zu Pflegenden fühlen sich dadurch akzeptiert und wertgeschätzt und werden so im Pro-

zess der Selbstwahrnehmung und Problembewältigung unterstützt. Schmid (1994) beschreibt zudem Dimensionen von Caring. Hierunter fallen u. a. die Dimension „sich einlassen“, „sich einfühlen“, „präsent sein/da sein“, „Vertrauen haben“ und „geduldig sein“.

► Tipp

Um mit zu Pflegenden ins Gespräch zu kommen, bieten sich vor allem Situationen an, in denen das Gespräch eher beiläufig stattfindet. Darunter fallen z. B. Medikamentengabe, Mahlzeiten, Beschäftigungsangebote wie Gesellschaftsspiele oder Spaziergänge. Geeignet sind alltägliche und allgemeine (Smalltalk-)Themen, zu vermeiden sind politische und religiöse Themen.

Susanne fragt Sören, ob er sie gleich beim Spaziergang mit Olga Iwanow begleiten möchte. „Dann kannst du langsam Kontakt knüpfen. Für Angebote scheint Frau Iwanow sehr dankbar zu sein. Vielleicht kannst du schon mal bei ihr vorbeischaun und ihr einen Spaziergang anbieten.“

► Merke

Pflegefachpersonen erzwingen keine tiefgründigen Gespräche mit zu Pflegenden. Wenn ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wurde, ergeben sich solche Gespräche mit der Zeit.

Nähe und Distanz

Nähe und Distanz spielen im psychiatrischen Setting eine wichtige Rolle. In der Psychiatrie können Pflegefachpersonen zu pflegende Menschen nur dann umfangreich unterstützen, wenn diese bereit sind, sich zu öffnen und von ihren Sorgen und Problemen zu erzählen. Dabei geben sie sehr viel über ihre persönlichsten Gedanken preis. Pflegefachpersonen haben die Aufgabe, sich mit den Gedanken, Gefühlen und dem Willen der zu Pflegenden intensiv auseinanderzusetzen, und kommen damit unter Umständen den zu Pflegenden auf einer emotionalen Ebene sehr nah. Ein weiterer Aspekt ist, dass es zu Pflegenden häufig leichter fällt, sich zu öffnen, wenn sich auch die (Bezugs-)Pflegefachperson als Gesamtperson präsentiert und Teile der eigenen Persönlichkeit enthüllt. Versuchen Pflegefachpersonen, ihr eigenes Leben vollständig vor den zu Pflegenden verborgen zu halten und ihnen sehr distanziert zu begegnen, gelingt es häufig nicht, eine ausreichende Vertrauensbasis aufzubauen.

► Merke

Für die Beziehungsgestaltung ist ein gewisses Maß an Nähe hilfreich, doch gleichzeitig ist es wichtig, dass jede Pflegefachperson ihre eigenen Grenzen definiert, die sie nicht überschreitet.

Asymmetrien in der Kommunikation

In der Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und zu Pflegenden treten immer wieder Asymmetrien (Ungleichmäßigkeiten) und institutionelle Einschränkungen zutage. Ein Mensch mit einer demenziellen Erkrankung gibt z. B. viel mehr über seine Biografie preis als die Pflegefachpersonen. Hier zeigt sich eine **Kommunikationsasymmetrie** (Abb. 1.27). Zu den institutionellen Einschränkungen zählen Situationen, in denen Pflegefachpersonen bereits mehr wissen als der zu Pflegenden und dieses Wissen aufgrund der Kommunikationsstrukturen, z. B. wenn noch ein ärztliches Gespräch aussteht, noch nicht an ihn herantragen dürfen. Mit solchen Asymmetrien und institutionellen Einschränkungen ist daher sensibel umzugehen, sie dürfen nicht als Instrumente zur Machtausübung missbraucht werden.



Abb. 1.27 Asymmetrien in der Kommunikation

Hilfsmittel bei Problemen in der Beziehungsgestaltung

Psychiatrische Pflegefachpersonen können bei der Bewältigung von Problemen in der Beziehungsgestaltung, z. B. Nähe-Distanz-Problematiken, auf verschiedene Hilfsangebote zurückgreifen. Mittels Supervisionen (CE4, 6.2.1), Fallbesprechungen im Team oder kollegialen Beratungen können Pflegenden sowie das gesamte therapeutische Team Problematiken in der Behandlung von zu Pflegenden als auch Herausforderungen in der Teamzusammenarbeit thematisieren und bearbeiten.

Die Beziehungsgestaltung evaluieren/bewerten

Das Ergebnis der Beziehungsgestaltung mit zu Pflegenden lässt sich nur eingeschränkt anhand objektiver Indikatoren bewerten. Das Ausmaß der „Zusammenarbeit“ zwischen Pflegefachperson und zu Pflegendem

stellt einen Indikator für die Bewertung der Beziehungsgestaltung dar. Fortschritte in der Behandlung können als Indikatoren für eine gelungene pflegerische Beziehungsgestaltung herangezogen werden.

Pflegefachpersonen reflektieren fortlaufend den Beziehungsprozess und ihre Rolle in der Beziehungsgestaltung mit den zu Pflegenden. Es ist wichtig, das Pflegenden Abwehrmechanismen wie **Projektionen** (Verschieben von Gedanken, Konflikten oder Emotionen auf andere Personen), **Identifikationen**, Verdrängung oder Verschiebung bei sich rechtzeitig erkennen, um nicht Gefahr zu laufen, einem Burn-out (CE4, 6.1.5) oder Cool-out (CE3, 1.1.1) zu erliegen.

► Tipp

Tipps für einen guten Umgang mit Menschen mit psychischen Störungen:

- Im Hinterkopf behalten, dass eine psychische Störung jeden treffen kann.
- Sich Gedanken darüber machen, wie kurz der Übergang von psychisch gesund zu psychisch krank ist.
- Sich selbst reflektieren: War ich selbst schon einmal überfordert und hatte Schwierigkeiten, einen Ausweg zu finden? Wie würde ich mich fühlen, wenn ich Hilfe annehmen müsste?
- Abwertende Ausdrücke wie „verrückt“ strikt vermeiden, stattdessen das Anderssein akzeptieren.
- Mit den zu Pflegenden auf Augenhöhe und achtsam kommunizieren.
- Bei Unsicherheit und schlechtem Bauchgefühl Vorgesetzte um Rat fragen.
- Auf eine gute eigene Work-Life-Balance achten: Arbeit nicht mit nach Hause nehmen, gutes Stressmanagement.
- Grenzen setzen, z. B. darauf achten, dass das Verhältnis professionell bleibt, und Grenzen akzeptieren, z. B. wenn zu Pflegenden nicht über ein bestimmtes Thema sprechen oder nicht an einer Aktivität teilnehmen möchten.
- Weiterführende Literatur: Bauer, R. (2018): Beziehungspflege. Bern: Hogrefe

1.6.3 Zu Pflegenden in ihrer Alltagskompetenz unterstützen

Psychische Störungen wirken sich sehr häufig auf die **Alltagskompetenz** von Menschen aus. Zur Alltagskompetenz zählen alle Fähigkeiten, die der Gestaltung und Organisation des Alltags dienen, z. B. den Tagesablauf strukturieren oder Einkäufe planen und durchführen. In der psychiatrischen Pflege zielen viele der pflegerischen Interventionen auf die Unterstützung und Wiederherstellung der Alltagskompetenz ab.

Alltagskompetenz erfassen

Der Alltag gliedert sich meist in die Bereiche Arbeit, Freizeit und Wohnen. Pflegefachpersonen erheben in der Pflegeanamnese Informationen zu diesen Bereichen, um einen ersten Eindruck von möglichen Problemen bezüglich der Alltagskompetenz zu erhalten. Pflegenden ergänzen die Informationssammlung im Verlauf der Behandlung durch Hinweise aus den Patientenbeobachtungen bei alltäglichen Aufgaben (CE11, 1.6.1) oder durch Auskünfte von Angehörigen.

Einschränkungen in der Alltagskompetenz

Für eine autonome Lebensgestaltung sind physische, psychische und soziale Fähigkeiten notwendig. Durch psychische Störungen können sich dabei neben den psychischen auch Beeinträchtigungen der sozialen und physischen Fähigkeiten ergeben. Zum Beispiel kommt es infolge des Suchtverhaltens im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit bei Betroffenen häufig zur Vernachlässigung der Selbstversorgung und damit zu einer Einschränkung in der Alltagskompetenz (Abb. 1.28). Die Betroffenen richten ihren Alltag vor allem auf den Konsum von weiterem Alkohol aus. Andere Bedürfnisse wie Körperpflege oder Essen werden dem Bedürfnis, erneut Alkohol zu konsumieren, untergeordnet, was in einer körperlichen Verwahrlosung enden kann.



Abb. 1.28 Wenn der Alltag zur unüberwindbaren Belastung wird

Zur Identifikation von möglichen **Ressourcen** holen sich Pflegefachpersonen Informationen über das soziale Netzwerk und die persönlichen Interessen des zu pflegenden Menschen ein. Ressourcen in diesen Bereichen lassen sich gut für die Entwicklung der Alltagskompetenz nutzen, so können z. B. Hobbys als Grundpfeiler für die Entwicklung einer Tagesstruktur genutzt werden.

► Exemplarische Pflegediagnosen der NANDA-I-Klassifikation

- Selbstvernachlässigung
- Unausgeglichene Ernährung: weniger, als der Körper benötigt
- Risiko eines defizitären Flüssigkeitsvolumens
- Ineffektiver Selbstschutz
- Selbstversorgungsdefizit Körperpflege
- Ineffektive Verhaltensweisen bei der Haushaltsführung

Pflegeziele zur Förderung der Alltagskompetenz

Im Rahmen der psychiatrischen Pflege wirken Pflegefachpersonen auf die Wiederherstellung der Alltagskompetenz hin, um die zu Pflegenden auf die Zeit nach der (teil-)stationären Behandlung vorzubereiten und ihnen wieder zu einem selbstbestimmten Leben zu verhelfen.

Mögliche Pflegeziele sind, dass die zu Pflegenden:

- ihren Tagesablauf selbstständig strukturieren
- selbstständig für eine angemessene Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sorgen, die ihren persönlichen Bedarf deckt
- den Alltag in ihrer Wohnung selbstständig organisieren
- den Anforderungen des Alltags nachkommen

Eine Gefahr bei der Formulierung der Pflegeziele besteht darin, dass Pflegefachpersonen ihre Bedürfnisse und Vorstellungen von Alltagskompetenz auf die zu Pflegenden übertragen/projizieren. Pflegenden prüfen daher gemeinsam mit den zu Pflegenden, ob die gewählten Ziele sich an ihren Lebensumständen und Vorstellungen von einem erfüllten Leben orientieren.

Maßnahmen zur Förderung der Alltagskompetenz

Die Möglichkeiten zur Förderung der Alltagskompetenz sind so vielfältig wie die individuellen Problemlagen der zu Pflegenden. Pflegefachpersonen begleiten und unterstützen z. B. zu Pflegenden bei der Übernahme von Aufgaben im Stationsalltag wie Küchendienst oder Kochgruppe (Abb. 1.29) und übernehmen für eine gewisse Zeit deren Tagesstrukturierung. In einem nächsten Schritt erarbeiten sie mit den zu Pflegenden eine an ihre Lebensumstände angepasste Tagesstruktur.

Zudem bereiten sie mit den zu Pflegenden **Belastungs-erprobungen** vor und nach und thematisieren mögliche Herausforderungen sowie Lösungen. Dabei handelt es sich um eine Art Beurlaubung von Station, die sich meist über eine Nacht oder ein Wochenende erstreckt. Die Entscheidung, eine Belastungserprobung durchzuführen, wird vom behandelnden Therapeuten



Abb. 1.29 Eine Maßnahme zur Förderung der Alltagskompetenz: gemeinsam Mahlzeiten zubereiten

getroffen, um es den zu Pflegenden zu ermöglichen, in ihrem gewohnten sozialen Umfeld in der Behandlung erlernte Techniken/Verhaltensweisen auszuprobieren. Belastungserprobungen finden vor allem gegen Ende der stationären Behandlung statt, um die Entlassung anzubahnen.

Susanne bespricht mit Sören erste mögliche Maßnahmen zur Förderung der Alltagskompetenz von Frau Schönfeld: „Es ist von Bedeutung, dass wir Frau Schönfeld in der ersten Woche den Wochenplan näherbringen, damit sie ein Verständnis dafür entwickelt, wann welche Aktivitäten geplant sind. In der Anfangswoche möchten wir den Patienten noch eine gewisse Eingewöhnungszeit geben, in der sie nicht zwingend an allen Programmpunkten teilnehmen müssen. Allerdings sind die Morgen- und Abendrunden verbindlich. Langfristig streben wir an, dass Frau Schönfeld in der Lage sein wird, ihren Tagesablauf eigenständig zu organisieren und sich auch für außerstationäre Angebote, z.B. Nordic Walking, entscheiden kann. Ich kann mir auch vorstellen, dass sie nach etwa 4 Wochen eine erste Belastungserprobung tagsüber oder vielleicht sogar über Nacht zu Hause durchführt. Dies werden wir jedoch rechtzeitig mit ihr vorbereiten.“

Recovery-Konzept

Recovery bedeutet „Erholung“, „Besserung“, „Gesundung“, „Wiederherstellung“. Zentral beim **Recovery-Konzept**, das in den 1990er-Jahren von Psychiatrie-Erfahrenen in den USA entwickelt wurde, ist die Selbsthilfe. Das Konzept eignet sich daher als Orientierung für Pflegefachpersonen bei der Unterstützung von zu Pflegenden im (Wieder-)Erlangen von Alltagskompetenz, indem die zu

Pflegenden eine neue Einstellung zum Leben entwickeln. Sie werden in ihrem individuellen Recovery-Prozess vom interprofessionellen Team begleitet. Im Fokus dieses Prozesses steht nicht das Erlangen von Symptomfreiheit, sondern das Erreichen eines erfüllten Lebens mit oder ohne psychische Störung.

Recovery umfasst vier Bereiche (Abb. 1.30):

- **Empowerment** beinhaltet, dass die zu Pflegenden die Verantwortung für die eigene Behandlung übernehmen und eigenständig Entscheidungen treffen.
- **Hoffnung** und **Optimismus** stehen für die Entwicklung einer Zukunftsperspektive.
- **Wissen** umfasst alle Aspekte der psychischen Gesundheit und Krankheit, aber auch Wissen über verschiedene Einrichtungen und Organisationen, die genutzt werden können.

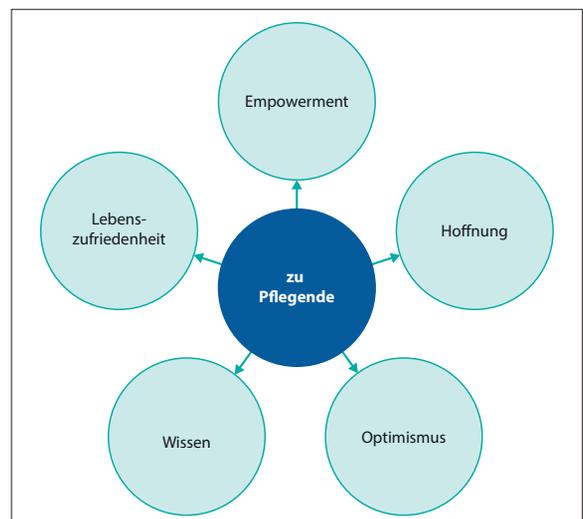


Abb. 1.30 Die Bereiche des Recovery-Modells

- **Lebenszufriedenheit** bezieht sich auf die Zufriedenheit mit der Lebensqualität in den Bereichen soziales Netzwerk, Lebenssituation, Sicherheit etc.

Das Recovery-Konzept zeichnet sich durch eine gesundheitsorientierte und prozesshafte Einstellung aus, welche darauf abzielt, Hoffnung, Wissen, Selbstbestimmung, Lebenszufriedenheit und die verstärkte Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten zu fördern.

Alltagskompetenz bewerten

Pflegefachpersonen evaluieren gemeinsam mit den zu Pflegenden die Pflegeziele und den Entwicklungsstand der Alltagskompetenz. Ausgangspunkt für die Überprüfung kann die Nachbesprechung einer Belastungserprobung mit dem zu pflegenden Menschen oder Rückmeldungen der zu Pflegenden z. B. in den von Pflegefachpersonen geführten Wochenabschlussrunden oder Abendrunden sein. Auch die Erkenntnisse aus der Patientenbeobachtung können im Evaluations- oder Bezugspflegegespräch aufgegriffen werden.

Quellenverzeichnis

Bauer, R. (2002): Wirkungen von Beziehungspflege in der pflegerischen Praxis. In: Psychiatrische Pflege Heute. 8(2): 79–84.

Broda, M. (1987): Wahrnehmung und Bewältigung chronischer Krankheiten. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Chesney, E. et al. (2014): Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. In: World Psychiatry. 13(2): 153–160.

DAK-Psychreport 2023: Entwicklungen psychischer Erkrankungen im Job: 2012–2022. Unter: www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/psychreport-2023_32618#rtf-anchor-downloads-psychreport-2023-ergebnis-prasentation [20.01.2025].

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2023): Psychische Erkrankungen. Basisdaten. Januar 2023. Unter: www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html [13.03.2025].

Fawcett, J. (1999): Spezifische Theorien der Pflege im Überblick. Bern: Huber.

Habel, U.; Schneider, F. (2017): Geschlechtsspezifische Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Schneider, F. (Hrsg.): Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer: 595–603.

Heinz, A. (2015): Krankheit vs. Störung. In: Der Nervenarzt. 86(1): 36–41.

Herdman, H. T. et al. (Hrsg.) (2022): NANDA-I-Pflegediagnosen. Definitionen und Klassifikation 2021–2023. Kassel: Recom.

Klasen, F. et al. (2017): Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. In: Monatsschrift Kinderheilkunde. 165: 402–407.

Klasen, F. et al. (2016): Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. In: Kindheit und Entwicklung. 25(1): 10–20.

1. Stellen Sie sich vor, Sie erhalten während Ihres Einsatzes auf einer psychiatrischen Station den Auftrag, allein einen Spaziergang mit einer kleinen Gruppe von zu Pflegenden zu begleiten. Sie fühlen sich mit der Aufgabe jedoch etwas überfordert. Was tun Sie? Bevor Sie Ihre Entscheidung treffen,
 - setzen Sie sich mit Ihren unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen, Ihrem sogenannten inneren Team, auseinander,
 - machen Sie sich bewusst: Was sagt der Mutige, der Ängstliche, der Kreative und der Verantwortungsbewusste in Ihnen zu dieser Situation? Notieren Sie diese Aussagen und stellen Sie sie gegenüber.
 Treffen Sie erst jetzt Ihre Entscheidung und begründen Sie diese.
2. Formulieren Sie auf Grundlage des bisher erlangten Wissens eine persönliche Stellungnahme zu der Aussage: „Als Pflegefachperson auf einer psychiatrischen Station hat man es viel leichter als in der Somatik, da man mit den zu Pflegenden einfach Kekse backen und Spiele spielen kann.“

Meleis, A. (1999): Pflege theorien. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern: Huber.

Miller, W.; Rollnick, S. (2004): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.

Peplau, H. (1997): Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege: ausgewählte Werke. Bern: Huber.

Peplau, H. (1995): Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Basel/Eberswalde: Recom.

Ring, C. (2021): Die vermeintliche Demenz. In: Spektrum.de. Unter: www.spektrum.de/news/altersdepression-die-vermeintliche-demenz/1887460 [08.03.2025].

Robert Koch-Institut (2021): Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene. Berlin: RKI. Unter: www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Psychische-Gesundheit-und-Stoerungen/EBH_Bericht_Psychische_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [08.03.2025].

Schaarschmidt, T. (2016): Leiden Männer anders als Frauen? In: Spektrum.de. Unter: www.spektrum.de/news/psychische-erkrankungen-treffen-maenner-anders-als-frauen/1415506 [08.03.2025].

Schmid, S. (1994): Caring: ein beständiger und professioneller Pflegeinhalt. Aarau: Kaderschule für die Krankenpflege.

Stucki, G.; Grawe, K. (2007): Bedürfnis- und motivorientierte Beziehungsgestaltung: Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten. In: Psychotherapeut. 52: 16–23.

WHO – World Health Organization (2019): Psychische Gesundheit – Faktenblatt. Unter: www.dv-idee.at/assets/PDFs/Faktenblatt-WHO_Psychische-Gesundheit.pdf [08.03.2024].

Bildquellenverzeichnis

akg-images GmbH, Berlin: S. 12/1 (akg / Science Photo Library);
12/2 (akg / Science Photo Library)

Alamy Ltd., Oxon, Großbritannien: S. 13 (Arterra Picture Library /
Alamy Stock Foto)

DAK-Gesundheit, Hamburg: S. 4/2

dpa-Picture-Alliance GmbH, Frankfurt am Main: S. 7/2 (picture
alliance / SvenSimon); 9 (picture alliance / Sebastian Gollnow/
dpa); 10/1 (picture alliance/KEYSTONE)

Grafische Produktion Neumann, Rimpar: S. 7/1; 20; 28

iStockphoto, Berlin: S. 16 (SDI Productions); 22 (Dean Mitchell);
23/1 (Hispanolistic); 30/1 (Rawpixel)

Roman Bold & Black, Köln: S. 3; 4/1; 5/1; 8/2; 15; 17; 19; 30/2

Shutterstock Images LLC, New York, USA: S. 5/2 (Yiistocking); 8/1
(Monkey Business Images)

10/2 (Photographee.eu); 21 (Zwiebackesser); 23/2 (Dusan
Petkovic); 25 (Rocketclips, Inc.); 29 (olya_joern)

stock.adobe.com: S. 24 (WavebreakMediaMicro)

Schülernah – Handlungsorientiert – Situationsgeleitet – Praxisnah

Der erste Band der Reihe „Pflege im Fokus“ für die neue dreijährige generalistische Pflegeausbildung vermittelt das gesamte Wissen für die ersten beiden Ausbildungsdrittel bis zur Zwischenprüfung. Das Werk ist auf die unterschiedlichen Lernorte/Pflegesettings ausgerichtet. Die Kapitel sind entsprechend der 11 curricularen Einheiten des Rahmenlehrplans gegliedert. Mit dem Grundsatz „Pflege im Fokus“, der dem neuen Werk zugrunde liegt, wird ein Umdenken in der Pflege gefördert und die Profession Pflege gestärkt. Der Schwerpunkt bei den Inhalten und in der Haltung des Werkes liegt auf dem pflegerischen Handeln und den Pflegephänomenen. Die Bezugswissenschaften bieten den pflegerischen Begründungsrahmen, ermöglichen Erkennen, Verstehen und Handeln. Das Werk zeigt zudem Haltung: Pflege ist auch Beziehungsgestaltung.

Der erste Band ist situationsgeleitet aufgebaut. Alle Situationen

- sind didaktisch aufbereitete Handlungssituationen, mit denen sich die Auszubildenden identifizieren können,
- unterstützen das exemplarische Lernen, bieten jedoch Transferwert,
- berücksichtigen die Perspektiven aller Beteiligten, die für das Erschließen und die Erarbeitung der Situation notwendig sind,
- behandeln Pflegephänomene und Pflegemaßnahmen.

Die Entwicklung der pflegerischen Kompetenzen erfolgt durch den gestuften und verknüpften Aufbau der Inhalte. Es werden Grundlagen zu Pflegephänomenen und Pflegemaßnahmen gelegt, die dann weitergeführt und miteinander vernetzt werden. Die Struktur der Kapitel führt die Lernenden an den sechsschrittigen Pflegeprozess heran und fördert die Kompetenz des prozesshaften Pflegens.



9101