



Diplomarbeit

Selbsthilfegruppen - eine Form von
Belastungsbewältigung für Angehörige Betroffener in
kritischen Lebensphasen

Verfasserin
Hildegard Zöchmeister

Angestrebter Akademischer Grad
Magister der Philosophie (Mag. phil)

Wien, im November 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt

Pflegewissenschaft

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Roland Girtler

1. EINLEITUNG	2
1.1. Vorwort	2
1.2. Persönlicher Zugang zum Forschungsthema.....	4
1.3 Zur Einleitung und zum Nachdenken.....	5
2. METHODISCHE GRUNDLAGEN	6
2.1. Methode.....	6
2.1.1 Die qualitativ - teilnehmende Beobachtung	6
2.1.2 das „ero-epische Gespräch“	8
2.1.3. Datenerhebung und -auswertung.....	9
2.2 Das Forschungsfeld	11
2.2.1. Einige Daten zu HSSG	11
2.2.2. Beobachtete Angehörige Betroffener und die LeiterIn der SHG	13
3 SELBSTHILFEGRUPPE - KRANKHEITSBILDER	17
3.1. Selbsthilfegruppe.....	17
3.2. Krankheitsbild ALZHEIMER	19
3.2.1. Was ist Alzheimer	20
3.2.2. Erkennen der Alzheimer – Krankheit.....	21
3.2.3 Stadien und Verlauf der Alzheimer – Krankheit.....	21
3.2.4. Diagnose.....	24
3.2.5. Behandlung.....	24
3.3. DEPRESSIONEN – eine Form der affektiven Störungen	25
3.3.1 Major Depression	26
3.3.2 Bipolare Störung	27
4. ERGEBNISSE BELASTUNGEN VON ANGEHÖRIGEN	28
BETROFFENER	28
4.1. Belastungen bei Alzheimer - Kranken	28
4.1.1. Angst auf Veränderungen nach Krankenhausaufenthalt.....	28
4.1.2 VERHALTEN – und PERSÖNLICHKEITSVERÄNDERUNG	31
Veränderungen der zwischenmenschlichen Beziehungen	31
4.1.3. SOZIALE AUSGRENZUNGEN	48
4.1.4. PHYSISCHE BELASTUNGEN	54
4.1.5 ANGST DES VERLUSTES	55
4.2. Belastungen bei DEPRESSIONEN.....	56
4.2.1 Trauer und Depression	57
4.2.2. Depressive Störungen.....	58
4.2.3. Reaktive Depression – eine „Anpassungsstörung“	59
4.2.4. Neurotische Depression, als Persönlichkeitsentwicklung	61
4.2.5. Endogene Depression	64
4.2.6. Affektive Störungen	64
5. ERGEBNISSE BELASTUNGSBEWÄLTIGUNG VON	68
ANGEHÖRIGEN BETROFFENER IN SHG.....	68
5.1. Entlastungen bei ALZHEIMER	68
5.1.1. Information, Aufklärung über Krankheit - SHG steht mit Rat	68
und Tat zur Seite	68
5.1.2. SHG der richtige Ansprechpartner bei Verhaltens- und	70
Persönlichkeitsveränderungen.....	70
5.1.3. Regelmäßige Besuche führen zur Entlastung und	72
Selbstbestätigung	72
5.1.4 Lernen über Probleme und Gefühle zu sprechen	74
5.1.5. Ängste und schlechtes Gewissen abbauen	76
5.1.6. Zeit für sich selbst – Freiräume schaffen – eigenen	76
Bedürfnisse erkennen – Kraft danken	78

5.1.7 Grenzen erkennen und akzeptieren	80
5.1.8 Familie – Freunde – Kranke – Pflegeperson	82
5.1.9. Alltag nach dem Treffen in der SHG	84
5.1.10.Hilfe von außen annehmen.....	85
5.2. Entlastungen bei Depressionen	86
5.2.1.„Wie geht es Ihnen heute?“	87
5.2.2. SHG erleichtern den Alltag zu bestehen	89
5.2.3 Mit der Aufgabe wachsen	92
5.2.4 Verstanden zu werden, ohne Erklärungen.....	93
5.2.5. Erwartungen an die SHG, um eine Entlastung zu bekommen	94
5.2.6. SHG helfen mit den Gefühle der Depressiven umzugehen.....	95
5.2.7. SHG lehren Familienmitglieder mit Depressionen umzugehen.....	97
5.2.8. SHG können nur zum Teil negative Gefühle bewältigen	98
helfen.....	98
5.2.9. SHG verpönen Befindlichkeitsfloskeln.....	99
6. ZUSAMMENFASSUNG.....	100
7. SCHLUSSBETRACHTUNG.....	101
8. LITERATURVERZEICHNIS	103

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbst verfasst habe und mich keiner anderen als der angeführten Literatur bedient habe.

Hildegard Zöchmeister

DANKSAGUNG

Ich bedanke mich bei all jenen, die mich während des Studiums und der Arbeit unterstützt und begleitet haben:

Mein persönlicher Dank gilt Herrn Univ. Prof. Dr. Roland Girtler, der mir die Methoden der teilnehmenden Beobachtung nahe gebracht hat, und mich mit Rat und Tat während des Schreibens der Diplomarbeit unterstützt hat.

Ich danke Frau Univ. Prof. Dr. Elisabeth Seidl, die sich freundlicher Weise als Zweitprüferin zur Verfügung gestellt hat. Frau Prof. Seidl gab mir zu Beginn meines Studiums, in ihren Seminaren einen ausführlichen Einblick in die Materie der Pflege.

Ein großer Dank gilt allen TeilnehmerInnen der Selbsthilfegruppen, die mich in ihren Gruppen herzlich aufgenommen haben und mir durch die gemeinsamen Abende einen Einblick in ihre Lebenssituation gewährten.

Weiters gilt mein Dank all jenen Angehörigen Betroffener, die mir für ein „ero-pisches Gespräch“ zur Verfügung standen. Durch ihre aufrichtigen und ehrlichen Aussagen erhielt ich einen Überblick über ihr Leid und ihre Freude mit ihren kranken Familienmitgliedern.

Meinen beiden Kindern Bettina und Bernhard ein großes Dankeschön, die mich ermutigten diese Diplomarbeit zu schreiben. Sie standen mir hilfreich mit Tipps und Anregungen, jeder Zeit zur Seite.

Vergessen möchte ich nicht meinen Partner, der mich in jeder Art und Weise motivierte und unterstützte und meine stressbedingten Launen tapfer ertragen hat.

Gleichzeitig geht der Dank an meinen Arbeitgeber, der mir Freiraum und Verständnis entgegenbrachte. Dadurch wurde es mir möglich diese Diplomarbeit, neben meinen 40- Stunden Job, zu schreiben.

Allen von Herzen ein Vergelt's Gott, die mich unterstützt haben.

1. EINLEITUNG

1.1. Vorwort

Die Versorgung der hohen und laufend wachsenden Zahl von demenzkranken Menschen, die durch die Alterung der Bevölkerung hervorgerufen wird, ist ein großes sozial- und gesundheitspolitisches Problem.

Die Alzheimer - Demenz ist für mindestens 50 Prozent aller Demenzen verantwortlich. Die Prävalenz von Alzheimer ist altersabhängig. In der Altersklasse unter 60 Jahren beträgt diese 0,04 Prozent, bis zum 70. Lebensjahr 1 Prozent, zwischen 80 und 84 Jahren 9 Prozent und im Alter von über 95 Jahren 40-50 Prozent. Frauen haben ein um etwa 20-30 Prozent höheres Erkrankungsrisiko als Männer. (Berlit; 2007: S. 204)

Laut Schätzungen werden 60-80 Prozent der Menschen, die Hilfe brauchen, zu Hause betreut. Nur 5 Prozent nehmen mobile Dienste in Anspruch. Die Angehörigen werden meist unvorbereitet in die Rolle des Pflegers gedrängt. Sie fühlen sich allein gelassen. Meist sind die Erkrankten ihre Lebenspartner. In vielen Fällen sind die Angehörigen Betroffener selbst schon über 65 Jahre alt.

Die Belastungen der Angehörigen Betroffener, die selbst keine entsprechende Ausbildung haben stoßen auf Herausforderungen, denen sie kaum oder nur schwer gewachsen sind. Je nach Krankheitsverlauf wird die Betreuung immer schwieriger, zeitaufwendiger und aussichtsloser. (Gerschlager, Baumgart; 2007 S. 144)

Angehörige Betroffener suchen Rat, Halt und Hilfe bei Selbsthilfegruppen (SHG). In den SHG bekommen sie Tipps, Informationen und holen sich Kraft für den Pflegealltag.

Weiters kommen Menschen in ihrem Leben mit affektiven Erkrankungen in Berührung wie zum Beispiel mit Depressionen.

Die Prävalenz (Häufigkeit) depressiver Erkrankungen beträgt etwa 8 Prozent der Bevölkerung. Davon betreffen etwa 3 -5 Prozent schwere depressive Störungen (depressive Episoden, bzw, major Depression). (Arolt, Reimer, Dilling; 2007: S. 139)

Schätzungen ergeben, dass etwas 21 Prozent aller Frauen und 17 Prozent aller Männer einmal in ihrem Leben an einer schweren Depression leidern. (Kessler 1994 S. 676)

Depressionen fordern einen hohen Preis von den Gepeinigten, von ihren Familien und von der Gesellschaft. Eine europäische Studie (Kessler 1994 S. 676) fand heraus, dass Menschen, die an einer wiederkehrenden Depression leiden, etwa ein Fünftel ihres Lebens in Krankenhäusern verbringen. Etwa 20 Prozent der Betroffenen sind durch ihre Symptome derart behindert, dass sie nie wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen können. (Zimbardo, Gerrig; 2004; S.676)

In Selbsthilfegruppen lernen Angehörige Betroffener mit der Krankheit ihrer Familienmitglieder umzugehen, die Krankheit zu akzeptieren und diese als einen Teil ihres Lebens anzusehen. Angehörige Betroffener besuchen diese Gruppen um ihre Familienmitglieder zu verstehen und ihnen so gut wie möglich beizustehen.

In dieser Arbeit wurde erarbeitet, inwieweit Selbsthilfegruppen zur Entlastung beitragen und wie Angehörige Betroffener Kraft, Mut, Verständnis und Motivation für den Alltag mitnehmen und somit eine Stütze für ihre Betroffenen sind.

Die Ergebnisse basieren auf Aussagen von Angehörigen Betroffener. Es wurden zwei SHG für pflegende Angehörige mit Alzheimer – Kranken und eine Selbsthilfegruppe für Betroffene und deren Angehörigen mit affektiven Störungen untersucht. In dieser Arbeit spiegeln sich die subjektive Sichtweisen wieder und können daher von den tatsächlichen Gegebenheiten abweichen.

Das Ziel dieser Untersuchung ist nicht die Beschreibung von objektiven Realitäten, sondern das subjektive Erleben von Belastungen und demzufolge die Entlastungen durch Selbsthilfegruppen.

Das Spektrum der objektiven und subjektiven Belastungen der Angehörigen Betroffener von Alzheimer – Kranken und Depressiven ist mannigfaltig und vielschichtig.

Die dargestellten Belastungs- und Entlastungsfaktoren decken das Spektrum nicht ab, geben aber einen Überblick über die physische und psychische Situation von Angehörigen Betroffener.

1.2. Persönlicher Zugang zum Forschungsthema

Mit meinem Studium habe ich im 40. Lebensjahr begonnen. Ich wollte es mir selbst noch einmal beweisen und zeigen, dass es möglich ist, neben Familie und Beruf ein Studium zu beginnen und dieses zu beenden.

Mein Leben wurde begleitet von Höhen und Tiefen. Wie auch andere habe ich miterleben müssen, wie ein mir nahe stehender Angehöriger schwer erkrankt und an dieser Krankheit nach vielen schmerzhaften Jahren, verstarb.

Schnell, ohne zu fragen kam ich in die Lage ein Angehöriger Betroffener zu sein, der sich mit den physischen und psychischen Belastungen der Pflege des geliebten Familienmitgliedes auseinandersetzen musste.

Es gab viele Situationen an denen ich verzweifelte und überfordert war. Hilflos suchte ich nach einem Anker, aber den gab es leider nicht.

Das einzige, das es zu dieser Zeit bei uns am Land gab, war eine mobile Krankenschwester.

Es gab niemanden, mit dem ich über die Probleme, die tag- täglich neu aufgetreten sind, sprechen konnte, außer mit meiner Familie, die ich aber auch nicht zu sehr belasten wollte.

Weiters arbeitete ich mit einem Kollegen zusammen, der an affektiven Störungen litt. Er konnte erlernte, spezifizierte Arbeiten nicht mehr ausüben. Es war grauenhaft mit anzusehen, wie er herumsaß, weinte und nicht wusste was er tun soll. Genauso schlimm fand ich die Bemerkungen meiner Kollegen.

So ist es mir ein großes Bedürfnis, diese Arbeit über die Belastungen und Entlastungen von Angehörigen Betroffener zu schreiben.

In dieser Diplomarbeit wird auf Selbsthilfegruppen eingegangen um herauszufinden, ob Selbsthilfegruppen zur Entlastung Angehöriger Betroffener von Alzheimer – Kranken und Leuten mit Depressionen beitragen.

1.3 Zur Einleitung und zum Nachdenken

Jetzt liegt es an mir,
welche Visionen ich zulasse,
welche Wege ich gehe,
welche Möglichkeiten ich entdecke,
welche Sehnsüchte ich erlaube,
um wie viel Mut und Kraft ich bitte,
wie viele Widerstände zu überwinden ich bereit bin,
wie viel ich schenke und wie viel ich mir schenken lasse,
wie viel an Ehrfurcht ich aufbringe.

Jetzt liegt es an mir,
wie sehr ich selber zur Hoffnung werde
und dabei selber Erfüllung finde.

(Franz Schmatz)

2. METHODISCHE GRUNDLAGEN

2.1. Methode

In dieser Arbeit wurde über Selbsthilfegruppen (SHG), insbesondere über die Belastungen und Entlastungen Angehöriger Betroffener, geschrieben,

- die im Eigenheim einen Alzheimer – Kranken pflegen
- deren Familienmitglied unter Depressionen leidet

Diese Forschung soll aufzeigen, in wie weit Selbsthilfegruppen den Angehörigen Betroffener Hilfe und Stütze für den schwierigen Alltag sind.

Da es sich um Handlungen des Alltags und zwischenmenschliche Interaktionen handelt, wurde sich der **qualitativen Methode der Sozialforschung** bedient, die in der Forschung leider immer noch wenig Ansehen genießt (Roland Girtler; 2001 Methoden der Feldforschung, Böhlau Verlag Wien 4. Auflage Seite 35)

Das Wort „Methode“ leitet sich von den griechischen Wörtern für „Weg“ und für „nach“ oder „dorthin“ ab. Methode ist der „Weg“, der dorthin führt, wo ein bestimmtes Ziel erreicht wird oder es zu einem angestrebten Erkenntnis kommt (Roland Girtler, 2004; 10 Gebote der Feldforschung, Lit. Verlag Wien Seite 5)

Diese Arbeit wurde unter Anwendung der teilnehmenden Beobachtung - eine **Methode der qualitativen Sozialforschung und das „ero–epische (frei) Gespräch“** – durchgeführt.

2.1.1 Die qualitativ - teilnehmende Beobachtung

Unter Beobachtung verstehen wir das systematische Erfassen, Festhalten und Deuten sinnlich wahrnehmbaren Verhaltens zum Zeitpunkt seines Geschehens (R. König 1973; Handbuch der empirischen Sozialforschung, Stuttgart, 3. Auflage)

Bei der teilnehmenden Beobachtung handelt es sich um eine Methode der qualitativen Sozialforschung. Das Kennzeichen der teilnehmenden Beobachtung ist der Einsatz im natürlichen Umfeld der Untersuchungsperson.

Zur Methode der Beobachtung haben sich in der Literatur verschiedenen Begriffspaare entwickelt, die sich zwischen der „teilnehmenden“ und „nichtteilnehmenden“ der „strukturierten“ und „nichtstrukturierten“, der „offenen“ und „verdeckten“ der „direkten“ und der „indirekten“ Beobachtung unterscheiden. (Girtler 2001: S. 61) Dadurch entstehen auch unterschiedliche Beobachtungstypen.

Die hier gewählte und in dieser Arbeit verwendete Methode ist die teilnehmende unstrukturierte Beobachtung, anders bezeichnet die „freie“ Beobachtung. Sie gibt die Möglichkeit komplexe Situationen und Handlungsprozesse beinahe unbeschränkt zu erfassen.

Charakteristisch für die „freie“ Beobachtung ist, dass kein systematischer Erhebungsplan vorliegt und der Beobachter bestimmt, was, wie lange und auf welche Art und Weise zu beobachten ist (Girtler 2001: S. 62)

Herrn Prof. Dr. Girtler weist in seinen Seminaren darauf hin, **so lange zu beobachten, bis sich das zu Erforschende wiederholt.**

Bei dieser Forschung gilt es, dass der Beobachter alles unternehmen muss, um in den ihn interessierenden sozialen Bereich in einer gelungenen Weise eingeführt zu werden.

Der Beobachter braucht persönliche Kontakte, die zu freundschaftliche werden können, um von der zu beobachtenden Gruppe akzeptiert zu werden können, denn nur so wird es ihm möglich sein, relativ ungehindert in der spezifischen Alltagswelt sich zu bewegen, beobachten und diskutieren zu können. (Girtler 2001: S. 65)

Durch die aktive Teilnahme am Leben einer Gruppe kann deren Alltagswissen und deren Wertvorstellung annähernd übernommen werden.

Monatelang wurden SHG besucht, wurde mit den TeilnehmerInnen diskutiert, mitgeföhlt und von seinen Problemen erzählt und so das Vertrauen aufgebaut. Was besonders erfreulich und nennenswert ist, es haben sich Freundschaften aus den Gruppentreffen entwickelt.

In den oben erwähnten SHG wurden für diese Arbeit relevante Beobachtungen durchgeführt. Die erwähnten „ero-epischen Gespräche“ wurden zu Hause bei den Angehörigen Betroffener durchgeführt und auf Band aufgenommen.

Durch das Niederschreiben der Beobachtungsprotokolle wurden die Belastungen und Entlastungen herausgefunden, wurden in Kategorien gegliedert, die bei der Fertigstellung dieser Arbeit durch Interpretation niedergeschrieben wurden.

2.1.2 das „ero-epische Gespräch“

Zu der „freien teilnehmenden Beobachtung“ der Königin unter den Methoden der Feldforschung, tritt ein eingehendes Gespräch. Diese Methode wurde von Herrn Prof. Dr. Roland Girtler entwickelt und bekam den Namen „ero-epische Gespräch“.

Im Eigenschaftswort „ero – episch“ stecken die altgriechischen Wörter „Erotema“ und „Epos“. Erotema heißt die Frage beziehungsweise „eromai“ fragen, befragen und nachforschen. „Epos“ bedeutet „Erzählung“, „Nachricht“, „Kunde“ beziehungsweise „eipon“ „erzählen“

In einem „ero-epischen“ Gespräch ergeben sich Fragen aus dem Gespräch und der jeweiligen Situation, sie werden nicht im Vorhinein festgelegt wie bei Fragebogenuntersuchung und beim so genannten „narriativen Interview“.

Die Fragen und Erzählungen werden kunstvoll miteinander in einem Gespräch verbunden. In diesem Sinn ist der Begriff „ero-episches Gespräch“ ein breites Gespräch, in dem nicht nur einer erzählt sondern der Forscher selbst erzählend mitwirkt. (Girtler 2001: S. 147)

In dieser Forschung wurde versucht, die Gespräche vor allem nach dem Leitgedanken, der im 7. Gebot von Prof. Girtler beinhaltet ist, durchzuführen:

„Du sollst die Muße zum „ero-epischen (freien) Gespräch“ aufbringen. Das heißt, die Menschen dürfen nicht als bloße Datenlieferanten gesehen werden. Mit ihnen ist so zu sprechen, dass sie sich geachtet fühlen. Man muss sich selbst als Mensch einbringen und darf sich nicht aufzwingen. Erst so lassen sich gute Gesprächs- und Beobachtungsprotokolle erstellen (Girtler 2004: S. 4)

Die Gespräche in den Selbsthilfegruppen – Treffen wurden mit Stift und Block aufgezeichnet.

Die „ero-epischen Gespräche“, die mit den einzelnen Angehörigen Betroffener persönlich bei ihnen zu Hause durchgeführt wurden, wurden mit Diktiergerät aufgenommen.

Alle Gespräche und Aufzeichnungen wurden nach Einverständniserklärung der anwesenden Personen durchgeführt.

2.1.3. Datenerhebung und -auswertung

Für das Aufzeichnen der beobachteten Daten gilt, dass die Forscher selbst Wahrnehmungsinstrumente sind, sie müssen mögliche Wahrnehmungsverzerrungen be- und vermerken und immer wieder entscheiden wann, wie und was zu beobachten und aufzuzeichnen ist.

Protokolle sollen entweder direkt im Anschluss an der Beobachtung oder spätestens nach einer Nacht erstellt werden.

Beim Protokollieren sollen auch die abgelaufenen Interaktionen, Reaktionen auf außergewöhnliche Ereignisse sowie Differenzen zwischen Wort und Taten festgehalten werden. (Girtler 1992: S. 132ff)

Die ersten Protokolle liefern Daten, die bereits während der Feldarbeit interpretiert wurden und Hypothesenbildungen vorgenommen wurden. In den laufenden Forschungsprozess werden die Daten und Hypothesen verknüpft und zunehmend verallgemeinert. (Peter Atteslander(2003) Methoden der empirischen Sozialforschung 10. Auflage, Walter de Gruyter GmbH & Co KG , Berlin Seite 111)

Die Protokolle liefern Daten, die durch Inhaltsanalyse unter Einbeziehen der Theorie, die tatsächliche Wirklichkeit darstellen. (Atteslander 2003: S. 111)

„Die gefundene Wirklichkeit wird schließlich interpretiert, theoretisch eingeordnet und entsprechend dargestellt“. (Girtler 1992: S. 149)

In dieser Arbeit wurden Gesprächs- und Beobachtungsprotokolle interpretiert. Dadurch wurde über die Belastungen und Entlastungen in den SHG von Angehörigen Betroffener erfahren. Die immer wiederkehrenden, sich wiederholenden Aussagen wurden zusammengefasst. Diese wurden in Themen gegliedert und in dieser Arbeit niedergeschrieben. Um das Erforschte zu verdeutlichen, wurden die Aussagen der Angehörigen Betroffener über Belastungen und Entlastungen wörtlich in dieser Arbeit niedergeschrieben.

Es gibt keine Parameter um die Aussagen, das Handeln der befragten, beobachteten und betroffenen Angehörigen zu messen. In dieser Arbeit präsentieren sich Aussagen des täglichen Lebens von Angehörigen Betroffener, die Liebgewonnene Menschen in kritischen Lebensphasen begleiten und pflegen.

Unter Bezug auf Prof. Girtler's **9. Gebot der Feldforschung:**

„Du sollst dich nicht als Missionar oder Sozialarbeiter aufspielen. (...). Du bist kein Richter, sondern lediglich Zeuge!“ (Girtler 2004: S. 4).

2.2 Das Forschungsfeld

Das Forschungsfeld sind Selbsthilfegruppen (SHG) in Tulln, Hollabrunn und Krems. Die Treffen finden jeweils in einem Seminarraum in den Krankenhäusern der Stadt statt. Die Zimmer sind hell und mitten im Raum steht ein großer Tisch und rundherum stehen Sessel.

In Krems (SHG für Depressionen) treffen sich Betroffene und Angehörige in 14-tägigen Intervallen.

In Tulln und in Hollabrunn (SHG für pflegende Angehörige von Alzheimer – Kranken) findet einmal im Monat ein Treffen statt. Diese sind so gestaffelt, dass wenn jemand möchte, diese auch 14-tägig kombiniert besuchen kann.

Bei der SHG der Alzheimer – Kranken nehmen nur Angehörige Betroffener teil.

Die Selbsthilfegruppen der HSSG (Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit) sind Mitglieder des Dachverbandes der Niederösterreichischen Selbsthilfegruppen.

2.2.1. Einige Daten zu HSSG

HSSG ist eine Niederösterreichische Interessensvertretung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Personen, deren Seele leidet.

HSSG ist der Landesverband aller NÖ. Selbsthilfegruppen für psychosoziale Gesundheit. Sie ist Ansprechpartner für Betroffene, Angehörige, sowie alle professionellen HelferInnen, die mit HSSG Zielgruppen zusammenarbeiten.

HSSG helfen Menschen, sich selbst zu helfen.

Einige wichtige Jahreszahlen von HSSG:

2000: Ideenfindung und Erstgespräche zur Gründung von HSSG

2001: Laut Generalversammlung vom 07-03-2001 wurde HSSG gegründet.

2002: Beginn des Aufbaues unserer Regionalstellen - Ziel: HSSG Regionalstellen in allen politischen Bezirken Niederösterreichs

2004: Übersiedelung in das neue Büro in 3100 St. Pölten, Bahnhofsplatz 10

- Erweiterung der Regionalstellen auf derzeit 15

2005: GruppenleiterInnen-Vernetzungstreffen 2x jährlich

HSSG - Ausflug mit GruppenleiterInnen im Sommer 2005

Fachtagung "Angst - und Panik" im November 2005

2006: erster Kreativ-Basar zum Muttertag in den Räumen der Nieder -

österreichischen Gebietskrankenkasse in St. Pölten. - Gründung eines fachlich/wissenschaftlichen Beirates unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Heinz Katschnig (Uniklinik Wien)- Abhaltung der ordentlichen Generalversammlung im Mai 2006

Einrichtung eines "Betroffenen-Beirates" mit Koordinatoren für die Regionen Zentralraum St. Pölten, Mostviertel, Industrieviertel, Waldviertel und Weinviertel

- HSSG-Ausflug am 12.08.2006

Vernetzungstreffen "Selbsthilfe trifft fachliche Hilfe" mit PsychotherapeutInnen aus NÖ. am 29.09.2006

- Fachtagung - Schwerpunkt "Selbstwert + seelische Gesundheit" am 10.11.2006

HSSG bietet laufend Seminare, Workshops wie zum Beispiel:

- Umgang mit Depression, Angst- und Panikattacken
- Validation" für Angehörige von DemenzpatientInnen

Der Leitspruch von HSSG: "Wir wollen, dass es Dir gut geht"

Laufende Weiterbildung für die MitarbeiterInnen

-

- Teilnahme an fachspezifischen Schulungen zur Erhaltung und Steigerung der Beraterkompetenz
- Supervision
- dazwischen projekt- und themenbezogene Arbeitssitzungen.

HSSG arbeitet mit ProfessionistInnen aus anderen Berufsgruppen zusammen:

- NÖ: Psychiatrieplan, NÖ. Ethikkommission,
- Psychiatrische Krankenanstalten in NÖ.,
- Patientenanwaltschaften in NÖ.
- Psychosoziale Dienste (Caritas),
- sowie zahlreiche PsychotherapeutInnen, Lebens- und SozialberaterInnen

HSSG arbeitet mit folgenden Partnern zusammen:

Partner Auftraggeber:

- NÖGUS Soziales
- Bundessozialamt f. NÖ.
- NÖ. Gebietskrankenkasse,
- Dachverband der NÖ. Selbsthilfegruppen

Sponsoring-Partner:

- Banken, Versicherungen, Partner aus Wirtschaft und Industrie

Die Teilnahme an den Meetings ist kostenlos

2.2.2. Beobachtete Angehörige Betroffener und die LeiterIn der SHG

Alle MitarbeiterInnen des Vereins HSSG sind entweder selbst Betroffene oder durch nahe Kontakte in ihrem Umfeld mit dem Themenkreis vertraut.

LeiterInnen der SHG in Tulln und Hollabrunn sind alles Angehörige Betroffener. Sie haben/hatten selbst Alzheimer-Kranke zu Hause gepflegt. Sie sind zwischen 40 – und 70 Jahre alt und haben ein nettes offenes Wesen.

Das soziale Umfeld der LeiterInnen:

Gattin eines praktischen Arztes, Hausfrau, Mundartdichterin und Lehrerin.

Es ist eine Freude mit ihnen zu sprechen, denn sie wissen genau um welche Probleme es sich handelt. Sie sind bestens ausgebildet und finden schnell einen Zugang zu den Menschen, die die SHG besuchen,

Der Leiter von den SHG in Krems ist selbst Betroffener und hat die Höhen und Tiefen der Krankheit mitgemacht. Er hat den besten Zugang zu Betroffenen und auch zu deren Angehörigen. Er weiß genau was wer wo und wie gerade durchmacht und wie eventuell geholfen werden kann. Er ist Angestellter.

Die Angehörigen Betroffener, die während der Treffen immer anwesend waren, können nur allgemein beschrieben werden, da bei einem Treffen durchschnittlich zwischen 12 und 15 Personen anwesend sind.

Die Angehörigen Betroffener kommen alle von Kleinstädten und Dörfern in der Umgebung.

Bei den erforschten SHG liegt die Altersgrenze bei depressiven Kranken und deren Angehörigen zwischen 25 und 70 Jahre. Prozentuell besuchen 45% Männer und 55 % Frauen die SHG. Sie sind teils Angestellte, BeamtInnen, haben selbständige Tätigkeiten oder sind PensionistInnen. Durchschnittlich leiden sie, ohne dass sie es früher erkannt haben ca. 30 Jahre an Depressionen.

Die Altersgrenze der Angehörigen Betroffener von Alzheimer – Kranken in den erforschten SHG liegt zwischen 40 und 75 Jahre. Prozentuell besuchen 80% Frauen und 20% Männer die SHG. Sie sind teils Angestellte und teils PensionistInnen. Durchschnittlich pflegen sie ihre Angehörigen seit 8 Jahren. 24 - Stunden Pflege seit 2 Jahren.

Einzelnen werden ein paar Angehörige Betroffener, mit denen „ero-epische“ Gespräche geführt wurden, beschrieben:

Erwin ist 49 Jahre, praktischer Arzt und seine Frau Berta 47 Jahre, Sonderschullehrerin, in Ruhe. Sie kennen einander seit 1979 und sind seit 1987 verheiratet. Sie haben drei Kinder, 2 Söhne und 1 Tochter. Sie wohnen im Bezirk Scheibbs.

Berta ist groß, schlank hat lange, dunkle Haare und ist sportlich gekleidet. Ihr Blick ist anfangs fast immer starr, dieser ändert sich im Laufe der Treffen. Sie leidet seit ihrer Kindheit an Depressionen. Sie hat schon mehrere Suizidversuche hinter sich.

Erwin ist ein wenig untersetzt, Brillenträger und auch sportlich leger gekleidet. Beide besuchen die SHG seit Jänner 2008. Sind auf Anraten des Krankenhauses zur SHG gekommen. Lernte seine Frau nach einem Selbstmordversuch im Krankenhaus kennen.

Man fühlt, die beiden verstehen und ergänzen einander trotz der schweren Depressionen.

Weiters werden Edwin und Anna vorgestellt:

Edwin ist Landwirt 44 Jahre alt, mollig, hat braunes Haar und ist sportlich gekleidet. Er ist eher verschlossen, zeigt sich als unzugänglich. Das ändert sich im Laufe des Abends. Man fühlt, er fürchtet sich vor dem gemeinsamen Gespräch.

Seine Frau Anna ist Landwirtin, 45 Jahre alt, vollschlank, klein, hat braunes Haar und ist sportlich gekleidet. Was auffällt, sie hat trotz ihren Depressionen weiche Züge. Sie wurde vor drei Monaten von einem stationären Aufenthalt entlassen. Seit dieser Zeit besucht sie die SHG. Man hat das Gefühl, sie hat ihre Depression gut im Griff.

Sie sind 24 Jahre verheiratet und haben vier Töchter und leben am Land im Bezirk Zwettl.

Gerne werden auch Eva, Maria und Petra vorgestellt:

Eva ist 58 Jahre alt. Sie ist klein hat eine zierliche Figur und aufgestecktes schwarzes Haar. Sie ist selbständig. Sie pflegt ihre an Alzheimer erkrankte Mutter seit sechs Jahren.

Seit ein paar Monaten braucht Ihre Mutter eine 24- Stunden Betreuung. Eva ist nicht verheiratet und hat einen Sohn. Sie hat dunkle Ringe unter den Augen. Sie schaut müde aus und ist nervös. Man hat den Eindruck, sie steht kurz vor dem „Burn-out“.

Seit sie ihre Mutter rund um die Uhr pflegen muss, kann sie die SHG nicht mehr so oft besuchen. Früher hat sie diese regelmäßig besucht.

Petra ist 55 Jahre alt, eine kleine Frau mit schlanker Figur und hat einen flotten Kurzhaarschnitt. Sie hat ihren Job wegen ihres Gatten vor einigen Jahren gekündigt. Er ist seit 11 Jahren an Alzheimer erkrankt und seit 2 Jahren benötigt er 24 Stunden- Pflege. Sie ist mit ihrem Mann seit über 35 Jahre verheiratet. Sie haben zwei Kinder, die sie regelmäßig besuchen. In der Pflege machen sie aber nichts.

Ihre Augen strahlen, man hat das Gefühl sie fühlt sich wohl, sie hat sogar ein Lächeln auf ihren Lippen. Sie besucht regelmäßig die SHG und hat in der Gruppe eine Freundin gefunden. Beide treffen sich auch außerhalb der SHG.

Maria ist 60 Jahre alt, eine größere Frau mit grauen Haaren, mit Rock und Bluse bekleidet. Sie hat einen gebückten Gang und setzt sich langsam nieder. Sie signalisiert, dass sie eine schwere Last zu tragen hat. Sie pflegt ihren 70 Jahre alten Mann seit fünf Jahren. Er kann nicht mehr gehen. Essen kann er mit Hilfe noch allein.

3 SELBSTHILFEGRUPPE - KRANKHEITSBILDER

3.1. SELBSTHILFEGRUPPE

Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selbst oder als Angehörige – betroffen sind. (Zapotzky, Grausengruber, Mechtler (2000), S. 328)

Den Menschen, die sich in der SHG begegnen, eröffnen sich die Möglichkeit, im Kreise Gleichgesinnter zu lernen, besser mit ihren persönlichen Problemen umzugehen und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Das Ziel einer SHG ist es belastende Probleme in kritische Lebensphasen gemeinsam mit anderen betroffenen Personen, durch Erfahrungsaustausch besser bewältigen zu lernen.

Teilnehmer der SHG helfen sich gegenseitig durch die Weitergabe von Tipps, und profitieren durch neue wichtige Hinweise, die sie in der Gruppe hören.

Die Beteiligung an einer SHG bedeutet: **aktive Mitarbeit**

Die Intention jeder SHG ist, dass ihre Mitglieder **in eigener Sache** handeln.

Das vorrangige Ziel der Gruppenmitglieder ist es, **sich selbst zu helfen**.

(Matejcek, (1998) S. 15)

Der Psychoanalytiker Michael L. Moeller fasst die Bedeutung von SHG folgendermaßen zusammen:“ Für mich stellen SHG eine Form menschlichen Erkennens dar, nicht aber – und das ist entscheidend - in der Art einer ausschließlich rationalen Diskussionsrunde mit dem Ziel, fertige Ergebnisse zu produzieren, sondern in Form gelebter und reflektierender Beziehungen in einer überblickbaren Gemeinschaft, deren Entwicklung offen ist (...). Das Erkennen geschieht also über Herstellen, Mobilisieren und Erleben menschlicher Beziehungen,

(Moeller, 1996; S17)

Die Teilnahme an den Treffen der SHG ist freiwillig. Regelmäßiges Erscheinen und aktives Mitarbeiten in der Gruppe sind Voraussetzungen um seine selbst definierten, selbst festgelegten Ziele zu erreichen. Um einen Fortschritt und eine Entwicklung zu gewährleisten ist der Besuch der SHG über eine längere Zeit sinnvoll.

Charakteristisch für alle Selbsthilfegruppen ist, dass in ihnen zwei Prinzipien zum Tragen kommen – das **Prinzip der Selbsthilfe** (=Lösung von Problemen ohne professionelle Hilfe) und das **Gruppen – Prinzip** (gemeinschaftliche Bewältigung von Problemen). (Zapotzky, Grausengruber, Mechtler (2000), S. 327)

Weiters haben alle Selbsthilfegruppen gemeinsam:

In ihnen treffen sich Menschen, die ihre spezifische Leidenserfahrung und ihre Eigenverantwortung erkannt haben und in der Gruppe individuelle Bewältigungsstrategien suchen. (Zapotzky, Grausengruber, Mechtler (2000), S. 359)

Eine Gruppe sollte nur so viele Teilnehmer aufnehmen, dass jeder Besucher die Möglichkeit hat

- an den Diskussionen teilzunehmen
- seine/ihre Belastungen zu erkennen
- seine/ihre Probleme und seine/ihre Ängste auszusprechen
- und eine Beziehung zwischen Gehörten und den eigenen Erfahrungen herzustellen

Bedeutung der SHG:

- Austausch mit Gleichbetroffenen
- Stärkung des Selbstbewusstseins
- Gewinn von subjektiven Wohlbefinden
- Zunahme der Bewältigungskompetenz
- mit dem Problem nicht allein zu sein
- Mut die eigenen Lebenssituation zu verändern
- Neue Wege im Umgang mit den Belastungsfaktoren finden

3.2. Krankheitsbild ALZHEIMER

Lebenslauf von Alois Alzheimer: Die Krankheit Alzheimer wurde nach seinem Entdecker Alois Alzheimer benannt.

Alois Alzheimer kam als Sohn eines Notars und Justizrates, in einer streng katholischen Familie, am 14. Juni 1864 in Marktbreit, in Bayern zur Welt.

Die Naturwissenschaften begeisterten Alzheimer bereits während seiner Gymnasiumszeit in Aschaffenburg. 1883 maturierte er und studierte danach in Berlin, Tübingen und Würzburg Medizin.

1887 beendete Alzheimer seine Dissertation mit einer histologischen Studie über die Ohrenschmalzdrüsen an der Universität Würzburg.

Nach dem Studium lernte Alzheimer eine geistesranke Dame kennen, mit der er auf Reisen ging. Von da an interessierte er sich immer mehr für die Psychologie.

1888 kam Alzheimer als Assistent an die Frankfurter Irrenanstalt. Hier lernte er den Pathologen Franz Nissl kennen. Beide verband lebenslang innige Freundschaft.

1895 wurde Alzheimer Oberarzt und zum Nachfolger von Nissl benannt.

1894 heiratete Alzheimer die Witwe Cäcilia Wallerstein, die sehr vermögend war. Er bekam mit ihr drei Kinder. Durch seine Frau konnte er sich ohne Sorgen der Forschung widmen, die im Jahre 1901 an Angina verstarb

Seine Patientin Auguste Deter ging als „erste Alzheimer – Patientin“ in die Geschichte ein. Die Patientin mit Symptomen einer Gedächtnisstörung verstarb 1906. Alzheimer machte eine hirnpathologische Untersuchung und entdeckte dabei herdförmige Einlagerungen, die „Alzheimer – Plaques und Fibrillen“.

1903 kam Alois Alzheimer nach München, wo er von dem Psychiater Emil Kraepelin als Leiter des anatomischen Laboratoriums der Nervenlinik berufen wurde.

In den Jahren darauf untersuchte er weitere Fälle der Altersdemenz. 1904 habilitierte er sich mit der Arbeit „Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse“.

Viele Jahre arbeitete Alzheimer unentgeltlich und finanzierte sogar einige Mitarbeiter aus seiner eigenen Tasche, nach dem Ausspruch seines Vaters: „Der Stärkere soll den Schwächeren unterstützen.“

Im Jahre 1908 wurde Alzheimer zu außerordentlichen Professor ernannt. Zwei Jahre danach verwendete Kraepelin in seinem Lehrbuch das erstmals die Bezeichnung „Alzheimersche Krankheit“.

1912 wurde er an die Universität Breslau als Ordinarius für Psychiatrie und Klinikdirektor berufen.

Bald darauf erkrankte er an einer bakteriellen Entzündung der Herzinnenhaut.

Alois Alzheimer verstarb am 19. Dezember 1915 im Alter von 52 Jahren.

Infolge der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung findet das von ihm entdeckte und beschriebene Syndrom immer größere Verbreitung. (www.whoswho.de)

3.2.1. Was ist Alzheimer

Die Alzheimer Krankheit ist eine chronische langsam fortschreitende Erkrankung des Gehirns. Sie befällt vor allem den Schläfenlappen und den Scheitellappen und führt zu Störungen des Gedächtnisses, der Sprache, des Denkvermögens, des Erkennens und der Handhabung von Gegenständen sowie der örtlichen Orientierung.

Diese Störungen äußern sich im täglichen Leben durch eine verminderte Leistungsfähigkeit sowie durch eine Veränderung der zwischenmenschlichen Beziehungen.

Die Gesamtheit der seelischen Veränderungen, die als Folge der Alzheimer Krankheit auftreten, nennt man „Demenz“ (lateinisch: Zustand der Geistlosigkeit). Die Alzheimer – Krankheit stellt die häufigste Ursache einer Demenz dar.

3.2.2. Erkennen der Alzheimer – Krankheit

Nicht bei jedem Betroffenen sind die Symptome völlig gleich. Sie hängen in gewissen Grenzen vom Ausmaß und von der Ausbreitung der Veränderungen im Gehirn ab, werden aber auch durch Persönlichkeit, Ausbildungsniveau, Lebensumstände und körperliche Verfassung beeinflusst. Dennoch zeigt die Alzheimer - Krankheit einige typische Erkennungsmerkmale.

- Vergessen von kurz zurückliegenden Ereignissen
- Schwierigkeit, sich in vertrauter Umgebung zurechtzufinden
- Probleme bei der Ausführung gewohnter Tätigkeiten
- Nachlassendes Interesse an Arbeit oder Hobbys
- Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen

Der Arzt verwendet bei der Untersuchung bestimmte Testverfahren und Untersuchungen, um die Diagnose zu sichern.

3.2.3 Stadien und Verlauf der Alzheimer – Krankheit

Die Symptome der Alzheimer –Krankheit setzen schleichend ein und schreiten allmählich fort. Die Geschwindigkeit dieses Fortschreitens ist von Fall zu Fall unterschiedlich. Es ist nur sehr schwer vorhersagbar. Als Faustregel gelten, dass Krankheitsfälle, die bisher langsam verlaufen sind, auch langsam fortschreiten werden.

Gewöhnlich unterscheidet man drei Stadien der Alzheimer – Krankheit.

Erstes Stadium

Es bestehen leichtgradige, oder kaum bemerkte Symptome. Sie führen im täglichen Leben zu einer Beeinträchtigung komplexer Tätigkeiten und können folgende Bereiche betreffen:

- Gedächtnis, vor allem das Speichern von neuer Information (Kurzzeitgedächtnis, der Betroffene wiederholt Sätze oder Tätigkeiten, die er gerade zuvor gesagt oder getan hat)
- Sprache, vor allem Wortfindung und Präzision des Ausdrucks
- Denkvermögen, besonders schlussfolgern und urteilen
- örtliche Orientierung, zum Beispiel zurechtfinden in vertrauter Umgebung
- Antriebsverhalten, zum Beispiel Passivität oder Untätigkeit
- Störung der zeitlichen Orientierung (der Betroffene weiß Datum und Uhrzeit nicht mehr)

Viele Leute reagieren auf diese ersten krankheitsbedingten Veränderungen mit Beschämung, Angst, Wut oder Niedergeschlagenheit.

Zweites Stadium

Die Symptome sind so stark ausgeprägt, dass die selbständige Lebensführung nur noch mit erheblichen Einschränkungen und mit Unterstützung durch andere Menschen möglich ist. Sie betreffen die Bereiche:

- Gedächtnis, zum Beispiel vergessen von Namen vertrauter Personen
- Alltagsfunktionen, zum Beispiel Schwierigkeiten beim Ankleiden, im Bad, bei der Einnahme der Mahlzeiten oder bei der Benutzung der Toilette
- Örtliche Orientierung, zum Beispiel Probleme in der Wohnung die Zimmer zu finden, verirren außerhalb des Hauses
- Wahrnehmung in Form von Sinnestäuschungen oder illusionären Verkennungen.

- Die Betroffenen sehen zum Beispiel nicht vorhandene Personen
- Antrieb: oft besteht eine ausgeprägte Unruhe, die Betroffenen wandern ziellos umher oder drängen aus der Wohnung
- Verlorenes Zeitgefühl: der Betroffene kann Vergangenheit und Gegenwart nicht mehr unterscheiden

Drittes Stadium

Hier ist die selbständige Lebensfähigkeit aufgehoben. Die Betroffenen sind vollständig von ihren Familienangehörigen oder anderen Bezugspersonen abhängig. Das Gedächtnis ist nicht mehr in der Lage neue Informationen zu speichern. Die Sprache beschränkt sich nur mehr auf ein paar wenige Wörter. Die Angehörigen werden nicht mehr erkannt. Zu den hochgradigen Störungen der geistigen Leistungen kommen jetzt körperliche Symptome hinzu. Im dritten Krankheitsstadium können nun auftreten:

- Probleme beim Essen, auch mit Hilfe
- Unfähigkeit, Familienmitglieder zu erkennen
- Vornüber geneigter, schleppender und kleinschrittiger Gang
- Gefahr von Stürzen
- Verlust der Kontrolle über Blase und Harn
- Verändertes sexuelles Verhalten
- Zerebrale Krampfanfälle
- Schluckstörungen

Endstadium

Im Endstadium der Alzheimer – Krankheit kommt es zu einem Verfall der körperlichen Kräfte. Die Patienten werden bettlägerig, die Gefahr von Infektionen nimmt zu. Die häufigste Todesursache ist eine Lungenentzündung.

(NEUROSCIENCE: Alzheimer – Krankheit)

3.2.4. Diagnose

Zur Sicherung der Diagnose müssen Untersuchungen durchgeführt werden, die ausschließen, dass eine andere Erkrankung mit ähnlichen Symptomen vorliegt. Zu den notwendigen Untersuchungen gehören:

- Prüfung von Gedächtnis, Denken, Sprache, Erkennen von Gegenständen und Handhabungen anhand standardisierter Tests.
- Gründliche körperliche Untersuchung zum Ausschluss anderer Krankheiten zum Beispiel Schilddrüsenerkrankung
- Computertomographie oder Magnetresonanz des Kopfes dienen zum Ausschluss von Durchblutungsstörungen und Tumoren innerhalb des Gehirns
- Laborbestimmungen, um entzündliche Erkrankungen sowie Hormon- oder Vitaminmangelzustände erkennen

3.2.5. Behandlung

Eine Heilung ist nicht möglich. Es gibt aber wirksame und hilfreiche Behandlungsmöglichkeiten die beitragen können, die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu verbessern. Dazu gehören Medikamente, bestimmte psychologische Verfahren (zum Beispiel das tägliche Zeitungslesen, Rätsel lösen) und die Anpassung der äußeren Lebensumstände.

3.3. DEPRESSIONEN – eine Form der affektiven Störungen

Es gibt mit großer Wahrscheinlichkeit Zeiten in jedem Leben, die man als schrecklich niedergeschlagen oder unglaublich glücklich beschreiben kann. Bei manchen Menschen jedoch führen solche extremen Stimmungen zu einer Beeinträchtigung ihres normalen Lebens.

Eine **affektive Störung** ist eine Störung des emotionalen Gleichgewichts, wie beispielsweise eine schwere Depression oder der abrupte Wechsel von einer Depression zu einer Manie.

Schätzungsweise 19 Prozent aller Erwachsenen waren einmal von einer affektiven Störung betroffen (Kessler et al. 1994)

Es gibt zwei Kategorien der affektiven Störungen:

- die Major Depression
- die bipolare Störung

Die **Prävalenz** (Häufigkeit) depressiver Erkrankungen im zeitlichen Querschnitt beträgt etwa 8 Prozent davon betreffen etwa 3-5 Prozent schwere depressive Störungen (depressive Episoden bzw. major Depression)

Die Lebenszeitprävalenz der bipolar I Störung beträgt etwa 15-20 Prozent (manisch - depressive Erkrankung)

Familiäre Häufung bei bipolaren Störungen: Eltern, Geschwister, Kinder 10-15 Prozent, beide Eltern krank 30-40 Prozent. (Arolt, Reimer, Dilling, 2007; S. 139)

Geschlecht der Erkrankungshäufigkeit depressiver Störungen: Männer : Frauen etwa 1:2, bei bipolaren Erkrankungen etwa gleich. (Arolt, Reimer, Dilling, 2007; S. 140)

3.3.1 Major Depression

Die Depression wurde einmal als die „gewöhnliche Erkältung der Psychopathologie“ bezeichnet, weil sie einerseits sehr häufig auftritt und andererseits beinahe jeder im Verlauf seines Lebens einmal an einzelnen Symptomen der Störung leidet.

Jeder hat zu dem ein oder anderen Zeitpunkt einmal den Kummer über den Verlust einer geliebten Person empfunden oder sich traurig oder besorgt gefühlt, wenn er ein angestrebtes Ziel nicht erreichen konnte. Solche traurigen Gefühle sind nur ein Symptom, unter dem die Betroffene ein. (Philip G. .Zimbardo, Richard J. Gerrig, 2004, S. 675)

Kennzeichen einer Major Depression:

- dysphorische Stimmung (traurig, bedrückt, hoffnungslos, Verlust von Interesse und Freude an beinahe jeder normalen Aktivität)
- Appetit (Appetitlosigkeit, starker Gewichtsverlust)
- Schlaf (Schlaflosigkeit oder Hypersomnie (zu viel Schlaf)
- Motorische Aktivität (ausgesprochen verlangsamte motorische Aktivität (motorische Retardierung) oder starke Erregung
- Schuldgefühle (Gefühle der Wertlosigkeit, Selbstvorwürfe)
- Konzentration (verringerte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren, Vergesslichkeit)
- Suizid (wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidpläne oder – versuche)

Menschen bei denen eine Depression diagnostiziert wurde unterscheiden sich hinsichtlich des Schweregrades und der Dauer ihrer Symptomatik. Während viele Personen nur wenige Wochen lang zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens an einer Depression leiden, sind andere immer wieder episodisch oder chronisch über viele Jahre hinweg betroffen.

Schätzungen der Prävalenz von affektiver Störungen ergeben, dass etwa 21 Prozent aller Frauen und 17 Prozent aller Männer einmal in ihrem Leben an einer schweren Depression leiden (Kessler et.al. 1994)

3.3.2 Bipolare Störung

Bipolare Störungen sind durch einen Wechsel von Phasen schwerer Depression und manischen Episoden gekennzeichnet.

Eine Person in einer manischen Episode erlebt eine ungewöhnliche gehobene Stimmung und verhält sich expansiv.

Manchmal ist die dominierende Stimmung eher gereizt als gehoben, insbesondere dann wenn sich die Person in irgendeiner Weise eingeschränkt fühlt.

Während einer manischen Episode empfindet die Person häufig ein übermäßiges Selbstwertgefühl und einen unrealistischen Glauben daran, über bestimmte Fähigkeiten und Kräfte zu verfügen.

Die manische Episode hat ein stark verringertes Schlafbedürfnis und beschäftigt sich übermäßig mit Arbeit und sozialen Aktivitäten. In dieser Episode geht die Person unnötige Risiken ein, verspricht alles und gibt unter Umständen alles her, was er besitzt.

Verschwindet die Manie, muss sich die Person mit dem Schaden, den sie während der Zeit der Ekstase verursacht hat, auseinandersetzen.

Dauer und Frequenz der Stimmungsschwankungen variieren stark zwischen einzelnen Personen. Manche haben lange Phasen eines normalen Lebens, unterbrochen von gelegentlichen kurzen manischen oder depressiven Episoden.

Unglückselige Personen wechseln kontinuierlich zwischen manischer Depression und klinischer Depression, ein endloser Zyklus zerstörerisch für sie selbst, ihre Familien, ihre Freunde und ihre Kollegen. ((Philip G. .Zimbardo, Richard J. Gerrig, 2004, S. 677)

Bipolare Störungen sind viel seltener als schwere depressive Störungen. Sie treten nur bei etwa 1,6 Prozent der Erwachsenen auf und sind zwischen Männern und Frauen etwa gleich verteilt. (Kessler et al. 1994)

4. ERGEBNISSE - BELASTUNGEN VON ANGEHÖRIGEN BETROFFENER

4.1. Belastungen bei Alzheimer - Kranken

Zahlreiche Studien wie zum Beispiel „Kurzzeitpflege als entlastende Maßnahme für pflegende Angehörige“ oder „Situation pflegender Angehöriger“ behandeln das Thema Belastungs- und Entlastungsstrategien von Angehörigen, die die Fürsorge ihrer kranken Familienmitglieder übernehmen.

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit den Belastungen der Verhaltensoriginalitäten, dem Angebunden – Sein, der sozialen Ausgrenzung, der Beeinträchtigung der Gesundheit, der mangelnden Freizeit, der finanziellen Belastungen und Wohnraumanpassung, inadäquater professioneller Unterstützung und der Veränderung der zwischenmenschlichen Beziehungen wie sie in der Studie und Literatur beschrieben sind. (Seidl Elisabeth, Labenbacher Sigrid; 2007, S. 46). Subjektive Belastungen von Angehörigen Betroffener werden in dieser Arbeit über den Zugang der „teilnehmenden Beobachtung“ und des „ero-epischen Gesprächs“ interpretiert und geben einen Überblick über die Gefühlslagen der PflegerInnen.

4.1.1. Angst auf Veränderungen nach Krankenhausaufenthalt

Der Aufenthalt im Krankenhaus wird für Angehörige Betroffener oftmals zu einer individuellen Belastungsprobe. Die Angst, dass der Zustand des Verwandten sich durch den Krankenhausaufenthalt verschlechtert, befällt die PflegerInnen.

Der Umstand, der zur Einlieferung ins Spital führt ist meist ein physisches Leiden. Darunter fallen simple Routineeingriffe wie beispielsweise das Absaugen von Schleim, Katheterwechsel oder Medikamenteneinstellung.

Die Problematik, mit der sich die PflegerInnen konfrontiert sehen, ist, dass der gewohnte Lebensrhythmus mit der Pflegeperson einen jähen Abbruch findet. Der Alltag muss nach der Heimkehr wieder mühsam einstudiert werden.

Verwirrungen und Orientierungslosigkeit sind bei den Erkrankten keine Seltenheit. Die Wiederherstellung des früheren Zustandes erweist sich häufig als sehr schwierig. Finanzielle Ressourcen, und die Energie der PflegerInnen werden immer weniger. Angehörige haben übereinstimmend berichtet, dass sich der körperliche und geistige Zustand des Betroffenen während eines Krankenhausaufenthaltes massiv verschlechtert hat. Das bringt die Angehörigen Betroffener nach der Rückkehr Ihrer zu Pflegenden an die Grenzen ihrer Belastung.

So schildert Petra aus ihrer eigenen Erfahrung:

Bevor mein Mann ins Spital eingeliefert worden ist, konnte er gehen und sprechen. Er bekam dort Medikamente und von einem zum anderen Tag bewegte er sich nicht mehr, er zeigte wenig bis gar keine Reaktion, er sprach nichts mehr. Nach fünf Wochen bekam ich ihn nach Hause, als Pflegefall, so wie Sie ihn hier sehen können. (ein Pflegefall, der nicht sprechen kann, nicht allein essen kann und gestützt in seinem Rollstuhl sitzt, ohne Reaktion)

Durch schlechte Erfahrungen, die Angehörige Betroffener in Spitälern gemacht haben schrumpft das Vertrauen in die Krankenhäuser. Sie nehmen die Hilfe und auch die Unterstützung nicht an oder schieben den Besuch des Krankenhauses so lange wie irgend möglich hinaus.

Helga beschreibt dies so:

Gestern Abend hatte er nur mehr wenig Harn, dieser war dunkelbraun, ich gab ihm ein Antibiotikum, das mir der Urologe für ihn verschrieben hat, heute ist der Harn wieder normal, hell und flüssig. Ich weiß, dass ich das nicht machen soll, aber ich kenne doch meinen Mann, ich will ja nur Gutes und in ein Krankenhaus gebe ich ihn nicht, denn wenn er zurückkommt, brauche ich wieder Wochen bis er so ist, wie jetzt. Das tue ich ihm und mir nicht an.

In einem Krankenhaus haben Schwestern und Pfleger wenig Zeit, um auf die Bedürfnisse einzelner Personen eingehen zu können. Ein Krankenhaus ist kein Pflegeheim sondern, wie der Name bereits sagt ein Haus für Kranke und deren Genesung. Alte Alzheimerkranke Menschen, die selbst nicht mehr essen können,

die immer wieder Motivation und Hilfe von ihrem BetreuerIn brauchen, bekommen auf Grund der mangelnden personellen Ressourcen zu wenig Betreuung und Hilfe.

Das Resultat der chronischen Überlastung des Pflegepersonals in den Krankenanstalten ist ernüchternd. Alzheimerkranke sitzen allein, auf die Wand starrend in ihren Rollstühlen und werden wegen ihres Wandertriebes mit Medikamenten sediert. Beim Besuch der Familienangehörigen kommt es oft zu regelrechten Schockerlebnissen beim Anblick ihrer Lieben.

Auch Petra schildert von ihrem Schockerlebnis als sie zum ersten Mal ihren Gatten im Krankenhaus sah:

Ich besuchte meinen Lebensgefährten immer mit meiner Tante. Als wir ihn das erste Mal besuchten, bekamen wir einen Schock. Mein Lebenspartner saß da, der Mund war verzogen, Infusionen hingen an seiner Hand, voll gestopft mit Tabletten, dämmerte er vor sich hin und rührte sich nicht, als wir ihn ansprachen und berührten. Wir haben nur geweint, wir waren erledigt, wir haben geglaubt, dass sind seine letzten Tage. Wir haben nicht gedacht, dass wir ihn wieder nach Hause bekommen und er noch einige Zeit leben darf.

Verschlechtert sich der Allgemeinzustand eines Alzheimerkranken im Krankenhaus zusehends wird dem Angehörigen Betroffenen nahe gelegt, sich nach der Entlassung um einen Pflegeheimplatz umzusehen. Die Pflege ohne Unterstützung daheim ist laut Ärzte nicht zu bewältigen. Diese Nachricht wird den Angehörigen Betroffener meist nicht persönlich übermittelt. Eine Besprechung oder gar Beratung kommt kaum zustande. Das Gefühl der Hilflosigkeit und der Kapitulation macht sich im Anschluss an den Erhalt dieser Information bei den Angehörigen Betroffener breit.

Maria schildert ihr Gespräch, dass sie mit dem behandelten Arzt ihres Gatten führte. Auch sie beschreibt das Gefühl der Verzweiflung und Ratlosigkeit:

Ich wollte mit dem zuständigen Arzt sprechen. Nach mehr als 5 Tagen bekam ich ihn ans Telefon. Der sagte nur: „sie sehen selber, wie schlecht der Zustand ihres Gatten ist. Sie werden ihn sicher in ein Heim geben. In ein paar Tagen werden wir ihn entlassen, da wir derzeit nichts mehr für ihn tun

können“, ich antwortete: „Wie kommen sie darauf, dass ich ihn in ein Heim gebe. Ich gebe ihn nicht in ein Heim das kommt überhaupt nicht in Frage. Ich pflege ihn zu Hause.“ „Wollen sie das alles allein machen?“ ich antwortete, ja ich werde das schon schaffen“ - daraufhin legte der Arzt auf und ich stand da - ratlos und verzweifelt. Ich bekam keine Hinweise, keine Aufklärung oder keine Mitteilung, wohin ich mich wenden kann, wenn ich Hilfe beim Waschen, Wickeln.... brauche.

Auch Helga erzählt von einem Telefonat mit der Oberärztin. Besonders das mangelnde Verständnis seitens der Ärzte wird von ihr kritisiert:

Ich habe versucht die Oberärztin zu sprechen, sie war nur telefonisch erreichbar. Ich wollte von ihr wissen, warum mit meinem Mann nicht gegangen wird, warum man sich nicht um ihn kümmert, warum man ihn bei den Mahlzeiten nicht füttert und nur das Essen hinstellt und es wieder wegnimmt, wenn er nichts isst. Sie hat sich nicht viel darum gekümmert, sie sagte nur:“ Die Pfleger teilten ihr mit , er will nicht gehen, , er zeigt keine Reaktion, daher haben wir ihn sitzen lassen und nur das notwendigste gemacht, sie kommen ja eh jeden Tag , da können sie ihn ja füttern und mit ihm gehen.“

4.1.2 VERHALTEN – und PERSÖNLICHKEITSVERÄNDERUNG

Veränderungen der zwischenmenschlichen Beziehungen

Die Pflege von Alzheimererkrankten ist eine körperlich belastende Aufgabe und fordert die Angehörigen Betroffener jeden Tag aufs Neue. Die größten Belastungen entstehen allerdings weniger durch die kognitiven Störungen. Vielmehr sind die Begleiterscheinungen wesentlich beschwerender im Pflegealltag. Verwirrtheit, Misstrauen und aggressives Verhalten können den Alltag qualvoll werden lassen und den Alzheimer-Kranken ihre sozialen Kontakte berauben.

4.1.2.1. Aggression und Gewalt

Aggressionen und Gewalt können bei der Alzheimererkrankung auftauchen. Das Verhalten der Außenwelt ist eine Reaktion auf die innere Befindlichkeit des Erkrankten. Viele Gründe führen zu einem offensiven Verhalten. Es kann sein, dass sich der Betroffene des Verlusts seines Urteilsvermögens bewusst ist.

Aber auch die mangelnde Fähigkeit soziale Beziehungen zu bilden kann ebenso zu einem neuen Verhaltensmuster führen. Zusätzlich spielt auch das Problem des Verständnisses eine wesentliche Rolle. Die Erkrankten verstehen nicht, was sich um sie herum abspielt. Der/die Kranke fühlt sich durch irgendeine Handlung des/der Betreuers/Betreuerin gekränkt oder gedemütigt. Der/die Erkrankte setzt sich schließlich dagegen zur Wehr. Beispiele dafür sind gut gemeinte Hilfestellungen beim Ankleiden oder Auskleiden, beim Essen oder im Bad.

Petra beschreibt ihre Erlebnisse, die sie mit ihrem Gatten Walter und seiner aufkommenden Aggressivität gemacht hat:

Wir haben einen Garten wo Walter und ich immer gerne verweilten. Dort habe ich auch Vieles erlebt. Walter hat alles was er erwischt hat ausgerissen, alles abgeschnitten, egal ob das uns gehörte oder dem Nachbarn. Wenn ich sagte du das gehört nicht uns, das macht man nicht, da wurde er äußerst aggressiv, hat mit allen Leuten und mit mir geschrieen, mich beschimpft mit allem was Gott verboten hat, extrem ordinär.....und mit allem was in seiner Nähe war, nach mir geworfen, mich gezwickt.

Alzheimerkranke spüren, dass sich bei ihnen etwas verändert. Problematisch ist, dass sie sich die Veränderungen nicht erklären können und im Ungewissen sind. Diese Ungewissheit führt natürlich schnell zu Angst und zur erhöhten Erregtheit.

Maria schildert von dem plötzlich auftretenden aggressiven Verhalten ihres Gatten:
Unser Sohn hat geheiratet. Beim Essen habe ich meinem Mann nur den Löffel für die Suppe in die Hand gegeben. Er hat den Teller weggestoßen und geschrieen, lass mich in Ruh, du..... ich bin aufgestanden und hinausgelaufen,

ich habe bitterlich geweint, es war mir so peinlich, die Hochzeitstafel, alles war feierlich und dann das.....

Um die anfälligen Erledigungen des Alltags zu besorgen muss zwangsläufig der Wohnsitz verlassen werden. Dann bleiben die erkrankten Verwandten eingesperrt in den Wohnungen oder Häusern allein zurück. Bei der Rückkehr werden die Zimmer zerstört vorgefunden. Gegenstände sind zertrümmert und das Inventar beschädigt. .

Beate spricht über Aggressivität und die Risiken beim Verlassen des Hauses:

Ich war nur für meinen Mann Medikamente holen, war nicht länger als eine halbe Stunde weg, als ich nach Haus kam, waren die Vorhänge von der Gardine gerissen und die Blumentöpfe mit Erde waren im Wohnzimmer verstreut. Aggressivität gehört zu unserem Tagesablauf.

Maria berichtet mir bei unserem Gespräch über das zerstörerische Verhalten ihres Gatten und die Interventionen ihrerseits:

Schauen sie nur, hier überall an den Kästen können sie noch die Reste von Klebestreifen sehen, wo ich die Kästen zugeklebt hatte. Walter hat immer alle Sachen ausgeräumt, viel Porzellan kaputt geschlagen. Er hat auch meine Kochbücher, die ich so sehr liebe, komplett zerschnitten. Hier sehen sie, habe ich noch eines zur Erinnerung.

Das Zusammenleben mit Alzheimererkrankten wird durch die ungewohnten Verhaltensveränderungen schwieriger. In späterer Folge führt die Persönlichkeitsveränderung, zunehmend zu einem erschwerten Zusammenleben.

Konrad berichtet über der zunehmenden Verhaltensänderung seiner Gattin. Auch sehr intime Details erschweren das Zusammenleben zusehends. Die Pflege der eigenen Ehefrau wird schnell zu einer Belastungsprobe:

Meine Frau weiß nicht mehr wann sie aufs Klo gehen muss. Sie macht überall hin. Ich habe versucht ihr Einlagen zu geben, die hat sie herausgerissen und überall versteckt. Ja wir brauchten viel Unterwäsche, ich wechselte diese

ständig. Nun haben wir Windelhosen, es dauerte lange bis sie diese einigermaßen akzeptiert hat, ungern lässt sie sich diese anziehen. Oder genauso, waschen will sie sich überhaupt nicht lassen. Da versucht sie immer mich zu treten, aber ich setze mich schon durch.

Oft befinden sich Alzheimererkrankte in einer früheren Phase ihrer Lebensgeschichte zurückversetzt. Sie reagieren, bei Korrektur von der Außenwelt, zornig. Auch das Mitteilen neuer alter Informationen führt immer wieder zu schweren Krisen der Erkrankten.

Wie Konrad beschreibt steht vor allem die Ratlosigkeit der Angehörigen Betroffener im Mittelpunkt. Das Arrangieren mit dem neuen Verhalten des Verwandten gestaltet sich als schwierige Herausforderung:

Am Anfang wusste ich nie wie ich reagieren soll, ich korrigierte sie immer wenn sie mich mit den Namen ihres Bruders ansprach oder die Nachbarin ihre Mutter nannte. Da warf sie mit Sachen nach mir, sie tritt mich wo sie mich nur erwischen konnte.

Eine Reizüberforderung durch zu starke Geräusche oder zu viele Menschen kann ebenfalls ein Auslöser für aggressives Verhalten sein. Für die Alzheimererkrankten stellt es eine Überanforderungssituation dar, wenn sie dem Gesagten nicht folgen können. Auch das allzu laute Sprechen kann Stress bei den Erkrankten auslösen. Die Folge ist erneut offensives Verhalten und entsprechende Reaktionen.

So schildert Petra von den unterschiedlichen Reaktionen ihres Gatten auf die verschiedenen Stimmlauten der einzelnen HauspflegerInnen.

Am Anfang der Pflege, als ich noch keinen Lift hatte, hatte ich einmal am Tag eine Heimhilfe. Sie half mir Walter aus dem Bett zu heben und ihn dann in den Rollstuhl zu setzen. Ich mache das alles mit Ruhe und schön langsam und ohne Stress. Bei den HeimhelferInnen geht das nicht so. Sie haben für jeden Patienten nur eine gewisse Zeit übrig und dürfen nicht länger brauchen, als es laut Plan vorgesehen ist. Walter braucht eine Person, die leise mit ihm spricht. Wir hatten einmal eine Schwester, die hatte eine laute Stimme, bei der zuckte er

zusammen und er arbeitete gar nicht mit, er schrie sogar wenn sie gekommen ist, sie sagte immer Herr Walter, warum machen sie das bei mir – ich antwortete ihr, sie sind ein bisschen lauter, und das ist er nicht gewohnt.

Beate spricht über die Gewohnheiten ihres Gatten im Pflegeprozess. Sie schildert, wie er sich auf einen ruhigeren und langsameren Prozess eingestellt hat:

Wir haben einen Pfleger gehabt, der war so ein rescher. Er hat sehr schnell gesprochen, er hat immer gesagt, nun machen wir das und das – das... Mein Gatte hat das nicht gewollt. Ich bemerkte, dass er in der täglichen Pflege Ruhe und einen langsamen Ablauf benötigt.

4.1.2.2. Verlust der Orientierung

Im Verlauf der Alzheimererkrankung kommt es zu Schwierigkeiten mit der örtlichen Orientierung. Meist treten diese Probleme der Betroffenen der Krankheit in neuer Umgebung erstmalig auf. Im weiteren Verlauf werden allerdings selbst die eigenen vier Wände zu einem völlig neuen Areal.

Die Alzheimererkrankten finden sich nicht mehr zurecht und verlaufen sich in den eigenen Gärten und eigenen Häusern oder Wohnungen. Sie verlaufen sich aber nicht nur im eigenen Wohnsitz. Auch die Orientierung im Wohnort ist nicht mehr möglich. Das zielgesteuerte Auto fahren oder spazieren ist ausgeschlossen.

Diese Belastung der fehlenden Orientierung führt bei den Erkrankten zur Unruhe. Diese führt zu einem Wandertrieb. Die Menschen irren umher und finden sich nirgendwo zurecht.

So entfernen sich die Menschen, die unter der Alzheimererkrankung leiden oft kilometerweit von der Heimatadresse, und werden nur schwer von den Angehörigen aufgefunden.

Auch beim Gatten von Sonja führte die Alzheimererkrankung zu Orientierungsschwierigkeiten. Sie beschreibt die dadurch hervorgerufenen Situationen als äußerst belastend.

Medizinische Unterstützung schien bei ihrem Gatten kaum zu helfen.

So meint sie:

Mein Mann ist auch dauernd weggelaufen. Wir haben ihn gesucht, leidere nicht gefunden und die Polizei hat ihn gebracht. Vom Arzt habe ich Tabletten für ihn verschrieben bekommen, für seine Wanderlust und seine Aggressionen. Leider haben diese nicht viel geholfen. Wenn ich ihn eingesperrt habe, wurde er aggressiv. Ich kann mich erinnern - einmal hat er mir alle Vorhänge von der Gardine gerissen, die Blumenstöcke vom Fensterbrett geschmissen und im Wohnzimmer die Erde verstreut- ich habe mit ihm sehr viel mitgemacht. Ich war sehr oft am Ende und wusste nicht aus noch ein. Diese Sturheit, man sagt etwas, er hört dir nicht zu, du redest und redest es dringt nicht zu ihm durch. Es war nicht leicht, je mehr ich ihm widersprochen habe, desto schlimmer war die Situation

Kranke haben ihre Gewohnheiten, die man ihnen am Anfang ihrer Krankheit nicht nehmen möchte. Im Verlauf werden diese lieb gewonnenen Abläufe für die Angehörigen Pflegenden zur Qual und zur großen Belastung.

Petra schildert sehr gut, wie schwierig der Umgang mit einem noch vor kurzem selbständigen Erwachsenen wird. Angst und Unbehagen machen sich in ihr breit.

Walter ging immer allein ins Kaffeehaus. Das liegt gleich beim Bahnhof. Ich habe ihm auch immer genau das Geld mitgegeben, denn gab ich ihm mehr mit, verbrauchte er alles. Er ging fort aber er kam, er fand nie nach Hause. Ich musste ihn immer suchen, denn allein fand er nie wieder heim – es war schlimm, ich hatte nur mehr Angst um ihn. Ich wusste nicht wie ich mich ihm gegenüber verhalten soll, da ihm zu dieser Zeit schon nichts mehr passte.....

Ein weiteres Problem besteht für Petra darin, dass selbst, das gut gemeinte Handeln und Entgegenkommen von dem/der Erkrankten nicht richtig verstanden werden kann. Sie reagieren aggressiv auf den Verlust ihrer Autonomie:

Wenn er in sein Kaffeehaus gegangen ist, habe ich Ausreden erfunden, um ihn zu begleiten. Ich sagte immer: „Walter, ich gehe jetzt einkaufen, darf ich mit dir mitgehen,“ er wusste genau, dass ich es wegen ihm mache.

Da wurde er auch wieder grantig, aggressiv, boxte mich mitten auf der Straße, schrie umher bis wir wieder zu Hause waren.

Schwer ist es den Alzheimer - Kranken mitzuteilen, dass sie nicht mehr mit ihren Auto fahren dürfen, und sie nur mehr Mitfahrer sind. Viele haben das Auto tagtäglich für ihren Beruf benötigt. Doch ab einem bestimmten Punkt des Krankheitsverlaufs ist das Lenken eines Kraftfahrzeugs nicht mehr möglich oder sicher. Die Fahrtauglichkeit lässt nach und der eigene Betrieb des KFZ ist nicht mehr erlaubt. Gleichermaßen schwindet das Verständnis für diese Einschnitte im eigenen Leben.

Frieda versuchte ihren Gatten zu überzeugen, dass er sie fahren lassen müsse, um die Übung nicht zu verlieren. Sie thematisierte also nicht die mangelnde Tauglichkeit, ihrer Aussage hat sie das in der SHG gelernt:

Wenn wir das Auto brauchen, dann sage ich zu ihm: “Schau, ich bin schon so lange nicht mit dem Auto gefahren, mir fehlt die Übung. Ich möchte wieder gerne mehr fahren, lass mich doch das Auto lenken“. Da hat er nie etwas dagegen einzuwenden, denn er hat immer zu mir gesagt, ich solle doch mehr mit dem Auto fahren.“ Wenn ich zu ihm nur sage, du darfst nicht mehr Auto fahren, dann wird er mir gegenüber aggressiv und schlägt zu.

Welche Probleme vor allem im Zusammenhang mit dem Auto fahren auftauchen schildert Maria:

Es war zu Weihnachten, ich war krank und konnte am Heiligen Abend nicht mit ihm zu unseren Kindern fahren. So fuhr er allein. Meine Kinder riefen mich als er von ihnen wegfuhr an. Sie wohnen ungefähr eine halbe Stunde von uns entfernt.

Er kam nach einer Stunde nicht, nach 2 Stunden nicht. Ich lief auf und ab, wusste mir nicht zu helfen. Ich rief in der Umgebung alle Krankenhäuser an,

ob jemand mit einem Autounfall eingeliefert wurde..... nichts Nach 6 Stunden kam er mit der Polizei. Er hat nicht mehr nach Hause gefunden. Die Polizei hat ihn, eine Stunde von hier entfernt, in entgegen gesetzter Richtung gefunden. Als sie ihn aufgestöbert hatten, rann ihm der Schweiß herunter, er war verstört und wusste nicht wohin er gehörte. So haben sie ihn mir gebracht. Ich war froh, erleichtert, weinte, trommelte auf ihn ein..... seit dem ließ ich ihn nicht mehr mit dem Auto fahren.

4.1.2.3 Ziellose, innere Unruhe

Eine weitere Belastung für Angehörige Betroffener ist die Unruhe ihres Familienmitgliedes. Die Erkrankten sind unruhig und ziellos. Die Kranken gehen auf und ab, rütteln an der Tür, versuchen manchmal mit Gewalt die Wohnung zu verlassen. Kaum sitzen sie, stehen sie wieder auf, es ist ein ständiges Laufen und Suchen.

Auch Petra beschreibt das Verhalten ihres Gatten als ruhelos und rastlos. Das Verweilen an Ort und Stelle wird zu einer strategischen Herausforderung:

Wir haben einen Garten, denn ich mir seinerzeit auch wegen ihn genommen habe. Kaum sind wir in unseren Garten angekommen, will er auch schon wieder gehen. Ich habe ihn immer versucht mit Essen ein wenig dort zu halten, den essen tut Walter leidenschaftlich gern, auch heute noch. Mit Kaffee und Kuchen habe ich die Zeit im Garten ein bisschen hinausdehnen können. Sie wissen ja gar nicht wie nervös das einen macht, wenn man sich gerade hinsetzt und dann will er schon wieder Gehen. Wenn er nicht beschäftigt wird, dann läuft er selber wieder weg.

Eine weitere auffällige Verhaltensänderung ist der Arbeitstrieb, der viele Angehörige zur Verzweiflung treibt.

Eva spricht über ihr Erlebnis mit ihrer Mutter, die in einen Putzwahn verfallen ist und gleichzeitig beleidigend wird:

Eines Tages kam ich von der Arbeit nach Hause, und meine Mutter putzte in dieser Woche schon das 3. Mal die Küchenkasteln. Wie besessen wischte sie umher.

Ich sagte zu ihr, „ du hast sie ja erst gestern geputzt“, da bekam ich nur die Antwort, „siehst du nicht wie dreckig die Kasteln sind, ich muss sie putzen, du tust ja nie etwas.“

Ähnliches erlebte auch Richard. Bei seiner Gattin erlebte er einen Arbeitstrieb, kombiniert mit dem Wandertrieb und es kam zu peinlichen Erlebnissen:

Meine Frau ging zur Gemeinde und hat vom Bürgermeister Geld gefordert, weil sie den Gemeindegrund gemäht hat und die Blumen und Sträucher ausgerissen hat. Er sagte ihr, es ginge ihr dieser Grund nichts an. Sie antwortete, dass es hier so aussieht und alles so ungepflegt sei. Der Bürgermeister hat mich angerufen und teilte mir mit, dass ich besser auf meine Frau aufpassen soll und sie soll es unterlassen, dass sie Pflanzen, die ihr nicht gehören beschädigt. Ich erzählte ihm von ihrer Krankheit, seine Antwort war: “Es ist mir doch egal ich kann ihnen nicht helfen. Passen sie besser auf ihre Frau auf.“

4.1.2.4 Probleme mit der Verständigung

Eines der häufigsten Symptome der Alzheimererkrankung sind Störungen der Sprache. Sowohl das Sprachverständnis als auch die Kommunikationsfähigkeit verschlechtert sich allmählich. Es führt dazu, dass sich die Angehörigen Betroffener mit dem Familienmitglied schwerer als früher verständigen können. Je nach Fortschritt der Krankheit kommt es zu Wortverdrehungen, zum falschen Satzbau, zu unvollständigen Sätzen, die sprachlichen Äußerungen beschränken sich nur mehr auf wenige Wörter oder es kommt zu keiner verbalen Verständigung mehr, da die Sprache ihre Kraft völlig beraubt wird. Die nonverbalen Kommunikationswege werden immer bedeutender.

Maria stößt dabei auf ein sehr persönliches Problem. Sie hatte früher eine sehr bedeutende und starke verbale Beziehung zu ihrem Gatten. Allerdings ging durch die Prozesse der Krankheit diese Verbindung verloren:

Egal was ich mache, er sitzt da, spricht nicht mit mir, starrt nur herum, ich hätte so gerne gewusst, was er möchte, was er will, was er fühlt und was ich vielleicht anders machen soll.

Ich habe mich immer auf ihn verlassen, ich habe ohne ihn nie Entscheidungen getroffen, er sagte mir immer wo es lang geht..... weint..... Nun habe ich niemanden, der mir sagt ob es richtig ist oder falsch ist.

Bei den Gesprächen in den SHG und mit den Angehörigen Betroffener zeigte sich, dass das Problem der Sprachverständigung als äußerst belastend empfunden wird. Für die Pflegerinnen wäre es notwendig, dass sie von ihrem Familienmitglied Äußerungen über das Befinden, über Schmerzen oder Wünsche bekämen. Sie finden sich in völliger Ungewissheit über das Wohlbefinden der zu pflegenden Verwandten.

Auch Petra befand sich in einer solchen Ungewissheit. Allerdings lernte sie mit der Zeit die Reaktionen ihres Gatten zu deuten und zu erkennen:

Manchmal sagt er zu mir, - was tuat sie do – ganz klar und deutlich, oder letzten Sonntag, da habe ich ihm die Füße gewaschen, das hat er nicht sehr gern, da sagte er zu mir – bist bled – oder wenn ich ihn füttere lallt er mh, mh, mh, da lache ich und freue mich, dass ist für mich der Dank und ich weiß , dass was ich mache richtig ist.

4.1.2.5 Das Leben in der Vergangenheit

Die Erinnerung an lange zurückliegende Eindrücke und Erlebnisse ist bei der Alzheimererkrankung meist viel besser erhalten als die Fähigkeit neue Informationen zu speichern und zu verarbeiten.

Eine Folge davon ist, dass der/die Patient/in seine frühere Wohnung oder seine Eltern sucht oder zu seinem früheren Arbeitsplatz gehen will.

Der Kranke lebt in einer anderen Welt, oft in einer vergangenen Welt. Es kann sehr schwierig sein, diese beiden Welten miteinander in Einklang zu bringen.

Auch die Mutter von Eva zeigt ein solches Verhalten. Die pflegende Angehörige Betroffener weist auf ein Erlebnis hin, dass einen sehr starken Bezug zur Vergangenheit der Mutter hat:

Meine Mutter nützt jede Gelegenheit, die sie hat, um sich auf den Weg zu machen. Sie geht meistens zum Haus, wo sie mit ihren Eltern gewohnt hat, einmal ist sie sogar über den Zaun geklettert, ich frage mich wie sie das schafft sie ist dann über die Terrasse ins Wohnzimmer zu den neuen Besitzer gegangen, die waren erschrocken und haben die Polizei gerufen, meine Mutter wusste nicht wo sie wohnt, wie sie heißt, die alarmierten die Polizei, ich habe in der Zwischenzeit meine Mutter schon überall in unserer Nähe gesucht , da kam mir die Idee mit er alten Wohnung, ich ging dort hin und sah bereits von Weitem das Polizeiauto mit Blaulicht vor dem Haus stehen , und dann meine Mutter, die verstört nur dastand und sich nicht bewegte.

Auch Marias Gatte hat einen starken Bezug und intensive Erinnerungen an das Vergangene:

Mein Mann kennt mich nicht mehr, aber wissen sie was komisch ist, wenn ich ihm alte Fotos, von seiner Kindheit zeige,, dann redet er und erzählt als wäre es gestern gewesen. , Er kennt fast alle drauf, aber mich, die Tag und Nacht an seiner Seite bin von der weiß er nicht einmal den Namen.....,

4.1.2.5. Ständiges Suchen

Die Alzheimer-Krankheit führt meist zu einer tief greifenden Verunsicherung.

Gegenstände wie Geldbörsen, Brillen, Fotos oder Schriftstücke gewinnen eine große Bedeutung. Kramt ein/ Kranker oder Kranke ständig in seinen Taschen umher, dann kontrolliert er das Vorhandensein solcher Habseligkeiten.

Manche verstecken oder verlegen immer wieder bestimmte Gegenstände. Durch die ausgeprägte Gedächtnisstörung finden sie ihre Habe allerdings nicht wieder. Es kommt zu einer ständigen Suche nach verlegten Gegenständen. Bei nicht Auffinden werden die Erkrankten aggressiv. Sie beschuldigen Menschen der näheren Umgebung, sie bestohlen zu haben oder beleidigen diese.

Auch Eva erlebt solches Verhalten sehr häufig. Die Verstecke der einzelnen Gegenstände können mitunter sehr ausgefallen ausfallen:

Letzte Woche hat die ganze Familie ein Bild von meiner Oma gesucht. Wir haben es nicht gefunden. Meine Mutter hat Kasten, Schuhe und auch alle Taschen ausgeräumt und auf den Boden geworfen. Leider konnte sie nichts finden. Am Abend, als ich ihr das Abendmahl zubereitet habe, lag das Bild in der Butterdose. Ich gab ihr das Foto.

Sie schrie mich an, du hast es wieder versteckt, du willst nicht dass ich das Foto bei mir habe. Immer versteckst du mir alles, du glaubst ich weiß es nicht, dass du es bist.

Eva schildert dabei die starken nervlichen Belastungen und emotionalen Druck:

Das geht schon längere Zeit so, immer wenn sie was verlegt bin ich schuld, habe ich es genommen.

Das geht mir stark auf die Nerven, ich weiß mir nicht zu helfen, diese Beschuldigungen tun mir weh, ich will nur ihr Gutes und sie beschuldigt mich laufend..... Ich halte das nicht mehr länger aus.....weint

Es kommt auf Grund vieler Missverständnisse vielfach und vermehrt zu Streitereien. Familienmitglieder, die nicht ständig mit den Alzheimererkrankten zusammenwohnen, oder nur wenig über die Krankheit wissen, verstehen das Verhalten ihrer Verwandten nicht. Selbst Informationen über die Krankheit kann das Missverständnis nicht beseitigen. Der Anblick und die emotionalen Assoziationen zu der erkrankten Person sind noch immer präsent. Tatsächlich befindet sich der Mensch allerdings in einem Prozess der geistigen Veränderung.

Solche Missverständnisse und falsche Informationen über die Krankheit führen zu diffusen Verhalten auch innerhalb des Familienverbands.

So wurde Peter von seinem Bruder angegriffen:

Mein Bruder hat mich angerufen, und mich beschuldigt, ich hätte das Geld von meiner Mutter unter ihrer Matratze herausgenommen, ich soll es wieder zurückgeben. Ich frage wie er darauf kommt. Na unsere Mutter sagt, ich schleiche jeden Abend ins Schlafzimmer und nehme ihr das Geld weg. Ich sagte ihm, dass das nicht stimmt, dass das nur in den Vorstellungen meiner Mutter existiert, das ist ihre Phantasiewelt und ich wirklich nichts mache – er glaubt mir nicht – na seit dem spricht er kein Wort mehr mit mir. Nach einem Wochenendputz haben wir das Geld wieder gefunden – es war im Gitter unter dem Kühlschrank.

4.1.2.7. Ständiges Nörgeln

Angehörige Betroffener empfinden das ständige Nörgeln des zu pflegenden Familienmitgliedes als enorme emotionale Belastung. Jedes Handeln und jede Aussage im Zusammenhang mit dem Familienmitglied wird kritisiert. Beschwerden und Jammern stehen auf der Tagesordnung.

Kurt erzählt mir von seiner Frau, die extreme Unzufriedenheit Tag für Tag äußert:

Mich belastet nicht die Pflege, mich belastet der Ärger, den ich den ganzen Tag habe, ihr passt nichts, sage ich rot, sagt sie weiß, ziehe ich sie an zum Spaziergang, geht ihr zu viel Wind oder es ist zu heiß, mir macht es wirklich nichts aus, dass ich sie anziehe, ihr die Windel wechsle, ich sie wasche, das Essen schneide..... nein nur dieser Ärger, egal was ich mache, über alles schimpft sie..... ich bin froh wenn es ihr gut geht, ich habe vom Herrgott die Aufgabe erhalten hier stark zu sein, mein Lebenselixier ist die Aufgabe, meiner Frau zu helfen, zu pflegen so gut ich es in der Lage bin und kann.....

Konrad hingegen hat Probleme mit den ständig wechselnden Wünschen der Gattin. :

Wissen sie im Alter wird man müde, abgeschliffen, abgebrüht, wenn man jung ist streitet man, hier bringt das nichts mehr. Einmal wünscht sie sich sich Kipferl da fahre ich extra mit dem Fahrrad in den nächsten Ort und hole eines, schneide es ihr auseinander, streiche ihr Butter und Marmelade drauf, dann sagt sie, das wollte ich nicht, ich will eine Semmel....so geht das laufend, fahre ich nicht, dann schimpft sie mich, bis ich etwas bringe, sie bringt alles durcheinander, sie ist noch nicht bettlegrig.....also muss ich zufrieden sein, es geht mir noch gut.

4.1.2.8. Niedergeschlagenheit

Viele Alzheimer –Kranke leiden unter niedergeschlagener Stimmung, Lebensüberdruß und Todeswünschen. Depressive Gedanken kommen auf und belasten den/die Erkrankte/n enorm.

Eva erinnert sich an ein Gespräch mit ihrer Mutter zurück und beschreibt einen früher geäußerten Wunsch der Mutter:

Na wenn ich so zurückblicke hatte meine Mutter viele Verluste zu bewältigen, sie hat zwei Kinder im Babyalter verloren, mein Bruder ist mit 34 Jahren tödlich verunglückt, mein Vater ist mit 50 Jahren verstorben und danach hat sie ihre demenzkranke Schwiegermutter gepflegt, sie sagte immer, „wenn i a so depert werd, soagts mas. bitte, donn geh i ins Wosser, den i will des niemanden zumuten mi zu pflegen und selber will i a net so leben“ jetzt hat sie Alzheimer und braucht rund um die Uhr jemanden.

Diese Symptome sind im frühen und mittleren Krankheitsstadium besonders ausgeprägt. Ein wichtiger Grund für diese Verstimmung ist, dass fast alle bestätigenden Einflüsse wegfallen:

Der Erfolg in der Firma, Anerkennung in der Familie, das Gelingen von Vorhaben. Der/die Erkrankte ist in einer Welt, in der Misslingen und Versagen zum täglichen Ton gehören.

Peter schildert, dass die Fähigkeiten seiner Frau sukzessive eingeschränkt wurden: ***Meine Frau hat immer gekocht, aber zum Schluss dauerte das Kochen schon 3-4 Stunden, das Essen war verbrannt, sie vergaß die Platten abzuschalten, zum Schluss hat sie sogar das Fett ins Brennen gebracht und da wusste ich, nun ist Schluss es geht nicht mehr, dass ich sie allein herumschalten und walten lasse. So haben wir gemeinsam versucht zu kochen, es war eine Katastrophe. Wir standen uns gegenseitig im Weg, oft fragte sie mich wie geht das, das einfachste wusste sie nicht mehr.***

Peter verstand allerdings seine Frau zu einer geringen Eigenständigkeit zu motivieren und sich Informationen selbst zu beschaffen:

Ich motivierte sie immer - komm lies nach, in unserem Kochbuch - sie las nach, aber sie verstand nicht, was drinnen stand.

Eines Tages fragte ich meine Frau gedankenverloren, wie geht den das. Ich glaube ich traute meinen Ohren nicht, sie antwortete spontan:“ musst halt auch im Kochbuch nachschauen, sind so viele da, wirst es schon finden.“ Ich musste lachen, weil sie das so lieb gesagt hat und sie lachte mit, obwohl sie nicht wusste warum.....Das sind Augenblicke, Momente von denen ich zerre.....

Die Niedergeschlagenheit der Alzheimer-Kranken überträgt sich auch öfters auf die Stimmung der Angehörigen Betroffener.

Die Stimmung und das Gefühl des Angehörigen übertragen sich durch die Empathie auf die Pfleger/innen. So befällt selbst die Angehörigen Betroffener das Gefühl der Depression sehr schnell.

Eva hat mir bei unserem Gespräch folgendes gesagt:

Wissen Sie was mich so sehr belastet, wenn meine Mutter so depressiv ist, dann ist sie wütend, lässt alles hängen, kommt nicht einmal die Stufen hinauf und hinunter, ansonsten rennt sie hin und her, rauf und runter. In ihrer depressiven Phase, da muss ich sie hinauftragen, dass stört mich so dermaßen und ich weiß nicht was ich tun soll Irgendwie geht ihre

Stimmung dann auch auf mich über und ich beginne zu zweifeln und zu grübeln.

4.1.2.8 Gegenstands- und Personenverkennungen

Die Fähigkeiten Personen und Gegenstände zu erkennen, sie richtig zu gebrauchen kann im fortgeschrittenen Krankheitsstadium bei Alzheimer- Kranke eingeschränkt sein. Das Erkennen der einzelnen Funktionsweisen von Gegenständen wird zunehmend schwieriger und zu einer nicht bewältigbaren Aufgabe.

Für viele Angehörige ist das eine sehr schmerzliche und kränkende Erfahrung. Es treibt sie an den Rand der Verzweiflung

Petra beschreibt, dass dies vor allem im öffentlichen Raum problematisch wird. Für sie ist der Scham ein enormes Problem:

Es war unser letzter Urlaub. Wir waren an der Rezeption, plötzlich musste Walter auf die Toilette, ich wartete und wartete, aber er kam nicht zurück. Auf einmal erschien ein Mann bei der Rezeption und schrie herum - am WC ist ein Verrückter, der sitzt auf dem Pissoir und macht sein großes Geschäft – Mir wurde übel, eine Röte fuhr mir ins Gesicht, ich wusste sofort wer es war. Ich konnte mich vor Schock aber nicht bewegen. Dann kam Walter zurück, mit einem Lächeln im Gesicht, und wir verließen die Rezeption

Besonders gestalten sich die Pietätlosigkeit und der Mangel an Verschwiegenheit einiger Personen zu schweren gesellschaftlichen Hürden:

Am Abend gingen Walter und ich in den Speisesaal – auf einmal schrie der Mann, der Walter am Klo sah , „ da schauts her, hier ist der, der nicht weiß wie man sich am Klo zu verhalten hat, setzt sich einfach auf das Pissoir und macht sein großes Geschäft,“ Alle schauten auf uns. Am liebsten wäre ich im Boden versunken. Wir setzten uns hin. Ich konnte nichts essen. Am nächsten Tag verließen wir das Hotel und fuhren nach Hause.

Besonders tragisch wird der Krankheitsverlauf für die Angehörigen Betroffener, wenn die Verwandten ihre nahe stehenden Familienmitglieder nicht mehr erkennen und diese als Fremde behandeln.

Erwin beschreibt dieses Gefühl:

Mir tut es so weh, dass meine Mutter mich nicht erkennt. Sie spricht mich immer als ihren Bruder an, und erzählt mir von den Geschichten, die sie zusammen erlebt haben. Sie erkennt mich nicht mehr als ihren Sohn, weiß meinen Namen nicht und wenn ich ihr den Namen sage, weiß sie nichts damit anzufangen. Ich verstehe das alles nicht, wie kann sie mich nicht erkennen, wo wir immer so eng miteinander verbunden waren..... weint still vor sich hin....

4.1.2.9 Zuwendungen und Sexualität

Die Alzheimer – Krankheit krepelt die Beziehung zweier Menschen völlig um. Der pflegende Angehörige empfindet oft schon bei Beginn der Krankheit den sexuellen Kontakt als unpassend und belastend. Die Intimitäten werden mehr und mehr zu einer Belastungsprobe. Die Funktion der Stärkung der persönlichen Bindung ist bei einer Seite der Partnerschaft verloren gegangen.

So beschreibt Maria, wie sehr der Austausch von Intimitäten immer schwieriger wird:

Mein Mann ist so anlehnungsbedürftig, er möchte mich immer umarmen, berühren, will mich immer küssen, ich will aber nicht. Es ist schwer ihm immer aus dem Weg gehen zu müssen. Er kommt daher und sagt noch ein Bussi und noch ein Bussi..., Ich antworte ihm, „ wir haben ja gerade gebusselt“, na dann geht er , kurze Zeit später kommt er wieder

Erschwerend kommt hinzu, dass Maria den Gatten nicht mehr als ihren Ehemann identifiziert. Für sie wird er im Verlauf der Krankheit immer mehr zu einem Fremden:

Ich kann und will diesen Kontakt nicht mehr, es ist nicht mehr der Mann den ich geliebt habe, es ist ein anderer, den ich schätze , den ich pflege und nicht allein lasse, so Gott mir die Hilfe gibt, aber mehr möchte ich nicht von ihm. Ich kann das nicht.....diese Situation ist für mich sehr belastend.....

4.1.3. SOZIALE AUSGRENZUNGEN

Angehörige Betroffener erhalten von der Familie, von Freunden, Bekannten und der Gesellschaft soziale Unterstützung. Allerdings stehen auch soziale Ausgrenzung auf der Tagesordnung von pflegenden Angehörigen (vgl. Elisabeth Seidl, Siegrid LABENBACHER, 2007, S. 48). Die Ursachen für dieses Phänomen sind mannigfach.

4.1.3.1. Zeitliche Ressourcen

Die zeitlichen Ressourcen der Angehörigen Betroffener sind eingeschränkt. Einen Gutteil ihrer Zeit verbringen sie mit der aufwendigen Pflege ihrer Familienmitglieder. Die eigenen Bedürfnisse werden auf ein Minimum zurückgeschraubt. Die oberste Priorität der Pfleger/innen ist das Erledigen der Pflegearbeit, die keinen Aufschub erlaubt. Daher gibt es auch keine Zeit mehr für Freunde und Bekannte. Auch der für soziale Kontakte so wichtige „Small Talk“ kann nicht umgesetzt werden. Dem spontanen Nachkommen von Einladungen bleibt ebenso wenig Platz.

Das Verständnis der Freunde bleibt in dieser Situation eher gering. Besonders schwierig gestaltet sich die Beziehung zwischen Freunde und Freundinnen, wenn diese keinerlei Erfahrungen mit Pflege von Verwandten gemacht haben. Sie sind dann öfters überfordert mit den Darstellungen und Schilderungen. Das Resultat dieser entstehenden Spannungen ist ein immer kritischer werdendes Verhältnis zu den Freunden und Bekannten. Diese koppeln sich letztlich ab. Der soziale Kontakt ist dann meist lange abgebrochen.

Petra beschreibt ihr Erlebnis eines Treffens mit ehemaligen Freunden. Auch hier zeigt sich, dass sich Petra sehr schlecht von ihrer Umwelt verstanden fühlt. Angebote zur Unterstützung bleiben aus:

Vor Monaten habe ich alte Freunde auf der Straße getroffen. Sie fragten mich wie es Walter geht. Ich bin gleich in Tränen ausgebrochen, da ich schon so fertig war. Die Freunde sagten nur - es wird ja wieder , na da musst durchhalten, du musst nun stark sein - kein Anbieten von Hilfe oder eine Andeutung, dass sie Walter und mich besuchen kommen, nein . Sie erzählen

mir von ihrem neuen Auto..... Ich drehte mich um und lief davon. Das waren wirklich einmal unsere Freunde oder habe ich mich getäuscht.....

4.1.3.2. Sozialer Rückzug

Um sich nicht den negativen Reaktionen der Umwelt auszusetzen, verzichten die Angehörigen Betroffener auf Freizeitaktivitäten.

Sie nehmen kaum an Veranstaltungen teil, verzichten auf Theaterbesuche, eine Nachmittagsjause beim Heurigen oder ein Abendessen in einem Restaurant.

Zerstreuungen und Entspannungen sind de facto Fremdworte für die Menschen geworden.

So äußert Maria im Verlauf des Gesprächs den Wunsch wieder auf Urlaub zu fahren. Vor allem an altbekannte Orte der gemeinsamen Vergangenheit, da zieht Maria es hin:

Ich würde gerne mit meinem Mann noch einmal auf Urlaub fahren. Dort hin, wo wir uns das erste Mal gesehen haben, ob er den Platz noch erkennt? Aber ich habe Angst, die Leute starren uns an, reden hinter vorgehaltener Hand, das tut mir weh, ich schäme mich, wenn etwas nicht so funktioniert wie es sein soll und wie die Gesellschaft es erwartet. Da bleibe ich lieber mit ihm zu Hause, in der gewohnten Umgebung. Ich habe vor vielen Jahren am Traualtar geschworen für ihn da zu sein in guten und in schlechten Tagen..... daran halte ich mich.

4.1.3.3. Einsamkeit

Obwohl die Angehörigen Betroffener und die zu Betreuenden Familie haben, werden sie von dieser kaum besucht. Die Pfleger/innen werden immer mehr von Ausreden ihrer Verwandten begleitet, warum sie nicht auf Besuch kommen können. Die betroffenen Angehörigen sind von der Familie enttäuscht und ziehen sich immer mehr in ihr Schneckenhäuser zurück. Sie versuchen letztlich bestmöglich mit ihrer Situation allein fertig zu werden.

Konrad schildert, dass seine Kinder – also die nächststehenden Verwandten – sich nicht mit der Erkrankung ihrer Mutter auseinandersetzen wollen. Er fühlt sich von ihnen verlassen und allein gelassen:

Meine Frau und ich haben zwei Kinder, einen Sohn und eine Tochter. Beide lassen sich nicht mehr blicken.

Sie können mit der Krankheit ihrer Mutter nicht umgehen, sie können es nicht akzeptieren, dass ihre Mutter nicht mehr so ist, wie sie war, Ich glaube sie verdrängen es, ich glaube es interessiert sie auch nicht, denn wenn ich mit ihnen sprechen möchte, haben sie keine Zeit,ja sie leben ihr eigenes Leben und vergessen uns.

Entscheidend in heiklen Pflegesituationen wäre die Unterstützung auf sachlicher, aber auch auf emotionaler Ebene. Allerdings bleibt dies aus. Die Angehörigen ziehen sich auf ähnliche Art und Weise, wie auch die Freunde zurück. Sie verwehren den Angehörigen Betroffener ihre Hilfe. Das Gefühl des Alleingelassen-Seins macht sich wieder schnell breit.

Beate plagen vor allem die Erinnerungen an Zeiten, in denen sie gemeinsam mit ihrem Gatten viele Unternehmungen unternommen hat:

In der Nacht stehe ich öfters auf, um nachzusehen, ob bei meinem Mann alles in Ordnung ist, Dann schlafe ich immer nur schwer ein und ich denke an früher. Wie wir regelmäßig mit unseren Bekannten Karten gespielt haben, auf unsere Enkelkinder aufgepasst haben, wie wir oft von unseren Kindern besucht wurden..... es schmerzt,.....ich weine dann bis ich einschlafe...

4.1.3.4 Finanzielle Schwierigkeiten

Das Pflegegeld reicht nicht aus um den enormen finanziellen Aufwand, der im Zusammenhang mit der Pflege entstehen, zu tragen. Darunter fallen Medikamente, Personal, Therapien und Ähnliches. Oft wird auch das ganze Ersparte aufgebraucht, das im Laufe des Lebens aufgesammelt wurde.

Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit dem Pflegegeld ist der enorme bürokratische und administrative Aufwand, der zum Ansuchen auf Unterstützung verbunden ist. Diese führt zur emotionalen Belastung bei den Angehörigen.

Eva schildert, dass die SHG ihr Unterstützung beim Ansuchen auf Pflegegeld gab: ***Über die SHG erfuhr ich vom Pflegegeld, sie gaben mir Formulare mit, in denen ich genau diverse Tätigkeiten und Zeitaufwand eintragen musste und nach diesen wurde die Pflegestufe festgelegt.***

In diesem Zusammenhang wird allerdings klar, dass selbst mit Unterstützung, das Bewältigen des bürokratischen Apparates enorm schwierig ist.

Eva beschreibt ihre Odyssee beim Einreichen auf Unterstützung:

Als erstens habe ich eine Ablehnung der Pflegestufe bekommen, da die 50 Stunden Pflege /Monat nicht erreicht wurden. Mir wurde gesagt, ich kann Einspruch erheben und klagen oder ein Jahr warten, bis ich wieder einreichen darf. Ich dachte mir, „Das ist arg - klagen vor Gericht gehen, da bekommt man ja alle Zustände“bin dann aufs Gericht gegangen, habe mir hier alle Informationen geholt – wie - Das Klagen innerhalb von 3 Monaten ist kostenlos, wer mir dabei hilft und wo ich alles einreichen muss – Ich habe geklagt, 2 Praktikantinnen haben das Formular ausgefüllt und eingereicht. Ich musste mit meiner Mutter zum Arzt, das dauerte auch wieder sehr lange, bis wir einen Termin bekamen. Nach Monaten bekamen wir dann die Pflegestufe 2 – mittlerweile hat sich ihr Zustand schon so verschlechtert, dass sie rund um die Uhr Betreuung braucht..... Nun fangt der Zirkus wieder von vorne an.....aber ohne das Pflegegeld schaffen wir es finanziell unmöglich.....

Auf Grund des enormen Zeitaufwandes, der mit dem Pflegeprozess verbunden ist müssen viele Pfleger/innen ihre Arbeiten aufgeben und kündigen. Dadurch kann es zu finanziellen Engpässen kommen. Sind im Haushalt auch noch Kinder, die Unterstützung benötigen, wird es immer wahrscheinlicher, dass neben emotionale Belastungen auch noch Ängste um das finanzielle Überleben hinzukommen. Besonders schwierig wirken sich am Ende unvorhersehbaren Situationen aus.

Monikas Erinnerungen zeigen wie sich die einzelnen Stadien der Krankheit auf das eigene Leben auswirkten.

Finanzielle Sicherheit wird immer mehr zu einem ungewissen Faktor:

Ich pflege meine Schwiegermutter schon viele Jahre. Da mein Gatte das Haus in dem wir wohnen von ihr geschenkt bekommen hat, ist er die Verpflichtung eingegangen, sie bis zu ihrem Tod zu versorgen.

Am Anfang der Krankheit gab es keine Probleme, aber als sie dann immer weglief und allein nicht mehr nach Hause gefunden hat, das Fleisch aus der Kühltruhe immer wieder genommen hat und es auftauen ließ, obwohl sie es nicht brauchte oder die Herdplatte einschaltete ohne einen Topf auf diese zu stellen und vergaß diese wieder auszuschalten, wurde es uns zu gefährlich und ich musste meinen Job, ich war Einkäuferin in einer Firma, kündigen. Ja da kamen wir gerade mit dem Geld aus, dass mein Mann verdiente.

Seit letzten Monat ist mein Mann arbeitslos, er ist 58 Jahre, er bekommt zwar Arbeitslosengeld, aber einen Job findet er sicher nicht so schnell. Nun müssen wir uns ordentlich einschränken, ich hoffe wir schaffen das finanziell. Unsere Tochter beginnt im Herbst zu studieren ja wir werden sehen.

Weitere Belastungen gibt es dann bei Umbauarbeiten im Haus oder in der Wohnung, die bei einer Pflege eines Alzheimer-Patienten/Patientin erforderlich werden.

Die Kosten der Handwerker, das Einreichen und Abwarten auf Bewilligungen von den Krankenkassen belasten die Angehörigen Betroffener mitunter stark.

Petra schildert dabei die Belastungen, die bei den Behördengängen entstehen:

Ich habe einen Lift im Zimmer, der mir hilft Walter aus dem Rollstuhl in das Bett zu heben. Ich bin froh, dass ich ihn habe, weil ich nicht dauernd auf andere angewiesen bin und es doch zu einer Entlastung meines Kreuzes kommt. Das Ansuchen, die Bewilligung dauerte schon seine Zeit - immer musste ich nachfragen, immer vertrösteten sie mich auf morgen und morgen --- die Zeit kommt einem lange vor, wenn man auf etwas wartet, dass man dringend benötigt.....

Als Alternative für die Pflege zu Hause gibt es die 24-Stunden-Betreuung. Je nach Bedarf und Aufwand kostet diese zwischen 40 und 70 Euro pro Tag. Hinzu kommen Gebühren für die Anmeldung des Pflegepersonals plus Hilfsmittel für Pflegeperson und Pflegeutensilien.

Auch hier kommt es oft zu schwierigen Belastungen, da die Auswahl des richtigen Personals nicht immer leicht ist.

Eva beschreibt aus ihrer Erinnerungen heraus, die Erfahrungen mit der 24-Stunden-Pflege. Dabei hat sie unterschiedliche Erfahrungen gemacht, was die Qualität und die Akzeptanz des Pflegepersonals angeht:

Ich bin selbständig und kann die Pflege meiner Mutter nicht allein machen, daher habe ich mich für eine 24 h- Betreuung entschlossen. Sabrina kam, sie war nett, zuvorkommend und hat sich bestens mit meiner Mutter verstanden, oft habe ich meine Mutter herzlich lachen gehört. Leider musste Sabrina aus familiären Gründen wieder aufhören. So kam Kristina, sie hatte Angst vor meiner Mutter, wenn sie ihre aggressiven Anfälle hatte, sie schrie mit ihr, sie konnte nicht kochen, hatte keine Ahnung wie man mit Alzheimer – Kranken umgeht.... So musste ich wechseln, es war eine arge Belastung, ich musste ihr immer sagen was sie machen soll, ob es nun ist die Windeln zu wechseln oder meine Mutter zu waschen, wie und was sie kochen soll,....., allein machte sie gar nichts.....die nächste Pflegerin die kam, war die Situation für mich auch mehr Belastung als Entlastung. Sie war sehr schwierig, die weinte immer, weil meine Mutter so ekelig zu ihr war...sie hat sich von ihr nicht waschen und anziehen lassen, hat ihr die Windelhosen heruntergerissen..... Auch die ging wieder.

Derzeit warte ich auf eine neue Betreuerin und hoffe, dass die sich besser mit Alzheimer - Kranken auskennt, mit diesen umgehen kann und ich endlich meiner Arbeit nachgehen kann und wieder Geld verdiene und nicht von meinem Ersparten leben muss.....

4.1.4. PHYSISCHE BELASTUNGEN

Bei älteren pflegenden Angehörigen können altersbedingte Krankheiten wie Arthrose, Osteoporose und Diabetes auftreten, die die Betreuungsarbeit erschweren. (vgl. Seidl Elisabeth Seite 48)

Aber auch jüngere Angehörige Betroffener müssen unter Umständen mit körperlichen Einschränkungen zurechtkommen besonders nach Krankenhausaufenthalten.

Als Ursache von psychischen und physischen Beschwerden wird von den pflegenden Angehörigen die psychische Belastung hervorgehoben.

Monika beschreibt dies im Gespräch sehr genau. Sie schildert wie mehrere psychologische Erkrankungen ihr Leben mehrmals beschnitten. Monika leidet vor allem unter dem Zwangsverkauf ihres Hauses. Die Folgen sind Depressionen:

Ich habe meinen Gatten viele Jahre zu Hause gepflegt, ich fiel ins „Burn out“ , hatte Gehörsturz und war seit 2007 bereits Zweimal im Krankenhaus. Ich musste mich entscheiden was ich weiter mache, wenn ich ihn zu Hause weiter pflege werde ich nicht mehr lange durchhalten, so habe ich ihn ins Senecura nach Grafenwörth gegeben. Er hat dort ein Zimmer mit seinen Büchern, die er sehr liebt, ich bin jeden Tag vom Dunkelsteinerwald zu ihm für 3-5 Stunden ins Heim gefahren, habe ihm aus seinen Büchern vorgelesen, habe ihn gefüttert, die Kosten haben unser Erspartes aufgefressen.....

So musste ich unser schönes Haus verkaufen – das habe ich bis heute noch nicht überwunden – unser Haus, dass wir gemeinsam aufgebaut haben, wo wir glücklich waren, wir hatten eine schöne Zeit , wir verstanden uns sehr gut. Ich bin nun in eine geförderte Genossenschaftswohnung nach Grafenwörth gezogen, damit ich immer in seiner Nähe sein darf und kann. Derzeit habe ich starke Depressionen und muss in zwei Wochen stationär nach Eggenburg – ich muss es schaffen, ich muss stark sein für uns beide, ich habe ja nur mehr ihn..... weint

Unsere Kinder haben sich komplett zurückgezogen, die wollen von ihrem Vater nichts mehr wissen, die verstehen nicht, dass ich mich so verhaltees tut weh, dass sie mich nicht einmal anrufengeschweige besuchen.

4.1.5 ANGST DES VERLUSTES

Eine weitere Belastung für die Angehörigen Betroffener ist die ständige Angst, dass der Tod des/der Gepflegten bald eintreten könnte.

Einerseits beherrscht einem die Angst, das Ungewisse. Man fürchtet, dass man die Kraft für die Pflege des Familienmitgliedes nicht mehr aufbringen kann. Andererseits hängt der Tod der geliebten Person, wie das Damokles Schwert über dem/die Pflegenden. Das unausweichliche Ereignis ist ständig im Zimmer des/der Gepflegten präsent.

Kurt schildert, dass er die ständige Schwächung und Verschlechterung des Gesundheitszustandes seiner Gattin miterlebt:

Meiner Frau geht es heute nicht gut, es geht langsam bergab, sie hat vor einem Jahr noch so laut gesprochen, und man hat das Gefühl gehabt sie überschlägt sich mit der Stimme und die Stimme wurde immer leiser und leiser. Nun redet sie nur mehr sehr leise, kaum verständlich. Ich habe das Gefühl, dass das Lebenslicht von ihrer Kerzen bereits weit unten istja es ist schon sehr weit, es ist traurig.... schluckt ein paar mal dass ich meinen Partner verliere, dass ist nicht gut, aber dass meine Kinder ihre Mama verlieren, das schmerzt, der Anblick meiner Töchter, die ungeweinten Tränen – ich kann nicht trösten, da es ja keinen Trost gibt ja es ist halt so, ich muss es annehmen.....

4.2. Belastungen bei DEPRESSIONEN

Jeder Betroffene hat eine Depression mit individueller Färbung. Dabei lassen sich verschiedene Formen von Depressionen erkennen, die sich wesentlich voneinander unterscheiden.

Allerdings haben die Depressionstypen durchaus auch einige Gemeinsamkeiten. Sowohl im Erscheinungsbild als auch in den Behandlungsweisen gleichen sich manche Arten der Erkrankung.

Menschen, die unter Depressionen leiden haben Schwierigkeiten ihren Zustand zu erkennen und diesen zu akzeptieren.

Depressiv zu sein bedeutet nicht zwangsläufig krank zu sein. Krank wird erst der- oder diejenige, der/die nicht zugeben will, dass er/sie unter den Depressionen leidet. Durch das nicht Eingestehen des Zustandes wird die Krankheit immer stärker. Die Erkrankung führt dazu, dass man sich überfordert fühlt. (Frederic.F. Flach; 2007 S.7)

Angehörige Betroffener kämpfen mit diesem Nichtzugeben. Dass der/die Angehörige das Offensichtliche nicht erkennt wird für sie/ihn zur Belastungsprobe.

In dieser Arbeit wurden die in den Selbsthilfegruppen erfassten Belastungen von Angehörigen Betroffener mit Depressionen, durch „teilnehmende freie Beobachtungsprotokollen niedergeschrieben , danach interpretiert und die immer wieder kehrenden Belastungen herausgefiltert und anhand von wissenschaftlichen Unterlagen zugeordnet. Die herauskristallisierten Belastungen sind subjektive Aussagen der Teilnehmer von Selbsthilfegruppen.

Folgende Ereignisse können zu Depressionen führen, die die Betroffenen und deren Angehörigen schwer belasten. Die Belastungen wurden anhand von alten Klassifikationen der Depression beschrieben.

4.2.1 Trauer durch Verlust einer lieben Person

Trauer ist nicht dasselbe wie Depression. Aber beide grenzen aneinander, insbesondere die pathologische Trauer. Darunter versteht man eine depressive Trauerreaktion, ein depressives Verhalten, das länger als 8-10 Monate andauert.

Es handelt sich hierbei oft um, durch den Verlust ausgelöste oder festgefrorene endomorphe Depressionen. (M. Schlerve; 1999, S. 273)

Trauer ist ein seelischer Schmerz, der eintritt, wenn dem Menschen eine Person verloren geht, die ihm lieb und vertraut war. Es ist so unfassbar, so unglaublich und so schrecklich

(Schmatz,(2002) S.3)

Selbstvorwürfe in dieser Trauer können zu Depressionen führen. Angehörige Betroffener empfinden den Fall in die Depression als starke Belastung. Vor allem die Ratlosigkeit und Hilflosigkeit sind jene Gefühle, die den Angehörigen Betroffener zusetzt. Sie können die zunehmende Abkapselung der Kranken nicht verstehen.

Helga erzählt, wie ihre Mutter durch den Verlust ihres Stiefbruders in Depressionen gefallen ist. Vor allem unterstreicht sie, wie sehr es bei ihrer Mutter zu charakterlichen Veränderungen gekommen ist:

Mama verlor ihren jüngsten Sohn, er war mein Stiefbruder, er war 17 Jahre, ist mit dem Moped seines Freundes verunglückt. Sie kann nicht weinen, sie ist aggressiv, macht kaum eine Hausarbeit, wacht nachts auf, sieht ihren Sohn ... Sie macht sich solche Vorwürfe, dass sie ihm nie den Wunsch eines eigenen Mopeds erfüllt hat - aus Angst, dass er damit verunglücken könnte – sie macht sich solche Selbstvorwürfe – mit einem eigenen Moped da hätte er Erfahrung und Übung sammeln können und so fuhr er zu schnell ohne Helm in eine scharfe Kurve

Letzte Woche war sein Geburtstag, sie hat ihm eine Torte gebacken – ich kann das nicht mehr mit ansehen, wie sie leidet

Eine sehr **stark ausgeprägte Bindung** an den Toten kann die Trauer erschweren und die Trauerreaktion verzögern. Es ist am Ende möglich, dass die/der Betroffene in Depressionen fällt.

Das sieht man zum Beispiel, wenn eine Mutter ihr Kind verliert, dessen Versorgung und Erziehung ihr einziger Lebensinhalt war. Das verstorbene Kind war dann die einzige Quelle ihres Selbstbewusstseins und die einzige Stütze.

Viktor erzählt von seiner Frau, die seit dem Tod ihres Kindes den Sinn ihres Lebens verloren hat. Die stärkste empfundene Belastung ist, dass er für seine Gattin nichtig und bedeutungslos wird:

Immer höre ich von meiner Frau, was soll ich noch hier, ich habe doch nichts mehr, ich habe alles verloren was ich je besessen habe, für das sich es gelohnt hat zu leben. Komme ich nach Hause, niemand wartet auf mich, für wen soll ich kochen, waschen und putzen, was soll ich noch hier, sie sperrt sich ein und betrachtet stundenlang Fotos von unserem Sohn, streichelt über die Bilder ...seufzt... ich weiß nicht was ich noch machen soll, sie besucht schon einen Therapeuten, nimmt Tabletten – Antidepressiva - es hilft nichts – in die SHG bekomme ich sie nicht, ich bin hier, um jemanden zu treffen, der mit diesen Erfahrung hat und mir Tipps geben kann.....ihre Arbeit hat sie schon verloren, auch ich habe unseren Sohn verloren, ich habe ihn auch geliebt, aber das Leben muss weiter gehen.....

4.2.2. Depressive Störungen

Fühlt man sich depressiv, muss es sich nicht um eine echte Depression handeln. Häufig ist man verstimmt, weil negative Erlebnisse oder Enttäuschungen unser Gemüt beeinträchtigen.

Das äußert sich dann in:

- Traurigkeit
- Niedergeschlagenheit
- schlechte Laune (man ist leicht reizbar)
- Gefühl der Leere (man fühlt sich kraftlos)
- Schlafstörungen

- Unsicherheit, Ängste
- Unentschlossenheit (es ist schwer, Entscheidungen zu treffen)
- das Gefühl, dass einem alles über den Kopf wächst
- Frustration: "Es ist ja eh alles egal"
- wenig Interesse an der Umwelt.

(Aussagen von Betroffenen und deren Angehörigen, die die Selbsthilfegruppe besuchen)

Manuela, die schon längere Zeit eine aktive Besucherin der Selbsthilfegruppe ist, berichtet über ihre Sorgen um ihren Gatten. Sie macht dabei deutlich, dass sie nicht ihren Ehemann erreicht:

Peter und ich sind nur zwei Jahre ein Paar, früher war er immer lustig, liebenswert, seit einem Jahr hat er einen neuen Arbeitskollegen bekommen, seit dieser Zeit zieht er sich immer mehr zurück, ihm ist egal was in seiner näheren Umgebung statt findet, er ist jede freie Minute in der Firma, und ich weiß nicht wie ich helfen kann, wie ich ihn überzeugen kann, dass er weniger arbeiten soll, dass arbeiten nicht alles ist, oder wenn er der Arbeit nicht gewachsen ist, dass er kündigen soll. Da wird er aggressiv, sagt nur du verstehst das nicht, ich weiß nicht wie ich mich verhalten soll, ich glaube es findet ein Wettbewerb zwischen den beiden statt, der Peter aber krank macht.....

4.2.3. Reaktive Depression – eine „Anpassungsstörung“

Darunter versteht man, die Reaktion eines Menschen in Form einer Depression.

Diese Depression gibt es nach Verlusterlebnissen wie Trennung, Scheidung, Arbeitsplatzverlust, Verlust eines Körperteiles wie zum Beispiel, eines Beines durch Unfall oder der weiblichen Brust durch eine notwendige Operation; Verlust der Hörfkraft oder der Sehkraft.

(Tölle, 2003; S. 24)

Michaela berichtet über ihre Belastung mit der geliebten Mutter, die darin besteht, dass sie völlig hilflos den Zustand ihrer Mutter mit ansehen muss:

Meine Mutter glaubt, dass sie keine vollständige Frau mehr ist, seit ihr eine Brust amputiert wurde, sie zieht sich komplett zurück, geht nirgends mehr hin, sie hat immer sehr gerne Sport betrieben, Tennis gespielt, geschwommen..... sie glaubt jeder starrt auf ihre Brust und sieht sofort, dass dort nichts mehr ist..... sie hat eine Einlage, aber die mag sie nicht nehmen, denn wenn diese verrutscht schaut das noch blöder aus ... ich weiß mir nicht wie ich ihr helfen kann, ich weiß nicht wie ich damit umgehen soll, es gibt da wenig Trost, daher gehe ich in die Selbsthilfegruppe, um hier mit Leuten zu sprechen, die auch Angehörige oder Betroffene mit ähnlichen Lebenskrisen haben....

Der Verlust des Arbeitsplatzes ist ein tiefer Einschnitt im Leben eines Menschen. Das Selbstbewusstsein leidet darunter genauso wie die Selbstachtung. Vermehrte Schwierigkeiten treten dann auf, wenn man für den Arbeitsmarkt auf Grund des Alters als schwer vermittelbar gilt. Denn ab einem Alter jenseits der 50 gilt man in unserer Gesellschaft schon zum „alten Eisen“

Petra erzählt von ihrem Mann, der mit dem Verlust des Arbeitsplatzes schwer zu kämpfen hat und in Depressionen gefallen ist. Sie versucht ihn aufzumuntern und Kraft zu geben. Allerdings hat sie bisher nur geringen Erfolg:

Paul hat 30 Jahre in der gleichen Firma gearbeitet, er hat dort nach der Schule begonnen, war rund um die Uhr für die Firma da, wenn der Chef etwas gebraucht hatte, auch am Wochenende, war er bereit einzuspringen.... Nun ist er zu teuer geworden, sie müssen Personal abbauen und er war der erste, denn es getroffen hat.... Paul bewirbt sich nirgends, er ist in einem tiefen Loch, er geht nicht hinaus, trifft sich nicht mehr mit seinen Freunden, spricht fast nichts mehr mit mir ... ich sage ihm immer wieder, du findest wieder eine Arbeit, wir schaffen das nun auch mit deinem Arbeitslosengeld, er gibt mir keinen Antwort... ich weiß er braucht Hilfe, aber er nimmt diese nicht an, er lehnt alles ab, egal was ich ihm vorschlage, schön langsam verzweifle ich....

4.2.4. Neurotische Depression, als Persönlichkeitsentwicklung

Die Bezeichnung „neurotisch“ weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Ursachen auf psychische Konflikte in der Lebensgeschichte der Betroffenen zurückzuführen sind.

Bereits in der Vergangenheit wird die Neigung, auf Belastungssituationen der Gegenwart mit depressiven Symptomen zu reagieren festgelegt.

Es ist meist das Zusammenwirken äußerer Ereignisse und innerer Faktoren, die zur Entstehung beitragen, wie die folgenden Beispiele zeigen:

Belastungen aus der Kindheit können, ohne dass sie einem bewusst zugänglich sind, die Grundlage sein. Lange zurückliegende psychische Defizite, Verletzungen und Konflikte können sich an einem aktuellen Anlass, der nach außen nicht als dramatisch erscheint, aktualisieren. (Tölle, 2003; S. 25)

Gerhard, der das erste Mal in der SHG ist erzählt von seiner Belastung:

Meine Frau war als Kind immer dick und übergewichtig, sie wurde von ihren Mitschülern immer gehänselt, sie wurde immer und überall ausgeschlossen, im Turnunterricht wurde sie immer ausgelacht, sie hat dann begonnen abzunehmen, sie hat richtig gehungert. Nun ist sie 30 Jahre, ist schlank, lebenslustig und wir unternehmen sehr viel, trinken gern ein Glas Wein und genießen unser gemeinsames Essen. Wir hatten Besuch seit dem ist alles anders, sie hat das Gefühl zu dick zu sein, gemeinsames Essen gibt es nicht mehr, ein Glas Wein hat zu viele Kalorien....ich weiß nicht was vorgefallen ist, sie spricht nicht darüber, wenn ich sie anspreche fängt sie an zu weinen und zieht sich sofort zurück – ich habe von der SHG gehört und bin nun hier hergekommen. Ich weiß auch nicht ob ich hier richtig bin, aber ich will ihr helfen, ich glaube sie wird ernsthaft krank, wenn man nicht etwas unternimmt, zu einen Arzt geht sie nicht, sie sagt sie hat ja nichts..... aber ich kann doch nicht zusehen, dass sie sich zerstört....wir wollen Kinder, aber in diesem Zustand geht das nicht...

Als Kind erlebt jemand immer wieder, dass sie/er sich mit seinen Wünschen oder Abgrenzungsversuchen nicht durchsetzen kann. Als Lebensmotto entsteht Resignation: „Es ist sowieso sinnlos“.

Nach missglückter Prüfung (die vielleicht gar nicht wichtig war) kommt die neurotische Depression plötzlich zum Ausbruch.

Michaela sorgt sich um Ihren Partner, da er immer noch von Bildern der Vergangenheit geplagt wird. Unverarbeitete Erinnerungen der Kindheiten tauchen immer wieder auf:

Mein Partner hat heute noch Alpträume von seiner Jugend, es gab nichts anderes als immer nur im Weingarten zu arbeiten, er wollte gern mit Gleichaltrigen spielen, aber es hieß immer nur , „zuerst die Arbeit dann das Spiel“ , er resigniertenun wollte er den Führerschein machen. Leider ist er beim Fahren durchgefallen, das ist nun ein halbes Jahr her, er will sich nicht mehr in ein Auto setzen, er geht antriebslos umher, zieht sich zurück und unternimmt nichts mehr, ich glaube er braucht dringend von einem Therapeuten Hilfe..... denn so kann er nicht weiter leben..... ich weiß nicht, was noch in seiner Jugend vorgefallen ist, dass es ihn, wegen so einer Kleinigkeit aus der Bahn wirft, , den Führerschein kann man nachholen, ich glaube da steckt mehr dahinter, über das er nicht sprechen will.....ich liebe ihn und will ihm helfen, daher bin ich hier, denn ich habe keine Ahnung was man machen soll.....

Menschen, die nie gelernt haben, mit Herausforderungen umzugehen oder es nicht verstehen ihre eigenen „Fehler“ zu akzeptieren neigen zu depressiven Störungen. Ein grandioses Selbstbild, das als Folge von verinnerlichten Erwartungen oder als Kompensation von Kränkungen errichtet wurde, mündet oft in eine depressive Störung. (Flach, 2007; S. 45)

Leute mit diesen Störungen ziehen sich zurück Sie haben erhebliche Probleme sich mit ihrer Umwelt auseinanderzusetzen und leiden sogar unter Nähe:

Er ist bedrückt, ruhig, still, gönnt sich nichts, tut so als wenn er gelassen wäre, ich kenne ihn besser, ich weiß, dass es in seinen Inneren schmerzt.... Hilfe sagt er braucht er nicht, wie kann ich ihn überzeugen, dass er professionelle Hilfe braucht..... es tut weh, den Menschen, den man nahe steht so zu sehen...

Bei Persönlichkeitsfehlentwicklungen handelt es sich also weniger um eine Erkrankung, die einen Menschen für einen zeitlang befällt, auch nicht nur um eine Reaktion auf einzelne belastende Lebenssituation, sondern um eine ständige psychische Verfassung: „immer schon war ich so“.

Es kommt durch seelische Belastungen oder Konflikte zu einer Zuspitzung des Depressivseins. Dies verschlimmert die Erkrankung immens. (Tölle, 2003: S. 26)

Andrea weiß nicht, wie sie ihrem Mann helfen kann und berichtet:

Mein Mann bekam in seiner Kindheit keine Geborgenheit, in ihm wurde kein Vertrauen gesetzt, er bekam keine Wärme..... Er wurde immer wieder mit allen Gleichaltrigen verglichen, hörte immer nur, du bist nichts wert, du bist ein Versager, er zog mit 15 Jahren aus.... Nun ist er 50 Jahre, er durchlebt in seiner Arbeit wieder das gleiche, bekommt keine Anerkennung, kein Lob, hört von seinem Vorgesetzten immer wieder die Verkaufszahlen stimmen nicht, mehr Leistung sei gefragt.....

Im folgenden Gedicht eines 21-jährigen Kranken, kommt das neurotisch–depressive Erleben zum Ausdruck. Erst am Ende schwingt ein wenig Zukunftshoffnung mit:

***Die Menschen lachen und freuen sich – doch sie wissen nicht warum
Die Menschen hassen und bereuen es – und sie wissen nicht warum
Die Menschen streiten und vertragen sich weiter – sie doch wissen nicht warum
Die Menschen schenken und bedanken sich – und sie wissen nicht warum
Die Menschen lieben und bereuen es – doch sie wissen nicht warum
Aber sie tun es und die Erde dreht sich und die Blumen blühen im Herbst***

4.2.5. Endogene Depression

Bei Menschen, die in ihrem Lebensverlauf mehrere depressive Episoden erleiden ohne unmittelbare Auslöser ausfindig machen zu können spricht man von einer endogenen Depression.

Dabei wird von einer vererbten Disposition ausgegangen. Das Risiko einer Erkrankung ohne gravierende äußere auslösende Faktoren liegt viel höher.

Edwin erzählt von seiner Frau, die er in einer depressiven Phase kennen gelernt hat. Er beschreibt dabei sehr eindringlich auch die äußere Wirkung der Erkrankten:

Blass, mit durchsichtigem Gesicht, so lag sie in ihrem Spitalsbett, so habe ich meine Frau kennen gelernt , sie hatte ihren 3. Selbstmordversuch hinter sich. Ihr Vater tötete sich, als sie 10 Jahre alt war, in der Familie wurde nie darüber gesprochen, denn Depressionen waren in ihrer, ach so heilen Welt, tabu. Jetzt weiß sie ,dass ihr Vater sich wegen starken Depressionen das Leben genommen hat. Heute noch spricht ihre Mutter nie über das, was einmal war. Das gehört nicht zu ihrem Leben – Mutter und Schwester leiden ebenfalls an schweren Depressionen. Die Depressionen werden verdrängt, wir beide haben gelernt die Depression anzunehmen, miteinander zu reden, trotzdem ist unser Leben schwer.....aber auch schön.

4.2.6. Belastungen nach der neuen Klassifizierung der affektiven Störungen - major Depression und bipolare Störung

Eine affektive Störung ist eine Störung des emotionalen Gleichgewichts durch, beispielsweise eine schwere Depression oder einen ständigen Wechsel zwischen Depression und Manie. (Zimbardo, Gerrig, 2007; S. 675)

Manie kommt aus dem griechischen mania, und heißt Begeisterung, Besessenheit. (Arolt, Reimer, Dilling, 2007; S. 143)

4.2.6.1. Depressive Episode - Major Depression

Major Depression ist eine affektive Störung, die durch intensive depressive Gefühle über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet ist. (Zimbardo, Gerrig, 2007; S. 675)

Symptome der depressiven Episode sind Verstimmungen im Sinne von Traurigkeit, Bedrücktheit bis hin zu Gefühlen innerer Leere, Gefühle der Gefühllosigkeit (Unfähigkeit sowohl zu positiven Gefühlen als auch zu Traurigkeit, weinen) Gefühl der Resignation (es wird nie besser werden), Gefühle der eigenen Wertlosigkeit, aber

auch Aggressivität gegenüber sich selbst (Suizidgefahr). Weitere Symptome sind Antriebshemmungen, Energielosigkeit, erhöhte Ermüd- und Erschöpfbarkeit. (Arolt, Reimer, Dilling, 2007; S. 143)

Erwin hat mit der ständigen Antriebslosigkeit seiner Frau sehr zu kämpfen, er kann nicht verstehen warum sie nicht aus dem Bett aufsteht:

Ich komme von der Arbeit heim und finde meine Frau nirgends. Ich gehe in unser Schlafzimmer, da liegt sie im Bett, immer noch das Nachthemd an und starrt zur Decke, ich spreche sie an , aber sie sagt nur lass mich.....als ich das erste Mal das mitgemacht habe, hat es mich sehr geschockt, aber es ist oft nun schon der Alltag,,,,,,,, sie nimmt Medikamente, die helfen nicht viel, nun hier in der Gruppe habe ich mitbekommen, dass das bei Depressionen ganz normal ist, das schildern mehrere Besucher, aber trotzdem ich möchte ihr helfen.....

Es kommt in den depressiven Episoden zu Denkhemmungen. Das Denken ist verlangsamt, gekonnte, angelernte Arbeiten können nicht mehr ausgeführt werden. Betroffenen gehen nicht mehr zur Arbeit. Sie Angst haben zu versagen, verlacht zu werden. Sie fühlen sich nutzlos. Die Folge kann die Kündigung des Jobs sein.

Annemarie ist verzweifelt, ihr Mann geht nicht mehr in seine Arbeit und erzählt:

Ich habe in der Firma angerufen, und den Chef von Michael mitgeteilt, dass er krank sei. Der fragte mich, was mit ihm los ist, warum er so anders ist, er macht seine Arbeit nicht, steht nur herum, weiß nicht ob er es richtig macht,

wenn ich ihn frage. Ich schätze ihren Mann als ausgezeichneten Schlosser, aber ich weiß nicht was ich machen soll, denn das Risiko ist groß, dass er sich verletzt und ich kann auch von den anderen Mitarbeitern nicht laufend verlangen, sie sollen die Arbeit von Christian mitmachen..... Vielleicht sprechen sie mit ihren Mann..... nun ist er arbeitslos.....

4.2.6.2 Bipolare Störungen

Wenn sich depressive Phasen mit Phasen besonders auffallender Hochstimmung abwechseln, wird die Bezeichnung manisch-depressive Störung verwendet.

Sie werden auch als bipolare Störung bezeichnet.

Dabei handelt es nicht um Stimmungsschwankungen in der Bandbreite des landläufigen „von himmelhoch jauchzend - zu Tode betrübt“, die besonders für die Lebensphasen der Pubertät und Adoleszenz bekannt sind.

Die Hochstimmungsphasen der Betroffenen müssen:

- über einen längeren abgegrenzten Zeitraum auftreten (Minimum eine Woche)
- die „Aufgedretheit“ ist gleichsam die Kehrseite der Depression

(Tölle, 2003; S. 49)

Beate berichtet über ihren Mann, der bereits dreimal über Wochen in einer psychiatrischen Anstalt stationär aufgenommen wurde. Sie schildert wie sehr ihr Gatte unter den Einfluss der Krankheit, besonders in den depressiven Stadien, leidet:

Christian ist manisch depressiv, er ist einmal hoch oben, dann wieder tief unten – in der Depression zieht er sich komplett zurück, ist unruhig, hat Stress mit sich selber, hat Entspannungs- CD`s, kann aber diese in seinem Zustand nicht anhören, er schafft es nicht, auch wenn ich mich zu ihm setze und wir gemeinsam diese anhören - -es geht nicht, er will allein sein, aber..... Wechselt er in seine Hochstimmung, dann hat er ein Selbstbewusstsein, da arbeitet er wie verrückt, dann betreibt er Sport, geht unter Leute.....kauft wie verrückt ein....mich belastet das alles sehr, da ich immer wieder alle seine Fehlverhalten, die er dann macht wieder gut machen muss, etwas kommt noch

dazu, dass ist das schlimmste für mich, in der depressiven Phase kommt es zu Schuldgefühlen, mit Suizidgedanken und.....

Das soziale Umfeld ist sehr stark von der Krankheit des/der Verwandten betroffen. In extremen Fällen kann ein Erkrankter seine Familie mit finanziellen Projekten ruinieren. Es kommt zu massiven Schwierigkeiten in Partnerschaft und im Arbeitsalltag.

So beschreibt Andrea das Verhalten ihres Mannes. Damit zeigt sie welches Ausmaß eine Depression annehmen kann:

In der Manie ist er euphorisch, er merkt nicht, dass er wie verrückt einkauft, er hat schon einmal etliche Mercedes bei den unterschiedlichsten Händlern gekauft, ich konnte es dann wieder rückgängig machen, glauben sie mir ich brauche starke Nerven ,ich denke mir oft nun verlasse ich ihn, aber was wird aus ihm.

Wer in euphorischer Hochstimmung schwelgt, erlebt sich dabei auch nicht als behandlungsbedürftig. Dennoch bietet sich eine medikamentöse Behandlung an, kombiniert mit Gesprächen bei Psychotherapeuten.

Zur Schadensbegrenzung und zum Schutz des Patienten ist bei schweren Fällen eine Klinikeinweisung erforderlich.(Arolt, Reimer, Dilling; 2007; S. 152)

So schildert eine Angehörige, dass die Einweisung in eine Anstalt ein schlimmes Erlebnis für den Betroffenen sein kann:

Seit 2 Jahren hat er Medikamente, die ich ihm gebe wenn ich merke, dass seine Stimmung umfällt, er hat laufend Angst, dass er wieder in die Anstalt eingewiesen wird, das war für ihn ein schlimmes Erlebnis.... Seit der letzten Einweisung ist er in Pension – ich habe Angst um ihn und um mich, dass ich das alles nicht mehr schaffe....

5. ERGEBNISSE BELASTUNGSBEWÄLTIGUNG VON ANGEHÖRIGEN BETROFFENER IN SHG

Die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen ist eine verantwortungsvolle Aufgabe und eine enorme Herausforderung, besonders bei der Betreuung von nahen Angehörigen.

Die Übernahme einer Pflegetätigkeit bringt meist nicht nur große körperliche und psychische Belastungen mit sich, sondern erfordert auch fachspezifisches Wissen und Informationen.

Ein wesentlicher Informant für Belastungsbewältigung Angehöriger Betroffener sind Selbsthilfegruppen.

5.1. Entlastungen bei ALZHEIMER

5.1.1. Information, Aufklärung über Krankheit - SHG steht mit Rat und Tat zur Seite

Der Arzt teilt den Kranken und seiner Begleitperson mit, dass er an Alzheimer erkrankt ist. Unter dieser Diagnose können sich beide nur in den seltensten Fällen vorstellen, was das bedeutet, wie der Krankheitsverlauf ist und was auf einen zukommt. Die Zeit der Ärzte ist begrenzt. Darunter leidet die Qualität der folgenden Aufklärungsgespräche. So stehen die Angehörigen mit wenig oder missverständlicher Information da, wissen nicht wohin sie sich wenden können und wie weiter vorgegangen werden kann.

Selbsthilfegruppen nehmen sich Zeit für die Angehörigen Betroffener. Gleichgesinnte stehen ihnen bei Gesprächen mit Rat und Hilfe bei.

So stand am Anfang Petra völlig ratlos und unvorbereitet da:

Gerade am Anfang, wenn die Krankheit diagnostiziert wird und sich die ersten sichtlichen Veränderungen einstellen, da braucht man als Angehöriger Betroffener Hilfe.

Man begreift nicht, was es heißt , wenn der Partner Alzheimer hat. Das bisschen Vergessen, das hat doch jeder, aber dass eine unheilbare Krankheit unser zukünftiges Leben bestimmen wird, ist unbegreiflich. Man verdrängt die Wahrheit, bis sie einen einholt. Es gibt so viele unbeantwortete Fragen, man kennt den Krankheitsverlauf nicht, weiß nicht wo man wichtige Pflegeutensilien erstehen kann, wo man Bewilligungen einreicht und wie das mit dem Pflegegeld so ist.

In dieser Situation stand ihr die Selbsthilfegruppe unterstützend bei:

Mir hat die Selbsthilfegruppe sehr geholfen, hier wurde ich einfach aber präzise über den Krankheitsverlauf aufgeklärt. Betroffenen Angehörigen erzählten mir, wie es ihnen gegangen ist, als die Krankheit ihres zu pflegenden diagnostiziert wurde. Mir wurde von der Leiterin der SHG nahe gelegt einen Validationkurs zu machen, der mir den richtigen Umgang mit dem Kranken zeigt.

In den SHG werden alle Phasen der Krankheit, je nach Bedürfnis der pflegenden Angehörigen in der Gruppe besprochen. In den Sitzungen kommt es zu Erfahrungsaustausch. Die Beteiligten teilen sich mit und beraten sich gegenseitig. Es kommt zu Hilfestellungen, zu Problemlösungsvorschlägen. Vom Erarbeiteten profitieren die Beteiligten auf ihre jeweils spezifische Art und Weise und versuchen die Ratschläge auf die Alltagsprobleme umzusetzen.

Eva ist froh, dass sie zur SHG geht und hebt hervor, dass die Informationen, die sie im Zuge der Besuche erhalten hatte, sehr hilfreich waren. Sie spricht sogar eine Empfehlung für SHG aus:

Wir haben sonst nirgends Hilfe erhalten, nur von der SHG. Wir haben von der Krankheit nichts gelesen, kein Doktor hat uns darüber aufgeklärt, niemand. Ich kann nur jeden raten, der einen Alzheimerkranken, einen Demenzkranken hat sich als erstes an eine SHG zu wenden, dort bekommt man Unterlagen.

Aber auch die emotionale Geborgenheit in den SHG betont Eva. So meint sie:

Hier wird man menschlich behandelt, hier wird man verstanden, jeder spricht vom gleichen, alle machen das selbe mit, man fühlt sich nicht so allein, holt sich Hilfe,

Eva spricht außerdem einen weiteren bedeuteten Aspekt der SHG an. Sie spenden auch Trost und bieten Hoffnung:

Man erfährt was einem erwartet, wie der oder die mit der Situation umgeht, was der andere macht, man bekommt Trost in aussichtslosen Lagen und weiß durch Erzählungen anderer es wird sich wieder ändern. Der/die macht auch gerade das durch und der Andere sagt, so sieht das jetzt aus.....

5.1.2. SHG der richtige Ansprechpartner bei Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen

Die Selbsthilfegruppe gibt betroffenen Angehörigen Halt und Zuversicht bei den Veränderungen der zwischenmenschlichen Beziehungen. In den Gesprächen lernt man schnell und sicher mit diesen neuen Situationen umzugehen. Es wird vermittelt, wie man auf Veränderungen des zu pflegenden richtig reagieren kann.

Konrad beschreibt, dass die SHG auch versucht Verständnis bei den Angehörigen Pfleger für ihre Lebensabschnittspartner zu vermitteln. So erklären sie, in welcher Gefühlslage sich die Erkrankten zumeist befinden:

Durch viele Besuche der SHG hat mir diese gelehrt, dass sich der Zorn, die Aggressivität meiner Gattin nicht gegen mich richtet, sondern es ist eine Reaktion auf die Unsicherheit, die Angst und die Verzweiflung, die sie selbst quälen. In jeder Situation wurde mir immer wieder gesagt, dass ich einen klaren Kopf behalten soll und mir vor Augen zu halten, dass Konflikte für meine Frau noch unangenehmer sind, als für mich und das Problem kann nur ich lösen. Ich habe die Erfahrung gemacht, wenn ich sie ablenke, lösen sich die Aggressionen sie wird ein wenig zugänglicher, eine Besucherin der SHG lenkt ihren Mann mit fernsehen oder Album ansehen ab.

Die SHG hilft den Angehörigen Betroffener sich mit der Situation selbstreflexiv auseinanderzusetzen. Sie verstehen wie ihr Verhalten auf die Betroffenen wirkt. Die Besucher lernen, mit der Erkrankung des Partners umzugehen und entsprechend darauf zu reagieren. Mit Training, mit immer wiederkehrenden Erzählungen lernt man leichter mit der Situation umzugehen. Gelassenheit wird zur obersten Maxime für die Angehörigen Betroffener.

So beschreibt Eva die psychischen Belastungen, die durch die Sorge um ihre Mutter entstanden sind.

Das ewige Fortlaufen, das Suchen, die Angst, hoffentlich ist ihr nichts passiert, das brachte mich fast um den Verstand. Ich konnte in der Nacht nicht mehr schlafen, ich war bei jedem Geräusch sofort hellwach und schaute nach meiner Mutter ob sie noch da ist oder schon wieder weggegangen ist. In der SHG hörte ich von den Besuchern, dass diese Phase jeder der einen Alzheimer – Kranken zu Hause hat durchlebt.

Die SHG hat im Umgang mit diesen Ängsten einige Punkte zur Entlastung erarbeitet und Eva damit weitergeholfen:

Um sich selbst zu beruhigen und den Patienten nicht noch zusätzlicher Gefahr, Angst und Panik auszusetzen, bekam ich etliche Tipps

- ***Kleidung des Kranken mit Zetteln oder eingenähten Schildern versehen, mit Name, Adresse, Telefonnummer***
- ***Einbau von schwer zu öffnenden Schlösser***
- ***Nachbar und Umgebung über die Krankheit informieren und ihnen mitteilen, dass das Familienmitglied weder verrückt noch gefährlich ist, sondern nur verwirrt***

Ein weiteres Problem, dem die Angehörigen Betroffener gegenüberstehen ist die mangelnde Rückmeldung ihrer Verwandten. So stellen sie sich die Fragen, wie ihr Verhalten auf die Erkrankten wirkt. Reagieren sie wirklich entsprechend auf die Wünsche ihrer Gatten, Mütter oder Väter, oder fallen sie ihnen sogar zur Last? Das

Vermögen zur Mitteilung entschwindet ab einem bestimmten Stadium der Erkrankung. Der/die Pfleger/in bleibt im Ungewissen wie sein/ihr Handeln wirkt. SHG lehren ihren Besuchern/innen die Signale der Pflegebedürftigen zu interpretieren. Laute und Bewegungen werden zu den wichtigsten Kommunikationsgrundlagen der Erkrankten und die Angehörigen müssen darauf eingehen. In der Gruppe werden regelmäßig die einzelnen Signale besprochen, da das nicht Verstandenwerden eine große Belastung für die betroffenen Angehörigen ist.

Maria und Maria schildern aus ihren Erfahrungen, die sie im Bezug auf die Kommunikationen gemacht haben.

Maria: In der SHG bekam ich Tipps, auf was ich achten soll , wie dass ich langsam mit ihm sprechen soll , ich soll mich einfach ausdrücken, keine langen Sätze sagen, und darauf achten, dass ich nie in seiner Gegenwart , mit Dritten so sprechen, als ob er nicht da wäre.

Und eines darf ich nie vergessen, auch wenn er nicht spricht, er ist für Gefühlsäußerungen empfänglich.

Eva: ich habe mir angelernt durch Mimik und Gestik mit ihm zu sprechen. Das habe ich lernen müssen und ohne SHG hätte ich das nicht gewusst. Wissen Sie, wenn ich ihn füttere und ich frage na, schmeckt es dir, und er bewegt nur seine Lippen und lallt, ma,ma,ma.....

Das ist für mich das größte Geschenk, das er mir machen kann

5.1.3. Regelmäßige Besuche führen zur Entlastung und Selbstbestätigung

Viele Leute in der SHG kennen sich schon einige Zeit. Sie besuchen die Gruppe, lernen sich näher kennen und sprechen in dieser offen. Gemein ist allen Besuchern der SHG der Konsens, alles besprechen zu können. Der freundschaftliche Rahmen der SHG erleichtert dabei die Offenheit im Gespräch. Das führt zur emotionalen Entlastung und erleichtert letztlich auch den Umgang mit ihren Angehörigen.

Zur Entlastung tragen auch die Anwesenden bei, die ihre Erfahrungen erzählen und mitteilen.

Maria berichtet über ihren ersten Besuch in der SHG und den Einstieg in die Gruppe: ***Ich habe aus der Zeitung die Telefonnummer der SHG. Ich habe angerufen und mich angemeldet. Normal ist es nicht erforderlich. Als ich den Raum betreten habe, hat mich die Leiterin den anwesenden Leuten vorgestellt, hat meinen Namen gesagt und der Gruppe erzählt, dass ich meinen Mann pflege.***

Ein weiteres Merkmal der SHG ist der freie Redestil. Alles kann besprochen werden und auch alle negativen Gefühle diskutiert werden:

Danach ersucht sie die Gruppe um eine kleine Runde, wie es allen geht. Sie plauderten drauf los ohne Hemmungen ohne Bedenken. Dann kam ich an die Reihe, ich erzählte ein bisschen verhalten über meine Situation.

Maria hebt dabei auch die freundliche und ungezwungene Atmosphäre in der Gruppe hervor. Das Wohlfühl-Gefühl tritt bald ein:

So einfach, ohne Probleme wurde ich Willkommen geheißen, kein schiefer Blick, keine Begutachtung vom Kopf bis Fuß, ich fühlte mich dazugehörig, ich fühlte mich sofort wohl.

Am Beginn des Treffens der SHG sind die Anwesenden unsicher, nervös, verkrampt und es kommt nur zu stockenden Gesprächen. Im Laufe des Gesprächs lockern sich aber die Beteiligten. Die oben erwähnte Offenheit wird immer mehr zur Regel. Am Ende des Treffens sind die Besucher erleichtert, haben einen offenen, gelockerten Blick und reden munter drauf los.

Petra bestätigt diese Beobachtung:

Ich sehe immer wieder Leute, die in die SHG, verkrampt erscheinen und gehen dann locker, mit einem Lächeln, gestärkt für den Pflegealltag nach Hause.

Weiters schildert Petra von einem Neuzugang in der Gruppe und unterstreicht damit, dass sie mit ihre positive Einstellung zu der SHG nicht alleine ist:

Ich kann mich erinnern an einen Mann, der das erste Mal die SHG besuchte , er erzählte, dass seine Familie so stark unter der Pflege seiner Mutter leidet, dass diese Pflege den Alltag der Familie bestimmt, dass er über nichts anderes mehr spricht als über den Krankheitsverlauf, die Verwirrtheit seiner Mutter, dass er für nichts mehr Zeit hat. Freunde gibt es keine mehr. Die wollen mit ihm etwas unternehmen und nicht von der Krankheit seiner Mutter hören. Also schweigt er und zieht sich von den Freunden zurück. Er war so froh, dass er in der SHG über das alles sprechen konnte, von dieser einige Informationen mitnehmen konnte und ihm wurde bewusst, dass er die Pflege der Mutter ohne einen professionellen Hilfspersonal nicht schaffen kann und er verließ erleichtert, mir scheint sogar zielbewusst die Gruppe.

Petra zitiert am Schluss die Schlussworte des Mannes und zeigt damit, welchen offenen und entlastenden Charakter die Gespräche in SHG annehmen können:

Seine Abschlussworte an diesen Tag waren – seit langem fühle ich mich verstanden, heute wurde mir während ich hier saß und die andern sprachen eine neue Alternative für meine Mutter bewusst, ich bedanke mich, dass ich hier sein durfte und für die aufrichtigen Erzählungen und Tipps.

5.1.4 Lernen über Probleme und Gefühle zu sprechen

Das Sprechen vor versammelter Gruppe fällt Neuankömmlingen schwer. Besonders schwierig ist es über sich selbst und über die eigenen Probleme zu sprechen.

Die offene Form der Gespräche und die hohe Intimität derselbigen verlangt ein hohes Maß an Vertrauen, das zuerst erworben werden muss. Oft sind die ersten Gespräche auch mit Ängsten und Hemmungen verbunden.

Dem/der Gruppenleiter/in kommt dabei eine wichtige didaktische Funktion zu.

Eva lobt den Einstieg in ihrer SHG und beschreibt die Prozedur am Anfang jeder Sitzung:

,Ich finde es sehr gut wie die Leiterin der Gruppe das ganze Treffen handhabt, jedes Treffen hat seinen Schwerpunkt, zu dem es einen Vortrag gibt, der zu Diskussionsanregung unter den Anwesenden führt, dadurch wird die ganze Situation gelockert, man lernt hemmungslos zu sprechen und knüpft so die ersten Kontakte zu den anderen pflegenden Angehörigen.

Eva stellt dar, dass praktisch im Verlauf der Sitzung, die Beteiligten selbst in den Fluss des offenen Gesprächs ohne Zwang und Intervention einsteigen. Die oben erwähnten Hemmungen gehen verloren:

Danach gibt es die allgemeine Runde, wo jeder über sein Befinden berichtet, über die Angehörigen zu Hause spricht, wie sie das alles machen, man hört sehr viel Persönliches. Hier kann man Fragen stellen ohne für blöd gehalten zu werden und man spürt, man ist mit seinen Problemen nicht allein.

Wichtig bei dieser Runde ist es immer, dass die Anwesenden, die sich kennen mit dem Reden beginnen, damit der Neuankömmling sieht wie das abläuft, Mut fasst, seine Hemmungen verliert und auch zu erzählen beginnt.

Allerdings ist es ein langer und mühsamer Prozess bis die Angehörigen von Erkrankten beginnen sich mitzuteilen. Das entlastende Gespräch kann erst nach einer langen Auseinandersetzung mit sich selbst zustande kommen.

Herr Schrammel schildert, dass er froh ist in einer SHG zu sein, und somit die Möglichkeit hat, mit seinen gemachten Erfahrungen auch anderen Menschen zu helfen:

Ich pflege meine Frau und meine Mutter, beide haben Alzheimer – der Herrgott hat mir das Los aufgetragen, na bitteschön, ich mache das schon, ich habe ja sonst nichts anderes zu tun, ich bin froh, dass ich beide habe.

Es freut mich, dass ich hier sein kann. Ich habe hier schon Mutlosen geholfen. Ich habe sie zu mir nach Hause eingeladen, dass sie sehen, wie ich mit dem allem fertig werde und wie ich alles mache.

Ob sie es glauben oder nicht, für mich ist die SHG, äußerst wichtig. Sie ist meine Kraftquelle, die Schwelle zum Alltag. Die SHG ist das einzige wo ich hingehge, wo ich mit anderen beisammen sein kann mit denen ich Lachen

und Scherzen kann. Sie ist für mich neben der Betreuung meiner Lieben mein derzeitiger Lebensmittelpunkt.

Allerdings darf trotz all dieser positiven Schilderungen über die SHG eines nicht vergessen werden. Viele Angehörige besuchen die Gruppe nur kurzzeitig. Die Überwindung sich mitzuteilen sie nicht und kommen zu keinen weiteren Treffen.

5.1.5. Ängste und schlechtes Gewissen abbauen

Eine Gefahr, die bei der Pflege der Angehörigen besteht liegt in der Selbstaufopferung im Pflegprozess. Permanente Ängste der Pfleger/innen sind belastend und quälend. Gedanken wie: „Wenn ich nicht bei ihm bin, dann...ich kann ihn nicht allein lassen... ich schaffe es nicht...“ treten bei allen Teilnehmern auf. Verunsicherungen im Umgang mit den Betroffenen lassen Selbstzweifel bei den Angehörigen Betroffener aufkommen.

In der SHG hört man durch Erzählungen und Gespräche mit Gleichgesinnten, wie sie mit dem Problem „Angst“ umgehen. Das Durchspielen der einzelnen Situationen, die im Verlauf der Krankheit des zu pflegenden Angehörigen auftreten können, nimmt den PflegerInnen das Unbehagen und gibt Sicherheit.

Maria schildert, wie die SHG ihr Vertrauen zu sich selbst stärkt. Ein selbstbewussterer Umgang mit dem/der Angehörigen ist die Folge:

In der SHG sagt mir ein jeder, machen sie sich keine Gewissensbisse, es ist richtig was sie machen, sie kennen ihn , sie wissen was er will und was er mag, sie spüren sofort wenn etwas nicht so passt. Vertrauen sie auf ihr Gefühl, das betrügt sie nicht.....nun frage ich nicht. Ich entscheide so, wie mir mein inneres Gefühl sagt. Wenn wirklich schwierigere Situationen kommen, denke ich an das was eine Pflegekollegin in der SHG gesagt hat. Das hilft, ich wurde sicherer und meine Nervosität, die ich anfangs hatte, habe ich abgelegt. Das ist wichtig, dadurch kann sich diese Unsicherheit nicht mehr auf meinen Partner übertragen. Dadurch ist auch dieser ausgelassener. Das ist schön.

Ähnliches schildert Eva. Sie hebt hervor, dass ihr vor allem die sachlichen Informationen aus der SHG viel Hilfe leistet:

Ich denke mir oft, ich schaffe es nicht. Ich weiß nicht ob ich mich richtig verhalte, ich will haben, dass sich meine Mutter wohl fühlt..... Die SHG vermittelt mir immer wieder, wenn ich ruhig und gelassen bin, dann wird auch meine Mutter es sein, ... in der SHG wird auch immer wieder gesagt, dass man instinktiv alles richtig macht, man soll sich keine Sorgen machen. Alles was kommt, kann man nicht ändern, man soll nur gut vorbereitet sein. Jede Veränderung im Vorfeld schon frühzeitig erkennen, dann tut man sich leichter und lässt die Ängste gar nicht aufkommen. – Also wichtig ist, immer einen Schritt voraus zu sein, vorausblickend zu agieren. Das lernt man am besten bei regelmäßigem Austausch und Besuch bei den SHG – Treffen.

Konrad befällt das Gefühl der Einsamkeit. Gleichermaßen bekommt er auch Schuldgefühle, die aus den unterschiedlichen Gesundheitszuständen resultieren (seine Frau ist krank, kann er seine Gesundheit genießen?):

Ich gehe regelmäßig unseren gemeinsamen Spaziergang. Wissen sie, wenn ich dann auf unserem Bank sitze, dann kommt oft das Gefühl in mir hoch

- warum kann sie nicht neben mir sitzen***
- warum sitze ich hier allein***

Ich fühle mich dann, als ob ich sie abschieben tät - ich sitze hier und sie liegt zu Hause im Bett, kann sich nicht rühren und wahrscheinlich wartet sie schon auf mich. Aber glauben sie mir, das mache ich bei weitem nicht. Ich hole hier meine innere Ruhe.

Allerdings weiß Konrad darüber Bescheid, dass er seinen Freiraum zur Pflege seiner Gattin braucht. Die Schuldgefühle werden durch die Zusammenarbeit in der SHG bearbeitet.

Ich brauche die eine Stunde Freiraum, um mich zu sammeln, um auch nach vorne zu blicken, um mit Humor, Tatendrang und Freude sie wieder zu pflegen – das hilft ihr.....

In der SHG höre ich immer , ich muss das machen, damit ist ihr am meisten geholfen, denn geht es mir gut, überträgt sich die gute Laune auch auf meine Frau. Das machen mehrere meiner KollegInnen auch so.....ich vertraue ihnen und mir..... ich mache es richtig

Petra schildert, wie sie durch die Zusammenarbeit in der SHG selbstbewussterer im Umgang mit ihren Gatten wurde. Heimlichtuereien werden nun unterlassen:

Früher schaute ich jedes Mal, wenn ich das Haus verließ in sein Zimmer und vergewisserte mich ob er noch schläft. Wenn das nicht der Fall war, verschob ich mein Vorhaben auf später.

Durch das Austauschen in der SHG, das Zuhören wie es andere machen, habe ich mir eine neue Strategie zurechtgelegt.

Nun schleiche ich mich nicht mehr davon. Ich gehe zu ihm, sage ihm, dass ich einkaufen, in den Garten oder Tennis spielen gehe. Ich verabschiede mich jedes Mal von ihm mit lieben Worten und sage ihm, dass ich bald wieder da sein werde. Wenn ich komme gehe ich sofort zu ihm, umarme ihn, streichle ihn und sage, „ nun Walter ich bin wieder da“, und umarme ihn.

So beschreibt Petra die Entlastung durch die SHG:

Das hätte ich mir vorher nie getraut, wenn ich das nicht von Gleichgesinnten gehört hätte, dass sie das Fortgehen so handhaben. Das schlechte Gewissen ist verschwunden. Mir hilft es wahnsinnig, der Druck der Belastung, dass ich mich wegschleiche ist weg, ich fühle mich dadurch freier und freue mich immer wieder aufs Heimkommen, auf meinen Walter, der ja auf mich wartet.

5.1.6. Zeit für sich selbst – Freiräume schaffen – eigene

Bedürfnisse erkennen – Kraft danken

Bei aller Liebe und Zuwendung zu den Angehörigen, dürfen die eigenen Bedürfnisse nicht vergessen werden. Die Betreuung eines Alzheimerkranken zu Hause ist eine körperliche und emotionale Herausforderung.

In den SHG wird regelmäßig darauf hingewiesen, auf die eigene Bedürfnisse zu achten und diese nicht zu ignorieren. Wichtig sind die sozialen Beziehungen der Angehörigen Betroffenen, die nicht abgebrochen werden dürfen. Kontakte zu Freunden und Bekannten sollen laut SHG aktiv aufrechterhalten werden. Diese sozialen Kontakte sind für den Pflegealltag von immenser Bedeutung. Sie geben dem/der Pfleger/in Kraft, Mut und vor allem Ausdauer. Über die sozialen Beziehungen kommt es zur Kommunikation und zur gedanklichen Zerstreuung.

Dinge der Selbstverständlichkeit werden zur willkommenen Abwechslung und Herausforderung. So schreibt Eva:

Ich bin selbständig, ich unterrichte Ballet und Akrobatik, mein Beruf gibt mir Kraft, das Arbeiten mit Kindern und den Erwachsenenengruppen macht mir Freude, lenkt mich ab. Im Turnsaal da bin ich ein anderer Mensch, da kann ich abschalten.

Genauso ist mein Garten für mich ein Ausgleich, meine Kraftquelle. Leider leidet dieser nun durch die Pflege meiner Mutter. Ich verbringe jede freie Minute dort, das Zuschauen wie meine Pflanzen gedeihen, wie das Leben, die Natur seinen Weg findet, das alles hilft mir vieles besser zu verstehen und zu verarbeiten.

Auch die SHG betont bewusst die Bedeutung der alltäglichen Dinge. Eva merkt an:

In der SHG wurde gesagt, dass es wichtig ist, sich Freiräume zu schaffen, seine Hobbies, Gewohnheiten nicht zu vernachlässigen. Das versuche ich und bin nun auf der Suche nach einer Betreuerin für meine Mutter, nur für einige Stunden in der Woche. Denn in ihrem derzeitigen Krankheitsstadium kann ich sie nicht mehr allein lassen.

Bei der Abwechslung im Alltag, wird laut Petra, das Krankheitsbild nicht erwähnt:

Ich spiele ein- zwei Mal in der Woche Tennis. Ich schreibe mich einfach am Planer ein, die mit mir spielen möchten rufen mich dann an. Einen fixen Tennisspieler habe ich nicht, denn ich kann nicht Tage vorausplanen. Es sind dann immer die gleichen mit denen ich spiele, über die Krankheit meines Mannes wird am Platz nicht gesprochen, das ist TABU.....allein das Laufen, das

***Bewegen, das bisschen Erfolgserlebnis freut mich und gibt mir Kraft.
Meine zweite Tankstelle ist mein Garten. Bei Schönwetter bin ich fast jeden
Nachmittag so eine Stunde dort, immer wenn Walter schläft. Hier kann ich mich
ein bisschen betätigen. Ich freue mich wenn alles gedeiht und wächst***

Allerdings bleibt nicht allzu viel Zeit für Zerstreuung. Denn schon bald kommen erste Gedanken an das Daheim und den möglichen Problemen, die dort auf sie warten. Bedeutung nimmt dabei die SHG ein indem sie die Betroffenen dazu animiert gezielt diese Freiräume zu suchen:

Ab und zu treffe ich einen Gartennachbarn, dann spreche ich ein paar Worte mit ihm – nach 40 Minuten werde ich schon nervös, ich werde unruhig, ich weiß, es kann nichts sein, aber trotzdem zieht es mich nach Hause. Ich fühle es, Walter wartet auf mich – ich hoffe er wartet noch lange Zeit auf mich – sie wischt sich ein paar Tränen aus den AugenPause..

Die SHG hat mich überredet, dazu ermuntert, dass ich diese Freiräume mir nehme, allein hätte ich es mir nie zugetraut. Es ist super, denn wenn ich nach Hause komme, bin ich ein anderer Mensch.

5.1.7 Grenzen erkennen und akzeptieren

Durch den Einsatz rund um die Uhr, Pflege ohne Mithilfe von Familie oder professionellen Dienstleistungen, ohne Austausch mit Gleichgesinnten nehmen betroffenen Angehörige Erschöpfungszustände, wie „Burn-out“ oder andere Warnsignale des Körpers nicht wahr oder sie werden bewusst verdrängt. Sie sorgen sich um ihre kranken Angehörigen und vergessen sich selbst.. Wichtig ist, die eigenen Grenzen zu erkennen und die Belastbarkeit nicht zu überschätzen.

Petra berichtet von der Hilfe, die sie durch die SHG erhalten hat. Sie wurde bewusst dazu animiert sich zu erholen und die Grenzen der eigenen Belastung zu erkennen:

Ich besuchte regelmäßig die SHG. Bei einem Treffen war auch Frau Dr. Schmidt anwesend. Es war die Zeit, wo mein Gatte aggressiv war, alles was er nur in die Hände bekam zerstörte, immer davongelaufen ist , nicht mehr zurückgefunden

hat und ich ihn immer suchen musste....er hat mich beschimpft , getreten... Bei der allgemeinen Runde erzählte ich von meinen Problemen, meinen Belastungen Frau Dr. Schmidt hat dann zu mir gesagt, sie brauchen Hilfe, sie brauchen dringend Unterstützung... ich sehe es ihrer Nasenspitze an, dass sie nicht mehr können..... So helfen sie ihren Partner nicht, tun sie was für sich, holen sie sich Hilfe ins Haus.....

Petra wurde erst durch das Gespräch in der SHG wachgerüttelt und erkannte die Lage:

Ja, sie hatte recht, so fertig war ich bis zu diesem Zeitpunkt in meinem ganzen Leben noch nicht, wie damals. Ich war am Ende meiner Grenzen, ich war rund um die Uhr mit ihm so beschäftigt, dass ich all die Signale des Körpers nicht erkannte, ich verdrängte sie – Schlafstörungen, bei jeder Kleinigkeit weinte ich, Konzentrationsschwierigkeiten in der SHG wurde ich darauf aufmerksam gemachtwas wäre gewesen wenn.....

Betroffene Angehörige sind „auch nur“ Menschen, die begrenzte Ressourcen zur Verfügung haben. Es ist notwendig mit diesen hauszuhalten. Sie dürfen nicht verschwendet oder vergeudet werden. Es ist schwer die Kranken für Stunden in Händen anderer zu geben, die sich um diese kümmern können. Allerdings ist auf lange Sicht eine extensive Pflege nicht nachhaltig. Letztlich erliegen auch die Pfleger/innen ihrer Erschöpfung. Der/die zu Pflegende ist ebenso allein.

So beschreibt Maria, wie sie lange versucht hat alle Zeichen einer drohenden Erschöpfung zu unterdrücken:

Lange Zeit habe ich versucht meine Schmerzen mit Tabletten zu unterdrücken. Ich konnte dann nicht mehr. Ich wurde operiert. Ich gab meinen Gatten einstweilen in Kurzzeitpflege, fragen sie nicht, wie ich ihn zurück bekommen habe..... hätte ich doch früher auf meine inneren Signale gehört.....

Auch Maria betont, dass ein wichtiger Teil der Aufgabe der SHG die Konzentration auf das Befinden der Gruppenmitglieder ist:

Ich war damals noch nicht in der SHG. Mit der SHG wäre ich sicher früher operieren gegangen, den diese weist in jedem Meeting darauf hin, auf sich selbst zu achten und das die eigene Person Vorrang hat.

5.1.8 Familie – Freunde – Kranke – Pflegeperson

Familien haben in der Pflege große Hürden zu bewältigen. Sie durchleben schwierige Bewährungsproben und lernen trotz allem zusammenzuhalten. Es ist für Familienmitglieder der Pfleger/innen unverständlich, warum nun die Pflegeperson nur mehr beschränkt Zeit hat, oder sich mit der Pflege überhaupt belastet.

Maria bezieht in der SHG auch ihre Tochter mit ein. Die Kommunikation mit den Partnern, Kindern und Geschwister wird seitens der SHG empfohlen. Dadurch kann auch innerhalb der Familie ein größeres Verständnis für die Situation aufgebracht werden:

Ich besuche gemeinsam mit meiner Tochter die SHG. Hier haben wir gehört, wie man auf die verschiedenen Schwierigkeiten, entgegenwirken kann. Nach einem Hinweis von der SHG haben wir beide mit unseren Partnern gesprochen und ihnen mitgeteilt, dass wir die Pflege von Opa übernehmen werden und ihnen gesagt, was alles auf sie so zukommen wird. Es war richtig, denn keiner macht uns Vorwürfe, wenn das Essen nicht pünktlich am Tisch steht, wenn man verhindert ist nein im Gegenteil sie verstehen uns und legen auch einmal Hand an, wenn Not am Mann ist. Schön und ergreifend finde ich - sogar mein Enkel geht mit dem Bilderbuch zu Opa und erzählt ihm die Geschichten, die er selbst erfindet.

Letztlich erwähnt Maria, dass die Kooperation innerhalb der Familie durch die Ratschläge der SHG verbessert wurde:

Die Pflege schweißt uns enger zusammen – ich weiß nicht ob wir mit unseren Partnern vorher gesprochen hätten, wenn wir es nicht in der SHG gehört hätten, dass die Vorbereitung eine Grundvoraussetzung ist für eine ausdauernde Pflege.

Eines möchte ich noch erwähnen. Wenn Opa nicht im Bett ist, stellen wir ihn mit dem Rollstuhl dort hin, wo wir uns gerade aufhalten, damit er sich nicht allein fühlt – wir integrieren ihn, in unser Leben, , auch das war ein Tipp von Besuchern der SHG.

Kinder und Geschwister entfernen sich öfters von dem Kranken und der Pflegeperson und wollen mit der ganzen Situation nichts zu tun haben. Das wirkt sich für die PflegerInnen nochmals belastend aus. Sylvia erzählt im Treffen der SHG folgendes:

Als er noch alles machen konnte, waren alle da, wir waren eine glückliche Familie. Wir haben drei Kinder und zwei Schwiegerkinder, er baute mit ihnen gemeinsam ihr Heim auf. Es gab nie ein Nein, nie ich kann nicht oder ich will nicht ,, seit drei Jahren haben sie sich zurückgezogen. Ich höre immer, wir haben keine Zeit, wir arbeiten, wir müssen das noch erledigen.....Ich bin traurig, ich bin enttäuscht, ich kann es nicht glauben, dass das unsere Kinder sind, die wir zur Nächstenliebe erzogen haben In der SHG höre ich, dass ich mit dieser Situation nicht allein bin. Einigen Angehörigen geht es gleich wie mir. Mir wurde auch mitgeteilt, dass es unsere Kinder nicht verkraften, dass die Person, die sie lieben, die immer für sie da war, jetzt nicht mehr kann, jetzt anders ist Sie versuchen es durch Nichterscheinen zu verdrängen. Obwohl ich hier in der Gruppe Trost finde, ich darüber frei sprechen kann tut es sehr weh.....

Leute, die nicht unmittelbar Betroffene sind, haben Schwierigkeiten mit Pflege und Behinderung umzugehen. Sie ziehen sich zurück und vergessen, dass es hinter den Kranken die pflegenden Angehörigen gibt. Die Pfleger/innen stehen mitten im Leben und müssen mit den Belastungen des Pflegeprozesses umgehen. Zuspruch, Verständnis und das Gefühl nicht allein zu sein werden von der SHG ausgesprochen. Andere soziale Kontakte werden hingegen schnell abgebrochen.

So schildert Petra, dass sich Freundschaften schnell verabschiedeten. Erst in der SHG haben sich neue Kontakte wieder entwickelt:

Walter und ich waren Mitglied eines Wandervereins und es entwickelten sich daraus einige Freundschaften. Als er nicht mehr so konnte, wurden wir nicht mehr eingeladen, nicht einmal zu einer Weihnachtsfeier. Hier in der SHG habe ich neue Freunde gefunden. Diese wissen, wie es mir geht, sie haben die gleichen Probleme und machen das gleiche durch. Außerhalb der SHG motivieren wir uns gegenseitig mit Anrufen, sei es am Tag oder in der Nacht. Wir besuchen einmal im Monat ein Theater und treffen uns ab und zu im privaten Heim. Ohne SHG hätte ich nicht wieder so schnell Freunde gefunden und das sind Freunde, die mit mir durch dick und dünn gehen.

5.1.9. Alltag nach dem Treffen in der SHG

Was wird für die Entlastung mit nach Hause genommen?

Pflegende Angehörige lernen von anderen pflegenden Angehörigen und nehmen das Gelernte in den Alltag auf. Die Tipps und Beratungen sollen zur Entlastung ihrer eigenen Pflegesituation führen.

Tatsächlich scheint dieser Zugang für Petra aufzugehen. Denn sie meint:

Petra sprach über folgende Entlastungen durch die SHG

Ich besuche die SHG schon sehr lange. Ich bin fast von Anfang an dabei. Ich habe viel Gehörtes für mich und Walter in den Pflegealltag umsetzen können. Ich nehme von der SHG sehr viel mit und ich ersuche Sie, dieses in ihrer Arbeit anzuführen, für all jene, die nicht den Mut, nicht die Möglichkeit haben eine SHG zu besuchen:

- sich kein schlechtes Gewissen einzureden
- sich Freiräume zu schaffen, auch wenn es noch so schwierig ist
- auf sich selbst zu achten
- mit anderen auszutauschen
- einfach die Situation so hinzunehmen wie sie ist, man kann diese nicht ändern, auch wenn man es möchte
- immer nach vorne sehen, auch wenn es einem nicht leicht fällt
- Kontakte untereinander knüpfen

- **sich kein Blatt vor dem Mund nehmen, andere nehmen auch keine Rücksicht was sie sagen**
- **ein wenig Egoismus des zu Pflegenden gegenüber zu erlernen**
- **Hilfe von anderen annehmen**
- **zu sehen, man ist nicht allein, es geht vielen so**
- **hier in der SHG werde ich verstanden**
- **sich für den kranken Partner nicht zu schämen**

Auch Maria zieht eine positive Bilanz aus den Besuchen der SHG:

Der Besuch der SHG ist für mich ein Pflichttermin. Hier bekomme ich eigentlich Hilfe, ja Unterstützung, man ist wissbegierig, man will mehr wissen. Man ist ja in der Pflege allein, da ist schon jedes Wort eine Hilfe, man nimmt es an wie ein rettender Strohhalm, man entscheidet ja selber, passt das Gehörte auch für mich und meinen Mann oder lasse ich es hier im Raum stehen. Man wiegt sehr schnell ab was ist gut , was kann ich brauchen. Man kann vieles umsetzen, was man hier in der SHG gehört hat – schon allein das Reden, das Zuhören .. es ist super, es hilft sehr .. diese SHG ist weiter zu empfehlen

5.1.10.Hilfe von außen annehmen

In den SHG wird über professionelle Hilfe gesprochen. Diese kann in Krisensituationen bei familiären Pflegeengpässen oder Überbelastung herangezogen werden.

Die SHG spricht über die Möglichkeiten einer Pflege für bestimmte tägliche Hilfsleistungen wie beispielsweise dem Waschen, Baden, Wickeln oder andere Tätigkeiten, die im Zuge des Pflegeprozesses Tag für Tag anfallen.

Weiters wird auf eine 24 – Stunden Betreuung aufmerksam gemacht. Dadurch kann der/die Kranke zu Hause gepflegt werden und das Familienmitglied kann seinem Job nachgehen und muss diesen nicht aufgeben.

Fährt man auf Urlaub und der zu Pflegenden soll weiters seinen gewohnten Tagesablauf in seinen eigenen vier Wänden beibehalten, ist die 24 – Stunden Betreuung zu empfehlen.

Petra wurde beispielsweise von der SHG weiter vermittelt:

Walter ist vom Krankenhaus nach Hause gekommen und war ein Pflegefall. Von der SHG habe ich die Telefonnummer vom Hilfswerk bekommen. Die Dame ist am gleichen Tag noch gekommen und hat mir alles erklärt. Sie hat ein Krankbett organisiert, denn im Ehebett konnte man Walter nicht pflegen. Wir haben Glück gehabt, am nächsten Tag wurde mir das Bett schon gebracht.

Ich habe dringend einen Pfleger für das Herausheben und Hineinlegen ins Bett benötigt, da ich ihn allein nicht heben konnte. Walter ist sehr groß und isst leidenschaftlich gern.

Alles andere habe ich immer selber gemacht. Die SHG hat mich ermutigt, dass ich einen Bettenlift besorgen soll – nach langem Hin und Her habe ich angesucht und diesen bekommen. Nun brauche ich kein Pflegepersonal. Der einzige professionelle Dienst, den wir in Anspruch nehmen ist eine Fußpflegerin.

5.2. Entlastungen bei DEPRESSIONEN

Treten im Leben Schwierigkeiten auf ist es hilfreich, Rat zu suchen und sich mit anderen Menschen auszutauschen. Das Prinzip der Selbsthilfegruppen baut auf diesem Verständnis aus. Aber neben dem Austausch unter Gleichgesinnten kommt es auch zum Austausch von Informationen. Bei Verzögerungen kann es schnell zu Depressionen kommen.

Ist man allerdings bereits an dieser Krankheit erkrankt gestaltet sich der Weg, sich und dem sozialen Umfeld dies einzugestehen als schwierig. Oft überhäufen sich die Betroffenen selbst mit Schuldzuweisungen. Ihrer Vorstellung nach müssen sie sich doch nur „zusammenreißen“, sich selbst wieder Hoffnung schenken und dürfen niemandem zur Last fallen.

In den Selbsthilfegruppen tauschen sich Angehörige Betroffener und Betroffene gegenseitig aus. Ratschläge und Hilfestellungen werden geleistet und Problemlösungsvorschläge erarbeitet. Weiters kommt es zum Erfahrungsaustausch

und alltagserprobte Tipps werden geteilt. Zu Beginn einer jeden Sitzung der Selbsthilfegruppe wird gefragt:

5.2.1. „Wie geht es Ihnen heute?“

Neben den oberflächlichen Antworten kommt es auch zu den sozial einstudierten Aussagen. Viele Besucher betrachten diese Antwort als nicht ernst gemeint. Dieses Verhalten leitet sich aus den gemachten Erfahrungen ab.

Unsicherheit macht sich meistens breit und zaghaft kommt es zu ersten ehrlich gemeinten Äußerungen der SHG - Besucher:

Wollen Sie es wirklich wissen?

Und dann?

Dann ist der Bann gebrochen.

Dann kommen Wut, Zorn auf.

Dann fließen die Tränen.

Dann beginnen die Fragen und die Anklagen.

Dann öffnet sich die Leere.

Dann sind wir auf dem Weg zueinander.

Die häufigsten Antworten äußern stets ein Unbehagen und auch sehr negative Gefühle. So hört man von den Betroffenen:

Wissen sie, ich schäme mich so!

Es ist alles so verrückt!

Ich habe solche Ängste und kann ihnen gar nicht sagen wovor!

Ich halte die Unruhe nicht mehr aus!

Am liebsten würde ich davonlaufen, aber mir fehlt sogar dafür die Kraft!

Ich will überhaupt niemanden mehr sehen.

Überall sollst du Theater spielen, lachen, wo dir zum Weinen ist, stark sein, wo du überhaupt nicht mehr kannst

Mich mag ohnedies keiner, ich mich auch nicht!

Wozu lebe ich überhaupt noch!

***Ich kann meinen Kindern nicht einmal das Frühstück machen!
Mir scheint ich habe sogar das Kochen verlernt!
Am liebsten möchte ich das Zimmer verdunkeln, die Decke über mich ziehen
und nichts mehr hören!
Ich habe schon so viel versucht! Es hilft doch alles nichts!
Die vielen Pulver kotzen mich auch schon an !e
In Wirklichkeit interessiert sich ohnedies keiner für dich!
Da freue ich mich den ganzen Tag, dass endlich jemand hereinkommt und
dann habe ich nur den Wunsch, mich zurückzuziehen und allein zu sein!
Es ist alles so verrückt!***

Diese Aussagen hören Angehörige Betroffener in den Selbsthilfegruppen von ihren depressiven Familienmitgliedern. Die Menschen sollen sich innerhalb dieser Gruppe frei und offen äußern. Die Familienmitglieder sind über diese Offenheit erstaunt. Ehrlichkeit und subjektive Erlebnisse werden geschildert und reflektiert. Die Gruppe ermuntert sie dazu.

Allein das Hören, was ihr Familienmitglied gerade durchmacht, das Erzählen unter Gleichgesinnten, hilft den Angehörigen und hilft den Betroffenen sowie ihrem Partner, sich ein wenig zu entlasten.

Dasselbe meinen auch die Mitglieder der Selbsthilfegruppe. So schildert eine Betroffene der Gruppe, dass sie innerhalb der SHG Verständnis findet und durch die gegenseitige Unterstützung innerhalb des Plenums tankt sie wiederum Kraft:

Für mich ist es wichtig unter Gleichgesinnten zu sein, die Verständnis aufbringen. Egal mit welchen Problemen du kommst, du wirst verstanden. Man muss nicht groß erklären, man sieht wie es den anderen geht, das ist für mich wichtig. Hier in der Gruppe bekommt man Hilfe und Vorschläge. Man sieht wie die anderen ihre Probleme lösen und daraus kann man selber sehr viel mitnehmen.

Die Verwandten erhalten demgegenüber wiederum mehr Vorstellungen darüber wie sich die Betroffenen fühlen und welche Ängste und Sorgen diese plagen:

Für mich geht es um das Verständnis, mitzubekommen was in meiner Frau vorgeht. Ich habe zwar durch meinem Beruf Erfahrung, aber es ist etwas anderes, wenn es einen selbst betrifft, wenn man selbst Angehöriger Betroffener ist. Es kommt ja noch etwas hinzu, in der Depression wird sie sehr ruhig und spricht nichts mehr .Hier erfahre ich was sie denkt und fühlt

Diese Treffen fördern letztlich den Umgang mit dem Verwandten und tragen zum besseren Miteinander bei:

In der Gruppe habe ich gelernt – sie nur zu fragen, was ist los mit dir, was denkst du, ich lasse sie dann einfach, denn wenn sie mir was sagen will sagt sie es, sonst lasse ich sie in Ruhe, sie weiß wo sie mich finden kann.

5.2.2. SHG erleichtern den Alltag zu bestehen

Die Besucher der SHG tauschen sich wie vorher erwähnt, gegenseitig aus. Genau daraus wird beim Hineinschlittern in eine Depression Kraft gezogen. Die Betroffenen orientieren sich an Strategien zur Überwindung der Depression, welche sie in den Treffen besprochen hatten:

Anna: Mir fallen, wenn ich in den 14 Tagen nicht zur SHG gehen kann, und ich in eine Depression rutsche die Leute ein, was die gesagt haben, wie die sich ablenken und die Situation überstehen. Ja, dann ist man in der Depression nicht mehr so allein.

Dabei kommt auch im Gespräch heraus, dass die Menschen vor allem das Gefühl des Verlorenseins fürchten:

Anna: Das Schlimmste in einer Depression ist, allein zu sein, nicht verstanden zu werden, man stürzt in eine Trostlosigkeit und dann denke ich an die SHG. Auch wenn mein Mann neben mir sitzt, ich kann ihn nicht brauchen, er ist mir keine Hilfe.

Gleichermaßen fühlen sich die Angehörigen absolut hilflos gegenüber dem Verhalten der Verwandten:

Edwin: Ich kann mir zwar das Wissen über eine Depression aneignen, aber das Gefühl, was mein Partner gerade durchmacht, kann ich nicht nachempfinden, nicht begreifen, nicht verstehen. Hier in der SHG wurde mir von den Anwesenden gelehrt, was in meinem Partner in der Depression vor sich geht.

Eine gewaltige Herausforderung der Erkrankten innerhalb der SHG ist es den Mut aufzubringen über sich selbst zu sprechen. Seine innersten Gefühle egal, ob negative oder positive, preiszugeben bedeutet eine immense Überwindung:

Berta: ich habe vorm ersten Besuch wahnsinnige Angst gehabt. Vor allem vor dem Reden, von mir etwas zu sagen, da habe ich mir sehr schwer getan, es war ein Horror, erst im Laufe der Zeit hat sich das gegeben.

Allerdings bewundern sich die Menschen am Ende selbst beim Überlegen, was sie in der kurzen Zeit in der Gruppe vollbracht haben:

Wenn ich so zurückdenke, ich hätte es nie für möglich gehalten, dass ich über mich persönlich plaudere. Hier wurde es mir gelehrt. Jetzt gehört es dazu, dass ich über mich spreche, das ist für mich nun wichtig geworden, es befreit.

Diese Offenheit wird anscheinend letztlich verinnerlicht und das freie Reden wird zu einer Selbstverständlichkeit. So meint Edin zu seiner Frau:

Edwin: Ja da kommt noch die Angst dazu, über dich zu sprechen, und das war nicht leicht. Mittlerweile ist das Sprechen ein Fixpunkt von dir geworden, du sprichst frei über deine Gefühle ohne Bedenken, ja du hast viel an dir gearbeitet – ja das sind Entlastungen Lernprozesse, die bekommst du nur in der Gruppe.

Für Angehörige Betroffener öffnet sich in der Gruppe eine andere Sichtweise auf das Phänomen Depressionen. Ein neuer Zugang zur Krankheit wird erschlossen. Der/die Verwandte definiert seine Beziehung zum/zur Erkrankten neu.

So schildert ein Angehöriger in der SHG, wie viel mehr Verständnis er für seine Gattin nun aufbringen kann:

Erwin: Teilweise ist die Sache für mich so, dass ich versuche die Leute zu analysieren und dann versuche es mir vorzustellen, wie und was bei dem oder der ungefähr abläuft. Neu kommt dazu, dass ich die gefühlsmäßige Situation wahrnehme. Ich sehe wie sich meine Frau hier gibt. Ich habe seit wir beide die SHG besuchen einen anderen Zugang zu ihr bekommen.

Angehörige Betroffener sind passive Besucher der SHG. Ihr Anteil an den Gesprächen ist äußerst gering. Nur bei sehr schwierigen Bedingungen werden diese aufgefordert sich ebenfalls an den Gesprächen zu beteiligen.

So spricht Edwin darüber, wie er sich ganz bewusst zurückhält. Nur in auswegslosen Gesprächssituationen und Gesprächsverläufen beteiligt er sich. Sein eigenes Verständnis ist jenes eines Besuchers ohne besondere Rechte:

Ich nehme mich während der Gespräche ganz bewusst zurück. Ich sage erst etwas, wenn ich merke, da muss ich etwas sagen sonst könnte etwas passiert etwas. Es gibt sicher einige Dinge, die sehe ich anders. In meinem Kopf rennt es anders ab als hier. Allein das Gedankenmodell, das hier alle in der Gruppe aufbauen, das ist bei mir anders. Aber das hier sind Leute, die krank sind. Ich habe keine Depressionen, ich bin hier nur Gast.

Die passiven Beteiligten in der SHG lernen mit den einzelnen Situationen umzugehen. Vor allem der Rückzug des Partners bei Unbehagen wird immer wieder thematisiert.

Erwin geht mittlerweile mit der Erkrankung seiner Gattin besonders gelassen um. Auf Grund seiner langen Erfahrung weiß er auch Bescheid, wie er mit den Gefühlen umzugehen hat:

Ich sehe das alles nicht so krass, dass ich ihr nicht helfen kann. Ich habe hier von vielen Kranken gelernt, auf was es bei den Depressionen ankommt. Für mich gilt einzig und allein die Frage, ob ich in ihre Welt eintreten möchte oder ob ich sie in dieser ein wenig belasse. Ich glaube ich kann ihr schon helfen. Wir haben uns kennen gelernt, da war sie in einer starken Depression. Wir haben

trotzdem zusammengefunden ohne viel zu sprechen, man fühlt, dass der andere für ihn da ist.

Durch SHG lernen Betroffene und Angehörige Betroffener die Krankheit zu akzeptieren und sie in ihr Leben einzubeziehen. Der Umgang mit den Gefühlsschwankungen wird erlernt.

Erwin lernt beispielsweise, dass die Krankheit ein Teil seines Lebens ist. Er akzeptiert diese.

Erwin: Die Depression ist ein Teil unseres Lebens geworden – ja sonst wäre unser Leben wahrscheinlich ganz anders verlaufen – aber der eine hat einen

behinderten Fuß, der andere leidet an Krebs – die Depression gehört zu uns, man lernt damit zu leben und das ist das wichtigste, die Depression zu akzeptieren, dass sie da ist und nicht mehr von uns weichen wird

Erwin zeigt auch deutlich, dass der gefühlvolle Umgang mit Depressionen möglich ist, obgleich es sich hierbei um einen schwierigen Prozess handelt:

Ich kenne meine Frau gut, mein Gefühl täuscht mich selten – ob ich immer alles richtig mache, weiß ich aber nicht – ich habe oft das Gefühl nun braucht sie Ruhe, oder sie braucht ihren Rückzug, das muss ich dann akzeptieren – oft fällt es mir schwer.

Ich habe es gelernt, und da hat die SHG mitgeholfen, denn durch alle anwesenden Betroffenen und deren Angehörigen, die mir gezeigt haben, was Depressive denken, fühlen, was sie wollen lernte ich die Krankheit zu akzeptieren. Wir meistern es gemeinsam.

5.2.3 Mit der Aufgabe wachsen

Angehörige Betroffene wachsen mit der Aufgabe und Lernen durch die SHG. Dieses Wachsen an der Herausforderung zeigt sich bei Edwin besonders stark. Trotz des Angstgefühls überwiegt für ihn deutlich der positive Aspekt:

***Anfangs, als ich jung war, habe ich oft bei mir gedacht, warum können wir nicht ein normales Leben führen..... nun denke ich anders
Ich bin froh, dass ich meine Frau kennen gelernt habe – ich kenne ihre Ängste, ich weiß gemeinsam meistern wir alles. Wir bewältigen, wie in jeder Ehe einen Tag besser, den anderen nicht so gut, aber wir schaffen es – es ist unser gemeinsames Leben, nehmen es an und akzeptieren dieses.***

5.2.4 Verstanden zu werden, ohne Erklärungen

Alle Probleme können in der SHG ohne Angst auf Restriktionen ausgesprochen werden. Ist man erst in der Gruppe aufgenommen, was recht schnell geschieht, wird man auch akzeptiert. Schnell wird man Teil eines Ganzen. Die anfänglichen Bedenken des Scharms werden schnell eliminiert.

Egal welches Thema angesprochen wird, es muss nicht erklärt werden warum man darüber spricht. In der Gruppe haben alle die gleichen Probleme und Schwierigkeiten. Sie empfinden Empathie und können entweder lauschen oder Anreize liefern die Probleme zu bewältigen.

Anna beschreibt die anfängliche Überwindung, die notwendig war, um frei zu reden. Die SHG half ihr sehr schnell sich zu lockern:

***Es ist halt nicht so, dass man generell über seine Probleme in der Öffentlichkeit spricht, und hier in der SHG ist der Ort, wo man über alles sprechen kann, und es ist auch der Zeitpunkt um zu sprechen.
Hier sitzen Leute, sowie ich und du, hier wirst du aufgenommen, es wird nicht lange gefragt, wenn man sagt man fällt in ein tiefes Loch kann sich jeder etwas vorstellen was gemeint ist, man braucht nichts erklären***

In der SHG lernt man ohne langes Erklären, durch den Gebrauch von gleichen Ausdrücken sich zu verstehen.

Einige Sprüche zum Verständnis:

- man fällt in ein tiefes, schwarzes Loch (es gibt keinen Ausweg)
- Antriebsschwäche (fehlt Elan, Initiative, Entscheidungsfähigkeit)
- alles ist abgeschnürt und tot (ein Nichtfühlen können – ein Nichttraurigsein können)

Berta: egal was man hier sagt, jeder kennt die Symptome , die dahinter stehen, wie man sich fühlt und was man durchmacht – ohne viel zu erklären – darum ist es so wichtig, dass auch Angehörige Betroffener diese SHG besuchen, um auch das zu lernen und dass sie das Gehörte mit nach Hause nehmen und es somit zur Entlastung kommen kann.

Edwin ihr Gatte: Hier unter Gleichen weiß man, hört man, dass es allen die hier sind es so geht, auch die Angehörigen lernen mit diesen Aussagen umzugehen, dass ist sehr wichtig. Denn es gibt nichts Schöneres, als zu wissen, wie sich dein Partner nun fühlt und nur so kannst du ihm eine Stütze sein.....

5.2.5. Erwartungen an die SHG, um eine Entlastung zu bekommen

Eine grundsätzliche Erwartungshaltung gegenüber der SHG ist konkrete Entlastung. Anna erwähnt die anfängliche Skepsis gegenüber der SHG, die sich allerdings schnell auflöste:

Ich bin ohne Erwartungen hier her gekommen. Ich bin einfach gekommen, ich habe mir nichts Konkretes gewünscht oder vorgestellt. Ich bin hier her gekommen, da das Krankenhaus mir eine SHG empfohlen hat. Ich hätte mir nicht gedacht, dass ich die SHG regelmäßig besuchen werde, und dass es mir hier so gut geht und ich mich wohl fühle.

Allerdings wird die SHG nicht unbedingt allein zur Lösung der Probleme mit Depressionen beitragen. Sie versteht sich selbst nur als ein Mosaikstein im großen Bild des sicheren Umgangs.

Erwins Erwartungen gegenüber der SHG waren nicht enorm hochgeschraubt. Sein Ziel war es seine Gattin und deren Gefühlswelt besser verstehen zu können:

Eigentlich habe ich mir von der SHG nichts erwartet. Ich habe hier versucht die Gefühle zu realisieren, die in einer Depression ablaufen. Ich habe Berta hier her begleitet, denn allein wäre sie nie hier her gegangen. Das war eine gute Entscheidung, denn durch diese SHG habe ich gesehen, wie die Depressionen bei den anderen verlaufen.

Aus Untersuchungen weiß man, dass eine Depression zu 70% medikamentös behandelbar ist und man weiß, dass Gesprächstherapien, mit gemeinsamen Meetings die Bewältigung der Depression bis zu 85% steigern. Schon allein aus diesem Grund wollte ich, dass Berta hier her geht.

SHG ist ein zusätzlicher Mosaikstein zur Bewältigung der Depression bei der man sehen und erkennen kann, dass Betroffene die Depression wieder bewältigen können.

Auch für die Angehörigen Betroffener ist es wichtig SHG zu besuchen. Sie erkennen wie man produktiv an der Entlastung arbeiten kann.

SHG helfen den Angehörigen Betroffener ihre Kranken besser zu unterstützen und ihnen beizustehen.

5.2.6. SHG helfen mit den Gefühle der Depressiven umzugehen

Erwin bestätigt, dass durch die SHG ein erweitertes Verständnis für die Erkrankungen entsteht:

In der SHG habe ich gelernt meine Frau besser zu verstehen. Ich realisiere ihre Gefühle besser, ja die Gruppe ist in jeder Hinsicht eine Hilfe.

In der Gruppe wird nie über das WARUM gesprochen, sondern wie es dir gerade geht und das ist auch der Sinn der SHG. Ich schätze sehr, dass es hier keine Ursachensuche und Ratschläge gibt. Wie der Name schon aussagt sind Ratschläge – Schläge und mit diesen ist depressiven Menschen nicht geholfen

Depressive Menschen haben Berührungsängste und mit diesen muss ein Angehöriger Betroffener leben lernen. Sie müssen begreifen, dass diese Ängste nicht gegen den Partner gehen. Sie können Nähe wegen ihrer Krankheit nicht zulassen und nicht fühlen.

Edwin beschreibt, wie sehr seine Gattin den Abstand wahrte und keinerlei Art und Weise von Nähe zuließ:

Vor dem Besuch der SHG hat sich meine Frau in einer depressiven Phase kaum umarmen lassen, sie hat mich immer abgewiesen und sich zurückgezogen. Ich habe mir verdammt schwer getan das zu akzeptieren, das zu begreifen. Ich dränge sie nicht, zu mindestens habe ich das Gefühle ich dränge sie nicht mehr, ich habe gelernt Abstand zu halten

Anna bestätigt die Aussage von Edwin. Sie geht allerdings auch auf die weitreichenden Veränderungen hinsichtlich der Beziehung zur körperlichen Nähe ein, die durch die SHG Treffen überhaupt ermöglicht wurde.

Ja, das stimmt – wenn er mich nur berühren wollte – nur meine Hand nimmt – die Situation war schon schlimm und ärger... ich habe totale Berührungsängste gehabt – vor einem Jahr war es ganz extrem, ich konnte nicht in seiner Nähe sein – aber jetzt durch das freie, offene Reden wurde es besser – für mich ist wichtig das Reden darüber – auch wenn es in der Depression keine Möglichkeit gibt, dass ich rede, aber wir reden dann nachher darüber – und das ist gut so – das ist immer wieder ein Thema, das angesprochen wird, und wir beide sprechen immer wieder darüber – und da fallen die Schwellen irgendwann und die Berührungsängste werden geringer – es beschäftigt meinen Mann sehr, - dieses Zurückweisen – zurückgewiesen zu werden von mir, aber diese Berührungsängste gehören zu mir und er muss sie akzeptieren – es wird durch das viele Reden sicher besser.....

5.2.7. SHG lehren Familienmitglieder mit Depressionen umzugehen

Der Umgang der Familie mit der Erkrankung ist natürlich ein besonders schwieriges Thema. Eine zentrale Frage bleibt, wie die näheren Verwandten mit diesem Leid umgehen.

Erwin schildert ein Erlebnis mit der Schwiegermutter seiner damaligen Freundin. Nach einem Selbstmordversuch hat die Mutter versucht dem Freund vom Gedanken der Depression abzuwenden. Er bezieht dieses Verhalten auf den Umstand, dass es sich um eine gesellschaftlich nicht akzeptierte Krankheit handelt:

Meine Frau war wegen eines Selbstmordversuches stationär aufgenommen – mir erzählte ihre Mutter, dass sie eine Vergiftung hätte, sie hat wohl gedacht - ich bin ein Trottel und weiß nicht was los ist, was meine damals noch Freundin hat und was vorgefallen ist - meine Schwiegermutter schweigt –bei ihnen in der Familie gibt es das nicht, eine Depression – sie verdrängt auch, verschweigt auch, das ihr Gatte sich das Leben genommen hat, weil er depressiv war – die Kinder haben es bis heute noch nicht aus ihrem Mund gehört, dass der Vater sich umgebracht hat

Die ganze Familie leidet eigentlich an Depressionen – auch ihre Schwester und ihre Mutter selbst leidet an starken Depressionen – also meine Frau hat die Depression in die Wiege gelegt bekommen.....

Berta schildert, dass die Krankheit noch immer ein heikles Thema bleibt. Es bleibt undiskutierbar und wird isoliert:

Die Depressionen, meine Krankheit ist bis heute ein heikles Thema bei meiner Mutter – sie hat nie gelernt offen darüber zu sprechen, sie würde nie eine SHG besuchen, und schon gar nicht vor anderen frei über ihre Probleme sprechen – oder so ein Gespräch, dass wir nun führen würde sie nie erlauben....

Depressive Menschen entwickelt mitunter Kräfte um ihrer Familie nicht zu zeigen, dass sie krank sind. Sie verheimlichen die Krankheit nach außen, aber auch öfters

nach innen. Eine Fassade wird aufrechterhalten, was allerdings nur kurzfristig funktioniert.

Edwin beschreibt wie schwierig es war die Krankheit in seiner Familie zu zeigen. Als die Krankheit offensichtlich wurde kam es zu den bekannten Ausgrenzungsmustern seitens der Kinder:

Anna und ich haben einen Weg gefunden, auch wenn es nicht immer leicht war. Unsere Kinder haben, so lange sie klein waren nichts von den Depressionen ihrer Mutter mitbekommen. Ich weiß bis heute nicht, wie sie das gemacht hat, sie hat gekocht, sie hat die Kinder überall mit dem Auto hingebraht – erst vor zwei Jahren kam es dann zum kompletten

Zusammenbruch – Anna wurde stationär aufgenommen –und unsere Kinder verließen das Haus.

Ich habe mit ihnen gesprochen, sie wollten nicht zu Hause bleiben, mit ansehen, wie es ihrer Mutter schlecht geht, daher sind sie ausgezogen. Sie kommen ein paar Mal im Jahr nach Hause.

Anna bezweifelt, dass die Kinder ihre Krankheit verstehen. Sie lernt allerdings den Umgang mit ihren Kindern zu genießen:

Meine drei Kinder akzeptieren meine Krankheit, aber ob sie diese verstehen weiß ich nicht. ich weiß nur eines, wenn sie bei mir sind fühle ich mich wohl, kommt die Zeit des Abschiednehmens, habe ich immer Angst, ob das wieder kommt – ich werde ruhig, ziehe mich zurück und falle in die Depression.....

5.2.8. SHG können nur zum Teil negative Gefühle bewältigen helfen

Berta zeigt , dass selbst der Besuch der SHG nicht alle negativen Gefühle verdrängt:
Seit den letzten acht Jahren haben sich meine Depressionen gesteigert und gesteigert.....bis ich dann nicht mehr gekonnt habedie letzten zwei Jahre waren krass, ja die waren furchtbar Nach dem Aufenthalt in der Psychiatrie,

den regelmäßigen Besuch der SHG und meinen Medikamenten geht es wieder bergauf. Ich hoffe es bleibt so...

Erwin versucht mehr Verständnis für die Gefühlswelt von an Depressionen Erkrankten zu erzeugen:

Wenn man sagt, in der Depression es geht einem heute besser, bezieht sich das nur auf das, wie geht man damit um.....hat sie Ängste und sie sagt es geht besser, dann heißt das , ich gehe besser mit der Angst um....es geht immer um das Umgehen mit der Angst und mit der Depression. Das lernen die Kranken und auch die Angehörigen Betroffener durch den regelmäßigen Besuch der SHG.

*Edwin glaubt an seine Frau, obwohl es ihr einmal besser und einmal schlechter geht:
Ich weiß, ich vertraue ihr sie wird es schaffen, wir werden gemeinsam alles schaffen, was noch auf uns zukommt.*

5.2.9. verpönen Befindlichkeitsfloskeln

In den SHG sprach man immer über die allgemeinen Befindlichkeitsfloskeln. Depressive Menschen ertragen diese kaum. Sie belasten die Kranken. Das Aussparen dieser hilft den Menschen und entlastet sie:

Ein großes Problem haben die Kranken mit den Aussagen,

- es wird schon wieder
- da musst du durch
- morgen sieht es wieder anders auf

Diese Floskeln erwecken Unmut bei den Erkrankten. Sie tragen dazu bei, dass die Leute in einen Stress fallen, sie können nichts damit anfangen. Im Gegenteil diese Aussagen belasten und führen zu keiner Entlastung.

6. ZUSAMMENFASSUNG

Die Untersuchungen der drei Selbsthilfegruppen haben ergeben, dass es einige Gemeinsamkeiten zwischen den Gruppen gibt, die zur Entlastung beitragen.

Selbsthilfegruppen sind durch die regelmäßige auf einen längeren Zeitraum bedingte Teilnahme eine Stütze, eine Kraftquelle und ein Mosaikstein für die Entlastung von Betroffenen und deren Angehörigen.

Folgende Recherchen wurden in dieser Diplomarbeit erarbeitet und diese tragen zur Entlastung der Angehörigen Betroffener bei.

1. Es ist ein langer Weg, über die persönlichen Probleme und Gefühle in der Öffentlichkeit zu sprechen.
2. Jede SHG stellt Hilfe und Beratung für auftretende Schwierigkeiten dar.
3. Die SHG geben Halt und Zuversicht bei Veränderungen der zwischenmenschlichen Beziehungen.
4. Durch Reden und Erfahrungsaustausch verändern sich Zugang und Sichtweise zur Krankheit
5. Lernen über sich selbst zu sprechen und das Lernen Hemmungen abzubauen befreit.
6. Durch freundliche Aufnahme in die SHGs kommt es zu dem Gefühl des Verstandenwerdens und nicht allein zu sein.
7. Durch Kommunikation in der SHG werden Signale der Kranken interpretieren gelernt
8. Durch das gemeinsame Reden wird ein Ausblick auf die Zukunft gewährt und die Angst vor dieser genommen
9. Erkennen der eigenen Bedürfnisse und das Schaffen von Freiräumen
10. Stärken des Selbstbewusstseins und dadurch Abbau der Heimlichkeiten
11. Erkennen der eigenen Grenzen
12. Suche nach Hilfe und diese annehmen
13. Motivation anderen zu helfen durch aktives Beeteiligen in den Gesprächen
14. Akzeptieren der Krankheit und diese als einen Teil des gemeinsamen Lebens ansehen

7. SCHLUSSBETRACHTUNG

Selbsthilfegruppen stellen für Angehörige Betroffener von Alzheimer – Kranken und depressiven Menschen eine große Entlastung dar.

Angehörige Betroffener stoßen in der Gesellschaft auf Widerstand und leben von ihrem sozialen Umfeld meist isoliert, da die meisten Mitmenschen mit Krankheit und Tod nicht umgehen können, und dieses erst lernen, wenn sie selbst Betroffene sind. Es gibt leider immer noch zu wenig Aufklärung in der Öffentlichkeit. Angehörige fühlen sich mit ihren Fragen, Belastungen, Ängsten, Problemen und Erfahrungen allein gelassen, hilflos und unverstanden.

Durch Zeitmangel und Hemmschwellen sind die sozialen Kontaktmöglichkeiten eingeschränkt und der Freundeskreis ist stark reduziert.

Der Besuch einer Selbsthilfegruppe stellt die Möglichkeit dar, Menschen in einer ähnlichen Situation zu finden. Manchmal ergeben sich daraus neue Freundschaften.

Durch regelmäßiges Treffen nimmt der Erfahrungsaustausch eine große Rolle ein und bietet gleichzeitig eine Entlastungshilfe in der kritischen Lebenssituation. Die Teilnehmer erleben es als große Erleichterung auch Gleichgesinnte kennen zu lernen und zu erfahren wie diese mit den Problemen ihrer Angehörigen umgehen. Im Austausch mit Gleichbetroffenen erfahren die Teilnehmer, dass ihre Ängste, Probleme und Sorgen auch andere teilen. Dieses ist eine große Bereicherung ,stärkt Mut und Zuversicht und gibt ihnen Hoffnung und Selbstvertrauen. Die kritischen Lebensphasen der Angehörigen Betroffener können durch den Erfahrungsaustausch mit den anderen besser bewältigt werden.

Für das Funktionieren einer Selbsthilfegruppe ist eine aktive Teilnahme erforderlich. Es geht daher nicht nur darum sich Informationen abzuholen, sondern sich auch selbst in diesen zu integrieren.

Das Leben von Angehörigen Betroffener stellt eine große soziale und familiäre Belastung dar. Das Betreuen und Pflegen von Alzheimer – Kranken und Menschen mit Depressionen stellt die Angehörigen jeden Tag vor eine neue Herausforderung.

Erschwerend kommt die Sorge um den eigenen Arbeitsplatz hinzu, da oft Unerwartetes auftritt und man Urlaub benötigt. Die Aufmerksamkeit ist vermindert, da die Gedanken zu Hause verweilen.

Durch die Zusatzkosten der Pflege kommen Angehörige oft in finanzielle Notlagen.

Schön wäre es, wenn es in unserem Gesundheitswesen das lang besprochene Umdenken gäbe. Der lange Weg der Behördenkämpfe, der viel Substanz und Durchhaltevermögen kostet und der auch immer wieder mit Rückschlägen verbunden ist, sollte erleichtert und die Arbeit der Angehörigen Betroffener endlich honoriert werden.

Not und Elend wird man nicht verhindern können, mit diesem müssen die Angehörigen Betroffener leben und selbst fertig werden, aber die Sorge um Existenz der Familie könnte und sollte ihnen genommen werden.

8. LITERATURVERZEICHNIS

AROLT Volker, REIMER Christian, DILLING Horst: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie, Heidelberg, Springer Verlag, 2007, 6. Auflage

ATTESLANDER Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung, Berlin, Walter de Gruyter GMBH & Co KGm 2003

BASCO, Monica RAMIREZ: Manie und Depression, Medien Verlag 2007
1. Auflage

BEACH Steven r:H.: Marital and family processes in depression American Psychological Assoc. 2000

BECKER S. Howard: Außenseiter, zur Soziologie abweichenden Verhaltens Fischer Verlag, Frankfurt, 1981

BERLIT Peter: Basiswissen Neurologie, Heidelberg, Springer Verlag 2007 5. Auflage

BIBERICH Roman: Konfliktbewältigung und Depression – Konfliktbewältigungsstrategien durch Selbsthilfegruppen – Diplomarbeit

DAFFERTSHOFER M., BAUER J., HÜLL M.: Klinische Neurologie, Heidelberg, Springer Verlag, 2007, 2. Auflage

DECH Heike: Woman`s mental health, social cause of depressions Transcript Verlag

FLACH, Frederic F: Depression als Lebenschance: seelische Krisen und wie man sie nützt Verlag Rowohlt, 1982

FRITZ Elisabeth: Arbeiten im Schatten – Selbsthilfegruppen in Wien - Diplomarbeit

GERSCHLAGER Willibald, BAUMGART Gert: ALZHEIMER – Die Krankheit des Vergessens – Wien: Maudrich Verlag 2007

GIRTLE, Roland: Methoden der Feldforschung.- Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag, 2001, 4. Auflage.

GIRTLE, Roland: Randkulturen. Theorie der Unanständigkeit.- Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag, 2003, 3. Auflage.

GIRTLE, Roland: 10 Gebote der Feldforschung LIT Verlag, Wien 2004

HEDTKE – BECKER, Astrid: Die Pflegenden pflegen, Lambertus Verlag, Freiburg 1999, 2. Auflage

- HOFER Konrad: Pflegebedürftig, ÖGB Verlag, Wien 1997
- HÖLZER Rosel: Burnout in der Altenpflege, Fischer Verlag, München, 2003, 1. Auflage
- LHOTSKY Hildburg: Der Sinn von Selbsthilfe bei Depression und Angststörung 2005
- MATEJCEK Karina: Selbsthilfegruppen in Österreich, Wien: Überreuter 2003
- M. SPRINGER- KREMSER, H. LÖFFLER-STASKA, M.KOPEINIG – KREISSL (HG) – psychische Funktionen in Gesundheit und Krankheit, Verlag Facultas, 2. Auflage
- POECK Klaus, HACKE Werner: Neurologie; Springer Verlag, Heidelberg 2007, 12. Auflage
- SCHMATZ Franz: Heilende Lebenstexte; Effata Verlag, Krems 1999, 1. Auflage
- SCHNEPP Wilfried: Angehörige pflegen, Verlag Hans Huber, Bern, 2002, 1. Auflage
- SCHÖNBERGER Christine, KARDOFF Ernst: Mit dem kranken Partner leben Verlag Leske, 2004
- SCHJERVE Martin, SONNECK Gernot: Medizinische Psychologie, Facultas Verlag 1999, 6. Auflage
- SEIDL Elisabeth, LABENBACHER Sigrid: Pflegende Angehörige im Mittelpunkt, Böhlau Verlag, Wien 2007
- TÖLLE Reinhard: Depression – Erkennen und Behandeln, Verlag C.H. Beck 2. Auflage
- ZAPOTCZKY Klaus, GRAUSGRUBER Alfred: Gesundheit im Brennpunkt und gesellschaftlicher Verantwortung Band 7/1; Universitätsverlag Trauner; Linz 2000
- ZIMBARDO Philip G., GERRIG Richard J.: Psychology, Pearson Verlag, München 2004, 16. Auflage

Studien:

- SEIDL Elisabeth, Walter Ilsemarie, LABENBACHER Sigrid: Belastungen und Entlastungsstrategien pflegender Angehöriger
- SEIDL Elisabeth, NAGL-CUPAL Martin, ALDER Andrea, HINTERLEHNER-BECKER Sibylle, WEBERNDORFER Eva: Kurzzeitpflege als entlastende Maßnahme für pflegende Angehörige

POCHOBRADSKY Elisabeth, BERGMANN Franz, BRIX-SAMOYLENKO Harald,ERFKAMP Henning, LAUB Renate : Situation pflegender Angehöriger – Endbericht, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 2005

Zeitschriften:

1. Magazin Brennpunkt: Gemeinsam sind wir stärker , Kickbusch Ilona
2. NÖ Gesundheits- und Sozialfonds: Demenz, was nun?
3. NEUROSCIENCE: Alzheimer – Krankheit, sie sind nicht allein
4. Meine Medizin: Gehirn & Psyche 5. Ausgabe

DVDs:

Zu Hause pflegen - Ein multimedialer Ratgeber für pflegende Angehörige und Laienpflege

Ratgeber Demenz für Betreuer und Angehörige – Informationen, Tipps, Anregungen und Hilfestellungen zur Betreuung und Pflege von Demenzkranken

Internetquellen:

www.whoswho.de

LEBENS LAUF



Persönliche Daten:

Name: Hildegard Zöchmeister
Geboren: 8. Juli 1962, in Hieflau, Stmk.
Staatsbürgerschaft: Österreich
Religionsbekenntnis: röm. kath.
Familienstand: verheiratet
Kinder: 2 Kinder - Tochter 25 Jahre
Sohn 21 Jahre

Adresse: Kogelstraße 7, 3481 Fels am Wagram

Telefon: 02738 2832 oder 0699 111 81 869

Schul- und Berufsausbildung:

1968 - 1972 Volksschule in Hieflau
1972 - 1976 Hauptschule in Eisenerz
1976 - 1979 Gymnasium in Münichtal
2 Monate Englandaufenthalt
1981 – 1982 ESA - Wien (Europäische Sekretärinnenakademie)
1999 Ausbildung zur Bürokauffrau und Industriekauffrau
Lehrabschlussprüfung in St. Pölten
1998 – 2000 Ausbildung zum Fachwirt für Marketing und Management an der Fachakademie für Marketing und Management in St. Pölten. Fachwirt mit sehr gutem Erfolg abgeschlossen
2000 – 2001 Berufsreifeprüfung abgeschlossen
WS 2001 Ein Semester Studium an der WU Wien
ab SS2002 Universität Wien Studium Pflegewissenschaften

Hobbies:

Weiterbildung, reisen, lesen, Rad fahren, Inline skaten, Schi fahren, schwimmen

Kurse:

1993

Dr. Wilhelm Brenner Institut Rhetorik

1993

Dr. Wilhelm Brenner Institut **PC – Einsteiger**

1993

Dr. Wilhelm Brenner Institut **Administration**

1998

PC-User Kurs

1999

Englisch 3 Wochen Aufenthalt in Amerika

2001

1 Woche Kurs auf Malta - 60 Einheiten Englisch
und anschließend Crash Kurs bei CEF in Wien

Berufsweg:

1/1980 – 12/1983

ÖVP Wien, Landesparteilitung
Falkestraße 3, 1010 Wien

Sekretärin

1984 - 1992

Mutter, Hausfrau, Tagesmutter,
Elternvereinsobfrau, Tupperwareberaterin davon 2
Jahre Gruppenberaterin - wo ich 10 Kolleginnen
motivierte und führte

3/1992 – 12/1998

Dr. Christa und Sven Orechovsky,
Bahnhofstr. 15, 3462 Absdorf

Sekretärin

7/1999 – 10/2004

KLINGER Getränkemaschinen GmbH.
Wiener Str. 52, 3550 Langenlois

Verkaufs- und Marketingassistentin Assistentin des Geschäftsführers

3/2005 – 6/2005

Kurs für Immobilienmakler, Hausverwaltung und
Bauträger

7/2005 – 6/2006

Durmont Teppichbodenfabrik GesmbH
Wiesengasse 55, 8230 Hartberg

Assistentin der Geschäftsleitung Austritt wegen Konkurs des Unternehmens

7/2006 - 3/2007

ASKIN & Co GmbH
1140 Wien, Albert-Schweitzer-Gasse 6

Assistentin der Geschäftsleitung

seit 4/2007

KLINGER Flaschenwaschsysteme GmbH
Wiener Str. 52, 3550 Langenlois

Assistentin der Geschäftsleitung