

Tim Schure



LERNAUFGABE 1

Lesen Sie das Fallbeispiel von Frau Müller (erneut). Frau Müller ist nach dem Tod ihres Sohnes in eine schwere psychische Krise geraten. Informieren Sie sich über charakteristische Symptome, die bei einer akuten psychischen Krise auftreten können.

Im Fallbeispiel zeigen sich in der akuten und schweren psychischen Krise bei Frau Müller die Symptome der Antriebslosigkeit, Schuldgefühle und Ängste, die im Text unspezifisch benannt sind. In vielen Punkten überschneiden sich die Symptome der Krise mit denen depressiver Verstimmungen beziehungsweise Erkrankungen.

Betroffene von psychischen Störungen benennen folgende Symptome in akuten Krisensituationen: **Schlafstörungen, Gedankenkreisen** sowie Erschöpfungssymptome. In Folge daraus erwachsen Anspannungsgefühle, Appetitstörungen und eine dauerhafte Veränderung des Schlafverhaltens. Problematisch ist die Situation für die Betroffenen und deren soziales Umfeld unter anderem, weil die Zeichen der Krise sind zunächst unspezifisch sind und somatisch auftreten (zum Beispiel Kopfschmerz, Appetitlosigkeit). Ein deutliches Zeichen dafür, dass es sich um eine psychische Überlastungssituation handelt, ist somit zunächst noch nicht ersichtlich.

Schlaf hat unter anderem die Aufgabe der psychischen Regeneration. Im Schlaf sammelt der Mensch Ressourcen, mit Hilfe derer er (unerwartete) Aufgaben bewältigen kann. Gelingt das nicht, führt dies zu einer dauerhaften Anspannung, welche letztlich auch psychologische Veränderungen hervorrufen kann. Diese zeigen sich möglicherweise im benannten „Gedankenkreisen“. Betroffene gehen immer wieder die belastende Situation gedanklich durch, können aber entlastende, beziehungsweise hilfreiche Perspektiven nicht einnehmen. Perspektivlosigkeit und eingeengte Wahrnehmung führen nun dazu, dass ein „Schwarz-Weiß-Denken“ einsetzt, aus dem Erkrankte

nicht ausbrechen können. Mögliche Lösungswege können nicht mehr identifiziert werden.

Psychische Störungsbilder zeigen sich also im veränderten Denken. Einzelbeobachtungen von Ereignissen können nicht mehr differenziert werden, sondern werden als „typisches Zeichen eines unveränderlichen Zustands“ eingeschätzt (**kategorische Bewertung**). Frühere belastende Situationen werden mit der aktuellen Lebenssituation gleichgesetzt und unmittelbar in Verbindung gebracht. Die negativen Gefühle der damaligen Situation erhöhen das jetzige emotionale Erleben um ein Vielfaches.

In alltäglichen Belastungssituationen reagiert der Mensch unterschiedlich. Wir durchdenken verschiedene Wege mit ihren möglichen Folgen, um belastende Phasen überstehen zu können. In psychischen Krisensituationen gelingt dies nicht. Durch das Gedankenkreisen und die kategorische Bewertung von Situationen kommen Erkrankte nur noch auf sehr einseitige Problemlösungsstrategien, die zumeist aber mit den Erfahrungen des Scheiterns verknüpft sind. Konstruktive und möglichst emotionsfreie Lösungswege sind nicht mehr auffindbar. Häufig treten in dieser Phase Suizidgedanken auf.

Dieses alles ist für Erkrankte und deren soziales Umfeld sehr belastend. Angehörigen fehlt oft das Verständnis für die psychische Störung. Strategien und Gedanken, die für Gesunde logisch erscheinen, sind für Erkrankte nicht fassbar und umsetzbar. Aus dieser unterschiedlichen Wahrnehmung erfolgen Konflikte, die nicht selten zur **Veränderung des Sozialverhaltens** mit sozialem Rückzug/Ausschluss führen.

LERNAUFGABE 2

Nach ihrem Suizidversuch war Frau Müller für 9 Monate zur stationären Behandlung in der Klinik. Hildegard Peplau beschreibt in ihrer „Theorie der interpersonalen Beziehung in der Pflege“ Phasen und Rollen, die charakteristisch für die psychiatrische Pflege sind. Wie heißen diese Phasen und inwiefern verändern sich die Rollen der Pflegefachkräfte dabei?

Hildegard Peplau verfasste mit ihrem Modell der psychodynamischen Krankenpflege explizit eine Pflegetheorie, welche die Frage diskutiert, wie pflegerische Beziehungsarbeit im psychiatrischen Bereich gestaltet werden sollte. Ihr Ziel war es, den Genesungsprozess der Patienten optimal zu unterstützen. Dabei werden für den gesamten Therapie-, und Pflegezeitraum für professionell Pflegende unterschiedliche Rollen identifiziert. Peplau benennt die Rollen der Pflegenden wie folgt:

Der Pflegendende...

- als Fremder
- als Informationsquelle
- als Lehrender
- als Führungspersönlichkeit
- als Berater
- als Stellvertreter

Um zu verstehen, inwiefern sich die Rollen der Pflegenden verändern ist es notwendig, sich auch die Phasen der Beziehung vor Augen zu führen, die Pflegenden mit Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung durchlaufen:

- Die Orientierungsphase
- Die Identifikationsphase
- Die Nutzungsphase
- Die Ablösungsphase

Nach Peplau sollten professionell Pflegende stets wissen, in welcher Phase sich die Beziehung aktuell befindet. So können sie besser erkennen, welche Bedürfnisse der Pflegeempfänger aktuell hat, und darauf reagieren. Das Wissen um die aktuelle Pflegephase fördert auch die Beziehungsarbeit zwischen beiden Personengruppen. Letztlich ergibt sich für die Pflegeempfänger im Idealfall ein Prozess, an dessen Ende die Entlassung aus dem psychiatrischen Setting in das häusliche Umfeld gelingt.



LERNAUFGABE 3

Suchen Sie aus den Klassen bzw. Domänen der Pflegeklassifikationen ENP und NANDA-I Pflegediagnosen aus, die zu Frau Müller passen:

- **ENP:** Soziale Interaktion; Handlung/Verhalten; Aktivität/Alltagsgestaltung
- **NANDA-I:** Coping/Stresstoleranz; Comfort

Nutzen Sie hierfür auch die aus der Fallgeschichte zu entnehmenden Informationen und begründen Sie Ihre Auswahl anhand der jeweils passenden Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen (ENP) bzw. bestimmenden Merkmale, beeinflussenden Faktoren, Risikofaktoren, assoziierten Bedingungen und Risikopopulationen (NANDA-I).

gerische Versorgungsbedarf von Frau Müller fachlich abbilden lässt. Um aus beiden Systemen passgenaue Pflegediagnosen auswählen zu können, ist eine systematische und ausführliche Sammlung von Informationen, Wahrnehmungen und Beobachtungen aus der Fallgeschichte über Frau Müller erforderlich. In der tatsächlichen Pflegepraxis können die Einzelinformationen dabei aus vielerlei Quellen stammen, etwa aus der pflegerischen Anamnese, aus standardisierten oder nicht-standardisierten Assessments, aus Gesprächen mit Frau Müller und/oder seinen Angehörigen, aus der bisherigen pflegerischen/medizinischen/therapeutischen Dokumentation, aus der Erhebung körperlicher Parameter und vielen mehr. Erst auf dieser Basis kann im weiteren Verlauf des Pflegeprozesses gemeinsam mit Frau Müller eine Vereinbarung zu passgenauen Pflegezielen und Pflegemaßnahmen getroffen werden.

Die nachfolgende Tabelle gibt zunächst einen Überblick über potenziell relevante Pflegediagnosen für Frau Müller aus den in Klassen Soziale Interaktion – Handlung/Verhalten – Aktivität/Alltagsgestaltung von ENP bzw. den Domänen Coping/Stresstoleranz – Comfort von NANDA-I. Möglicherweise sind für Frau Müller auch noch andere Bereiche aus den bedeutsam, auf die jedoch vor dem Hintergrund des Schwerpunktes der Pflege von Menschen mit Erkrankungen der Psyche in diesem Kapitel verzichtet wird.

Auswahl von Pflegediagnosen

Sowohl die Pflegeklassifikation European Nursing care Pathways (ENP) als auch die Pflegeklassifikation NANDA-I enthalten eine Reihe von Pflegediagnosen, mit der sich der pfle-

Tabelle: Relevante Pflegediagnosen für Frau Müller

European Nursing care Pathways (ENP, Version 3.4)		
ENP-Klasse	ENP-Kategorie	ENP-Pflegediagnose
Soziale Interaktion	beeinträchtigte Interaktionw	Frau Müller ist beim Aufbau und Aufrechterhalten von Beziehungen eingeschränkt, es besteht eine beeinträchtigte Interaktion.
		Frau Müller zeigt eine Affektverarmung, es besteht eine beeinträchtigte Interaktion.
Handlung/Verhalten	beeinträchtigte Copingstrategie	Frau Müller vermeidet angstbesetzte Alltagssituationen, es besteht eine beeinträchtigte Copingstrategie.
	Risiko der unwirksamen Therapie	Frau Müller ist in der selbstständigen Medikamenteneinnahme/-applikation eingeschränkt, es besteht das Risiko der unwirksamen Therapie.
Aktivität/Alltagsgestaltung	beeinträchtigte Durchführung von Aktivitäten	Frau Müller ist aufgrund von Angst/Unsicherheit in der Durchführung lebenspraktischer Tätigkeiten eingeschränkt.
Gesellschaft	beeinträchtigte Durchführung von Aktivitäten	Frau Müller zieht sich vom sozialen Geschehen zurück, es besteht das Risiko der sozialen Isolation.
Wahrnehmung	Risiko der sozialen Isolation	Frau Müller hat aufgrund eines Verlusterlebnisses ein aus dem Gleichgewicht geratenes Selbstkonzept/-bild.

* Fallbeispiel fiktiv, Namen frei erfunden

Fortsetzung Tabelle: Relevante Pflegediagnosen für Frau Müller

NANDA-I (Version 2024-26)		
NANDA-I-Domäne	NANDA-I-Klasse	NANDA-I-Pflegediagnose
Domäne 9: Coping/Stresstoleranz	Klasse 2: Coping-Reaktionen	<ul style="list-style-type: none"> • fehlangepasstes Coping • beeinträchtigte Resilienz
	Klasse 3: Neurologische Verhaltensreaktionen	beeinträchtigte Stimmungsregulation
	Klasse 3: Sozialer Comfort	ausgeprägte Einsamkeit
	Klasse 4: Psychologischer Comfort	beeinträchtigter psychologischer Comfort

Spezifikation der Diagnosen

Eine detaillierte pflegediagnostische Abbildung von Frau Müller unter Zuhilfenahme der Pflegeklassifikationen ENP bzw. NANDA-I könnte basierend auf den aufgeführten, potenziell relevanten Pflegediagnosen wie folgt aussehen. Je nach Schwer-

punktsetzung in der pflegerischen Versorgung und je nach Ergebnis der gemeinsamen Aushandlung des Versorgungsauftrags zwischen Frau Müller und der individuellen Pflegeperson sind jedoch auch leicht abweichende Ausgestaltungen denkbar.

Tabelle: Detaillierte pflegediagnostische Abbildung nach den European Nursing care Pathways (ENP, Version 3.4)

ENP-Pflegediagnose	Kennzeichen	Ursachen	Ressourcen
Frau Müller ist beim Aufbau und Aufrechterhalten von Beziehungen eingeschränkt, es besteht eine beeinträchtigte Interaktion.	<ul style="list-style-type: none"> • zieht sich vom sozialen Geschehen zurück • führt das Leben alleinstehend 	<ul style="list-style-type: none"> • psychische Ursache • belastende Lebensereignisse • unzureichende Coping-Fähigkeiten zur Problembewältigung 	<ul style="list-style-type: none"> • zeigt Verhaltensweisen, die die Therapie unterstützen • erkennt die Notwendigkeit der getroffenen Interventionen und kooperiert mit dem therapeutischen Team
Frau Müller zeigt eine Affektverarmung, es besteht eine beeinträchtigte Interaktion.	<ul style="list-style-type: none"> • empfindet eine schmerzliche Leere 	<ul style="list-style-type: none"> • endogene Depression 	<ul style="list-style-type: none"> • akzeptiert die Bezugsperson • akzeptiert die Unterstützung • zeigt Verhaltensweisen, die die Therapie unterstützen
Frau Müller vermeidet angstbesetzte Alltagssituationen, es besteht eine beeinträchtigte Copingstrategie.	<ul style="list-style-type: none"> • vermeidet angstbesetzte Situationen • äußert Angstgefühle vor bestimmten Situationen • berichtet über Ängste 	<ul style="list-style-type: none"> • psychische Ursache 	<ul style="list-style-type: none"> • akzeptiert die Unterstützung • kann über Ängste sprechen • kann Gefühle und Sorgen mit der Bezugsperson besprechen • reagiert positiv auf therapeutische Gespräche
Frau Müller ist in der selbstständigen Medikamenteneinnahme/-applikation eingeschränkt, es besteht das Risiko der unwirksamen Therapie.	<ul style="list-style-type: none"> • geht sorglos mit der Medikamenteneinnahme um • lehnt die Medikamenteneinnahme ab 	<ul style="list-style-type: none"> • Depression • fehlende Tagesstrukturierung • Misstrauen gegenüber der Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • akzeptiert die Unterstützung • setzt sich Ziele und arbeitet daran, diese zu erreichen
Frau Müller ist aufgrund von Angst/Unsicherheit in der Durchführung lebenspraktischer Tätigkeiten eingeschränkt.	<ul style="list-style-type: none"> • äußert Ängste 	<ul style="list-style-type: none"> • Depression 	<ul style="list-style-type: none"> • zeigt Verhaltensweisen, welche die Therapie unterstützen • akzeptiert die Unterstützung
Frau Müller ist in der Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt.	<ul style="list-style-type: none"> • berichtet über Ängste vor der Ausführung einer Tätigkeit • macht einen überforderten Eindruck • ausstehende offene/ unerledigte Aufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • Depression • depressive Grundstimmung • beeinträchtigte Resilienz 	<ul style="list-style-type: none"> • akzeptiert die Unterstützung

Mehr über den Pflegeprozess, das Stellen von Pflegediagnosen und die Arbeit mit Pflegeklassifikationssystemen zur Abbildung des Pflegeprozesses finden Sie auch in **I care Pflege** (3. Auflage) im Kapitel 3 „Pflege als Prozess gestalten und dokumentieren“ auf S. 84.

Fortsetzung Tabelle: Detaillierte pflegediagnostische Abbildung nach den European Nursing care Pathways (ENP, Version 3.4)

ENP-Pflegediagnose	Kennzeichen	Ursachen	Ressourcen
Frau Müller zieht sich vom sozialen Geschehen zurück, es besteht das Risiko der sozialen Isolation.	<ul style="list-style-type: none"> • meidet Gespräche 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust eines geliebten/nahestehenden Menschen durch Tod • Depression 	
Frau Müller hat aufgrund eines Verlusterlebnisses ein aus dem Gleichgewicht geratenes Selbstkonzept/-bild.	<ul style="list-style-type: none"> • beschreibt ein Gefühl der Leere • Rückzugstendenzen • äußert Hoffnungslosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust eines Kindes • Verlust durch Auseinanderbrechen der Beziehung zum/zur Lebenspartner(in) 	

Tabelle: Detaillierte pflegediagnostische Abbildung nach NANDA-I (Version 2024-2026)

NANDA-I-Pflegediagnose	Bestimmende Merkmale	Beeinflussende Faktoren	Risikofaktoren	Risikopopulationen	Assoziierte Bedingungen
fehlangepasstes Coping	<ul style="list-style-type: none"> • Angst • Vermeidungsverhalten • verminderte soziale Interaktion • Grübeln • depressive Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> • beeinträchtigte Resilienz • unzureichende soziale Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> • trifft nicht zu 	<ul style="list-style-type: none"> • --- 	<ul style="list-style-type: none"> • ---
fehlangepasstes Trauern	<ul style="list-style-type: none"> • Angst • depressive Symptome • betrübt über die verstorbene Person • Gefühl der Leere • intensive Beschäftigung mit Gedanken an die verstorbene Person 	<ul style="list-style-type: none"> • unzureichende soziale Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> • trifft nicht zu 	<ul style="list-style-type: none"> • Cisgender-Frauen • Personen mit starker emotionaler Nähe zur verstorbenen Person 	<ul style="list-style-type: none"> • depressive Störung
beeinträchtigte Resilienz	<ul style="list-style-type: none"> • verminderte soziale Interaktion • depressive Symptome • übermäßige Schuldgefühle 	<ul style="list-style-type: none"> • beeinträchtigter Familienprozess • Machtlosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • trifft nicht zu 	<ul style="list-style-type: none"> • Cisgender-Frauen 	<ul style="list-style-type: none"> • psychologische Störung
beeinträchtigte Stimmungsregulation	<ul style="list-style-type: none"> • Angst • depressive Symptome • Grübeln 	<ul style="list-style-type: none"> • unzureichende positive soziale Interaktion 	<ul style="list-style-type: none"> • trifft nicht zu 	<ul style="list-style-type: none"> • Personen, die den Verlust einer Vertrauensperson erleben • ältere Erwachsene 	<ul style="list-style-type: none"> • ---
beeinträchtigt psychologischer Comfort	<ul style="list-style-type: none"> • zurückgezogen • Angst • übermäßige Schuldgefühle • in den eigenen Gedanken versunken 	<ul style="list-style-type: none"> • inadäquate soziale Bindungen 	<ul style="list-style-type: none"> • trifft nicht zu • trifft nicht zu 	<ul style="list-style-type: none"> • nicht relevant 	<ul style="list-style-type: none"> • ---

--- = Der Fall beschreibt für diese diagnostische Kategorie kein passendes Merkmal.



LERNAUFGABE 4

Frau Müller wird 2-mal wöchentlich von einem ambulanten psychiatrischen Pflegedienst besucht. Welche Aufgaben übernimmt die ambulante psychiatrische Pflege und bei welchen Diagnosen kann sie verordnet werden?

Ein ambulant psychiatrischer Pflegedienst kann die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen übernehmen, wenn ein stationärer Aufenthalt nicht (mehr) notwendig ist. Ziel ist es, den betreffenden Personen „ein würdiges, eigenständiges Leben in ihrem gewohnten Umfeld“ zu ermöglichen und somit eine soziale Integration wiederherzustellen oder beizubehalten (BAPP 2008). Durch die Begleitung im häuslichen Setting sollen wiederkehrende und damit stigmatisierende Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Eine ambulante psychiatrische Pflege ist grundsätzlich bei allen psychischen Störungsbildern möglich – es müssen jedoch die gesetzlich vorgegebenen Voraussetzungen dafür erfüllt sein. Diese beinhalten zu allererst, dass psychisch Erkrankte trotz ihrer Beeinträchtigung aktiv und positiv an der Behandlung teilnehmen können und somit eine ausreichende Behandlungsfähigkeit aufweisen.



LERNAUFGABE 5

Frau Müller hat nach dem Klinikaufenthalt ihren Alltag gut im Griff und kommt weitgehend alleine zurecht. Doch bei Ihrem letzten Besuch stellen Sie fest, dass das Geschirr von Montag noch in der Küche steht. Begründen Sie, weshalb die Einhaltung von Alltagsstrukturen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung so wichtig ist.

Im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Pflege ist es Aufgabe der Pflegenden, psychisch erkrankte Menschen in der Gestaltung des Alltags zu unterstützen. Die Übernahme alltäglicher Aufgaben ist für Menschen mit psychischer Störung häufig nicht oder nur schwer möglich. Gleichzeitig sind Gewohnheiten und Rituale wichtig, um sich in eine soziale Gruppe und die Gesellschaft integrieren zu können. Somit unterstützen und motivieren Pflegefachkräfte den Pflegeempfänger beispielsweise bei der Durchführung der Körperpflege, Versorgung des Haushalts und der Einhaltung von Terminen. Grundgedanke hierbei ist, dass der Pflegeempfänger bei der Entwicklung und Nutzung von Ressourcen unterstützt wird, um Abhängigkeitsituationen zu vermeiden. Die Stabilität der Gesundheit und die Alltagsgestaltung beeinflussen sich gegenseitig und müssen demnach in ihrer Erhaltung und Umsetzung von pflegerischer Seite unterstützt werden.



LERNAUFGABE 6

Frau Müller sagt: „Ich nehme die Tabletten nicht mehr, die helfen ja sowieso nicht!“ Überlegen Sie in Partnerarbeit, wie sie sich in dieser Situation verhalten würden und entwickeln Sie ein Beratungsgespräch.

Im Gespräch mit Frau Müller ist es wichtig, zu erarbeiten, weshalb sie ihre Tabletten nicht mehr nehmen möchte. Möglicherweise sind unerwünschte Wirkungsweisen oder eine zu starke Wirkung nach Tabletteneinnahme eingetreten. Vielleicht ist aber auch etwas im sozialen Umfeld von Frau Müller passiert, was die ursprüngliche Erkrankung wieder hat ausbrechen lassen.

Weiterhin ist es notwendig, die Patientin (nochmals) über mögliche Folgen von inkonsequenter Medikamenteneinnahme aufzuklären. Hauptziel des Gesprächs sollte sein, gemeinsam mit Frau Müller zu überlegen, was passieren muss, damit sie die Medikamente wieder regelmäßig einnimmt.

Das Beratungsgespräch sollte in einem geeigneten Rahmen stattfinden. In Frau Müllers Fall handelt es sich um eine akute Verschlechterung des Zustands. Hier wäre es passend, das Gespräch direkt an Frau Müllers Bett zu führen. Da unklar ist, wie schnell Frau Müller über ihre Beweggründe und mögliche Handlungsoptionen reden möchte, muss genügend Zeit für das Gespräch eingeplant werden. Auszubildende sollten das veränderte Verhalten von Frau Müller auf jeden Fall an eine examinierte Pflegefachkraft weitergeben, welche dann ins persönliche Gespräch mit Frau Müller geht. Veränderte Therapietreue sollte außerdem immer mit den behandelnden Ärzten besprochen werden.



LERNAUFGABE 7

Frau Müller nimmt für gewöhnlich täglich Antidepressiva ein. Informieren Sie sich über die Wirkung von Antidepressiva. Begründen Sie, warum es so wichtig ist, dass Frau Müller diese regelmäßig einnimmt.

Die Gabe von Psychopharmaka kann niemals allein zum Erfolg der Therapie führen. Neben der medikamentösen Therapie ist es unerlässlich psychotherapeutisch und sozialpsychiatrisch an der Situation des Patienten zu arbeiten.

Die Verordnung der geeigneten Medikation bleibt in ärztlicher Verantwortung und muss immer individuell mit den Patienten besprochen werden. Die Auswahl des geeigneten Antidepressivums und die Dosis sind dabei abhängig von möglichen vorangegangenen psychischen Erkrankungen, der Qualität der aktuellen Erkrankungsphase, der zu erwartenden Adhärenz und persönlichen Wünschen des Patienten.

Unerwünschte Wirkungen (z.B. Kreislaufprobleme, Kopfschmerzen und Obstipation) sind bei Antidepressiva häufig. Sie haben sehr oft eine unmittelbare Auswirkung auf die Bereitschaft der Patienten, die medikamentöse Therapie fortzusetzen. Wie stark sie ausgeprägt sind, hängt u.a. von der verordneten Dosis ab. Häufig verschwinden unerwünschte

Wirkungen bei regelmäßiger und dauerhafter Einnahme nach einiger Zeit.

Die neueste Gruppe der Antidepressiva hat zwei gewünschte Wirkungsziele: Antriebssteigerung und Stimmungsaufhellung. Ob und wie stark die Medikamente diese Ziele beim Patienten erreichen, muss von pflegerischer Seite beobachtet werden, da mit der Zunahme der Stimmung und des Antriebs nicht selten eine erhöhte Suizidalität einhergeht.

Beruflich Pflegende müssen demnach zum einen über medikamentenspezifisches Fachwissen verfügen, um Patienten über unerwünschte Wirkungen aufklären zu können. Zum anderen ist es Aufgabe der Pflegenden, Verhalten und Aussagen der Patienten zu beobachten, wahrzunehmen und sich gegebenenfalls mit den behandelnden Medizinern darüber auszutauschen.

WEITERE LERNAUFGABEN UND LÖSUNGSVORSCHLÄGE



LERNAUFGABE 8

Versuchen Sie sich an einer Analyse der Situation von Frau Müller anhand des Vulnerabilitäts-Stress-Modells. Welche Faktoren haben vermutlich zur Entwicklung ihrer Depression beigetragen? Diskutieren Sie Ihre Einschätzung in der Gruppe.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell soll eine Erklärung zur Entstehung psychischer Störungsbilder liefern. Vulnerabilität (Verletzbarkeit) und Stress sind demnach die zwei Faktoren, welche die Entstehung psychischer Erkrankung begünstigen. Dieser Ansatz hat sich in der Psychologie fest etabliert. Zunächst entwickelt, um die Entstehung von Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises zu erklären, ist dieses Modell mittlerweile auf sämtliche psychische Störungen sowie einige somatische Erkrankungen übertragbar. Die Annahme ist, dass jeder Mensch genetisch angelegt eine (mehr oder weniger starke) „Vulnerabilität“ aufweist, die ihn beim Erleben von Stress anfällig für eine psychische Störung macht. Stressereignisse können hierbei ganz unterschiedlich in ihrer Ausprägung sein. Unterschieden werden Stressoren, die alltäglich in unserem Leben vorkommen und die vor allem in der Summe als massiv belastend erlebt werden. Man spricht dann von den „daily hassles“, den täglichen Ärgernissen, wie zum Beispiel Stau auf dem Weg zur Arbeit, Ärger mit Kollegen oder verschlafen zu haben. Ergänzend zu den „daily hassles“ werden in der Life-Event-Forschung weiterhin sogenannte Lebenskrisen als mögliche Stressoren beschrieben. Diese sind in Biografien seltener anzutreffen als die „daily hassles“, werden in ihrem subjektiven Erleben aber als sehr viel dramatischer wahrgenommen. Auslöser für Lebenskrisen sind u. a. der Eintritt in die Arbeitslosigkeit, die Geburt des eigenen Kindes oder der Tod einer nahestehenden Person. Im Modell spielen demnach biologische, psychologische und soziale Faktoren eng zusammen.

Im Fall von Frau Müller lässt sich über einen genetischen Einfluss nur mutmaßen. Möglicherweise gab es in ihrer Familie bereits Verwandte mit psychischen Störungen. Dies müsste in einem Gespräch erfasst werden. Definitiv lässt sich der Tod des Sohnes durch einen Motorradunfall als Auslöser einer

Lebenskrise in das Modell einbinden. Frau Müller selbst beschreibt die Zeit nach dem Verlust ihres Kindes damit, dass sie nicht mehr aus dem Bett kam und große Schuldgefühle durchlebte. Die anderen Faktoren des Modells (wie die Einbindung in soziale Netzwerke) sowie das Vorhandensein von Ressourcen und Strategien im Umgang mit der Trauer und der Depression müssen psychotherapeutisch erarbeitet werden.



LERNAUFGABE 9

Die Pflegerische Unterstützung in der psychiatrischen Pflege verläuft anders als sonst in einem Krankenhaus. Über welche speziellen Kompetenzen müssen Pflegefachkräfte in der Psychiatrie verfügen?

Pflegende im psychiatrischen Bereich benötigen besondere Kompetenzen. Hildegard Peplau hat in ihrer Theorie diese Kompetenzen beschrieben und damit ein Pflegemodell entwickelt, das auch heute noch aktuell ist. Pflegefachkräfte müssen die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Bedürfnisse ihrer Klienten erkennen und beurteilen. Ebenso gehört in das Aufgabengebiet der Pflegenden, zu beraten, zu versorgen und zu begleiten sowie eine individualisierte Pflege zu planen, zu gewährleisten, zu dokumentieren und zu evaluieren.

Im Vulnerabilitäts-Stress-Modell wird psychischen Erkrankungen ein mehrdimensionales Krankheitsentstehungskonzept zu Grunde gelegt. Das heißt, dass nicht allein biologische Faktoren dazu beitragen, dass ein Mensch psychisch erkrankt. Folglich müssen Pflegende bei psychisch kranken Pflegeempfängern auch psychische und soziale Faktoren erfassen. „Der Mensch wird als eine Einheit von Körper, Seele und sozialem Umfeld verstanden“ (Meyer 2006). Psychische Störungen zeigen sich nicht, wie häufig im somatischen Bereich, durch nachweisbare Symptome. Vielmehr sind es Veränderungen im (sozialen) Verhalten und der Sprache, die uns einen Aufschluss darüber geben, ob ein Mensch eine psychische Erkrankung hat. Zu den Kernkompetenzen professionell Pflegenden gehören demnach Kommunikation und Sozialverhalten. Gespräche müssen gezielt geführt werden können, um die Lebenswelt von Erkrankten verstehen und therapeutisch begleiten zu können. Minimalste Verhaltensänderungen geben Aufschluss darüber, ob sich der psychische Zustand bessert, verschlechtert oder gleichbleibend ist und wie Psychopharmaka den therapeutischen Prozess beeinflussen. Kommunikationstechniken zu beherrschen und eine gute Beobachtungsgabe zu haben sind hierbei gleichermaßen bedeutsam. Begleitet ein Pflegenden eine psychisch erkrankte Person über einen langen Zeitraum, muss er seine Erfahrungen mit dieser Person bzw. mit Personen mit der gleichen Erkrankung stets reflektieren. Dies geschieht beispielsweise in Supervisionen und soll dazu beitragen, Grenzen zu setzen und halten zu können sowie eigene Rollenkonflikte und -erwartungen zu erfassen und lösen zu können.



LERNAUFGABE 10

Welche anderen Unterstützungs- bzw. Interventionsmöglichkeiten und Institutionen könnten Sie hinzuziehen, um Frau Müller gut zu begleiten?

Nachdem Frau Müller über einen längeren Zeitraum ihren Alltag (mit Unterstützung) stabil meistern konnte, scheint sich ihr psychischer Zustand erneut zu verschlechtern. Im Moment scheint unklar, woher die Veränderung rührt. Sie nimmt ihre Tabletten nicht, was auf einen verminderten Medikamentenspiegel im Blut schließen lässt und die erneute depressive Verstimmung erklären könnte.

Zur Lösung der Situation im Sinne von Frau Müller ist ein enger Kontakt mit dem Hausarzt und dem (wahrscheinlich vorhandenen) Psychotherapeuten notwendig. Beide könnten im Gespräch in Erfahrung bringen, weshalb Frau Müller ihre Medikamente abgesetzt hat und was passieren muss, damit sie ihre Tabletten wieder regelmäßig einnimmt.

Eine weitere Möglichkeit könnte die zeitweise Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung sein. Im geschützten Bereich dieser Kliniken kann versucht werden, Frau Müller erneut für ihren Alltag zu stabilisieren. Für den Fall einer akuten Verschlechterung des psychischen Befindens mit Androhung von Suizid können Kriseninterventionseinrichtungen helfen. Ziel von sämtlichen Unterstützungsmöglichkeiten sollte sein, Frau Müller zurück in ihr gewohntes Lebensumfeld zu entlassen und eine Fortführung der ambulanten psychiatrischen Begleitung zu ermöglichen.



LERNAUFGABE 11

Frau Müller nimmt täglich Antidepressiva. Welche weiteren Behandlungsverfahren, neben der medikamentösen, sind bei einer Depression möglich?

Die Anwendung von Antidepressiva allein wäre in der Therapie von Menschen mit Depression wenig erfolgversprechend. Neben den Medikamenten basiert die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Allgemeinen und Menschen mit Depressionen auf drei Säulen:

- Medikamente
- Psychotherapie
- Soziotherapie

In der Akutphase hilft die Psychotherapie durch Beruhigung, Unterstützung und Begleitung. Außerhalb dieser Phase ist es Ziel der Psychotherapie, psychoedukativ und verhaltenstherapeutisch zu arbeiten und dabei Einstellungen und Verhalten in ihren Ursachen zu ergründen und zu verändern. Ziel ist es, Symptome zu lindern, die Anpassung des Alltags an die Situation zu unterstützen sowie die Akzeptanz und die Aktivität zu fördern. In der Psychoedukation werden Patienten in der Wahrnehmung ihrer Symptome geschult, um depressive Phasen schneller eigenständig zu erkennen und geeignete Lösungsstrategien ergreifen zu können.

Unter Soziotherapie wird die ambulante Versorgung von psychisch erkrankten Menschen verstanden. Ziel dieser Therapie ist „so viel ambulant wie möglich und so wenig stationär wie nötig“ zu behandeln (Thiede 2006). Haben Erkrankte eine grundlegende Einsicht in ihre Krankheits- und Therapiesituation, können sie Soziotherapie in Anspruch nehmen. Darüber hinaus braucht es ein notwendiges Maß an Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit.

Alle drei Therapieformen sind im Bereich der Psychiatrie gängige Behandlungsverfahren. Darüber hinaus haben sich Musik-, Kunst-, Reit-, und Musiktherapie als wichtige Maßnahmen etabliert, um erkrankte Menschen zu stabilisieren und zu unterstützen. Neben den beschriebenen Therapieansätzen gelten die üblichen, auch in anderen Bereichen der Krankenversorgung gängigen Therapieformen, wie Ergotherapie, Physiotherapie und Sporttherapie.

Bei besonders schweren Depressionen, bei denen keine andere Therapie Erfolg gebracht hat, kann auch die Elektrokrampftherapie verordnet und durchgeführt werden. Ziel ist es, starke epileptische Anfälle zu provozieren und die Verbindungsleitungen nervaler Bahnen im Körper anzuregen.



LERNAUFGABE 12

Inwiefern ist der Gedanke der Inklusion auch für Menschen mit psychischen Störungen bedeutsam?

Inklusion meint die selbstverständliche Einbindung von Menschen mit Behinderung in alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Eine diagnostizierte Depression (chronische psychische Erkrankung) ist eine Form der psychischen Behinderung. Daher ist Inklusion auch bezogen auf Menschen mit dieser Erkrankung nötig. Sie soll ihnen die Teilhabe am Leben in sämtlichen Bereichen ermöglichen.



LERNAUFGABE 13

Frau Müller kann aktuell noch nicht arbeiten gehen, da die Belastung noch zu hoch für sie ist. Informieren Sie sich über die Möglichkeiten zur beruflichen Rehabilitation von Frau Müller.

Laut Sozialgesetzbuch (SGB) IX soll es Menschen mit Behinderung ermöglicht sein, ihre Selbstbestimmung auszuüben und am Leben in der Gesellschaft voll, wirksam und gleichberechtigt teilhaben zu können. Dies rechtlich zu ermöglichen, ist Aufgabe des Gesetzgebers. Die Umsetzung, insbesondere für die berufliche Rehabilitation, ist wiederum Aufgabe verschiedener Einrichtungen der beruflichen Wiedereingliederung.

Menschen mit psychischen Störungen wieder in das Berufsleben einzugliedern, kann unterschiedlich umgesetzt werden: Zunächst muss versucht werden, den bisherigen Arbeitsplatz für die betreffende Person zu erhalten. Gegebenenfalls müssen Arbeitsplatzhilfen bereitgestellt werden oder es kann über Umbesetzungen im Betrieb und eine Umschulung nachgedacht werden, um dieses Ziel zu erreichen. Können Betroffene nicht auf diesem Weg im beruflichen Alltag gehalten werden, müs-

sen ggf. neue, behindertengerechte Arbeitsplätze vermittelt werden. In einem letzten Schritt ist es auch möglich, einen völlig neuen Beruf mit staatlich anerkanntem Abschluss zu vermitteln, damit psychisch erkrankte Menschen auch weiterhin arbeiten und damit an unserer Gesellschaft teilhaben können. In beruflichen Trainingszentren erlernen psychisch erkrankte Personen Kompetenzen, die ihnen helfen sollen, in den Berufsmarkt (wieder-) eingegliedert zu werden. Die Rückkehr in den ursprünglich erlernten Beruf ist möglich, jedoch kann dies unter Umständen erst nach sehr langer Zeit erfolgen. In vielen Fällen ist eine Rückkehr in den Berufsalltag auch dann nicht möglich. In diesen Fällen müssen oben genannte Alternativen in Beratungsgesprächen erörtert werden.



LERNAUFGABE 14

Müller trifft sich ab und an mit einer Freundin, hat aber sonst kaum soziale Kontakte. Beschreiben Sie den möglichen Einfluss einer Depression auf die Angehörigen von Betroffenen.

Den Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen kommt oftmals eine besondere Rolle zu. Diese ergibt sich aus der jahrelangen Begleitung der Betroffenen. Dabei werden Angehörige selbst zu Experten der Erkrankung. Da sie die Verantwortung für ihren Ehepartner, ihre Eltern, ihr Kind etc. (teilweise) übernommen haben, sind sie in den Krankheitsverlauf mit einbezogen. Dies zeigt sich darin, dass meist Angehörige im Akutfall den Psychiatrieaufenthalt initiieren. Sie bringen ihre Familienangehörigen in eine entsprechende Einrichtung und machen sich oftmals genau deswegen Vorwürfe – Vorwürfe versagt zu haben oder der Verantwortung nicht gerecht geworden zu sein – oder sie verlieren jede Hoffnung auf Besserung.

Der Beginn einer depressiven Erkrankung ist für die betroffenen Menschen selbst extrem belastend. Doch auch die Angehörigen erleben ihre nächsten Menschen oftmals als stark wesenverändert: Ein früher lebensfroher Mensch ist auf einmal hoffnungs-, und antriebslos. Und dies scheinbar ohne erkennbaren Grund. Für Ehepartner, Eltern und Kinder von erkrankten Personen entsteht so häufig ein Gefühl der Hilflosigkeit. Bei länger andauernder Erkrankung erwachsen daraus Gefühle der Überforderung und Erschöpfung, weil sie nun eine Vielzahl an Aufgaben übernehmen, welche die Erkrankten nicht mehr erledigen können, oder weil sie versuchen, die stetig traurige Stimmung aufzufangen und zu verbessern, was häufig nicht gelingt.

Je länger Erkrankte und deren Angehörige versuchen, die Situation allein meistern zu wollen, umso schwieriger wird es für sie, das Ganze auszuhalten. Empfohlen wird, wie bei anderen Erkrankungen auch, so bald wie möglich einen Arzt aufzusuchen und die Depression therapeutisch anzugehen. Hierbei spielen Angehörige wieder eine große Rolle – können sie doch, wie eingangs dargestellt, die finale Entscheidung zugunsten des Klinikaufenthalts maßgeblich mit beeinflussen.

Bei all den benannten Herausforderungen und Aufgaben ist es für die Familien und Freunde von Erkrankten wichtig, sich selbst Unterstützung zu organisieren. Dies kann geschehen über entlastende Gespräche mit dem Hausarzt, einem Psychotherapeuten oder Selbsthilfegruppen. Wichtigstes Ziel hierbei ist es, den erkrankten Bezugspersonen weiterhin wohlwollend gegenüberzutreten und sich immer wieder vor Augen zu führen, dass das Verhalten einer Erkrankung entspringt und nicht böswillig ist.

QUELLEN

Lernaufgabe 1

- Rupp M. Basiswissen: Psychiatrische Krisenintervention. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2013 (S. 19 ff.)

Lernaufgabe 2

- Simpson H. Pflege nach Peplau. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 1997 (S. 10, 28–33, 44–53, 70–78)

Lernaufgabe 3

- Thiel H, Jensen M, Traxler S, Hrsg. Psychiatrie für Pflegeberufe. 5. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2010 (S. 111–114)
- Coryell W. Depressive Störungen (2018). Im Internet: <https://www.msmanuals.com/de-de/profi/psychische-st%C3%B6rungen/affektive-st%C3%B6rungen/depressive-st%C3%B6rungen>; Stand: 12.02.2020

Lernaufgabe 4

- Ermler V, Thieme RECOM, 2025
- Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP). Was ist psychiatrische Pflege? (2008). Im Internet: <https://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf>; Stand: 27.03.2020
- Gemeinsamer Bundesausschuss. Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (15.08.2019). Im Internet: <https://www.g-ba.de/richtlinien/11/>; Stand: 27.03.2020

Lernaufgabe 5

- Psychnet. Entscheidungshilfen. Im Internet: <https://www.psychenet.de/de/entscheidungshilfen/entscheidungshilfen-depressionen/was-kann-ich-selbst-tun/alltagsgestaltung.html>; Stand: 27.03.2020

FORTSETZUNG QUELLEN

Lernaufgabe 6

- Thiel H, Jensen M, Traxler S, Hrsg. Psychiatrie für Pflegeberufe. 5. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2010 (S. 251)
- Voderholzer U, Hohagen F, Hrsg. Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2016 (S. 150)

Lernaufgabe 7

- Thiel H, Jensen M, Traxler S, Hrsg. Psychiatrie für Pflegeberufe. 5. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2010 (S. 251)

Lernaufgabe 8

- Dörner K, Plog U, Bock T, Brieger P, Heinz A, Wendt F, Hrsg. Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 24. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2017 (S. 311–423)
- Rupp C. Depression – Modeerscheinung oder ernst zu nehmende Störung? (23.04.2013). Im Internet: <https://psychotherapie-rupp.com/tag/vulnerabilitats-stress-modell/>; Stand: 29.02.2020
- Wittchen HU, Hoyer J, Hrsg. Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin: Springer; 2011
- Ducki, Antje. Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit. Eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse. Zürich: vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich; 2000

Lernaufgabe 9

- Gaßmann M, Marschall W, Utschakowski J, Hrsg. Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Mental Health Care. Berlin: Springer; 2006 (S. 67, 79 f.)

Lernaufgabe 11

- Dörner K, Plog U, Bock T, Brieger P, Heinz A, Wendt F, Hrsg. Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 24. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2017 (S. 311–423)
- Gaßmann M, Marschall W, Utschakowski J, Hrsg. Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Mental Health Care. Berlin: Springer; 2006 (S. 320, 188 f.)
- Thiel H, Jensen M, Traxler S, Hrsg. Psychiatrie für Pflegeberufe. 5. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2010 (S. 281)

Lernaufgabe 12

- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Unterrichtsthema Inklusion. Im Internet: <https://www.bpb.de/lernen/themen-im-unterricht/208749/inklusion>; Stand: 27.03.2020