



ANGEHÖRIGENBERATUNG e.V. Nürnberg

Bayerisches Netzwerk Pflege
11. Bayerische Fachtagung

Angehörigenarbeit
Aspekte differenzierter
Beratung

am 27. und 28.09.2007
in Stein bei Nürnberg

Tagungsdokumentation

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Besonderheiten der psychosozialen Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund.....	1
Autorin: Johanna Myllymäki-Neuhoff, Nürnberg	
Pflegende Angehörige auf dem Weg zur filialen Reife – wie können sie durch Beratungsarbeit unterstützt werden?.....	6
Autorin: PD Dr. Sabine Engel, Erlangen	
Traumatisierung in der Biografie älterer Frauen.....	20
Autorin: Dr. Corinne Adler, Nürnberg	
Haftungsfragen und Haftpflichtversicherungsschutz für Menschen mit Demenz	31
Autor: Markus Knott, München	
Workshop 1: Begleitung Angehöriger zur filialen Reife.....	36
Autorin: PD Dr. Sabine Engel, Erlangen	
Workshop 2: Angehörigenarbeit mit Migranten/innen.....	37
Autorin: Johanna Myllymäki-Neuhoff, Nürnberg	
Workshop 3: Traumata in der Biografie älterer Frauen – Auswirkungen auf das Vorgehen in der Beratung	38
Autorin: Dr. Corinne Adler, Nürnberg	
Workshop 4: Bedürfnisorientierte Gestaltung von Kurs- und Gruppenangeboten für pflegende Angehörige	41
Autorin: Sabine Tschainer, München	

Besonderheiten der psychosozialen Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund

Johanna Myllymäki-Neuhoff, Nürnberg

Diese Gesellschaft ist von Vielfalt geprägt. Es leben neben einander Menschen, die verschiedenen Religionen und Ethnien angehören, verschiedene kulturelle Hintergründe haben und nicht zuletzt verschiedenen Interessen nachgehen. Vielleicht ist diese vorgefundene Unterschiedlichkeit gerade das wesentliche Merkmal moderner Gesellschaften.

Wie geht eine Gesellschaft mit diesen Unterschieden um?

Die Politik hat sich damit lange schwer getan. Wir leben zwar seit Jahrzehnten faktisch in einem Einwanderungsland, die Anzahl von 15% der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist heute mehr als ein Beleg dafür. Jedoch hat dieser Umstand nicht dazu geführt, dass die Kulturdimension in beratenden und versorgenden Institutionen deutlicher erkannt worden wäre. Migranten und Migrantinnen waren und bleiben in den Einrichtungen der psychosozialen Versorgung unterrepräsentiert. Die Zahl der spezifischen sozialen Einrichtungen für Minoritäten sind sehr gering und dort, wo Angebote existieren, fehlen qualifizierte Mitarbeiter und Dolmetscher.

Lange war man in Deutschland uneins darüber, ob die kulturelle Pluralität in die Gesellschaft und ihre Institutionen Einzug halten soll. Aber ohne diese Anerkennung der Pluralität in Lebensbezügen und Hintergründen der Menschen wird es uns nicht gelingen, uns mit dem „Fremden“ konstruktiv auseinander zu setzen und die gebotene Fachlichkeit im Sinne einer interkulturellen Kompetenz zu erwerben. Das Kennen der eigenen kulturellen Bezüge, Optionen und Ligaturen ist hier von besonderer Bedeutung.

Wann ist ein Mitarbeiter kulturkompetent?

Ohne Zweifel ist bei der Beratung von Migranten Engagement angesagt. Woher diese Motivation kommt, ist je nach individueller Erfahrung und persönlichem Kontext unterschiedlich. Das Engagement kann möglicherweise aus der Motivation des neugierigen Aufeinanderzugehens auf Fremde resultieren, dem Wunsch folgend, einen neuen Blick auf die Welt zu bekommen. Oder es kann ausgelöst werden durch inneren Druck, Unsicherheit und Unbehagen, die eine unbefriedigende Beratungssituation beim Berater hervorruft, wenn viele Fragen in der Beratungssituation selbst offen geblieben sind. Migranten, die Dinge fordern, die ich weder verstehen noch vordergründig akzeptieren kann, verunsichern mich zunächst.

Eine gute Kommunikation ist für psychosoziale Beratung die Basis des Vertrauens. Die Kommunikation mit Personen mit Migrationshintergrund stellt allerdings selbst für erfahrene Berater bisweilen eine besondere Herausforderung dar. Viele Migrantinnen und Migranten verstehen die Beratungssituation und unsere Beratungssprache sowie unsere professionellen Absichten oft anders als wir es als Berater meinen. Mangels Handlungsalternativen geben sich jedoch beide Seiten damit zufrieden, und so wird die beratende Kommunikation für beide mit eher negativen oder ambivalenten Gefühlen abgeschlossen.

Viele Berater wissen um diese Probleme und empfinden bei den nächsten Beratungssituationen bereits im Vorfeld Unbehagen, und sie fühlen sich nicht selten in ihrer Professionalität angegriffen. Sie kennen die Situation: Wenn wir uns selbst gegenüber zugeben, dass es zu deutlichen Missverständnissen in der Kommunikation kam, fühlen wir uns dennoch nicht fähig oder mächtig, etwas daran zu ändern. Wir hegen doch die besten Absichten und behandeln doch alle Klienten gleich. Und die Migranten: Sie quittieren ihre Erfahrungen damit, dass sie den weiteren Verlauf die Kontakte verweigern. Sie kommen einfach nicht mehr oder suchen eine andere beratende Stelle auf.

Viele Migranten misstrauen grundsätzlich den deutschen Beratungsstellen und finden überhaupt keinen Zugang zu Ihnen. Abgesehen davon, dass viele von ihnen gar nicht wissen, dass es diese Stellen gibt bzw. dass beratende Stellen auch für sie zuständig sind. Einige weitere Migranten, die Beratung in Anspruch genommen haben, glauben, nur schlecht beraten worden zu sein. Elvira Heinrich (Russlanddeutsche) und Ali Erdogan (Türke) formulieren es beide klar: „Ich habe persönlich nur schlechte Erfahrungen gemacht, und meine Freunde und Verwandten auch.“

Um zu verstehen, was hinter solchen pauschalen und vernichtenden Urteilen steckt, werden wir einige Aspekte zu Lebenslagen der großen Gruppen von Migranten und Migrantinnen kennen lernen. Viele Migranten kamen mit völlig anderen Erwartungen auf „ein besseres Leben“ nach Deutschland. Hier die eigenen Werte, Normen, Kulturstandards zu behalten, bedeutet, durch die Mehrheitsgesellschaft nicht angenommen zu werden. Dabei hilft der deutsche Pass auch wenig, wie viele der drei Millionen Einwanderer aus den GUS-Staaten erfahren mussten. Viele Pläne scheitern, aber sie haben keine andere Wahl als vielleicht von der Sozialhilfe zu leben. Und das empfinden sie als Schande. Viele andere Gruppen von Migranten wollten gar nicht dauerhaft in Deutschland bleiben, nur ein paar Jahre, um genügend Geld für das Eigenheim am Bosphorus zu verdienen. Aber dann kamen die Kinder, deren Schule, holpriger Berufseinstieg und die Enkelkinder.... Diese jetzt zu verlassen, kommt nicht in Frage... und wohin auch? Dort, wo das Eigenheim jetzt steht, werden sie als „Deutschländer“ beschimpft.

Gerade in transkulturellen Beratungskonstellationen ist klar, dass wir uns in unserer gesamten Persönlichkeit und unserem Lebenskontext mitnehmen, ob als Berater oder als Ratsuchender. Allerdings suchen wir das Kulturelle vorwiegend bei den anderen, selten bei uns selbst. In einer neuen Gesellschaft angekommen, angepasst worden zu sein, prägt Menschen unabhängig davon woher sie kommen, und ein professioneller Berater zu sein, bedeutet auch zunächst, eine bestimmte Denkstruktur und Fachsprache zu übernehmen und über sie zu verfügen.

Für die Mitarbeiter, von denen in interpersonellen Beratungskonstellationen kulturenüberschreitende Kenntnisse gefordert wird, bedeuten diese Erfahrungen im positiven Sinne, eine Haltung anzunehmen, die sowohl eine kulturelle Selbstreflexion, wie auch die Akzeptanz des Fremden einschließt. Kulturelle Kompetenzen zu erwerben und kulturelle Grenzen professionell zu überschreiten, sind nicht nur denen vorbehalten, die sich besonders in anderen Kulturen auskennen, sondern Kultursensibilität ist von allen lernbar. Was man braucht, ist eine neugierige Haltung und Offenheit für neue Erfahrungshorizonte. Denn nur dann

werden Mitarbeiter in der psychosozialen Beratung in der Lage sein, den Anforderungen interkultureller Kompetenz gerecht zu werden.

In diesem Vortrag wird der Blick auf die zentralen Fragestellungen bezüglich der Kultur, des Fremden und des Eigenen in der Kultur gerichtet. Es werden einige Aspekte der spezifischen Lebenssituationen der Migrantengruppen erörtert und das Besondere in dem Anpassungsprozess „Migration“ dargelegt. In dem Vortrag werden ferner zentrale Begriffe aus der interkulturellen Beratungspraxis diskutiert, wie Kultursensibilität und Kulturkompetenz und aufgezeigt, wie interkulturelle Öffnung auf der Arbeitsebene gelingen kann.

Migrationserfahrung und Familie

Sind Familien mit Migrationshintergrund in Kontext der Beratung und Angehörigenarbeit denn so viel anders als deutsche Familien und verläuft die Begleitung nach anderen Gesetzmäßigkeiten ab? Was ist anders, warum, und was ist gleich? Dass Migrantenfamilien in vieler Hinsicht anders sind, ist offensichtlich, aber bekunden die Unterschiede auch eine andere Beratung? Und wie ist die Dimension der Kultur in einer Beratungssituation zu bewerten?

Durch Migrationsprozesse kommt es nicht selten zu einer Um- und Neugestaltung des eigenen Lebenskontextes, der sich aus Erfahrung, aktueller Situation und deren Bewertung zusammensetzt. Dies führt auch zu Veränderung der Familienstrukturen. Nauck (1985, 2000) hat dies in seinen Studien nachgewiesen. Er weist vor allem nach, dass es oft zu einer Veränderung der innerfamiliären Interaktionsstrukturen kommt, die vor allem die intergenerativen Entscheidungsmechanismen betrifft. Wie sich diese Mechanismen im Alltag der Migranten vollziehen könnten, wird in dem Vortrag transparenter gemacht.

Die Krux mit der gemeinsamen Sprache, eine Spitze des Eisbergs

Die fehlende gemeinsame Sprache schafft Barrieren zwischen Beratern und Angehörigen. Das leuchtet uns ein. Aber die sprachliche Barriere ist oft vielschichtiger und dauerhafter. Sie verschwindet nicht einfach, wenn der Migrant deutsch gelernt hat. Denn es gibt viele Gründe für Sprachbarrieren. Beispielsweise hat die erste Generation der Migranten nicht immer eine Schule besucht. Ihnen sind nun vielleicht die umgangssprachlichen Bezeichnungen von vielen Sachverhalten geläufig, aber nicht die Ausdrücke, die wir im Beruf täglich benutzen. Mit unseren Fachausdrücken und Abkürzungen können die meisten sehr wenig anfangen. Auch die Kindergeneration lebt meist nicht in der sprachlichen Welt, die für uns so vertraut ist. Es ist in der Tat eine besondere Herausforderung, beispielsweise die Regelungen der Pflegeversicherung umgangssprachlich zu beschreiben.

Die Fachleute für Beratungsgespräche raten uns bei sprachlichen Problemen: „Sprechen Sie langsam, deutlich, und wiederholen Sie das Gesagte“. Aber wenn dies allein nicht zielführend ist, wenn das Kulturelle ein größerer Teil der Verständigungsschwierigkeiten ist? Dann müssen wir mehr über die „Deutungswelt“ der Migranten kennen lernen. In manchen Fällen empfiehlt es sich, Angehörige als kulturelle Dolmetscher hinzuzuziehen oder auf sehr einfache schriftliche Kommunikation umzusteigen. Allerdings nur bei denen, die tatsächlich lesen und schreiben können. In anderen Kulturen herrschen zudem andere Regeln, wer was

sagen darf, wer Auskunft erteilen kann und Entscheidungen fällen kann. An was muss ich dabei denken, wenn ich bei Migranten auf Selbstauskünfte verzichte und ich meine Informationen mit Hilfe anderer Quellen, z.B. Angehörigenauskünfte beschaffe?

Wie viel muss ich von anderen Kulturen wissen? Wie lerne ich, die Einstellungen, Haltungen und Werte meiner Klienten zu verstehen?

„Misstrauen ist ein Zeichen der empfundenen Schwäche“, sagte Mahatma Gandhi. Vor diesem Hintergrund kann der Berater versuchen, die oben erwähnten Beispiele von Frau Heinrich und Herrn Erdogan zu deuten. Für diese Erkenntnis brauche ich noch kein kulturelles Wissen. Aber auch jedes kulturelle Wissen hilft in der Kommunikation weiter und kann den ersten Schritt markieren. Wenn ich etwas über die Gruppen weiß, mit denen ich zu tun habe, mindert das meinen Berufsstress, spart zuweilen Zeit und im Endeffekt auch Geld. Aber man hat auch die dringende Aufgabe, das Wissen stets zu überprüfen, denn mit Schubladenwissen über Kulturen können wir auch Schaden in der Kommunikation anrichten.

Beim Beratungsgespräch bringt nicht nur der Migrant seine Einstellungen mit, sondern auch der Berater. Jeder Berater ist selbst durch seine Ausbildung sogar besonders deutlich in seinen Einstellungen sozialisiert worden, sodass die Offenheit, die er von anderen erwartet, auch ihm selbst nicht immer so leicht fällt. Dies zu erkennen, ist ein weiterer Schritt. Es hilft, sich zu vergegenwärtigen, dass sich bei Migranten Einstellungen, Haltungen und Werte unter anderen Voraussetzungen herausgebildet haben. Erziehung, Sozialisation und Werte aus der Heimat, aber auch aus den hiesigen Lebenssituationen sind dafür verantwortlich, dass ihnen zum Beispiel Dinge peinlich sein können, die für uns zum Berufsalltag gehören. Es kann beispielsweise sein, dass es fremd ist, von fremden Menschen – auch von professionellen Kräften zu persönlichen Dingen befragt zu werden, geschweige angefasst zu werden. Es gibt viele Tabu-Themen und Tabu-Fragen, die alle sehr vorsichtig angegangen werden müssen. Aber erkennen Berater die Tabus? Und wie kann er sie umgehen? - Manchmal bringt einen die Kunst, Informationen aus Andeutungen herauszuhören, oft weiter als direkte Fragen.

Fachlichkeit und Professionalität als Quelle des Misstrauens?

In unserer Beratungspraxis haben Berater gelernt, Beratungsgespräche fachlich zu dokumentieren. Sie machen während des Gesprächs Notizen. Während die Berater sich ihren ausgefeilten Dokumentationen zuwenden, kann es passieren, dass der Gesprächspartner zunehmend verstummt. Seine Auskunftsfreude ebbt ab. Für den Klienten ist oft nicht überschaubar, wozu die Dokumentation dient. Werden beispielsweise Informationen zu anderen Institutionen weitergegeben? Die Frage, die sich beispielsweise Migranten mit einem unsicheren Aufenthaltstatus in diesen Situationen stellen; ist: Wie wirken sich diese Einträge auf meinen Aufenthaltsstatus aus? Über den Sinn und Zweck der Dokumentation bereits in der Situation selbst aufzuklären, ist ein Muss.

Bequeme Kunden sind anders?

Migranten sind zuweilen keine bequemen Kunden oder Klienten. Manche können autoritätshörig sein, viele haben im Umgang mit Beratungsstellen gelernt, aufmerksamkeitsheischend und fordernd zu sein. Wieder andere geben sich misstrauisch und unkooperativ. Stellen die Hilfesuchenden noch die beratende Autorität und Kompetenz in Frage, weil die Beratung von einer Frau kommt, dann wird besonders die professionelle Geduld gefordert. Wie geht man damit um? Negative Erfahrungen und negative Gefühle gegenüber diesen Kunden bergen die Gefahr, dass sie sich von diesen Kunden unbewusst abwenden und wir sie letztlich vernachlässigen. Um sich auch fordernden oder misstrauischen Migranten gegenüber professionell zu verhalten, bedarf es der Auseinandersetzung mit der eigenen Einstellungen gegenüber Fremden und der Offenlegung der eigenen Ängste und des eigenen Unbehagens in der Kommunikation mit ihnen.

Was ist Kultursensibilität und bin ich kultursensibel genug? Wie gewinne ich das Vertrauen wirklich?

Sensibilität bedeutet, dass ich in der Lage bin, einen gewissen Grad an Identifikation mit der Situation der anderen zu gewinnen. Aber gibt es eine Gefahr der Überidentifikation in der Beratungssituation? Will ich ein guter Berater sein, der mit Null Berührungängsten gegenüber Ausländern daherkommt? Wie kann ich vermeiden, dass meine Grenzziehung in bestimmten Situationen nicht rassistisch ausgelegt wird? Wo sind die Grenzen des Einfühlungsvermögens für mich als Berater?

Ein professioneller Berater zu sein, bedeutet, dass ich einen individuellen Zugang lerne und einen situationsangemessenen Weg zu meinem Gegenüber finde. Das versuchen viele Berater täglich und sind dann etwas irritiert, wenn das Vorhaben nicht so richtig ankommt. Hierzu ein Beispiel: Eine fachlich gute weibliche Beraterin berichtete neulich, dass sie, um Vertrauen zu schaffen, angefangen hatte, bei Personen mit Migrationserfahrung nach den Gründen für die Migration zu fragen und danach, wie lange der Gesprächspartner schon in Deutschland sei. Die Fragen – glaubte sie – könnten dazu beitragen, dass ein Migrant sich öffnet und sich als Person besser angenommen fühlt. Das Gegenteil war der Fall. Der Migrant zeigte deutlich, dass diese Fragen ihm missfallen. Warum? Die Antworten bearbeiten wir gemeinsam im Workshop.

Insgesamt kann der Vortrag nur als Einstieg verstanden werden, sich mit dem Thema der kultursensiblen Beratung zu beschäftigen.

E-Mail-Adresse von Frau Myllymäki-Neuhoff:
johanna.myllymaeki-neuhoff@klinikum-nuernberg.de

Pflegende Angehörige auf dem Weg zur filialen Reife – wie können sie durch Beratungsarbeit unterstützt werden?

PD Dr. Sabine Engel, Erlangen

Beginnen möchte ich diesen Vortrag mit der Schilderung einer ganz alltäglichen Beratungssituation, die Sie wahrscheinlich schon viele Male so oder so ähnlich erlebt haben:

Eine Frau, ca. 45 bis 50 Jahre alt, kommt in die Angehörigen-Beratungsstelle und erzählt von ihrer derzeitigen Lebenssituation: Sie berichtet, dass sie ihre allein lebende Mutter versorge, die im selben Ort ein paar Straßen weiter wohne. Ihre Mutter sei in den letzten drei Jahren unheimlich vergesslich geworden, und seit dem Tod ihres Vaters vor einem Jahr habe sich ihr Zustand noch einmal drastisch verschlimmert: Die Mutter wisse manchmal gar nicht mehr, ob es Tages- oder Nachtzeit ist, ob sie in den letzten Stunden etwas gegessen hat, erkenne manchmal langjährige Nachbarn nicht mehr. Die Frau berichtet weiter, dass sie selbst zwar 2 Geschwister habe, die jedoch ziemlich weit entfernt wohnten, und sie daher mit der Versorgung der Mutter ziemlich allein gelassen sei. Und nachdem sie einiges über die Mutter und deren derzeitige Wohn- und Lebenssituation gesagt hat, beginnt sie von sich selbst zu erzählen.

Jetzt wird sie zunehmend unruhig, und zwischen den Zeilen ihrer weiteren Worte ist unschwer ihr Leid spürbar. Und dann sagt sie folgende Sätze:

„Mich belastet die Situation mit meiner Mutter kolossal! Sie beeinflusst mein Leben vollständig! (Dabei beginnt sie zu weinen) Das Belastendste an der ganzen Situation ist für mich, dass ich dauernd ein schlechtes Gewissen ihr gegenüber habe. Ich kann einfach nicht ohne schlechtes Gewissen gegenüber meiner Mutter leben. Ganz egal, was ich mache! Ich verspüre dauernd einen Druck und ein schlechtes Gewissen! Einerseits habe ich das Gefühl, ich müsste es besser machen, müsste besser mit ihr umgehen, müsste mich mehr um sie kümmern, müsste dafür sorgen, dass es ihr besser geht! Andererseits fühle ich mich auch schlecht, wenn ich nur noch „Tochter“ bin, meine eigenen Bedürfnisse vernachlässige und nur noch für sie da bin. Aber mehr als das, was ich mache, schaffe ich einfach nicht!“

Später erzählt sie, dass sie außerdem unter einem dauernden „Hin-und-her-Gerissensein der Gefühle“ leide. Auf der einen Seite, so sagt sie, tue ihr die Mutter Leid, wenn sie deren zunehmende Hilflosigkeit miterlebe. Dann habe sie das Gefühl, sie müsse sie schützen und behüten und bewahren vor allem, was auf sie zuzukommen droht. Aber auf der anderen Seite empfinde sie die Mutter in deren Abhängigkeit und Anhänglichkeit als eine fürchterliche Belastung. Für diese Seite ihrer „emotionalen Schiffschaukel“ schäme sie sich überdies sehr: Sie hätte – so sagt sie – so gerne andere, positive, liebevolle Gefühle für ihre Mutter. Doch was sie empfindet ist immer nur Belastung – und Schuld.

„Manchmal denk' ich, ich kann das nicht mehr aushalten, das macht mich noch fix und fertig. Ich habe schon überhaupt keinen Antrieb mehr, mach' alles nur noch mechanisch, lass' alles über mich ergehen, und ertappe mich dabei, dass ich den

Besuchen bei meiner Mutter aus dem Weg gehen will, gar nicht mehr hin gehen will – aber diesem Wunsch gebe ich natürlich nicht nach!“

Erschwerend käme für sie hinzu, dass ihre Mutter viele notwendigen Dinge einfach nicht einsehe, und sie sich nicht gegen den Willen der Mutter durchsetzen oder gar Entscheidung über deren Kopf hinweg fällen könne. Daher kämen viele Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen für sie gar nicht in Frage. So hätte sie einmal mit der Mutter darüber gesprochen, eine Sozialstation zum Waschen zu beauftragen. Doch das hätte die Mutter nicht erlaubt. Sie wollte eben nicht, dass die Nachbarn denken, sie sei zu blöd, um sich selbst zu waschen! Dann hätte sie der Mutter einmal vorgeschlagen, eine Haushaltshilfe einzustellen, die einmal am Tag kommt und das Notwendigste im Haushalt macht. Doch auch das lehnte die Mutter vehement ab und sagte, sie wolle keinen Fremden in der Wohnung haben. Also putze sie jetzt regelmäßig die Wohnung der Mutter, wasche ihre Wäsche, und helfe ihr beim Duschen. Und obwohl sie das alles für die Mutter tue, beklage die sich dennoch oft, dass sie - die Tochter - so selten bei ihr vorbei komme und sich so wenig um sie kümmere. Und obwohl sie selbst doch wisse, wie viel sie für die Mutter tue, fühle sie sich dann dennoch immer schlecht und unzulänglich.

Schlimm ist für sie auch, dass ihre Mutter überhaupt kein Verständnis für sie habe, wo sie doch ihre Tochter sei! Und dann erzählt sie von folgender Begebenheit: „Manchmal mache ich für meine Mutter Dinge, für die mich Außenstehende für verrückt erklären würden. Obwohl ich Schmerzen in den Gelenken meiner Händen habe, braucht meine Mutter nur äußern, dass sie gerne mal wieder ein Stück Torte essen würde, die Torte vom Bäcker ihr aber nicht schmecke, schon habe ich Mehl, Butter und Eier gekauft und für sie eine Torte gemacht. Ein Stück bringe ich gleich rüber, und sie isst das Stück und sagt – nichts! Sie sagt nicht: „Oh, wie schön, wie lieb von Dir, wie aufmerksam von Dir!“ Sie sagt einfach nichts dazu! Sie sieht gar nicht, wie sehr ich mich um sie bemühe, was ich für sie alles mache! Sie zeigt sich nicht dankbar, zeigt mir keine Anerkennung, keine Zuneigung! Sie interessiert sich auch gar nicht mehr dafür, wie es mir geht! Wenn ich einmal Sorgen habe, brauche ich damit gar nicht zu ihr zu gehen. Sie sagt dann vielleicht „Ja, ja, ganz schön schlimm!“, aber ich merke ganz genau, dass sie gar kein echtes Mitgefühl mit mir empfindet!

Die Klientin gesteht ihrer Mutter zwar schließlich zu, dass sie aufgrund ihrer Demenz, die vor einigen Wochen wohl diagnostiziert worden sei, vieles nicht mehr verstehen könne, doch erkenne sie in vielen aktuellen Verhaltensweisen ihrer Mutter Persönlichkeitszüge, die die Mutter „schon immer“ gezeigt habe, und die sich jetzt wohl noch verstärkt hätten. Daher schlussfolgert sie für sich: Alles kann ich ihr daher nicht mit ihrer Demenz entschuldigen!“¹

Situationen dieser Art gehören sicherlich zum Alltagsgeschäft in einer Angehörigenberatungsstelle, und Sie alle wissen zweifelsohne besser als ich, wie viel Beratungsarbeit, Begleitung und Bestärkung eine Angehörige - wie die hier

¹Bei dieser geschilderten Beratungs-Szene handelt es sich tatsächlich um einen Zusammenschnitt aus verschiedenen Gesprächsausschnitten, die ich im Rahmen einer Interviewstudie mit Angehörigen von Demenzkranken aufgezeichnet habe (Engel 2007). Sie stammen jedoch nicht – wie hier behauptet – nur von Töchtern, sondern auch von Ehefrauen und Ehemännern.

vorgestellte Frau - über lange Zeit braucht, um sich zumindest teilweise von ihrem Leid distanzieren zu können.

Ich möchte heute einmal versuchen näher zu bestimmen, woraus das Leid dieser Angehörigen im Einzelnen wohl resultieren mag, um mich anschließend mit der Frage zu beschäftigen, wie man sie auf ihrem Bewältigungsweg effektiv unterstützen und begleiten könnte.

Wie könnte man das Problem dieser Frau am treffendsten beschreiben? Folgt man den Vorstellungen und Ausführungen des Neurologen und Angehörigenforschers Jens Bruder (Bruder, 1988), dann werden in der geschilderten psychischen Situation dieser Tochter die typischen Anzeichen eines nur unzureichend stattgefundenen Entwicklungsprozesses dieser Frau sichtbar: Durch das Nichterreichen des Entwicklungsstadiums „filiale² Reife“ bringt sie - dieser Theorie zufolge - nicht ausreichend seelische Widerstandskraft auf, um die psychischen Anforderungen der häuslichen Pflege ihrer Mutter zu bewältigen. Und so drohen ihr der Verlust der eigenen Handlungsfähigkeit - und schließlich der völlige psychische Zusammenbruch.

Der Begriff der „filialen Reife“, der durch Bruder Eingang in die gerontologische Diskussion gefunden hat, stammt ursprünglich von der Sozialpädagogin Margret Blenkner (1965), womit sie das Übergangsstadium zwischen der „Geschlechtsreife und dem hohen Erwachsenenalter“ (S. 57) bezeichnet, das ein Mensch, der einen gesunden Entwicklungsprozess vollzieht, im Alter zwischen 40 und 50 durchläuft. Die filiale Reife erreicht ein Mensch nur, so die Annahme Blenkners, wenn er vorher eine andere Zwischenstufe erklommen hat: In der Phase der „filialen Krise“ erkennt er, dass die Eltern ihm in Zeiten emotionalen Stresses und ökonomischer Belastungen nicht mehr helfen können, sondern ihrerseits zunehmend seiner Hilfe und Unterstützung bedürfen. Wenn der Mensch diese Erkenntnis gewonnen und somit die „filiale Aufgabe“ bewältigt hat, hat er - so Blenkner - eine Reife erreicht, durch die er sich mit einer ganz neuen Form von Liebe seinen Eltern zuwenden und sie nun als erwachsene Menschen akzeptieren kann, die ihre eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen – unabhängig von denen ihrer Kinder – haben.

Diese Entwicklungsstufe der „Reife“ ist ganz offensichtlich ein Zustand, in welchem es dem Erwachsenen möglich ist, eine Gleichzeitigkeit von Distanzierung und Nähe zu bewältigen, sich also einerseits von den Eltern zu lösen und gleichzeitig Verständnis für sie zu bewahren und sich ihnen verbunden zu fühlen.

Bruder arbeitet dieses Konzept nun weiter aus, indem er die einzelnen Teilaspekte der „filialen Reife“ beschreibt: Unter anderem gehört seines Erachtens **„das Einfühlungsvermögen in das Schwächerwerden der Elternperson“** (S. 97) dazu, das einher geht mit dem Abschiednehmen von Fähigkeiten und Fertigkeiten der Eltern, die sie zunehmend verlieren, und dem damit verbundenen Trauerprozess.

Als weiteren Teilaspekt filialer Reife nennt er die **„emotionale Autonomie“**. Diese gefühlsmäßige Unabhängigkeit umfasst aus meiner Sicht wiederum verschiedene Facetten: Zum einen steht sie für die Fähigkeit eines Menschen Selbstwert zu

² „filial“ kommt von dem lateinischen Wort „filius“ („der Sohn“) bzw. „filia“ („die Tochter“), und bezieht sich also auf die Entwicklung eines Menschen „als Kind“, d.h. auf die Entwicklung seiner Beziehung zu seinen Eltern.

empfinden ohne dafür die Anerkennung der Eltern zu brauchen. Zum anderen meint sie aber auch die Fähigkeit, neben den Bedürfnissen der Eltern eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und nicht außer Acht zu lassen. Und drittens ist damit die Kompetenz gemeint, sich von dem Schicksal der Eltern soweit emotional distanzieren zu können, dass das Mitleid(en) nicht Ausmaße annimmt, die dem eigenen Leben im Wege stehen.

Die „**Fähigkeit zu einem fürsorglich-autoritären Umgang**“ (Bruder, 1965: S. 97) mit den Eltern ist ein weiterer Teilaspekt in Bruders Konzept der „filialen Reife“. Unter anderem ist darunter eine Form von Durchsetzungsfähigkeit gemeint, mit der es möglich wird, unterstützende und helfende Maßnahmen zu ergreifen, auch wenn sie nicht den Wünschen der Eltern entsprechen. Bruder selbst zählt hierzu auch das „Vorenthalten von Informationen“ (S. 98) oder das Aussprechen von Verboten.

Wer „filial reif“ ist, besitzt schließlich außerdem die „**Kontrollfähigkeit unangemessener Schuldgefühle**“, ist also in der Lage, Schuldgefühle gegenüber den Eltern in ihrem Ausmaß begrenzt zu halten.

Betrachten wir nun die Situation unserer Klientin, die sich mit ihrem Leid an unsere Beratungsstelle gewendet hat, einmal vor dem Hintergrund von Bruders Ausführungen, lässt sich jetzt Folgendes festhalten:

Unsere Klientin hat kaum Verständnis für die Beeinträchtigungen ihrer Mutter entwickelt, erwartet sie doch von dieser noch immer Einfühlungsvermögen und Einsicht, obwohl sie von der Demenzerkrankung der Mutter weiß. Auch wird durch ihre sog. „Schon-immer-Aussage“ („meine Mutter war **schon immer** so“) deutlich, dass sie noch immer an dem früheren Bild von ihrer Mutter festhält, obwohl die Verhaltensweisen der Mutter seit dem Auftreten der Demenzerkrankung nach einer anderen Interpretation verlangen, und sie Abschied nehmen müsste von ihrem früheren Mutterbild.

Außerdem scheint sie wenig emotionale Autonomie erworben zu haben: Noch immer erwartet sie die Anerkennung und Zuneigung ihrer Mutter, weil dies offensichtlich für sie und ihr Selbstbild von großer Wichtigkeit zu sein scheint. Darüber hinaus stellt sie ihre eigenen Bedürfnisse weit hinter die Bedürfnisse ihrer Mutter: Will die keinen Fremden in der Wohnung, gibt die Tochter ihr eigenes Bedürfnis nach Ruhe und Erholung auf und übernimmt stattdessen das Wohnungputzen für die Mutter. Mithin scheint sie sich nur schwer vom Mitleid(en) mit ihrer Mutter distanzieren zu können, sodass die Stärke dieses Gefühls - neben dem der Belastung - die Klientin fast zerreibt.

Es mangelt unserer Klientin aber auch ganz offensichtlich an der Fähigkeit zu einem fürsorglich-autoritären Umgang mit der Mutter. So ist sie nicht in der Lage, irgendeine Entscheidung gegen den Willen der Mutter durchzusetzen. Ihre eigenen Worte geben hier deutlich Aufschluss über ihre „kindhafte“ Position gegenüber der Mutter, spricht sie doch davon, dass die Mutter das Hinzuziehen einer Sozialstation nicht „erlaube“.

Und letztendlich scheint die Frau in unserer Beratungsstelle völlig außer Stande zu sein, ihre Schuldgefühle gegenüber der Mutter zu kontrollieren. Diese sind zeitweise

offensichtlich so übermächtig, dass sie affektiv „abschaltet“, nur noch mechanisch funktioniert, am liebsten gar nicht mehr zu ihrer Mutter ginge.

Die Diagnose ist demnach ganz offensichtlich: Die Klientin hat das wünschenswerte Entwicklungsstadium der „filialen Reife“ nicht erreicht, und bekommt jetzt die negativen Auswirkungen dieses Versäumnisses zu spüren.

Nach dieser Diagnosestellung stellt sich für die professionellen BeraterInnen zunächst einmal die Frage, ob man denn bei einem solchen Entwicklungsversäumnis „von außen“ überhaupt irgendetwas bewirken kann!

Natürlich wäre ich auf der heutigen „Fachtagung Angehörigenberatung“ nicht angetreten, wenn ich nicht davon überzeugt wäre, dass es möglich ist, Angehörige, wie die hier geschilderte Klientin, bei der Bewältigung ihrer belasteten Lebenssituation - und wenn man so will: bei ihrer Entwicklung - zu unterstützen. Doch meine ich, dass man sich bei der Suche nach und der Entwicklung von Unterstützungsmöglichkeiten von dem Konzept der „filialen Reife“ lösen muss, so hilfreich es auch zunächst bei der Analyse des Problems erscheinen mag. Denn die Vorstellung, für die der Begriff der „filialen Reife“ steht, bergen m.E. einige Schwächen.

Ein erster Kritikpunkt an dem entwicklungspsychologischen Modell, dem das Konzept der „filialen Reife“ entstammt, bezieht sich auf die stark eingeschränkte Perspektive, aus der die Entwicklung des einzelnen Individuums völlig isoliert betrachtet wird. Im Zentrum des Interesses steht da beispielsweise nur die Tochter, die es nicht schafft, ihre Schuldgefühle ihren Eltern gegenüber zu kontrollieren. Völlig außer Acht gelassen wird der Kontext ihres Unvermögens, z.B. das elterliche Verhalten selbst. Dabei macht es doch einen erheblichen Unterschied, ob die alte hilfsbedürftige Mutter Genügsamkeit und Zufriedenheit ausstrahlt und immer wieder betont, dass sie ihren Kindern nicht zur Last fallen will, oder ob sie larmoyant und unzufrieden fordernd ihren erwachsenen Kindern vorhält, dass diese sich nicht ausreichend um sie kümmern. In ganz ähnlicher Weise haben auch Knipscheer (1989) und Nydegger (1991) Kritik an dem verkürzten Konzept der „filialen Reife“ geübt und als Ergänzung das der „parental maturity“, also das der elterlichen Reife, eingeführt. Um filiale Reife entwickeln zu können, ist nämlich, so die Autorinnen, idealerweise ein gewisses reifes Verhalten der Eltern erforderlich, die sich von ihren erwachsenen Kindern so weit distanzieren, dass sie sie als unabhängige erwachsene Menschen anerkennen können, und ihnen dennoch gleichzeitig emotional nahe sind.

Doch auch andere Kontextfaktoren spielen eine wichtige Rolle bei der Fähigkeit eines Menschen „filial-reifes“ Verhalten zu zeigen: Verteilen mehrere Geschwister die Last der Versorgung der Eltern gleichmäßig auf ihren Schultern und fühlen sich durch solidarische Beziehungen verbunden, kann der Einzelne sicherlich wesentlich leichter aufkommende Schuldgefühle kontrollieren, als unsere Klientin, die sich mit der Sorge um die Mutter ganz allein gelassen sieht.

Dieser Schwäche des Konzepts wollte der niederländische Entwicklungspsychologe Alfons Marcoen (1995) offensichtlich begegnen, als er „filiale Reife“ neu definierte als ein multidimensionales Konstrukt, das sich aus 7 Teilaspekten zusammensetzt: Neben „filialer Liebe“, „filialer Verpflichtung“, „filialer Hilfsbereitschaft“, „filialer

Hilfeleistung“, „filialer Autonomie“ und „elterlicher Wertschätzung“ ist für Marcoen „Familiensolidarität und -hilfe“ eine wesentliche Komponente der filialen Reife, worunter er unter anderem die Zusammenarbeit der Geschwister in einem Familiensystem versteht.

Doch auch durch diese „Nachbesserungen“ kann ein viel grundsätzlicherer Einwand gegen das Konstrukt „filiale Reife“ nicht entkräftet werden: Das dem Konzept zugrunde liegende Verständnis von Entwicklung entspringt offensichtlich einer Denkrichtung der Entwicklungspsychologie, die menschliche Entwicklung als einen stufenförmigen Prozess ansieht, der nur eine Richtung kennt und auf ein universelles, d.h. für alle Menschen gleichermaßen gültiges, Endziel gerichtet ist. Die einzelnen Stufen werden durch Entwicklungsaufgaben definiert. Bezeichnend für Stufenmodelle dieser Art ist es, dass die Entwicklungsaufgaben der verschiedenen Stufen eine hierarchische Rangordnung „in Form einer geordneten Folge von aufeinander aufbauenden, irreversiblen Phasen“ (Freund, Baltes, 2005: S. 39) bilden: Hat man eine Entwicklungsaufgabe, die im Rahmen dieser Modelle immer in einer ganz bestimmten Phase im Leben auftritt, nicht erfolgreich bewältigt, kann man auch die späteren, auf dieser aufbauenden Aufgaben nicht erfolgreich bewältigen.

In unserem Fall scheint es nun aber auf der Hand zu liegen, dass bei einer 40-50jährigen Frau, die so große Probleme zu haben scheint, sich von ihrer Mutter emotional zu lösen, schon einige Entwicklungsstufen vorher zentrale Entwicklungsaufgaben nicht gelöst wurden. Vor dem Hintergrund dieses Entwicklungsmodells drängt sich hier fast das Sprichwort von dem bereits in den Brunnen gefallenen Kinde auf. Was unserer Klientin bliebe, wäre anscheinend nur eine Bearbeitung ihrer früheren ungelösten Konflikte im Rahmen einer psychoanalytischen therapeutischen Behandlung. Ein solches Stufenmodell lässt professionellen BeraterInnen also offenbar nur einen sehr geringen Handlungsspielraum.

Löst man sich dagegen vom Verständnis eines unidirektionalen Stufenmodells der menschlichen Entwicklung – und damit auch von der Idee einer „filialen Reife“ – und wendet sich neueren entwicklungspsychologischen Modellen zu, kann man oben genannten Begrenzungen entgehen. Denn diese moderneren Konzeptionen beschreiben Entwicklung als einen lebenslangen Regulationsprozess, in dem sich Individuen - entsprechend ihrer eigenen Ziele – aktiv mit ihrer Umwelt auseinandersetzen. Diese Auseinandersetzung ist ein dynamischer Anpassungsprozess, in dem das Individuum einerseits die Umwelt an seine eigenen Ziele anpasst, sich andererseits von unerreichbaren Zielen löst und sich – entsprechend erreichbarer Ziele – neuorientiert.

Im Gegensatz zu den „alten Stufenmodellen“ sind diese neuen Beschreibung viel offener: Entwicklung wird nicht nur als ein ständiger Zugewinn beschrieben, sondern kann auch Verluste und unerwünschte Entwicklungsergebnisse umfassen. Entwicklungsmisserfolge können aber – durch entsprechende Anpassungsleistungen – wieder rückgängig gemacht werden, was jedoch automatisch bedeutet, dass das sich entwickelnde Individuum immer in der Austauschbeziehung mit seiner Umwelt gedacht werden muss. In diesem Modell von Entwicklung zeigen sich m.E. sehr klar die Handlungsspielräume von professionellen BeraterInnen, die als externe Ressource fungieren und einen großen Einfluss auf die Entwicklung nehmen können.

Beschreibt man das Leid unserer Klientin nicht mehr als „unzureichend entwickelte filiale Reife“, sondern als Anpassungsstörung eines Individuums an eine veränderte Umwelt (nämlich an einen durch Krankheit und Alter veränderten Familienangehörigen), ist es außerdem möglich, das oben beschriebene Belastungserleben von der Rolle des (erwachsenen) Kindes abzulösen. Und eine solche Abwendung von dem Annahme, dass es sich hier ausschließlich um ein „filiales“ Problem handelt, halte ich für angemessener. Denn gibt es nicht ebenso pflegende Ehefrauen, die es nicht schaffen, gegenüber ihrem hilfebedürftigen Mann ein fürsorglich-autoritäres Verhalten zu zeigen? Haben nicht auch pflegende Ehemänner Schwierigkeiten, ihre Schuldgefühle gegenüber ihrer kranken Ehefrau zu kontrollieren? Wollte man noch immer an dem Konzept der „filialen Reife“ festhalten, müsste man es also auch noch um den Aspekt der „matromonialen³ Reife“ erweitern.

Statt das Konzept der „filialen Reife“ immer weiter auszuweiten, zu modifizieren und nachzubessern, schlage ich vor, ein anderes Entwicklungsmodell heranzuziehen, um sich zu verdeutlichen, wie pflegende Angehörige durch Beratung auf ihrem Entwicklungsweg unterstützt werden können: das OPS-Modell von Heckhausen und Schulz (1995).

Die Buchstaben, die den Namen des Modells bilden, stehen für die Bezeichnung „**O**ptimierung“ durch „**p**rimäre Kontrolle“ und „**s**ekundäre Kontrolle“. Mit Optimierung ist ein Regulationsprozess gemeint, der die Passung zwischen Individuum und Umwelt verbessert. Unter primärer Kontrolle sind Anpassungsprozesse des Individuums gemeint, die auf die Veränderung der Umwelt zielen, um diese den eigenen Bedürfnissen, Zielen und Wünschen anzupassen. Sekundäre Kontrollprozesse haben die entgegengesetzte Zielrichtung: Hierbei handelt es sich um Strategien, die darauf abzielen, auf die eigenen Ziele, Motivationen und Bedürfnisse einzuwirken. Entwicklung wird hier also Anpassungsprozess beschrieben, in dem das Individuum die umgebende Umwelt – entsprechend der eigenen Bedürfnisse verändert – und sich umgekehrt Gegebenheiten seiner Umwelt anpasst, die nicht verändert werden können. Die optimale „Passung“ zwischen Individuum und Umwelt ist somit das Ziel gelungener erfolgreicher menschlicher Entwicklung.

Ein derartiger Entwicklungsprozess stellt ein ständiges Wechselspiel von unterschiedlichen innerpsychischen Prozessen und äußerlich sichtbaren Handlungen dar. Immer wieder geht es darum, Ziele auszuwählen; und diese Auswahl ist zunächst ein innerpsychischer Prozess. Anschließend folgen die Bemühungen, die Ziele tatsächlich umzusetzen; hierbei handelt es sich um wahrnehmbare, in der äußeren Welt stattfindende Handlungen. Während dieser Handlungen laufen im Hintergrund aber ständig weitere innerpsychische Prozesse ab: Das Individuum motiviert sich unentwegt selbst, um weiterhin an seiner Zielverfolgung festhalten zu können: Es hofft darauf, das Ziel bald zu erreichen, es stellt sich vor, wie gut der Zustand sein wird, wenn das Ziel erst erreicht ist, es sagt sich selbst, dass es richtig und wichtig ist, dieses Ziel zu verfolgen, etc. Im Idealfall wird das Ziel tatsächlich erreicht, und ein neues (Entwicklungs-)Ziel kann ausgewählt werden.

³ matrimonial“ kommt von dem lateinischen Wort „matrimonium“ („die Ehe“) und bezieht sich also auf die Entwicklung eines Menschen „als Ehepartner, bzw. Ehepartnerin“, d.h. auf die Entwicklung seiner Beziehung zu seinem/ seiner EhepartnerIn.

Wird das Ziel jedoch trotz größter Anstrengung und psychischer Motivation nicht erreicht, erfährt das Individuum also einen (Entwicklungs-)Misserfolg, dann kann es dennoch zu einer Weiterentwicklung des Individuums kommen, d.h. zu einer verbesserten Passung zwischen Individuum und Umwelt. Doch hierfür müssen nun andere Entwicklungsprozesse erfolgen.

Zunächst ist ein bestimmter innerpsychischer Schritt notwendig, nämlich das Zulassen der Erkenntnis, dass ein weiteres Festhalten an den alten Zielen nicht erfolgversprechend ist, d.h. also ein Lösen von alten Zielen: Die zum Weitermachen und Durchhalten motivierenden Gedanken und Hoffnungen müssen eingestellt werden. Anschließend muss es zu weiteren innerpsychischen Verarbeitungsprozessen kommen, die dem Individuum helfen, sein Selbstwertgefühl trotz des erlebten Misserfolgs zu bewahren. Nur so kann es ja handlungsfähig bleiben. Manchmal kann das der Gedanke leisten, dass man selbst gar nichts für das Mislingen kann, oder die Überlegung, dass andere Menschen noch viel häufiger Misserfolge erleben, und man selbst ja gar nicht so schlecht da steht. Somit kann das Individuum nun weiter auf seinem Entwicklungsweg schreiten: Es kann entweder an seinem alten Ziel festhalten und sich nun aber Hilfe von anderen Menschen dazu holen, und/oder sich neue Ziele auswählen. Dieser innerpsychische Prozess der Auswahl von Zielen ist wiederum der Anfang einer neuen Phase in dem ständig sich fortsetzenden Entwicklungsprozess.

Für die Situation unserer Klientin, und übrigens aller betreuenden und versorgenden Angehörigen von Demenzkranken, die (zunächst) mit ihrer neuen Rolle nicht zurecht kommen, ist die Beschreibung von denjenigen Prozessen, die Entwicklung trotz Verlusten und Misserfolgen ermöglichen, von zentraler Bedeutung. Denn die Begleitung und Betreuung eines demenzkranken Familienangehörigen bedeutet doch genau dies: zu lernen, sich im Angesicht von ständigen Verlusten und „Misserfolgen“ weiterzuentwickeln und eine optimale Passung zwischen der Umwelt (in diesem Fall dem sich ständig weiter verändernden Demenzkranken) und sich selbst immerfort wieder neu herzustellen.

Wenden wir uns nun wieder unserer Klientin zu - stellvertretend für alle pflegenden und betreuenden Angehörigen - und betrachten ihre Situation nun vor dem Hintergrund des OPS-Modells. Warum fühlt sie sich ganz offensichtlich so stark belastet?

Es scheint nun ganz klar, dass ihr Leid aus nicht gelingenden Anpassungsprozessen resultiert: Sie verfolgt nach wie vor „alte Ziele“, und obwohl sie immer und immer wieder die gleichen Misserfolge zu verzeichnen hat, kann sie offenbar diejenigen innerpsychischen „Durchhalte-Parolen“ - Gedanken, Wünsche, Gefühle -, die sie fortwährend motivieren, weiter an den nicht-erreichbaren Zielen festzuhalten, nicht unterbrechen oder nicht kontrollieren. Und so gleicht sie einem Menschen, der immer wieder gegen die gleiche Wand läuft, und nicht ablassen kann davon, obwohl es schmerzhaft und kräftezehrend ist.

Schauen wir uns einmal im Einzelnen an, welche unerreichbaren Ziele sie offenbar noch immer verfolgt:

Die Klientin verfolgt zum einen das Ziel, dass die Mutter Einsicht zeigt und versteht, was die Tochter von ihr will. Außerdem will sie eine ausgewogene, auf gegenseitigem Verständnis und Anerkennung beruhende Beziehung zwischen sich

und der Mutter. Und schließlich will sie selbst eine Tochter sein, die ein entspanntes, von positiven Gefühlen getragenes Verhältnis zu ihrer Mutter haben möchte - frei von jeglichen Ambivalenzen und Schuldgefühlen.

Fragt man sich, was die Gründe dafür sein könnten, dass sie trotz ständiger Misserfolge an diesen Zielen festhält, wird deutlich, dass sicherlich mehrere Aspekte eine Rolle spielen: Zunächst ist es sehr wahrscheinlich, dass sie nicht über ausreichendes Wissen verfügt.

Sie weiß scheinbar nicht, dass ihre demenzkranke Mutter die Fähigkeit zur Einsicht und das Vermögen, sich in andere Menschen einzufühlen oder gar eigene - vielleicht sogar schon lange eingespielte - Verhaltensweisen zu modifizieren, nicht mehr besitzt. Den meisten Angehörigen, die ich bislang getroffen habe, mangelt es an grundlegendem Wissen über Demenzerkrankungen und krankhafte Veränderungen im Alter. Sie können die Reaktionen und Verhaltensweisen ihrer Familienangehörigen deshalb gar nicht verstehen.

Doch dieses Nicht-Wissen bringt eine Reihe anderer Wissens-Defizite mit sich: So ist es unserer Klientin auch nicht bewusst, dass sich die Beziehung zwischen ihr und ihrer Mutter unabwendbar in eine einseitige Beziehung verwandelt hat, die sich dadurch auszeichnet, dass die Verantwortung für die Beziehungsgestaltung nur noch bei einer der beiden Beziehungspartnerinnen liegt: bei der Klientin. Einfühlungsvermögen, Anpassung an die Wünsche des anderen, Zuwendung und Anerkennung haben nur noch eine Richtung und können nur noch eine Richtung haben: von der Tochter zur Mutter. Diese Einseitigkeit ist ein unvermeidbarer, unveränderlicher Tatbestand - das Warten auf Gegenseitigkeit, Ausgewogenheit und Wechselseitigkeit ist ein unerreichbares Ziel geworden!

Und weil sie dies noch nicht weiß, ist sie sich sogar ihrer eigenen aktuellen Situation nicht bewusst. Das Nicht-Verstehen der eigenen Situation ist m.E. der Grund für das Übermächtigwerden ihrer Schuldgefühle. Wüsste sie den Entstehungszusammenhang ihrer Schuldgefühle, würden diese in einem erträglichen Ausmaß bleiben. Woher kommen also ihre Schuldgefühle?

Zum einen glaubt unsere Klientin, weil sie die Situation der Mutter nicht wirklich kennt, dass es in ihrer Macht liege dafür zu sorgen, dass die Mutter zufrieden und glücklich und heil ist bzw. werden kann. Sie hat noch nicht verstanden, dass sie nichts an dem Krankheitsverlauf und dem stetigen Abbau ändern kann. Außerdem ist sie sich nicht bewusst, dass ihre Rolle die einer Abschiednehmenden ist, dass sie sich in einem – sogar erschwerten – Trauerprozess befindet, durch welchen sie sich lösen muss von ihrer Mutter und dem, was sie früher mit ihr verbunden hat. Trauer ist aber ein komplexer psychisch-emotionaler Prozess, der weit mehr ist als Traurigsein! Traurigkeit ist ein Gefühl – Trauer ist ein ganzes Bündel von Gefühlen, zu denen auch Schuldgefühle gehören.

Und schließlich entstehen unserer Klientin Schuldgefühle auch durch ihre Ambivalenzerfahrungen, d.h. aufgrund des Gefühls hin und her gerissen zu sein. Doch auch diese Ambivalenzerfahrungen gehören zu den „normalen“ Phänomenen in den Beziehungen zwischen Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen. Sie entstehen aus der Existenz konkurrierender Normen: Einerseits fühlt man sich einem hilfsbedürftigen Familienmitglied verpflichtet, andererseits empfindet jeder Mensch ein gewisses Bedürfnis nach Autonomie und Unabhängigkeit. In gewisser Weise

handelt es sich um eine typische Dilemma-Situation: Kümmere ich mich zu sehr um mich selbst, mache ich mich gegenüber der anderen Person schuldig, kümmere ich mich zu sehr um sie, mache ich mich mir gegenüber schuldig. Pflegende Angehörige müssen diese Spannung, dieses Zerrissensein aushalten, und jeden Moment neu den richtigen Mittelweg finden, wenn es den überhaupt gibt! Dieses Gefühl des Hin- und-Hergerissenseins geht ebenfalls mit Schuldgefühlen einher, hat man doch immer wieder das (berechtigte) Gefühl, es nicht (allen) recht machen zu können. Wer um die Entstehung seiner Schuldgefühle weiß, kann diese zwar nicht verhindern, doch verlieren sie das Bedrohliche, den Beigeschmack des persönlichen Versagens. Sie sind eben normal – es geht allen Pflegenden so!

Neben dem Mangel an Wissen und Verständnis tragen aber noch weitere Aspekte dazu bei, dass unsere Klientin trotz ständiger Misserfolge an den „alten Zielen“ festhält, die durch ihr Wissensdefizit aber begründet zu sein scheinen: Ganz offensichtlich stehen ihr auch diejenigen innerpsychischen Strategien nicht zur Verfügung stehen, die ihr helfen könnten, sich ihre Misserfolge zu erklären, ohne den Selbstwert zu verlieren. Denn ihr Selbstwertgefühl leidet ja massiv unter der Situation, und zwar so stark, dass sie an der Grenze ihrer Handlungsfähigkeit angekommen zu sein scheint, so stark, dass sie schon beginnt, sich selbst emotional „abzuschalten“. Wüsste sie, dass es nicht an ihr liegt, dass die erwünschten „alten“ Ziele nicht erreicht werden könnten, könnte sie sich sicherlich leichter von ihnen lösen. Würde sie erfahren, dass andere Angehörige dieselben Probleme haben wie sie – und vielleicht sogar noch größere – wäre es noch leichter von den alten Zielen abzulassen - ohne Selbstwertverlust.

Ein gelingender Entwicklungsprozess setzt des Weiteren voraus, neue, erreichbare Ziele auszuwählen. Eine Vielzahl von neuen Zielen könnte für unsere Klientin entwicklungsfördernd sein. Folgende Auflistung kann sicherlich nur eine Auswahl sein:

- Akzeptanz der Krankheit der Mutter als unabwendbarer stetiger Abbauprozess
- Akzeptanz der eigenen Trauer und des Abschiednehmens, mit dem dazugehörigen normalen Gefühlschaos
- Erhalt und Stärkung der eigenen Handlungsfähigkeit
- Erhalt der Fürsorge für die eigene psychische und somatische Gesundheit
- Organisation von regelmäßiger frei verfügbarer Zeit
- Übernahme der Verantwortung für diese einseitig gewordene Beziehung
- Gestalten einer neuen Beziehungsqualität – auf der Grundlage deren Einseitigkeit
- Einholen der notwendigen Anerkennung, Begleitung und Stärkung bei anderen Menschen
- etc.

Die Umsetzung dieser neuen Ziele wird der Klientin sicherlich nicht immer leicht fallen. Immer wieder wird es für sie erforderlich sein, sich neu zu motivieren, sich vorzunehmen durchzuhalten und trotz sich möglicherweise einstellender Schwierigkeiten nicht aufzugeben.

Dieser Anpassungsprozess an eine veränderte Situation, kann insofern als erfolgreicher bezeichnet werden, als er zu einer besseren Passung zwischen Klientin und „Umwelt“ führt.

Bei all diesen Einzelschritten ihres Anpassungsprozesses können Klienten durch professionelle Beratung begleitet, gestärkt und unterstützt werden:

Der erste Schritt, der m.E. die Grundlage für alle weiteren darstellt, ist der edukative Aspekt der Wissensvermittlung, durch den die Klientin Informationen über die Krankheit des zu betreuenden Familienangehörigen, seine Defizite, seine verbliebenen Kompetenzen und seine Einschränkungen erhält. Aus meiner Erfahrung kann diese Bildungsarbeit gar nicht detailliert und umfassend genug sein: Pflegende Angehörige brauchen ein differenziertes Wissen und Verständnis von den Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen, brauchen Kenntnis von deren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten und -grenzen.

In einem darauf aufbauenden, stärker therapeutisch orientierten Beratungs-Modul kann die Klientin professionell darin unterstützt werden, vor dem Hintergrund des Wissens um den Pflegebedürftigen die eigene Situation zu reflektieren und sich ihrer neuen, veränderten Rolle bewusst zu werden.

Durch das Arbeiten in einer Gruppe von Angehörigen, die ihre therapeutische Wirkkraft umso stärker entfalten kann, je homogener sie zusammengesetzt ist, kann der Klientin derjenige innerpsychische Verarbeitungsschritt erleichtert werden, der ihr hilft, sich von den „alten Zielen“ zu lösen, ohne Gefühle des Selbstwertverlustes zu erleiden. Denn durch den Austausch mit anderen kann sie erkennen, dass ihre Probleme nicht aus ihrem individuellen, persönlichen Versagen resultieren, sondern offenbar ein allgemeines Phänomen darstellen, von dem auch andere Angehörige berichten. Die Erfahrung, dass andere pflegende Angehörige möglicherweise sogar mit noch größeren Schwierigkeiten konfrontiert sind als sie, kann die innerpsychischen Verarbeitungsschritte weiter forcieren.

Auch bei der Suche und dem Wählen der „neuen Ziele“ kann Unterstützung gelingen. Viele Klienten brauchen bei diesem Entwicklungsschritt ebenfalls das Gespräch mit anderen Betroffenen und professionelle Begleitung. Wesentliche Aspekte dieser professionellen Begleitung sind hier einerseits die explizite Formulierung von Zielen, die viele Klienten bereits in eher diffuser Form im Sinn haben, und andererseits die Bestärkung, dass es sich um „gute“ Ziele handelt, die es wert sind, verfolgt zu werden – sogar dann, wenn sich Schwierigkeiten ergeben sollten. D.h. auch für den innerpsychischen Motivations-Prozess, durch den man sich an Ziele bindet - vielleicht auch gegen den Willen des Pflegebedürftigen – brauchen viele Klienten Bestärkung durch professionelle Begleitung, weil sie sich ihrer neuen Rolle zunächst noch unsicher sind. Doch nur wer seine Aufmerksamkeit und seine Bemühungen auf die neuen Ziele konzentrieren kann, und sich nicht durch Störfaktoren von ihnen ablenken lässt, kann auch Entscheidungen treffen, die möglicherweise den Wünschen des Pflegebedürftigen widersprechen, kann also – in Bruders Worten – fürsorglich-autoritäres Verhalten zeigen.

Auch bei ihrem Bemühen, ihrer Verantwortlichkeit für eine einseitig gewordene Beziehung gerecht werden können, brauchen viele Angehörige Hilfe und Unterstützung, weil sie nicht wissen, auf welche Weise sie eine neue Beziehungsqualität gestalten können. Zur Unterstützung dieser Entwicklungsaufgabe ist m.E. wiederum ein edukatives Modul hilfreich, durch dessen Inhalte Angehörige lernen und üben können, **wie** einseitige Kommunikationsbeziehungen gestaltet

werden können. Es gibt in der Gerontologie eine ganze Reihe Konzepte des professionellen Umgangs mit alten pflegebedürftigen Menschen (z.B. erinnerungstherapeutische Ansätze, aktives Zuhören, Selbst-Erhaltungs-Therapie, etc), von deren Wissen Angehörige profitieren können. Zwar können sie als nahe stehende Angehörige niemals einen professionellen Umgang mit den Pflegebedürftigen leben, doch können sie zentrale Prinzipien aus den professionellen Konzepten für ihren alltäglichen Umgang übernehmen.

Um ein sinnvolles und effektives Unterstützungs- und Hilffsystem durch Dritte aufbauen und nutzen zu können, ist nicht nur das Wissen um die verschiedenen existierenden Angebote erforderlich, sondern auch ein Reflektieren über die innerpsychischen Beweggründe, die die Klientin bislang an dem Ziel haben festhalten lassen, die Versorgung der Mutter ganz alleine zu bewältigen. Das gemeinsame Erkennen mit anderen Gruppenmitgliedern, die ähnliche Beweggründe von sich selbst kennen, dass es sich hier um dysfunktionale, falsch verstandene familiäre „Verpflichtungsschwüre“ handelt, kann helfen, loszulassen von diesem alten Ziel und sich auf die Verfolgung eines neuen Zieles zu konzentrieren, welches insofern ein besseres Ziel ist, als es nicht nur den Bedürfnissen der pflegebedürftigen, sondern auch denen der versorgenden Person gerecht wird: die Versorgung, Pflege und Betreuung auf mehrere Schultern zu verteilen, um dafür zu sorgen, dass die pflegebedürftige Person so lange wie möglich zu Hause leben kann.

Dass „pflegende“ Angehörige am meisten von professioneller Begleitung profitieren, die einerseits edukative Elemente (d.h. Schulungs- und Bildungsmodule) und selbstreflexive, therapeutische Elemente umfasst, in welcher andererseits aber auch die „therapeutischen Wirkfaktoren“ von angeleiteten Gruppenprozessen zum tragen kommen, wird durch Forschungsergebnisse deutlich.

So zeigen neuere Untersuchungen, dass Angehörige, die durch entsprechende Angehörigen-Gruppenprogramme in der oben beschriebenen Weise bei ihrem Entwicklungsprozess unterstützt und gefördert wurden, ein deutlich geringeres Belastungsempfinden und weniger depressive Symptome haben als vor der Teilnahme an der Intervention.

So mögen einige Zitate von Angehörigen, die an der Angehörigenschulung „EduKation“ teilgenommen haben, dies bestärken.

„Ich habe das jetzt als Krankheit so erkannt, ich habe es aufgegeben, meiner Mutter lange Erklärungen abzugeben, weil ich bisher dachte, da müsste doch noch etwas ankommen, ich habe das jetzt akzeptiert, es kommt nicht mehr an. [...] Und wenn das dann wieder in dieses Thema geht, was wir halt nicht wollen [...] dann versuche ich, sie geschickt abzulenken oder auf ein anderes Thema zu kommen, und das klappt eigentlich hervorragend.“ (Zitat einer Tochter, nach dem Kurs)

„Und früher war es halt wirklich so, ich habe mich zum Teil eine Stunde lang hingewetzt und habe versucht, ihr alle Zusammenhänge zu erklären und danach habe ich gemerkt, die Fragen fangen alle wieder von vorne an, und es war alles für die Katz, was ich da erzählt habe. Das hat mich damals auch sehr böse gemacht, zum Teil, auch genervt, weil immer wieder dasselbe auf

dem Tisch war, dasselbe Thema und dieselben Erklärungen.“ (Zitat eines Sohnes, nach dem Kurs)

„Und irgendwie hatte ich [vor dem Kurs] das Gefühl, ich muss sie festhalten, ich kann sie nicht gehen lassen. Und das habe ich jetzt einfach akzeptiert: Ich kann es nicht aufhalten!“ (Zitat eines Ehemannes nach dem Kurs)

„Also, jetzt [nach dem Kurs] geht es weniger konfliktreich zwischen uns zu, also viel ruhiger. Ich erwarte gar nicht erst solche Situationen, sondern ich nehme da schon mal die Spannung raus, indem ich ganz ruhig bleibe, weil ich ja schon weiß, was jetzt wieder kommt. Und vorher [vor dem Kurs] habe ich gedacht, dass er mich wieder herausfordern will, aber jetzt weiß ich: das ist es ja gar nicht! So gehe ich schon ganz anders an die täglich wiederholenden Lebensumstände ran.“ (Zitat einer Ehefrau nach dem Kurs)

„Ich sehe mich jetzt auch darin bestärkt, dass ich auch noch lebe. [...] Weil ich mir jetzt sage, das geht mit Sicherheit noch sehr lange, und ich muss schauen, dass ich dabei bleibe, auch gesundheitlich!“ (Zitat einer Schwiegertochter nach dem Kurs)

„Also, ich gehe jetzt anders mit meiner Mutter um, weil ich einfach jetzt bei vielen Sachen weiß, dass es nicht ihr böser Wille ist, sondern dass sie einfach nicht anders kann! Was ich vorher bei manchen Sachen wirklich nicht wusste!“ (Zitat einer Tochter nach dem Kurs)

„Es [gemeint ist die Demenzerkrankung der Mutter] ist ja traurig genug, aber dann braucht man nicht noch dieses ganze Verdrängungs-Zeug. Man hat ja beispielsweise noch genug Schuldgefühle, aber wenn man schon einmal weiß, dass es ganz typisch ist für Angehörige, dass man Schuldgefühle hat, dann merke ich: Ja, jetzt hatte ich mal wieder diese Schuldgefühle, aber jetzt habe ich sie nicht mehr so stark, weil ich weiß, eigentlich bräuchte ich sie nicht haben! Und kann sie mir wenigstens einmal angucken, und dadurch sind sie wenigstens einmal auf einer anderen Stufe! Das erlebe ich als sehr entspannend.“ (Zitat eines Sohnes nach dem Kurs)

Ob die zitierten Angehörigen nach der Teilnahme des Kurses nun „filial“ (oder „matrimonial“) reifer sind, kann ich nicht beurteilen – aber dass sie dabei sind, eine neue schwierige Entwicklungsaufgabe zu bewältigen und insofern auf ihrem lebenslangen Entwicklungsprozess einige wesentliche Schritte vorangekommen sind, bestätigen einerseits die Daten des Forschungsprojektes, zum anderen die steigende Nachfrage von Angehörigen nach professionellen Beratungsangeboten dieser Art.

Literatur:

Blenkner, M. (1965): Social Work and Family Relationships in Later Life with some Thoughts on Filial Maturity. In: F. Shanas & G. F. Streib (Hrsg.); Social Structure and the Family: Generational Relations, Engelwood Cliffs: Prentice-Hall, 46-59.

Engel, S (2006) Alzheimer und Demenzen. Unterstützung für die Angehörigen. TRIAS.

Engel, S (2007) Belastungserleben bei Angehörigen Demenzkranker aufgrund von Kommunikationsstörungen. Berlin: LIT.

Freund, A.M., Baltes, P.B. (2005) Entwicklungsaufgaben als Organisationsstrukturen von Entwicklung und Entwicklungsoptimierung. In: Filipp, S.-H., Staudinger, U.M. (Hrsg.) Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 37-78

Heckhausen, J., Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. Psychological Review, 102, 284–304.

Knipscheer, K. C. P. M. (1989). Familiäre Pflege, Reife und erfolgreiches Altern. In Bakes, M. M., Kohli, M., Sames, K. (Hrsg.) Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen. Bern: Hans Huber. S. 142-148.

Marcoen A (1995) Filial maturity of middle-aged adult children in the context of parental care: model and measures. J Adult Dev 2:125–136

Nydegger C (1991) The development of paternal and filial maturity. In: Pillemer K, McCartney K (Hrsg.) Parentchild relations throughout life. Lawrence Erlbaum Ass., Hillsdale, NJ, S. 31-46

E-Mail-Adresse von Frau Dr. Engel: engel@geronto.uni-erlangen.de

Traumatisierung in der Biografie älterer Frauen

Dr. Corinne Adler, Nürnberg

1. Sexualisierte Gewalt in der Lebensgeschichte als ein Beispiel von Traumatisierung

Sie war auf dem Weg von der Lehrstelle nach Hause, wo sie noch die Hausarbeit erwartete, da die Mutter schon seit Jahren krank war - kein schönes Leben für eine 15jährige. Sie hatte es eilig, lief durch einen kleinen Park, ihr üblicher Weg. Da wurde sie von drei jungen Männern überwältigt und vergewaltigt. Zu Hause wusch sie sich und erledigte ihre Pflichten. Keiner durfte etwas von dem Geschehenen wissen, die Mutter nicht, ihr ging es sowieso schon schlecht, später ihr Mann nicht, denn sie schämte sich. Sie fühlte sich schmutzig und schuldig und meinte, man könne ihr ansehen, was passiert ist. Also zog sie sich zurück, von Freundinnen, von Menschen überhaupt. Und bis heute wäscht sie sich mehrmals am Tag und achtet penibel darauf, dass Kleidung und Frisur perfekt sind.

Als ich ihr begegne, weiß ich von all dem nichts. Frau K. war im Klinikum Süd, immer wieder spielte der Blutdruck verrückt, außerdem litt sie an Schlafstörungen. Sie hatte Glück auf einen Arzt zu treffen, der ein gutes Gespür hatte und hinter den messbaren Befunden ahnte, dass da noch etwas ist, was sich nicht so leicht fassen lässt. Er vermittelte sie zu uns in die Psychosomatische Tagesklinik 55+ für Ältere am Klinikum Nürnberg.

Frau K. ist höflich und bemüht, hält sich aber anfangs sehr zurück in den Gruppentherapien. Ihr tut es gut, in einer Gemeinschaft zu sein, durch die Entspannungsverfahren erfährt sie eine anfängliche Linderung körperlicher Beschwerden. In den Einzelgesprächen spüre ich, dass da noch etwas schlummert. So berichtet sie zum Beispiel von der Angst, auf die Straße zu gehen, da man ihr ansehen könne, dass sie allein sei, das sei ihr unangenehm. Als in einer Gruppenstunde von einer Mitpatientin von schlimmen Kindheitserlebnissen berichtet wird, muss sich Frau K. anvertrauen. Sie erzählt im Einzelgespräch ihre Geschichte und auf einmal wird alles verständlich: ihre Eheprobleme, ihr Perfektionismus, ihre Angst, unter Menschen zu gehen.

Nach dem Gespräch trat eine deutliche Besserung ihrer körperlichen Beschwerden ein. Sie sagte zum Abschied: "Ich fühle mich leichter."

Man kann davon ausgehen, dass die heute alten Frauen mindestens ebenso häufig sexuell missbraucht wurden wie Mädchen heute. Doch: „Darüber hat man früher nicht gesprochen“.

Für die Frauen dieser Generation kommt noch hinzu, dass wir es nicht nur mit individuellen Schicksalen wie dem von Frau K. zu tun haben, sondern Ende des 2. Weltkrieges wurden, wie in jedem Krieg, massenhaft Frauen vergewaltigt. Die Frauen litten unter den Vorwürfen und Drohungen der eigenen Männer. Sie waren die Opfer, aber die Männer fühlten sich in ihrer Ehre verletzt. "Der vorübergehende Besitzwechsel der geschändeten Frau als Siegesbeute vermindert den Wert der Frau als potentielltes Eigentum des Mannes ... Ein Makel haftet zeitlebens an ihnen" (Böhmer S.31)

Sexualität und Gewalt als Tabuthemen

- über Sexualität, sexuelle Gewalt oder körperliche Misshandlung wird auch in der Beratung /Therapie nicht gesprochen
- langsame Öffnung in den letzten Jahren
- vermehrt Thema in den Medien, mehr Öffentlichkeitsarbeit
- Einzelgespräch: Frauen reden z.T. sehr offen über Traumatisierungen, z.T. in Andeutungen
- Tabu auf Seiten der alten Frauen?
- Tabu auf Seiten der Ärzte und anderen Helfer?
- bei jüngeren Patientinnen mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden häufiger Diagnose "Posttraumatische Belastungsstörung,,
- bei älteren psychiatrischen Patientinnen nicht
- eher Diagnose Depression oder Angst
- Ursachen bleiben so im Verborgenen

Frau L. wird in der Geriatrischen Tagesklinik am Klinikum Nürnberg auf Anraten ihres Hausarztes behandelt. Ich soll wegen der fraglichen Alkoholkrankheit ihres Mannes mit ihr sprechen und sie dementsprechend beraten. Schon im ersten Gespräch spüre ich, dass diese Frau mehr seelischen Ballast zu tragen hat als eine Jahrzehnte andauernde Ehe mit einem alkoholabhängigen Mann.

1933 im Sudetenland geboren, war sie bei Kriegsende 12 Jahre alt. Ihr Vater war bereits verstorben. Sie lebte mit der Mutter und dem jüngeren Bruder zusammen. Eines Tages war sie allein zu Hause, russische Soldaten kamen ins Haus und bedrohten sie. Als sie vor Angst zu weinen begann, wurde ein Gewehr auf sie gerichtet. Sie schaute in den Gewehrlauf und verstummte.

Ein andermal drangen russische Soldaten ins Haus ein und sie hörte ihre Mutter aus der ersten Etage schreien. Als sie später die Mutter fragte, was eigentlich eine Vergewaltigung sei (man hörte soviel davon), erfuhr sie, dass die Mutter zweimal vergewaltigt worden und dabei schwanger geworden war. Das Kind habe die Mutter illegal abtreiben lassen.

Frau L. berichtet teilnahmslos, so als wenn sie über einen Film spricht, den sie gesehen hat. Die Gefühle von damals sind abgespalten.

In einem weiteren Gespräch berichtet sie schließlich, dass sie in der Zeit nach dem Krieg von einem tschechischen Dorfbewohner sexuell missbraucht wurde, aber mit niemandem habe reden können. „Damals wurde über so etwas nicht gesprochen.“ Die Gespräche erlebte sie als erleichternd.

Sexualisierte Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen: Vergewaltigungen im II. Weltkrieg

Helke Sander: "BeFreier und Befreite,,

- Befragung Hunderter Frauen in Berlin (geb. 1909 bis 1930)
- Durchsicht zahlreicher Dokumente
- Sommer und Herbst 1945 mehr als 110.000 Frauen in Berlin vergewaltigt, auch viele sehr junge Mädchen
- Schätzung: 60-70 % aller Frauen in Berlin vergewaltigt, ca. 40% mehrfach
- meist in der Öffentlichkeit und oft durch mehrere Soldaten gemeinsam verübt
- 10.000 tot oder bleibende körperliche Schäden
- 20% schwanger, 90 % davon Abtreibung
- ca. 1,9 Millionen Frauen und Mädchen während des Vormarsches der Roten Armee vergewaltigt, die Mehrzahl in den ehemaligen deutschen Ostgebieten

2. Die Kriegskinder werden alt

2.1 Die Situation der Kinder bei Kriegsende

Für die Frauen und auch Männer dieser Generation – inzwischen haben wir in Beratung und Therapie mehr und mehr mit den Kriegskindern zu tun – spielten aber auch andere Erlebnisse im Zusammenhang mit Krieg und Nachkriegszeit eine prägende Rolle: so vor allem Bombardierungen, Flucht und Vertreibung, Hunger und Kälte, die zeitweise Abwesenheit des Vaters oder der Eltern oder der Tode des Vaters (2,5 Millionen Halbwaisen).

Die Kriegskinder werden alt – wir treffen sie in Beratung und Therapie

- vor 20 Jahren aktive Kriegsteilnehmer, Witwen, oft Menschen in verantwortlichen Positionen, Ausbildung vor dem Krieg
- vor 10 Jahren junge Soldaten, junge Frauen, die z.B. zu Sanitätsdiensten oder als Funkerinnen dienstverpflichtet wurden, massive Brüche in Biografie
- heute: Kriegskinder: Jahrgänge 1928/29 – 1945/48

Ihre Mutter war 17 Jahre alt, als sie geboren wurde, der Vater Alkoholiker, er misshandelte sie. Frau C., heute 74 Jahre, erinnert noch gut, dass ihre Mutter sagte: „Du hast mein Leben versaut“ und sie zu Pflegeeltern gab, wo sie bis zum Alter von 11 Jahren lebte und dort ebenfalls viel Leid erfuhr.

Bei einem der letzten Angriffe auf Nürnberg im Frühjahr 1945 wurde sie im Bett verschüttet, da sie nicht mehr rechtzeitig in den Luftschutzkeller flüchten konnte. Ihre Mutter kam in dieser Nacht schwer verletzt in ein Krankenhaus, sie wusste nicht, wo sie war und sah sie ein halbes Jahr nicht. Die Wohnung war zerstört und sie musste sich als 13jährige allein um den kleinen Bruder kümmern, Milch für den Einjährigen besorgen, Wäsche waschen, ihn trösten. Sie erinnert sich, wie er die kleinen Ärmchen nach ihr ausstreckte und ihren Namen rief.

Später führte sie eine gute Ehe, kurz nach der Goldenen Hochzeit verstarb der Ehemann an Krebs. Da holte sie das Gefühl der Hilflosigkeit aus der Kindheit wieder ein, sie reagierte mit einer Depression. Als dann kurze Zeit später auch noch ihre Freundin plötzlich bei einem Abendessen in ihrer Wohnung verstarb, bildeten sich zusätzlich Angst-Symptome heraus.

Situation der Kinder bei Kriegsende

- nur langsam anlaufender Schulbesuch
- „organisieren“ von Lebensmitteln und Heizmaterial
- „hamstern“
- „Schlüsselkinder“, z.T. ältere in Banden
- Trümmer als Spielplätze
- extreme Not: Hunger, Kälte, zerstörte Wohnungen
- Säuglingssterblichkeit in Bayern 1945/46 doppelt so hoch wie 1938
- beengte Wohnverhältnisse durch Aufnahme von Flüchtlingen / Vertriebenen

Ist es tatsächlich möglich, dass Menschen erst 60 Jahre nach den traumatischen Erlebnissen psychische Beschwerden entwickeln, die mit diesen in einem Zusammenhang stehen? Wieso schlummern die alten seelischen Verletzungen so viele Jahre und was bringt sie zum Aufbrechen?

2.2 Abwesenheit der Väter

Ein Aspekt, der im Rahmen Mannheimer Kohortenstudie (Franz et al. 2005) betrachtet wurde, war das kriegsbedingte Fehlen der Väter. Fast 5 Millionen deutsche Soldaten starben, Millionen waren über lange Zeiträume aufgrund von Kriegshandlungen oder Gefangenschaft abwesend. Ein Viertel der Kinder der Kriegs- und Nachkriegszeit wuchs, zumindest über weite Strecken, ohne Vater auf.

Die Kinder des Geburtsjahrganges 1935, „denen in den ersten Lebensjahren der Kontakt zum Vater fehlte, wiesen jedenfalls noch über 50 Jahre später deutlich stärker ausgeprägte psychische/psychosomatische Störungen auf als Kinder desselben Jahrganges, welche aber einen konstanten Kontakt zum Vater hatten“ (S. 51).

Im Rahmen der Mannheimer Kohortenstudie werden an einer Zufallsstichprobe von 600 Erwachsenen Häufigkeit, Verlauf und mögliche Ursachen psychogener Erkrankungen untersucht.

3. Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung

Nicht selten zeigen Menschen, selbst nach schweren Traumatisierungen, keine psychischen Symptome. Viele Menschen reagieren auf Traumatisierungen aber auch mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), die z.B. bei etwa 5 % aller Menschen in den von Kriegsereignissen betroffenen Regionen einen chronischen Verlauf nimmt und bis ins Alter andauert.

Empirische Untersuchungen an großen Gruppen ziviler Kriegsoffer zeigen, dass die Häufigkeit von PTBS bei Flüchtlingen deutlich erhöht ist gegenüber repräsentativen Bevölkerungsstichproben (Kessler et al. 1995), die eine Lebenszeitprävalenz von 7,8 % aufweisen. So litten z.B. 37-50 % von Flüchtlingen aus Bosnien und dem Mittleren Osten unter einer PTBS.

Der Begriff des Traumas ist in den vergangenen Jahren inflationär verwendet worden. Durch einen solch undifferenzierten Gebrauch des Begriffes wird man den Menschen, die eine Traumatisierung erfahren haben, nicht gerecht. Unter einem Trauma versteht man laut internationalen Richtlinien (ICD-10, WHO, 1993, S.169) ein Ereignis „außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes, die bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden“. Es ist ein Geschehen von existenzieller Bedrohung, das mit Gefühlen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins verbunden ist; dazu gehören zum Beispiel Kriegs-, Verfolgungs- oder Vertreibungserlebnisse, sexualisierte oder körperliche Gewalt, Naturkatastrophen oder schwere Unfälle.

Typische Symptome der PTBS:

- Intrusionen (sich aufdrängende belastende Erinnerungen)
- Vermeidungsverhalten
- Übererregung
- Schlafstörungen
- Schreckhaftigkeit

4. Traumareaktivierung

Empfindet ein Mensch in seinem späteren Leben wieder Hilflosigkeit, kann es durch die Ähnlichkeit des Erlebens zu einer Reaktivierung des alten Traumas kommen. Ältere Menschen sind häufiger mit Situationen konfrontiert, in denen sie sich ausgeliefert fühlen.

So können z.B. eine dementielle Erkrankung, die durch die starken Merkfähigkeitsstörungen zu einer massiven Unsicherheit des Betroffenen führen kann, oder ein Schlaganfall, der von heute auf morgen aufgrund einer schweren Lähmung zu Pflegebedürftigkeit führt, das Gefühl von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein reaktivieren.

Nicht nur Krankheiten, auch das Altern an sich kann mit den damit verbundenen Einschränkungen eine Kränkung darstellen, zu realer oder subjektiv erlebter Hilflosigkeit führen und so den Prozess der Traumareaktivierung begünstigen. Folgen der Traumareaktivierung können Depressionen, Ängste oder psychosomatische Symptombildungen sein (z.B. Schmerzsyndrome, Übelkeit).

Als weitere Hintergründe für diesen Prozess werden u.a. folgende Ursachen diskutiert:

Im Alter ist mehr Zeit und Gelegenheit vorhanden, um Unbewältigtes wahrzunehmen. Außerdem beschäftigen sich Ältere mehr mit ihrer Vergangenheit. Viele Ältere spüren, dass sie noch eine unerledigte Aufgabe haben, der sie sich stellen wollen oder müssen. Und schließlich besteht bei älteren Menschen eine erhöhte Verletzlichkeit aufgrund sensorischer und motorischer Einschränkungen.

Es handelt sich bei der Traumareaktivierung um ein sehr individuelles Geschehen. Die auslösende Situation in der Gegenwart ist der Situation, in der das Trauma in der Vergangenheit erlebt wurde, oft nicht nur in der emotionalen Qualität ähnlich, sondern auch in äußeren Merkmalen. Individuelle Auslöser können z.B. Krähengeschrei, Flugzeuggeräusche, slawische Worte, verdorbene Lebensmittel, bestimmte Gerüche sein.

Vor allem unter seelischer Belastung wie bei Erkrankung und Tod der Eltern kann die Konfrontation mit traumabezogenen Reizen zur Wiederbelebung von traumatisch empfundenen Sinneseindrücken (Bildern, Geräuschen) führen, die bedrohlich realistisch erlebt werden („Es ist genau wie damals“)

Typische Auslöser für eine Traumareaktivierung sind auch Berichte, Dokumentationen und Filme über Krieg und Vertreibung. In den vergangenen Jahren waren das z.B. der Krieg im Kosovo oder der Terroranschlag auf das World Trade Center in New York.

Traumareaktivierung (nach Heuft 1999):

verzögert auftretende PTBS, die im höheren Lebensalter (wieder) auftritt und auf früheren Traumata beruht

Frau A. war wegen Rückenschmerzen und Schwindel in unserer tagesklinischen Behandlung. Sie war eine fröhliche, lebensfrohe und offene Patientin. Die Nachricht, dass sie am Wochenende einen Suizidversuch verübt hatte, überraschte das gesamte Team. Hatten wir möglicherweise etwas übersehen? Gab es vorher

Anzeichen für eine Depression? Doch keiner der Kollegen konnte sich das Verhalten von Frau A. erklären.

Nach einer 10tägigen Behandlung in der Psychiatrie wurde Frau A. wieder zu uns verlegt. Sie erzählte im Gespräch mit mir, dass sie in den Nachrichten etwas über den Bombenanschlag auf eine Diskothek auf Bali gesehen habe. Schon der erste Bericht habe sie nicht losgelassen, so dass sie am Abend noch mehrmals die Nachrichten angesehen habe. Die Bilder hätten bei ihr Erinnerungen an die Nachkriegszeit wachgerufen, die alten Schmerzen seien wieder aufgetaucht. Dies sei so furchtbar gewesen, dass sie ohne nachzudenken, zu den Rasierklingen gegriffen habe, die sie sich am Tag zu vor gekauft habe, um wie immer die Hornhaut an den Füßen zu beseitigen. Sie habe sich die Pulsadern aufgeschnitten, im nächsten Moment aber Hilfe geholt, da sie ja nicht sterben wollte.

Frau A. war von den russischen Besatzern gezwungen worden, grausamen Tötungen von deutschen Männern zuzusehen. Als ein Bekannter von ihr getötet wurde, sei sie zusammengebrochen. Die Soldaten hätten sie damals ausgepeitscht und geschlagen, wovon sie noch heute eine Narbe am Knie habe. Die Suizidhandlung war bei ihr durch die Ähnlichkeit der Bilder ausgelöst worden. Die Beschwerden, wegen derer sie die Tagesklinik eigentlich aufgesucht hatte, waren verschwunden.

5. Exkurs Trauma und Demenz

5.1. „Flucht in die Demenz“

Es wird diskutiert, dass die Demenz als Bewältigungsstrategie dient, um erlebte Traumata weiter verdrängen zu können (vgl. dazu z.B. Böhmer 2000). Man habe es dann mit einer so genannten Pseudodemenz zu tun. Es handele sich dabei um eine Erkrankung, die vom klinischen Bild einer Demenz ähnele, aber keine sei. Der Begriff Pseudodemenz ist veraltet und sollte weder in diesem noch einen anderen Zusammenhang verwendet werden. Handelt es sich um Merkfähigkeitsstörungen bei einer psychischen Krankheiten, sollte man diese auch so benennen, also z.B. „kognitive Störungen im Rahmen einer Depression. Depression können natürlich traumabedingt sein. Die kognitiven Störungen sind dann aber nur eine Folgeerscheinung und keine Ursache.

Durch eine gewissenhafte Diagnostik (v.a. auch in Form neuropsychologischer Untersuchungen) können solche Fehleinschätzungen vermieden werden. In der heutigen Praxis passiert es viel seltener, dass Depressionen fälschlicherweise für Demenzen gehalten werden als umgekehrt !!!

5.2. „Verdrängte sexualisierte Gewalterfahrung als Ursache für Beginn bzw. Ausbruch einer Demenz“

Bezüglich dieser Hypothese bleibt abzuwarten, was die Traumaforschung in den nächsten Jahren an neuen Erkenntnissen bringen wird. Man weiß allerdings bereits, dass es bei andauernder Traumatisierung in der Kindheit zu strukturellen Veränderungen im Gehirn kommen kann. Gegenwärtig gibt es jedoch noch keinen Beweis für einen Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und Demenz. Auslöser (nicht Ursache) für die klinische Manifestation der Demenz im Alter sind meist aktuelle Lebensereignisse wie der Tode des Partners oder ein Krankenhausaufenthalt.

Auch hier sei auf die dringend notwendige Differentialdiagnose Demenz / Depression / PTBS hingewiesen.

5.3. Traumareaktivierung durch Demenz

Durch das "Leben in der Vergangenheit" treten bei Dementen alte Erinnerungen wieder mehr in den Vordergrund. Kontrollmechanismen (intellektuelle Kontrolle der Situation) und Abwehrmechanismen (Verdrängung) lassen nach oder fallen weg. Es kann leicht zur Reaktivierung alter Gefühle von Ausgeliefertsein und Hilflosigkeit kommen, insbesondere auch in der Pflegesituation (Eingriff in persönlichen Schutzraum). Um mit den Demenzkranken angemessen umgehen zu können, ist es notwendig, möglichst genaue Kenntnisse über traumatisierende Situation zu erfahren (Befragung Angehöriger) und durch die Beobachtung von Reaktionen Rückschlüsse auf die traumatische Situation zu ziehen. Dadurch wird es möglich, auslösende Situationen und Reize zu vermeiden.

Demente Menschen sollten abgelenkt werden, wenn sie immer wieder von Traumata berichten, sie benötigen Geborgenheit und Sicherheit. Man sollte Dementen erklären, was man tut, auch wenn er/sie es nicht versteht.

6. Spätfolgen von Kriegserlebnissen

6.1 Flucht und Vertreibung

14 Millionen Menschen wurden am Ende des Zweiten Weltkrieges aus deutschen Staats- oder Siedlungsgebieten vertrieben oder flüchteten von da. Zwei Millionen kamen dabei ums Leben (Reichling, 1986). Die Mehrzahl der Flüchtlinge / Vertriebenen waren Frauen, Kinder und alte Menschen. Jede achte deutsche Frau aus damaligem deutschen Reichsgebiet war von Flucht oder Vertreibung betroffen.

Die Spätfolgen der Extrembelastungen, denen diese Menschen ausgesetzt waren, wurden bis in die 90er Jahre nicht untersucht. 269 Menschen nahmen an einer Studie über traumatische Erfahrungen am Ende des II. Weltkrieges teil (Teegen, F. & Meister, V. (2000). Sie waren zum Zeitpunkt der Erhebung im Durchschnitt 69 Jahre alt.

Von den befragten Personen waren alle (!) mit traumatischen Erfahrungen konfrontiert wie dem plötzlichen Verlust von Familienangehörigen (75 %)¹, Hunger (82 %), Beschuss/Bombardierung (68,8 %), Miterleben von Vergewaltigung (52 %), Anblick verstümmelter/misshandelter Toter (49,8 %), Miterleben von Hinrichtungen (24,2 %), Vergewaltigung (18,5 %, nur Frauen).

62 % der Untersuchungsteilnehmer litten im Monat vor der Befragung unter intrusiven Symptomen, d.h. wiederkehrenden belastenden Erinnerungen und dem plötzlichen Wiedererleben traumatischer Situationen. 34 % gaben ein erhöhtes Erregungsniveau an. 5 % erfüllen die Diagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung, 35 % unter einer partiellen.

Bei 43 % der Befragten lag eine deutlich messbare psychische Belastung (GSI) vor, bei 54 % kardiovaskuläre, gastrointestinale und respiratorische Beschwerden oder Schmerzzustände, bei 36 % dysphorische Stimmung / Depressivität bzw. deren kognitive Korrelate, bei 39 % Ängstlichkeit und bei 46 % phobische Angst. Die emotionale Kommunikationsfähigkeit war deutlich eingeschränkt, es zeigte sich die Tendenz, Gefühle zu verleugnen oder abzuspalten.

Der Globale Beschwerde-Index (GSI) der SCL-90-R ist ein Maß für die allgemeine psychische Belastung .

¹ 58,7 % Trennung von Familienangehörigen, 16,7 % (gewaltsamer) Tod von Angehörigen

6.2 Bombardierung

Eine weitere große Gruppe ziviler Kriegsoffer sind Menschen, die wie Frau C. Bombardierungen miterlebt haben. In der Nacht vom 13. auf den 14. Februar 1945 hielten sich in Dresden schätzungsweise 400.000 Menschen auf, unter ihnen viele Flüchtlinge, Vertriebene und Soldaten. Ca. 35.000 Menschen starben in dieser Nacht, das Innenstadtgebiet wurde zu 95 % zerstört.

Maercker, A. et al. (1999) gingen in ihrer Studie über Dresdner Bombennachtsopfer der Frage nach, ob ein traumatisches Ereignis wie die Bombennacht nicht nur pathologische Folgen sondern auch das Einsetzen eines persönlichen Reifungsvorganges ermöglichen kann.

Sie untersuchten und befragten 50 Jahre nach Kriegsende 47 Personen, die zwischen 57- 95 Jahren alt und zu 80,9 % Frauen waren. Unter anderem wurden Aussagen vorgegeben wie "Durch mein Erleben in der Bombennacht und ihrer Folgen ... lernte ich, mehr Sinn im Leben zu finden". Alle Personen gaben mindestens einen Traumaparameter an (z.B. Nähe zu Bombenabwürfen, körperliche Verletzung, Tod von Angehörigen). Es konnte ein Zusammenhang zwischen der Traumadosis und der PTBS-Symptomatik aufgezeigt werden, der am höchsten mit der Nähe zu Bombenabwürfen assoziiert war.

Die traumabedingte persönliche Reife korrelierte mit der Traumaintensität, d.h. dass dieser Prozess nur bei schwerer Traumaexposition zum Tragen kommt. Diese Menschen erkennen und nutzen persönliche Ressourcen eher (internale Kontrollüberzeugungen). Sie erleben stärkere positive Veränderungen ihrer Person und ihrer Wahrnehmung von der Welt, unabhängig vom Ausmaß der psychopathologischen Spätfolgen. Es scheint sich um zwei parallel verlaufende Prozesse zu handeln.

Aus Tiefeninterviews mit Menschen, die extreme Belastungen gut bewältigt hatten, entwickelte Antonovsky (1997) das Konzept salutogenetischer Einstellungen, die als Schutz- bzw. Resilienzfaktor wirken können; Kohärenzgefühl drückt die Fähigkeit aus, Erfahrungen geistig einzuordnen, zu verstehen und ihnen einen Sinn zu geben, nimmt mit dem Alter zu und steht in umgekehrten Verhältnis zu posttraumatischer Symptombildung (Maercker 1998).

Vielleicht helfen die Konzepte von Kohärenzgefühl und traumabedingter persönlicher Reife, besser zu verstehen, warum angesichts der großen Anzahl von Vertriebenen und Flüchtlingen, von Bombenopfern, Männern, die Soldaten und in Gefangenschaft waren, Frauen, die vergewaltigt wurden, vieler Menschen, die Hunger und Kälte ausgesetzt waren, nicht die meisten alten Menschen unter Depressionen, Ängsten oder psychosomatischen Beschwerden leiden.

7. Therapeutische Ansätze

Bis vor wenigen Jahren wurde über die psychischen Folgen des Krieges bei deutschen zivilen Opfern nicht gesprochen oder geschrieben. Auch die Betroffenen schweigen oft, manchmal aus Angst, falsch oder nicht verstanden, manchmal, weil das Erlebte unaussprechlich, manchmal, weil sie meinen, es sei nicht erzählenswert, weil es doch vielen damals so gegangen sei.

Auch Frau C., die sich bei Kriegsende um ihren kleinen Bruder gekümmert hatte, hat geschwiegen. Als sie auf Anraten eines Klinikseelsorgers in die Psychosomatische Tagesklinik für Ältere gekommen war, äußerte sie sich in den Gruppentherapien kaum zu persönlich wichtigen Themen.

Sie konnte sich aber in den Einzelgesprächen öffnen und für sie schmerzliche Themen ansprechen. Dabei zeigte sie sich als gut introspektionsfähig und konnte mit Bildern arbeiten (z.B. „Mein Herz ist ein Nadelkissen, da passt immer noch eine Nadel rein.“). Die ihr in der Kindheit zugefügten seelischen Verletzungen konnte sie auf diese Weise in Zusammenhang mit der aktuellen Symptomatik bringen.

Die Abwehr der alten Gefühle durch psychosomatische Symptombildungen geschieht bei Frau C. wohl auch zur Aufrechterhaltung der Ichstärke in der Gegenwart.

Nachdem die Patientin in den ersten beiden Behandlungswochen am Sinn der Behandlung zweifelte und mehrfach den Abbruch der Therapie ankündigte, zeigte sich ab der dritten Woche eine deutliche Symptomreduktion. Vor allem der gesteigerte Antrieb reduzierte sich, die Patientin gab außerdem an, gelassener zu sein. Auch die gastrointestinalen Beschwerden verringerten sich.

Frau C. nahm am Auffrischtag der PTK 55+ teil, es ging ihr gut und sie erwägt, den Faden der begonnenen Psychotherapie wieder aufzunehmen und sich erneut in unser Einrichtung behandeln zu lassen.

Die Psychosomatische Tagesklinik für Ältere ist keine Spezialeinrichtung zur Traumatherapie, aber sie hilft vielen älteren Menschen, einen ersten Zugang zur Psychotherapie zu finden. Sie erleben, dass sie nicht allein sind mit ihrem Problem, sie erkennen Zusammenhänge zwischen den Erlebnissen der Kindheit und den aktuellen Beschwerden, sie machen die Erfahrung, dass Veränderung möglich ist und sie kein „hoffnungsloser Fall“. Sie lernen Methoden kennen, die sie auch zu Hause nutzen können.

Im Anhang finden Sie einen Überblick über die Psychosomatische Tagesklinik für Ältere.

Literatur:

Aarts, D.G. et al. (1997) Mental health of world war II Dutch resistance veterans. Paper presented at the 5th European Conference on Traumatic Stress. Maastrich, the Netherlands.

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag

Böhmer, M. (2000) Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Franz, M. et al. (2005). Das Fehlen der Väter und die spätere seelische Entwicklung der Kriegskinder in einer deutschen Bevölkerungsstichprobe. In: Radebold, H. (Hg.). Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen

Heuft, G. (1999) Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. In: Z Gerontol Geriat 32: 225-230

Kessler, R.C. et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. In: Archives of General Psychiatry, 52 1048-1060

Maercker, A. (1998). Posttraumatische Belastungsstörungen. Psychologie der Extrembelastungen bei Opfern politischer Gewalt. Lengerich: Pabst (zugleich Habilitationsschrift an der Technischen Universität Dresden)

Maercker, A., Herrle, J. & Grimm, I. (1999). Dresdner Bombennachtsopfer 50 Jahre danach: Eine Untersuchung patho- und salutogenetischer Variablen. Zeitschrift für Gerontopsychologie, 12 (3), 157-167

Reichling, G. (1986). Die deutschen Vertriebenen in Zahlen. Teil 1. Umsiedler, Verschleppte, Vertriebene, Aussiedler 1940-1985. Kulturstiftung der deutschen Vertriebenen. Meckenheim: Wahrlich-Druck

Sander, H. & Johr, B. (2005) Neuauflage. BeFreier und Befreite. Frankfurt am Main: Fischer

Teegen, F. & Meister, V. (2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. IN ZS für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 13 (3/4), 112-124

Weltgesundheitsorganisation (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien (2. korr. Auflage), Deutsche Übersetzung / Herausgeber: H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt, Bern: Huber

Yehuda, R. et al. (1997). Alexithymia in Holocaust survivors with and without PTSD. Journal of Traumatic Stress, 10 (1), 93-100

Autorin:

Dr. Corinne Adler (Dipl.-Psychologin, Psychoanalytische Paar-, Familien- und Sozialtherapeutin)
Klinikum Nürnberg, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
Haus 8
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1
90419 Nürnberg
E-Mail: corinne.adler@klinikum-nuernberg.de

Die Psychosomatische Tagesklinik (PTK) 55+ am Klinikum Nürnberg (Leitender Arzt: Prof. Wolfgang Söllner) - **die erste und einzige derartige Einrichtung für Menschen**

- **die nicht mehr jung sind**
- **in Lebenskrisen**
- mit **körperlichen Einschränkungen**, die **schlecht bewältigt** werden können
- mit psychischen Krankheiten wie **Depressionen** oder **Ängste**
- mit **Konflikten** in der Partnerschaft oder Familie
- mit Körperbeschwerden, für die sich keine organischen Ursachen finden lassen (**funktionelle / somatoforme Beschwerden**)
- die durch die Betreuung oder **Pflege eines Angehörigen ausgebrannt** oder erschöpft sind
- die **sich selbst verloren** haben
- die Angst vor dem **Verlust der Selbstständigkeit** haben
- die sich aus **sozialen Kontakten zurückgezogen** haben
- deren **Gedächtnis** etwas **nachlässt**
- die **trauern**
- die unter den Folgen von **Traumatisierungen** in der Kindheit oder Jugend (z.B. in der Kriegs- und Nachkriegszeit) leiden und Gefühle von Ausgeliefertsein und Hilflosigkeit erleben

Die Rahmenbedingungen der Behandlung in der PTK 55+

- 9 Patienten (ab Mitte 50 bis über 80 Jahre)
- 2 bis 6 Wochen Behandlung in tagesklinischen Setting (abends und am Wochenende zu Hause)
- Montag bis Freitag 09.30 Uhr bis 16 Uhr im Klinikum Nürnberg Nord
- Aufnahme nach Vorgespräch und mit Einweisung über niedergelassenen Arzt
- Kostenübernahme durch Krankenkasse
- Interdisziplinäres Team aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften und Kunsttherapeuten

Die Voraussetzungen für die Behandlung in der PTK 55+

- Bereitschaft, sich mit der eigenen Lebenssituation und Biografie auseinandersetzen zu wollen
- ausreichende Mobilität, um selbstständig ins Klinikum Nürnberg Nord kommen zu können
- medizinische Abklärung körperlicher Beschwerden erfolgte bereits ambulant
- keine Suizidalität, Demenz oder schwere Depression

Das Therapieprogramm der PTK 55+

- Gruppentherapie (tiefenpsychologisch fundiert)
- Gesprächs- Kunst-, Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, kognitives Training und Psychoedukation
- Einzelgespräche, Paar- oder Familiengespräch

Kontakt / Terminvereinbarung für ein Vorgespräch / allgemeine Information:

Frau Sämann

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Klinikum Nürnberg Nord,
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1, 90419 Nürnberg

0911 / 398 7390

E-Mail: petra.saemann@klinikum-nuernberg.de

Haftungsfragen und Haftpflichtversicherungsschutz für Menschen mit Demenz

Markus Knott, München

§ 823 BGB - Schadenersatzpflicht

Wer vorsätzlich oder fahrlässig des Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstandenen Schadens verpflichtet.

Deliktsunfähig

Geistig behinderte Menschen sind durch das Gesetz insoweit geschützt, in dem sie nicht deliktsfähig sind und somit nicht haftbar gemacht werden können.

§ 827 BGB - Ausschluss und Minderung der Verantwortlichkeit

Wer im Zustand der Bewusstlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem anderen Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich.

➤ Versicherungsschutz in der PHV
Nur Abwehrschutz.

➤ Notwendig
Einschluss der Deliktsunfähigkeitsklausel

Beispiel – Haftpflicht

	Deutsche Vorsorge	
Voraussetzung zum Abschluss	Keine	
Variante A + B Versicherungssummen	3.000.000 € 50.000 € 5.000 €	pauschal P + S V DU*
Selbstbeteiligung	Keine	
Variante C Versicherungssummen	5.000.000 € 50.000 € 10.000 €	pauschal P + S V DU*
Selbstbeteiligung	Keine	

Versicherter Personenkreis	Deutsche Vorsorge
Variante A	Der behinderte Mensch
Variante B	Die Familie und der behinderte Mensch
Variante C	Die Familie und der behinderte Mensch

Prämien brutto	
Variante A	66,70 €
Variante B	80,00 €
Variante C	87,20 €

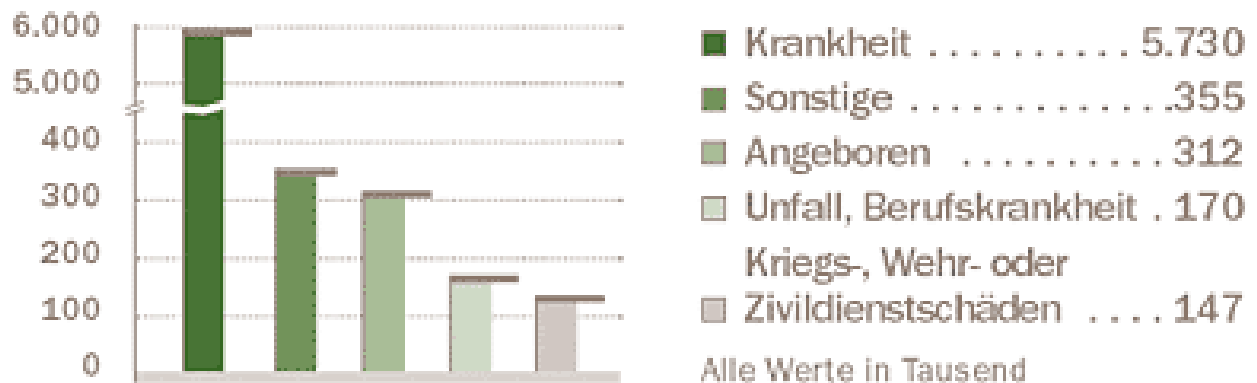
Definition der Behinderung

§ 2 Behinderung - SGB IX

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Ursachen für Behinderungen in Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt; Stand Ende 2001



Demenz und Kfz-Haftpflichtversicherungsschutz

Demenz ist ein Oberbegriff für eine Vielzahl von Erkrankungen. Allen etwa 55 Unterformen der Demenz ist gemeinsam, dass sie zu einem Verlust der Geistes- und Verstandsfähigkeiten (Intelligenz) führen. Typisch ist eine Verschlechterung der Gedächtnisleistungen, des Denkvermögens, der Sprache und des praktischen Geschicks, jedoch keine Trübung des Bewusstseins. Diese Veränderungen haben zur Folge, dass Menschen mit Demenz ihre alltäglichen Aufgaben nur eingeschränkt oder sogar überhaupt nicht mehr ausführen können. Oftmals stellt sich ein versicherungsrechtliches Problem, zum Beispiel dann, wenn ein Demenzerkrankter mit einem Kfz im Straßenverkehr fahren möchte.

Versicherungsschutz:

Jeder Halter eines Kraftfahrzeugs ist gesetzlich verpflichtet, für sich, den Eigentümer und den Fahrer eine Haftpflichtversicherung zur Deckung der durch Gebrauch des Fahrzeugs verursachten Personenschäden, Sachschäden und sonstige Vermögensschäden abzuschließen.

Grundsätzlich besteht Versicherungsschutz über die Kfz-Haftpflichtversicherung, wenn ein Demenzerkrankter im Straßenverkehr ein Fahrzeug führt. In den Allgemeinen Bedingungen für die Kraftfahrtversicherung (AKB) ist kein Ausschlussstatbestand formuliert, wonach sie z. B. wegen Geistesstörung nicht unter den Versicherungsschutz fallen. Dieser weite Versicherungsschutz erklärt sich aus dem Schutz von anderen Personen, die durch den Gebrauch eines Kraftfahrzeugs geschädigt werden können. Diese Personen sollen mit dem Kfz-Haftpflichtversicherer einen solventen Ansprechpartner für den Ausgleich ihrer Forderungen haben.

Die Frage des (fehlenden) Versicherungsschutzes von Demenzerkrankten in der Kfz-Haftpflichtversicherung stellt sich daher regelmäßig nicht. Hierin ist auch die Begründung zu sehen, warum es - soweit ersichtlich - keine veröffentlichten Entscheidungen von Gerichten zu dieser Frage gibt.

Ein demenzerkrankter Versicherungsnehmer kann sich allerdings gegenüber dem Kfz-Haftpflichtversicherer aus dem Gesichtspunkt der Gefahrerhöhung (§ 23 des Versicherungsvertragsgesetzes) regresspflichtig machen. Der Kfz-Haftpflichtversicherer muss zwar bei einem Verkehrsunfall gegenüber dem Geschädigten leisten, im internen Verhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer ist der Versicherungsnehmer allein zur Schadenübernahme verpflichtet, wenn er nach Abschluss des Vertrags ohne Einwilligung des Versicherers eine Erhöhung der Gefahr vornimmt. In der Kfz-Haftpflichtversicherung können nicht nur Mängel des Fahrzeugs, sondern auch solche in der Person des Fahrers eine Gefahrerhöhung begründen. Der Fall, dass ein Fahrzeug von einem fahruntüchtigen Fahrer benutzt wird, liegt rechtlich gesehen nicht anders, als wenn ein verkehrsuntaugliches Fahrzeug in Betrieb genommen wird.

Selbst wenn eine Erkrankung bereits vor Abschluss des Versicherungsvertrages vorgelegen hat, ändert das nichts an der Gefahrerhöhung. Für den Bereich der Kfz-Versicherung gilt insoweit die Besonderheit, dass die „Vornahme“ einer Gefahrerhöhung i.S. v. § 23 VVG nach dem Vertragsabschluss allein in der Tatsache

liegt, dass der Versicherungsnehmer das Fahrzeug trotz seiner verkehrsbeeinträchtigenden Erkrankung laufend benutzt.

Diese Rechtssprechung wird seit mehr als 40 Jahren durch den Bundesgerichtshof regelmäßig bestätigt. In diesem Zusammenhang sind einige Urteile von Obergerichten ergangen, bei denen an Epilepsie erkrankte Versicherungsnehmer im Straßenverkehr ein Fahrzeug führten (z. B. OLG Nürnberg, Urteil vom 22.04.1998, (U 4173/98, VersR 2000, 46 und OLG Stuttgart, Entscheidung vom 25.04.1996, 7 U 37/96, VersR 1997, 1141).

Epilepsie unterscheidet sich zwar als sog. Anfallsleiden strukturell von der Demenz, die zu einem degenerativen Verlust von früher erworbenen Fähigkeiten führt. Beiden Krankheiten ist jedoch gemeinsam, dass sie aus versicherungsrechtlicher Sicht zu einem Zustand erhöhter Gefahr führen können. Aus diesem Grund dürften bei Demenzerkrankten vergleichbare Maßstäbe anzulegen sein.

Dem Kfz-Haftpflichtversicherer sollte daher die Demenzerkrankung vorsorglich angezeigt werden, damit dieser nicht den Einwand der Gefahrerhöhung vorbringen kann.

Haftung:

Der Demenzerkrankte kann grundsätzlich nur haftpflichtig gemacht werden, wenn ihm ein Verschulden an einem Unfall trifft. Das Gesetz stellt allerdings in § 827 BGB klar, dass derjenige, der in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem anderen Schaden zufügt, für den Schaden nicht verantwortlich ist (sog. Deliktsunfähigkeit).

Davon zu unterscheiden ist die verschuldensunabhängige Haftung nach § 7 Straßenverkehrsgesetz (StVG), die trotz etwaig bestehender Deliktsunfähigkeit greift. Der Halter und damit auch der hinter ihm stehende Kfz-Haftpflichtversicherer ist einem Geschädigten, ohne dass es auf ein Verschulden ankommt, für einen beim Betrieb seines Kraftfahrzeugs entstehenden Schaden haftpflichtig, es sei denn, das Unfallereignis beruht auf höherer Gewalt. Diese strenge Haftung gilt nur für den Kraftfahrzeughalter bzw. dessen Kfz-Haftpflichtversicherer; ein Fahrer, der nicht gleichzeitig Halter ist, haftet verschuldensunabhängig (§ 18 Abs. 1 StVG).

Problematisch ist, inwieweit ein Demenzerkrankter in einer konkreten Unfallsituation delikts-unfähig war. Grundsätzlich wird diese Frage in jedem Einzelfall nur durch ein medizinisches Gutachten geklärt werden können. Pauschale Wertungen - wie zum Beispiel bei leichter Demenz bestehe Deliktsfähigkeit, bei schwerer Demenz liege Deliktsunfähigkeit vor, und alles andere sei einzelfallabhängig - verbieten sich.

An der juristischen Wertung bezüglich der fehlenden Haftung bei Deliktsunfähigkeit bestehen keine Zweifel. Schwierigkeiten bereitet lediglich die Feststellung, wann eine Krankheit wie Demenz so schwerwiegend ist, dass keine Deliktsfähigkeit mehr besteht. Nachweispflichtig dafür ist derjenige, der sich darauf beruft (also im Regelfall der Demenzerkrankte).

Fahrerlaubnis:

Von den Fahrerlaubnisbehörden wird überwacht, ob Verkehrsteilnehmer noch die zum Führen von Kraftfahrzeugen notwendige Eignung haben. Bereits im frühen Demenzstadium ist das Reaktionsvermögen sowie die Einschätzung von Entfernungen und Geschwindigkeiten meist erheblich eingeschränkt, so dass eine erhöhte Unfallgefahr besteht. Das örtliche Straßenverkehrsamt prüft dann - ggf. unter Zuhilfenahme eines vom betroffenen beizubringenden ärztlichen Gutachtens -, wie sich die krankheitsbedingten Folgen auf die Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeugs auswirken. Bei fehlender Eignung kann die Fahrerlaubnis entzogen werden.

Die Fahrerlaubnisbehörde wird regelmäßig tätig, wenn Tatsachen bekannt werden, die Bedenken gegen die Eignung begründen. Aus naheliegenden Gründen vermeiden es Betroffene, ihre Fahreignung prüfen zu lassen. Wir raten Demenzerkrankten (ggf. auch den Betreuern) dringend dazu, sich ihrer Verantwortung im eigenen Interesse bewusst zu sein und sich wenigstens regelmäßig beim Arzt über ihre Fahreignung zu informieren. Nicht ausreichende Fahreignung kann nicht nur zu einer Gefährdung von anderen Personen führen, die Betroffenen setzen sich auch selbst einem erhöhten Unfallrisiko aus.

Strafrechtliche Relevanz:

Der Tatbestand der Gefährdung des Straßenverkehrs (§ 315c StGB) kann bereits verwirklicht werden, wenn jemand infolge geistiger Mängel nicht in der Lage ist, ein Fahrzeug im Straßenverkehr sicher zu führen und dadurch Menschen oder Sachen von bedeutendem Wert gefährdet. Zur Verwirklichung des Straftatbestandes muss es nicht zu einem Unfall gekommen sein, die bloße Gefährdung reicht schon aus. Gerade der strafrechtliche Aspekt wird häufig außer Acht gelassen. Deshalb ist es wichtig, dass die Betroffenen eindringlich auf die möglichen Folgen hingewiesen werden und wissen, welches Risiko sie eingehen.

Zusammenfassung:

Demenzerkrankte genießen grundsätzlich Versicherungsschutz in der Kfz-Haftpflichtversicherung. Um die Deckung der Versicherung nicht zu gefährden, sollte die Erkrankung dem Versicherer vorsorglich angezeigt werden. Eine Haftung kann entfallen, wenn nach Prüfung des Einzelfalles der Demenzerkrankte nicht deliktstüchtig war.

E-Mail-Adresse Markus Knott: mknott@union-verdi.de

Workshop 1

Begleitung Angehöriger zur filialen Reife

PD Dr. Sabine Engel, Erlangen

In dem Workshop sollen die im Vortrag angesprochenen Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige in Kleingruppenarbeit und anschließendem gemeinsamen Austausch konkretisiert werden:

Auf welche Weise können pflegende Angehörige ganz konkret:

- Informationen über die Krankheit bzw. die Beeinträchtigungen des zu betreuenden Familienangehörigen, seine Defizite, seine verbliebenen Kompetenzen und seine Einschränkungen erhalten?
- professionell darin unterstützt werden, vor dem Hintergrund des Wissens um den Pflegebedürftigen die eigene Situation zu reflektieren und sich ihrer neuen, veränderten Rolle bewusst zu werden?
- darin bestärkt werden sich von den „alten Zielen“ zu lösen, ohne Gefühle des Selbstwertverlustes zu erleiden?
- Hilfe erfahren bei der Suche und dem Wählen der „neuen Ziele“?
- professionell in der Fähigkeit unterstützt werden, die eigene Aufmerksamkeit und die Bemühungen auf die neuen Ziele zu konzentrieren und sich nicht durch Störfaktoren, beispielsweise dem anderslautenden Wunsch des Pflegebedürftigen, von den „neuen Zielen“ ablenken zu lassen?
- gefördert werden in ihrem Bemühen, die Verantwortung für eine einseitig gewordene Beziehung zu übernehmen und diese Beziehung zu gestalten?
- Informationen über die verschiedenen existierenden Entlastungs- und Unterstützungsangebote erhalten?
- Hilfe dabei erfahren, ihre Schwellenängste gegenüber Entlastungsangeboten zu überwinden?
- unterstützt werden, um über ihre innerpsychischen Beweggründe zu reflektieren, die sie bislang an dem Ziel haben festhalten lassen, die Versorgung des Pflegebedürftigen ganz alleine zu bewältigen?

Workshop 2

Angehörigenarbeit mit Migranten/innen

Johanna Myllymäki-Neuhoff, Nürnberg

- Die Lebenserfahrungen meiner Klienten kann ich nicht ändern, aber wie schaffe ich Vertrauen? Wie lerne ich Professionalität im kulturellen Kontext?
- Wie lerne ich, die Heterogenität der Migranten wirklich zu erfassen, denn nicht alle Migranten machen mit Beratungsstellen negative Erfahrungen wie Frau Heinrich und Herr Erdogan.
- Wie erkenne ich die vermeidbaren Missverständnisse und meine eigenen Fehldeutungen in den Gesprächssituationen?
- Welche Zugänge kann ich finden für fremde Denk- und Handlungsweisen, ohne dass ich Ethnologin werden muss? Was sind Selbst- und Fremdbilder und wie kann ich sie erkennen?
- Wie finde ich überhaupt einen Zugang zu etwas Fremdem? „Missverständnis im Einverständnis“ ist im Berufsalltag etwas Alltägliches - wie deute ich Situationen, die mit Missverstehen einhergehen. Wie fördere ich das Verstehen?
- Die Problematik der Kommunikation mit Klienten mit Migrationshintergrund ist stets komplex. Sie umfasst Aspekte wie das Verständnis von den Dingen, die zum Gegenstand der Beratung werden; die Einstellung zur Beratungssituation und zu dessen Ergebnis oder das Verhältnis zum Berater und vieles mehr. Eine große Frage ist immer: Wie erkenne ich Konflikte und wenn ich sie erkenne, soll ich sie klar und offen benennen?
- Diese vielen einleitenden Fragen waren zum Teil schon Gegenstand des Vortrages. Das Ziel des Workshops ist es, sich mit dem *Kulturellen* in uns und in anderen vertraut zu machen, so dass auch die professionelle Kommunikation leichter fallen kann.

Workshop 3

Traumata in der Biografie älterer Frauen – Auswirkungen auf das Vorgehen in der Beratung

Dr. Corinne Adler, Nürnberg

Mit der Psychosomatischen Tagesklinik für Ältere am Klinikum Nord verfügt Nürnberg über eine in dieser Form einzigartige psychotherapeutische Einrichtung zur Behandlung Älterer. Die Referentin wird im Rahmen des Workshops aus ihrer praktischen Erfahrung in der Psychotherapie mit Älteren berichten. Die Teilnehmer sind aber auch herzlich eingeladen, eigene Fallbeispiele vorzustellen.

Auf der Basis des Vortrages „Traumatisierung in der Biografie älterer Frauen“ werden diese oder weitere Themen im Workshop vertieft:

- Verschweigen von Traumata
 - o Wie erkenne ich, dass Traumata nicht angesprochen werden?
 - Auffallende „Lücken“ oder „Zeitsprünge“ bei der Schilderung der Biografie
 - Andeutungen („Meine Mutter war oft im Krankenhaus, da war ich mit meinem Bruder allein zu Hause. Er war ja 10 Jahre älter als ich, na ja, aber das ist ja lange her. Und mit meiner Mutter konnte ich nicht reden“)
 - Symptomsprache (z.B. Vermeiden jeglicher Berührung)

Vorsicht! All diese Hinweise können auch andere Ursachen haben

- o Wann spreche ich dieses Thema an, wann nicht?
 - keine feste Regel, oft emotionale Entscheidung, Berufserfahrung (lieber einmal zuwenig als einmal zu viel nachfragen)

Vorsicht! Gefahr der Retraumatisierung durch erzwungene Erinnerungsarbeit

- o Wie spreche ich dieses Thema an (mögliche Gesprächseinstiege)
 - Bei Verdacht auf Traumatisierung im Zusammenhang mit Kriegserlebnissen: „Bei Kriegsende waren sie ja 18 Jahre alt, wo waren Sie damals?“
 - Bei Verdacht auf Traumatisierung im Zusammenhang mit Flucht und Vertreibung:

„Viele Menschen haben während der Vertreibung schreckliche Dinge erlebt“, danach eine Sprechpause, um die Möglichkeit zu geben, auf dieses Angebot einzugehen, danach evtl. „Wie war das denn bei ihnen?“ oder „Sie müssen nicht darüber sprechen. Ich weiß aber, dass damals viele schlimme Dinge geschehen sind.“
 - Bei Verdacht auf Traumatisierung in der Kindheit: „Wenn jemand in der Kindheit schlimme Dinge erlebt, kann sich das bis ins Alter auswirken.“
„Man weiß heute, dass Kinder, denen in der Kindheit weh getan wurde, im Alter oft Depressionen oder Ängste haben oder auch körperliche Beschwerden, z.B. Kopfschmerzen oder Übelkeit“

- Wie gehe ich damit um, wenn Traumata in der Beratung direkt angesprochen werden?
 - o Sicherheit geben
 - auf Schweigepflicht hinweisen
 - keine Notizen in dem Moment machen
 - sich selbst vergewissern, dass man das Gesagte aushalten kann („Containerfunktion“)
 - o Wertschätzen und Anerkennen, dass sie sich traut darüber zu sprechen
 - o Entlastung durch Zuhören und Empathie
 - viele Frauen sind allein dadurch entlastet, wenn sie einmal an ihrem Lebensende das Erlebte loswerden können, ohne dass weitere Therapie folgen müsste
 - o Gefahr der Überflutung der Betroffenen
 - Struktur geben und begrenzen, wenn man den Eindruck hat, dass es gefühlsmäßig zuviel wird (Gefahr der Retraumatisierung)

Achtung! Es geht nicht darum, die alten Gefühle noch einmal durchzuleben!

Mögliche Interventionen:

- „Ich weiß jetzt, dass Ihnen damals etwas Schlimmes zugestoßen ist. Gut, dass Sie es mir erzählt haben / danke, dass Sie mir so viel Vertrauen entgegen bringen. Aber ich habe jetzt den Eindruck, es tut Ihnen nicht gut alles noch mal im Detail zu erzählen. Ist es in Ordnung für Sie, wenn Sie diese Geschichte erst mal wieder für sich behalten, Wenn Sie möchten, können wir ein andermal noch einmal darüber sprechen.“
 - „Wir haben jetzt noch 10 Minuten Zeit und Sie sind jetzt sehr aufgeregt. Das kann ich gut verstehen. Aber Sie müssen jetzt gleich wieder in das aktuelle Leben hinaus. Deshalb möchte ich Sie bitten, jetzt wieder den Deckel auf den Topf zu legen, den Sie gerade geöffnet haben. Ich möchte nämlich auch nicht, dass es Ihnen zu viel wird“
 - „Sie rutschen jetzt wieder ganz in die alten Gefühle rein, sind wieder das kleine Mädchen. Aber Sie sind jetzt eine erwachsene Frau, wir haben das Jahr 2007, heute können Sie sich wehren! Frau X, schauen Sie mich bitte an. Das ist alles lange her, Sie sind jetzt erwachsen. Ich möchte, dass Sie wieder in die Gegenwart kommen usw.“
- Wie Sorge ich für mich?
 - o Burn-out-Prophylaxe, Psychohygiene
 - Supervision, Intervision
 - auf eigene Grenzen achten
 - Demenz als Flucht vor der Erinnerung oder als Auslöser von Traumaaktualisierungen im Alter? (siehe Manuskript Vortrag)
 - Warum muss ich als Helfer fundierte geschichtliche Kenntnisse haben, wenn ich mit Älteren arbeite?
 - o Vorstellung Älterer, dass in ihren Augen junge Helfer „sowieso nicht verstehen, wie das damals war“;
 - anerkennen, dass man damals tatsächlich noch nicht auf der Welt war und die ältere Frau „Expertin“ ist;

- zeigen, dass man sich aber für die damalige Zeit interessiert und sich umfassende Kenntnisse angeeignet hat (dies wird von Älteren enorm geschätzt!);
- o Um das Erzählte einordnen und nachvollziehen zu können:
Beispiel einer „Rumäniendeutschen“: „und dann war ich drei Jahre in Russland. Als ich wieder heimkam, habe ich bald geheiratet“
Hinter „drei Jahren Russland“ verbirgt sich in der Regel eine Zeit schwerster Entbehrungen, meist Arbeit unter Tage im Bergwerk, Hunger, Krankheit, Miterleben des Todes von Freundinnen usw.
- Welche therapeutischen Möglichkeiten gibt es? (z.B. Stabilisierungstechniken, EMDR, Kunsttherapie, Einzel-, Gruppentherapie, Gruppe Frauennotruf)

Workshop 4

Bedürfnisorientierte Gestaltung von Kurs- und Gruppenangeboten für pflegende Angehörige

Sabine Tschainer, München

Die Akzeptanz von Angeboten für pflegende Angehörige - wie auch aller Dienstleistungen für jegliche Zielgruppe - wird entscheidend von der Bedarfsanalyse für das jeweilige Vorhaben geprägt. In einem ersten Schritt sollte somit eine Reflektion bisheriger Angebote als auch der aktuellen Situation erfolgen. Dies trifft auch gerade auf die Thematik von Pflegekursen nach SGB XI zu. Als klassische Fragen stellen sich beispielsweise folgende:

- Was könnten die Wünsche, Bedürfnisse, Verhältnisse....sein ?
- Welchen Nutzen bringen unsere Angebote den Angehörigen?
- Was hindert Angehörige Pflegekurse / Gruppenangebote zu nutzen ?
- Was sind die häufigsten Kritiken ?
- Was sind die häufigsten Konflikte ?
- Wie sieht der typische / aktuelle Klient aus ?
- Welche Klienten hat man in der Vergangenheit verloren ?
- Welche gewonnen ?
- Welche ähnlichen Angebote werden in unserer Region von anderen Stellen angeboten?

Im ersten Teil des Workshops werden die Teilnehmer in Kleingruppen diese Fragen - bezogen auf ihren beruflichen Alltag - reflektieren und die Ergebnisse im Plenum miteinander diskutieren. Eine entscheidende Kompetenz, um Kurse und Gruppen für Angehörige erfolgreich anbieten zu können, besteht darin, den vorhandenen Bedarf zu erkennen und aufzugreifen. Die Angehörigen können und sollen sich nicht den - aus Sicht der professionellen Anbieter sinnvollen - Hilfsangeboten der Institutionen anpassen müssen, sondern die Fachstellen müssen die Bedürfnisse der Angehörigen erkennen und entsprechend agieren. Aufbauend auf die Ergebnisse des ersten Workshop-Teils erfolgt im Zuge eines theoretischen Inputs und des Erfahrungsaustausches der TeilnehmerInnen die Bearbeitung der Rahmenbedingungen zur erfolgreichen Durchführung von Pflegekursen /Gruppenangeboten im Sinne der Vertiefung des vorhandenen Wissens. Eingebunden wird hier auch die inhaltliche Gestaltung mit Schwerpunktthemen, z.B. für Demenzkranke, Schlaganfall- oder Parkinsonpatienten.

Häufig wird noch unterschätzt, dass die Annahme von Hilfen für die Angehörigen einen großen Schritt darstellt und viel Selbstüberwindung kostet. Die Themenkreise „Scham- und Schuldgefühle bei pflegenden Angehörigen“ sind inzwischen ins Bewusstsein der professionellen HelferInnen getreten, geraten jedoch immer wieder im alltäglichen Handeln in der Hintergrund. Persönlichen Erfahrungen bzw. dem eigenen Verhältnis zu Scham- und Schuldgefühlen - im Sinne der Nachvollziehbarkeit - widmet sich der zweite Teil des Workshops. Auch hier geht es um die Stärkung professioneller Kompetenzen, um diese Gefühle bei Anderen akzeptieren und respektieren zu können. Dazu gehört auch Taktgefühl in der Begegnung mit Angehörigen, das fragt, wie er /sie verstanden sein möchte, welche Herangehensweise ihr oder ihm adäquat wäre. MitarbeiterInnen in der

Angehörigenarbeit benötigen diese Fähigkeiten, nicht zuletzt auch, um Kurse und Gruppen nicht am Bedarf und der psychischen Situation von Angehörigen vorbei zu gestalten.

Die Gestaltung von Gesprächsgruppen für Angehörige zum Thema Abschied und Trauer knüpft nicht zuletzt an das Thema „Schuldgefühle“ an. Die Notwendigkeit dieser thematischen Gruppenangebote - insbesondere für Angehörige von Demenzkranken - wird erörtert und mit Beispielen zu deren Gestaltung vertieft werden. So empfiehlt sich z.B. für Fachstellen in ländlichen Regionen die Durchführung eines Wochenendangebotes oder eines abgegrenzten Angebotes über vier Abende.

Sabine Tschainer
Dipl.-Theologin/Dipl.-Psycho-Gerontologin

aufschwungalt
Auenstr. 60
80469 München

Tel. 089/500 80 401
Fax 089/500 80 402

tschainer@aufschwungalt.de
www.aufschwungalt.de

Anhang: Programm der Fachtagung

Donnerstag, 27.09.2007

10.00 - 10.20 Uhr Stehkafee

10.20 - 10.30 Uhr Begrüßung

10.30 - 11.30 Uhr Referat 1

Besonderheiten der psychosozialen Beratung für Menschen mit
Migrationshintergrund

Johanna Myllymäki-Neuhoff, Dipl.-Psychogerontologin, Zentrum für
Altersmedizin, Nürnberg

11.30 - 12.30 Uhr Referat 2

Pflegende Angehörige auf dem Weg zur filialen Reife – wie können sie
durch Beratungsarbeit unterstützt werden?

PD Dr. Sabine Engel, Dipl.-Psychogerontologin, IPG Erlangen

12.30 - 13.30 Uhr Mittagspause

13.30 - 16.00 Uhr Workshops / Kaffeepause 15.00 - 15.15 Uhr

Workshop 1 Beleitung Angehöriger zur filialen Reife
PD Dr. Sabine Engel, Dipl.-Psychogerontologin

Workshop 2 Angehörigenarbeit mit Migranten/innen
Johanna Myllymäki-Neuhoff,
Dipl.-Psychogerontologin

Workshop 3 Traumata in der Biografie älterer Frauen – Auswirkungen
auf das Vorgehen in der Beratung
Dr. Corinne Adler, Dipl.-Psychologin

Workshop 4 Bedürfnisorientierte Gestaltung von Kurs- und
Gruppenangeboten für pflegende Angehörige
Sabine Tschainer, Dipl.-Psychogerontologin,
aufschwungalt GbR, München

16.00 - 16.15 Uhr Pause

16.30 - 17.30 Uhr Netzwerkforum

Berichte aus den Regionen und Arbeitskreisen

Freitag, 28.09.2007

9.15 - 10.30 Uhr Referat 3

Traumatisierung in der Biografie älterer Frauen

Dr. Corinne Adler, Dipl.-Psychologin, Tagesklinik Nürnberg

10.30 - 10.45 Uhr Pause

10.45 - 11.45 Uhr Referat 4

Haftungsfragen und Haftpflichtversicherungsschutz für Menschen mit Demenz

Markus Knott, UNION-Versicherungsdienst, München

11.45 - 12.45 Uhr Mittagspause

12.45 - 15.15 Uhr Workshops / Kaffeepause 14.15 – 14.30

Workshop 1 Begleitung Angehöriger zur filialen Reife
PD Dr. Sabine Engel, Dipl.-Psychogerontologin

Workshop 2 Angehörigenarbeit mit Migranten/innen
Johanna Myllymäki-Neuhoff,
Dipl.-Psychogerontologin

Workshop 3 Traumata in der Biografie älterer Frauen –
Auswirkungen auf das Vorgehen in der Beratung, Dr.
Corinne Adler, Dipl.-Psychologin

Workshop 4 Bedürfnisorientierte Gestaltung von Kurs- und
Gruppenangeboten für pflegende Angehörige
Sabine Tschainer, Dipl.-Psychogerontologin, aufschwungalt
GbR, München

15.15 Uhr Tagungszusammenfassung/Schlusswort

15.30 Uhr Ende der Tagung

Impressum:

Angehörigenberatung e.V. Nürnberg

Adam-Klein-Str. 6

90429 Nürnberg

Tel.: 0911/26 61 26

Fax: 0911/287 60 80

E-Mail: info@angehoerigenberatung-nbg.de

www.angehoerigenberatung-nbg.de

Gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen