

Die Situation pflegender Angehöriger und deren psychologische Unterstützung

Dipl.-Psych. Kathi Grübling

Abteilung Klinisch-psychologische Intervention
der FSU Jena

Prof. Dr. Gabriele Wilz

Ausgangssituation

Schätzungen für 2030 in Deutschland: 1,56 Mio.

75% der Betroffenen werden
Zuhause versorgt

70% der Pflegenden sind Frauen.



Projekt: Tele.TAnDem

Telefonische Therapie für **Angehörige** von **Demenzerkrankten**

Eine Kurzzeitintervention zur Ressourcenförderung bei häuslich
betreuenden Angehörigen



Projekt: Tele.TAnDem

Telefonische Therapie für **Angehörige** von **Demenzerkrankten**

Eine Kurzzeitintervention zur Ressourcenförderung bei häuslich
betreuenden Angehörigen

- niedrigschwellige und ökonomische Alternative zu herkömmlichen gruppen- oder individuumsbasierten Interventionsansätzen (Colantonio, Kositsky, Cohen & Vernich, 2001).
- ermöglicht es, adäquat sowie zeitlich und örtlich flexibel auf die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen einzugehen (Colantonio et al., 2001)



Projekt: Tele.TAnDem

Verteilung der Gesamtstichprobe nach Alter und Angehörigenstatus

75%

	N	MW	SD	Minimum	Maximum
Ehefrau/Lebenspartnerin	47	68	6.261	54	83
Ehemann/Lebenspartner	20	70	8.666	55	85
Tochter/Schwiegertochter	57	57	6.077	39	68
Sohn/Schwiegersohn	12	55	9.403	31	64
Enkeltochter	2	53	1.414	52	54
Nichte	1	54	.	54	54
Freundin	1	62	.	62	62
Gesamt	140	62.07	9.122	31	85

N= Anzahl; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung



seit 1558

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Projekt: Tele.TAnDem

Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzerkrankten

Eine Kurzzeitintervention zur Ressourcenförderung bei häuslich
betreuenden Angehörigen

Eine Falldarstellung



Was ist für pflegende Angehörige am schlimmsten?



Isolation: „Ich komme nicht raus.“

Ständig notwendige Präsenz:

„Ich bin festgenagelt, gefesselt.“

Zurückstellen eigener Interessen:

„Ich habe kein eigenes Leben mehr.“

Resignation: „Ich habe mich damit abgefunden“, „Am schlimmsten ist es, nicht helfen zu können“, „Ich bin mitgestorben“

Zukunftsängste: „Wie soll das noch werden? Ich habe Angst davor, wenn er mich gar nicht mehr erkennt.“

Belastungssituation

Vergleiche mit pflegenden Angehörigen Nicht Demenzkranker

- pro Woche mehr Pflege und Betreuungszeit
- größere Anzahl von Hilfestellungen bei der Pflege
- berufliche Einschnitte:
 - weniger fordernde Berufstätigkeit
 - frühere Berentung
 - Beruf aufgeben
 - auf berufliche Vorteile und Beförderungen verzichten
- größere finanzielle Engpässe



(Okura & Langa, 2010; Ory et al., 1999)

Belastungssituation

- **Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsveränderungen des Demenzerkrankten** (Holst & Edberg, 2011, Agüera-Ortiz et al., 2010)
- **Krankheitsbedingte Verhaltensauffälligkeiten werden als Bosheit, Misstrauen oder beabsichtigte Aggression fehlinterpretiert** (Wilz et al., 2001)
- **Beziehungsverlust → fehlender Kommunikationspartner** (Engel, 2007)

Belastungssituation

- Zeitmangel → reduzieren der Sozialkontakte, Qualitätsverlust der Sozialkontakte (Wilz et al., 2001)
- soziale Isolation (Brodaty & Hadzi-Pavlovic, 1990) → Rückzug des Demenzerkrankten, Scham der Angehörigen soziale Situationen aufzusuchen (Engel, 2007)
- Andauerndes Abschiednehmen (Noyes et al., 2010)



seit 1558

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Spezifische Probleme

Trauer- und Verlusterleben





Spezifische psychische Belastungen durch Gefühle von Verlust & Trauer

»Und dann denke ich mir immer, irgendwann endet seine Krankheit mit dem Tod. Ich betrachte mich als werdende Witwe schon seit einem Jahr, das fällt mir sehr schwer, und das macht mich sehr traurig.«

»Wir haben so vieles vorgehabt in unserem Leben. Und wir wollten noch so vieles machen und erleben . . . das ist sehr bitter.«

»Früher haben wir so gute gemeinsame Gespräche geführt. Da ist mir diese Erkenntnis, dass ich ihn auf einmal nicht mehr ansprechen kann, das ist für mich das Traurige.«

»Was mich ganz besonders trifft, ist die mangelnde Aufmerksamkeit und die mangelnde Zärtlichkeit, die für mich ganz bestimmend in unserer Ehe gewesen sind.“

Spezifische psychische Belastungen durch Gefühle von Verlust & Trauer



- Mit fortschreitender Erkrankung können Gedanken und Gefühle nicht mehr geteilt werden, und der Demenzerkrankte geht als kommunikativ gleichberechtigter Partner verloren.
- Die Pflege ist mit einem chronischen Abschiednehmen verbunden, was zu Trauer, Gereiztheit und Gefühlen von Einsamkeit und Verlust führen kann.

Gefühle von Verlust & Trauer

- Angehörige von Demenzerkrankten haben Schwierigkeiten, das Verlusterleben entsprechend zu benennen:
- Der Erkrankte nimmt physisch immer noch am Leben teil, seine Persönlichkeit verändert sich jedoch. Langfristig kommt es zu einem Verlust des psychosozialen Daseins (Noyes et al., 2010).

Trauer- und Verlust erleben

- adäquater Umgang mit Verlusten hat positiven Einfluss auf Bewältigung
 - der Pflege
 - der Trauer nach dem Tod des Demenzerkrankten

(Bass & Bowman, 1990; Bass, Bowman & Noekler, 1991, Kasl-Godley, 2003).

- Angehörigen, die sich nicht mit Verlust auseinandersetzen, zeigen nach dem Versterben des Demenzerkrankten erhöhte Depressions- und Angstwerte sowie komplizierte Trauerverläufe

(Boerner et al., 2004, Herbert, Dang & Schulz, 2006, Schulz et al., 2006)



seit 1558

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Spezifische Probleme

Wenig hilfreiche Gedanken



Dysfunktionale Gedanken

„Ich bitte erst um Unterstützung, wenn ich selbst nicht mehr kann oder sich die Situation verschlechtert.“

„Manchmal denke ich, dass ich an der Demenz meines Angehörigen mit schuld sein könnte.“

„Ich denke dafür, dass ich immer für meinen Angehörigen da bin, könnte er mir dankbarer sein.“

„Mein Angehöriger strengt sich nicht richtig an, wenn andere da sind kann er ja auch.“





seit 1558

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Dysfunktionale Gedanken

- erschweren es, gesunde Balance aus Verantwortungsübernahme für den Demenzerkrankten und Sicherung der eigenen psychischen und physischen Gesundheit herzustellen



Belastungsfolgen

...bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken

- **höhere Morbiditätsraten** (Pinquart & Sörensen, 2006; Wilz et al., 2005)
- **höhere Mortalitätsraten** (Schulz & Beach, 1999)
- **geringere Lebensqualität** (Thomas et al. 2006; Wilz et al. 2005)
- **depressive Symptome im klinisch auffälligen Bereich bei 30-50 %** (Romero et al. 2002; Kurz et al. 2006)
- **Komplizierte Trauerverläufe** (Boerner et al., 2004; Schulz et al., 2006)

Projekt: Tele.TAnDem.Transfer

Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzerkrankten.
Praxistransfer einer telefonischen Therapie zur Unterstützung von betreuenden Angehörigen

- *Telefonisches* oder *persönliches* Unterstützungsangebot
- **12** Gespräche à 50 min über einen Zeitraum von 6 Monaten
- 200 pflegende Angehörige können eingeschlossen werden
- Kooperation mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. und der Alzheimer Gesellschaft München e.V., gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- Bundesweites Projekt (2012-2015) mit den Behandlungsorten Jena, Berlin und München



seit 1558

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Tele.TAnDem

Eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention



Kognitive Verhaltenstherapie

- Form der Psychotherapie, die die Theorie vertritt, dass psychische Störungen/ aktuelle Probleme auf maladaptiven Denkmustern (verinnerlichten Wertmaßstäben, Normen und häufig ablaufenden Gedanken) basieren.
- Gedanken und Erfahrungen beeinflussen Gefühle und Verhalten.
- Aktuelle Probleme einer Person durch Erkennen, Überprüfen und ggf. Verändern von dysfunktionalem Denken und Verhalten zu lösen (Beck, 1999).

Grundprinzipien der KVT

- Problemorientierung
- Zielorientierung
- Handlungsorientierung
- Transparenz
- Ressourcenorientierung
- Hilfe zur Selbsthilfe

Ziele der Intervention



Emotionale Entlastung

Förderung des Selbstwertes

Erhöhen der Problemlösekompetenz

**Wahrnehmung der eigenen Belastung
Entlastung, Entspannung und Ausgleich**

Verstehen und Akzeptieren der Krankheit

Erlernen von Umgangsweisen mit dem Kranken

Erhöhung der Inanspruchnahme von Unterstützung

Zielsetzung der Intervention



Friedrich-Schiller-Universität Jena

→ positive Auswirkungen auf:

Körperbeschwerden, subjektiv erlebten Gesundheitszustand, die Lebensqualität und das emotionale Befinden der Angehörigen

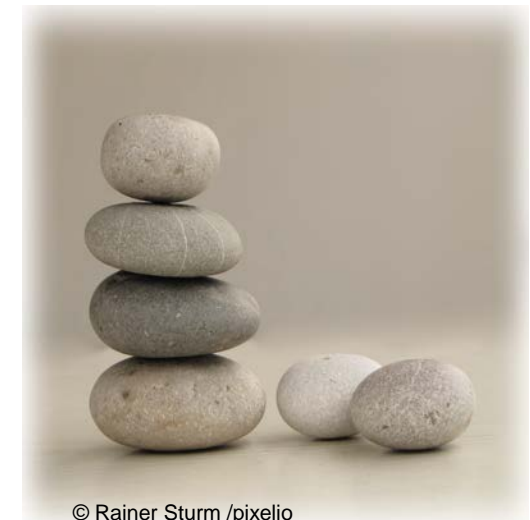
subjektive Zielerreichung hinsichtlich der zu Beginn festgelegten Problembereiche



Module der Intervention

Diagnostisches Erstgespräch

1. Aufbau angenehmer Aktivitäten
2. Psychoedukation
3. Problemlösetraining
4. Kognitive Umstrukturierung
5. Umgang mit Trauer und Verlust
6. Inanspruchnahme von Unterstützung
7. Umgang mit Stress und Notfällen



© Rainer Sturm /pixelio



seit 1558

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Projekt: Tele.TanDem.Transfer

Kontakt:

Kathi Grübling & Franziska Meichsner
Abteilung Klinisch-psychologische Intervention
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Humboldtstr. 11
07743 Jena

Tel.: 03641/ 945173 oder 03641/ 945178

teletandem@uni-jena.de

