Evangelische Hochschule Nürnberg

Studiengang Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts

Resilienz bei Angehörigen von dementiell veränderten Menschen

- Theoretisch-Konzeptionelle Überlegungen bezüglich der Entwicklung eines Podcasts zur Förderung der psychischen Gesundheit

Stephanie Schmieder

Erstgutachter: Prof. Dr. Heinz-Peter Olm
Zweitgutachter: Prof. Dr. Helene Ignatzi

Abgabetermin: 23.06.2022

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich damit, wie ein Podcast zur Resilienzförderung gestaltet sein muss, um die psychische Gesundheit bei Angehörigen dementiell veränderter Menschen zu verbessern. Diese sind durch die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds und die damit verbundenen Veränderungen vor vielfältige Herausforderungen gestellt und somit zusätzlichen Belastungen ausgesetzt. Wie wissenschaftlich belegt ist, führen diese Belastungen oftmals zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Betroffenen, was sich wiederum negativ auf die Versorgungsqualität des dementen Familienmitglieds auswirkt. Mit Blick auf die Verbesserung der psychischen Gesundheit wurde eine ausführliche Literaturanalyse sowie eine stichprobenartige Befragung von Experten aus dem Bereich der Angehörigenarbeit durchgeführt. Basierend auf den Ergebnissen, die eine gesundheitsförderliche Wirkung durch eine ausgeprägte Resilienz eines Menschen belegen, wurde eine theoretische Konzeption für einen Podcast zur Resilienzförderung entwickelt. Auf diese Weise konnte auch die Forschungsfrage beantwortet werden.

Abstract

The present thesis deals with how a podcast for resilience developement must be designed in order to encourage the mental health in relatives of people with dementia. Because of the dementia of a family member and the associated changes, they are faced with a variety of challenges and are therefore exposed to additional stress. As has been scientifically proven, these stresses often lead to a deterioration in the state of health of those affected, which in turn has a negative impact on the quality of care for the family member with dementia. With a view to improving mental health, a detailed literature review and a random survey of experts in the field of work with relatives were conducted. Based on the results, which prove a health-encourage effect through a pronounced resilience of a person, a theoretical concept for a podcast on resilience encourage was developed. In this way, the research question could also be answered.

Sprachlicher Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Text auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Ohne diskriminieren zu wollen, verwende ich in dieser Bachelorarbeit bei der Benennung von Angehörigen, Hörern u. ä. fast ausschließlich die männliche Form. Ich möchte die ethisch-moralisch durchaus gerechtfertigte, meines Erachtens aber unschöne Form, von Hörern und Hörerinnen oder Hörer/Innen, vermeiden. Darüber hinaus habe ich versucht in vielen Zusammenhängen eher neutrale Termini einzusetzen (Berthel und Becker 2010, S. 13).

Inhaltsverzeichnis

Abstract 2

Sprachlicher Hinweis 3

Abkürzungsverzeichnis 7

Abbildungsverzeichnis 7

1. Einleitung 1

2. Demenz 2

2.1 Begriffsdefinition 2

2.2 Einordnung nach ICD-10 2

2.3 Formen von Demenz 3

2.4 Symptomatik 3

3. Pflegende Angehörige 4

3.1 Definition 4

3.2 Aktuelle Zahlen 4

3.3 Soziodemografische Merkmale 5

3.4 Situation 6

3.4.1 Herausforderndes Verhalten 6

3.4.1 Aufgabenbereiche 7

3.5 Pflegebedingte Auswirkungen 7

3.5.1 Positive Aspekte 7

3.5.2 Negative Emotionen 8

3.5.3 Belastungen 10

3.5.4 Stresserleben 11

4. Stress als Einflussfaktor auf Gesundheit 12

4.1 Definition von Stress 12

4.2 Anzeichen von Stress 12

4.3 Chronischer Stress 13

4.4 Stressbedingte Störungen 13

4.5 Stressbewältigung 14
5. Gesundheit 18
5.1 Gesundheitsbegriff 18
5.2 Gesundheitsförderung 20
6. Resilienz 21
6.1 Ursprung des Begriffs 21
6.2 Definition 22
6.3 Resilienzforschung 23
6.4 Risiko- und Schutzfaktoren als Grundlage der Resilienzforschung 24
7. Resilienzfaktoren 26
7.1 Entwicklung der Resilienzfaktoren 26
7.2 Resilienzfaktoren 27
7.3 Resilienzfaktoren in der Praxis 28
8. Podcast 33
8.1 Begriffsherkunft 33
8.2 Begriffsdefinition 34
8.3 Eigenschaften 34
8.4 Grundlegender Aufbau 35
9. Methodisches Vorgehen 36
10. Konzept 37
10.1 Ziele 37
10.1.1 Achtsamkeit 38
10.1.2 Selbstfürsorge 38
10.1.3 Akzeptanz 39
10.1.4 Zukunftsplanung 39
10.1.5 Optimismus 40
10.1.7 Lösungsorientierung 40
10.1.8 Netzwerkorientierung 41

10.1.9 Eigenverantwortung 41
10.2. Inhalt 42
11. Fazit 46
Literaturverzeichnis 50
Eidesstaatliche Erklärung 55
Anhang 56

Abkürzungsverzeichnis

dt.	deutsch
ebd.	ebenda
engl.	englisch
et al.	et alii
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannt
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Resilienzfaktoren nach Rönnau-Böse……27

Abbildung 2: Säulen der Resilienz nach Reivich und Shattè…….29

Abbildung 3: Konstrukt des Selbst…….33

1. Einleitung

„Pflege ist ein Balanceakt aus Geben und Nehmen, aus Fürsorge und Selbstsorge“ (Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands 2018, S. 15).

Derzeit leben in der Bundesrepublik Deutschland rund 1,5 Millionen Menschen mit Demenz, wobei sich dieser Wert bisherigen Schätzungen zufolge in den nächsten Jahrzehnten auf etwa 2,3 Millionen im Jahr 2060 erhöhen wird (Radtke 2022). Die ansteigende Zahl der Demenzerkrankungen in der Gesellschaft geht dabei mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf für diese Bevölkerungsgruppe einher. Aufgrund der Tatsache, dass etwa zwei Drittel aller dementen Menschen zu Hause betreut werden (Statistisches Bundesamt 2021), sind insbesondere deren Angehörige vielfältigen Belastungen durch die Erkrankung des nahestehendes Familienmitglieds ausgesetzt. Als besondere Herausforderung stellt sich die „'plötzliche' Andersartigkeit“ (Newerla 2012, S. 2) der Begegnungen mit dem dementiell veränderten Menschen heraus, welche in Alltagssituationen oftmals zu „Brüchen“ in routinierten und gewohnten Abläufen führt. Diese „Brüche“, die die grundlegende Stabilität des Alltags und somit das Gefühl der Sicherheit und Planbarkeit gefährden, werden häufig von den Angehörigen durch Anpassungsleitungen aufgefangen, indem sie versuchen, ihren Alltag an die veränderten Routinen, Rituale und Rollen anzupassen. Neben der eigentlichen Pflege und Betreuung des dementen Familienmitglieds übernehmen die Angehörigen somit die Aufgabe, den Alltag aus Beruf, Familie, Freunden sowie sonstigen Verpflichtungen (neu) zu gestalten, d.h. einer „Renormalisierung“ des Alltagsablaufs. Diese Doppelbelastung birgt jedoch die Gefahr, dass die Angehörigen ihren eigenen Alltag aus dem Blick verlieren und vergessen, sich um das eigene Wohlbefinden zu kümmern. Um sie genau hierbei zu unterstützen, widmet sich die vorliegende Arbeit der theoretisch-konzeptionellen Entwicklung eines Angebots zur Gesundheitsförderung bei der Zielgruppe der Angehörigen von Menschen mit Demenz. Es handelt sich um einen Podcast, der sich besonders auf die psychische Gesundheit konzentriert und diese durch den Ansatz der Resilienzförderung stärken möchte. Die leitende Fragestellung, der in diesem Zusammenhang nachgegangen wird, ist folgende: *Wie muss ein Podcast zur Resilienzförderung gestaltet sein, um die psychische Gesundheit von Angehörigen dementiell veränderter Menschen zu verbessern?*

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in 11 Kapitel. Im ersten Kapitel wird zunächst die Problemstellung, die Forschungsfrage und der Aufbau der Arbeit beschrieben. Nach einer Einordnung des Demenzsyndroms in Kapitel 2 stellt Kapitel 3 die Lebenssituation

der Angehörigen dementiell veränderter Menschen dar. Anschließend geht Kapitel 4 auf Stress als Einflussfaktor auf den Gesundheitszustand ein, bevor im fünften Kapitel das Verständnis von Gesundheit näher erläutert wird. In Kapitel 6 erfolgt eine Definition des Resilienzbegriffs, wobei an dieser Stelle ein kurzer Blick auf die Resilienzforschung geworfen und ein Überblick über das Risiko- und Schutzfaktorenmodell gegeben wird. Im Anschluss befasst sich Kapitel 7 mit den Resilienzfaktoren und erklärt diese im Einzelnen. In Kapitel 8 wird dann die Angebotsform Podcast thematisiert, bevor im neunten Kapitel das methodische Vorgehen der Arbeit beschrieben wird. Kapitel 10 stellt den konzeptionellen Teil dar, der die Zielsetzungen sowie den Inhalt des Podcasts umfasst. Als letztes Kapitel zieht Kapitel 11 ein Fazit über den Podcast als digitales Angebot zur Resilienz- sowie Gesundheitsförderung.

2. Demenz

2.1 Begriffsdefinition

Der Begriff Demenz, der sich vom lateinischen Wort „dementia“ (dt. „ohne Verstand“) ableitet (Falk 2015, S. 56), bezeichnet einen „[…] schwerwiegende[n] Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit aufgrund einer ausgeprägten und lang anhaltenden Funktionsstörung des Gehirns" (Förstl 2011, S. 4). Da es sich dabei allerdings nicht um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt, sondern um einen Oberbegriff, welcher mehrere Krankheitsbilder mit teils verschiedener Ursache und unterschiedlichem Verlauf umfasst, spricht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auch von dem sogenannten „Demenzsyndrom“ (Werner 2017, S. 18).

2.2 Einordnung nach ICD-10

Dieses ist im „Internationalen statistischen Klassifikationssystem der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (engl. ICD-10) näher definiert. Dort umschreibt der Terminus Demenz „[…] ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung (ebd.). Zusätzlich zu dem Nachweis einer vorliegenden Gedächtnisstörung sowie dem Verlust mindestens einer weiteren, zuvor vorhandenen kognitiven Fähigkeit gibt die ICD-10 für die zuverlässige klinische Diagnose weitere Diagnosekriterien vor (Förstl 2011, S. 5), welche nachfolgend aufgelistet werden:

- Störungen von Erleben und Verhalten (z.B. emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie, Vergröberung des Verhaltens)
- Ausschluss von Bewusstseinsstörungen
- Bestehen der Symptome seit mindestens 6 Monaten

2.3 Formen von Demenz

Der Oberbegriff „Demenz“ umfasst, wie bereits angesprochen, eine Vielzahl unterschiedlichster erworbener Erkrankungen. Unter diesen ist die mit rund 60 % aller dementieller Erkrankungen am häufigsten vorkommende und in der breiten Bevölkerung wohl bekannteste die „Demenz vom Alzheimer-Typ“, gefolgt von der Gruppe der vaskulären, d.h. durch zerebrale also hirninterne Durchblutungsstörungen ausgelösten Demenzen mit etwa 15-20 % (Heidler 2015, S. 21).

2.4 Symptomatik

Bevor näher auf die Symptomatik dementieller Erkrankungen eingegangen wird, muss angemerkt werden, dass sich die einzelnen Symptome je nach Subtyp sehr stark unterscheiden können. Aufgrund dessen, dass die eigentlichen Demenzsymptome je nach zugrunde liegender Ursache sowohl zu unterschiedlichen Zeitpunkten als auch in unterschiedlichen Schweregraden auftreten, ist eine für alle Subformen der Demenz einheitliche Darstellung nicht möglich, da es hierfür der exakten Diagnose einer spezifischen Demenzerkrankung bedarf. Es geht an dieser Stelle allerdings weniger um eine präzise Diagnostizierung als vielmehr um ein besseres Verständnis über Veränderungen in der Psyche und dem (Sozial-)Verhalten dementiell veränderter Menschen, welche durch die Erkrankung auftreten können. Deshalb werden an dieser Stelle die grundlegenden Symptome der Demenzen allgemein beschrieben, da diese sich ohnehin bis zu einem gewissen Grad in ihren Grundzügen ähnlich sind (Falk 2015, S. 73).

Unterschieden werden kognitive, psychische und physische Symptome (Kastner und Löbach 2007, S. 10–24) (siehe Anh. 1). Mit kognitiven Symptomen als dem ersten Bereich sind Störungen von Funktionen eines Menschen gemeint, die mit Wahrnehmung, Gedächtnis und Denkvermögen in Zusammenhang stehen, wie Einschränkungen des Urteilsvermögens und der Problemlösefähigkeit, Orientierungsstörungen oder Sprach- und Benennungsstörungen (ebd.). Bei den psychischen Symptomen können beispielsweise Antriebsstörungen und Motivationsverlust, Depressivität oder wahnhafte Erlebnisdeutung und Halluzinationen angeführt werden (ebd.). Der Bereich der physischen Anzeichen bezieht sich auf körperliche Veränderungen bzw. Einschränkungen, etwa ein

gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus/Schlafstörungen, Mobilitätseinschränkungen oder Harninkontinenz (ebd.).

3. Pflegende Angehörige

3.1 Definition

Die hier verwendete Definition der Begrifflichkeit „Pflegender Angehöriger“ findet sich im elften Buch des Sozialgesetzbuches wieder, welches Regelungen zur sozialen Pflegeversicherung enthält. Danach werden unter „Pflegepersonen“, wie sie im rechtlichen Sinn bezeichnet werden, Personen verstanden, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrads 2–5 nicht erwerbsmäßig in deren häuslicher Umgebung pflegen, unter der Voraussetzung, dass sie dies für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig zwei Tage in der Woche tun (§ 19 SGB XI.).

In Anlehnung hieran wird der Ausdruck „Angehörige dementiell veränderter Menschen“ im weiteren Verlauf des Textes folgendermaßen verwendet: Es sind damit all diejenigen Personen gemeint, die einen persönlichen und nicht professionellen Bezug zu einer Person mit einer dementiellen Erkrankung haben und diese auf unterschiedlichste Weise unterstützen, unabhängig davon, mit welchem zeitlichen Aufwand diese pflegerischen und/oder betreuenden Tätigkeiten verbunden sind (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 3). Die Pflegeperson kann entweder die eine, d.h. alleinige Hauptpflegeperson sein, die die Versorgung oder Organisation der Versorgung des Hilfs- und Pflegebedürftigen maßgeblich trägt, oder eine von mehreren pflegenden Personen, die in oder außerhalb der Wohnung des Gepflegten leben (ebd.).

3.2 Aktuelle Zahlen

Nach Studien der „Alzheimer´s Disease International“ (ADI), einer Dachorganisation von über 100 Alzheimer-Verbänden weltweit, lag die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen im Jahr 2018 auf die Bundesrepublik Deutschland bezogen bei etwa 1,53 Millionen (Radtke 2022). Bis 2060 sollen es Schätzungen zufolge bei 330 000 Neuerkrankungen pro Jahr circa 2,31 Millionen sein (ebd.).

„Im frühen Stadium einer Demenz leben ca. 80 % [aller Menschen mit einer diagnostizierten dementiellen Erkrankung innerhalb Deutschlands] zu Hause. Mit fortschreitendem Verlauf wird jedoch für viele eine stationäre Unterbringung notwendig, sodass die Mehrzahl der Betroffenen am Lebensende in einem Heim untergebracht ist“ (Wenz 2012, S. 20). Bezogen auf die Gesamtzahl der Demenzbetroffenen sind Schätzungen zufolge

in Deutschland etwa 40 % in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht (ebd.). Geht man im Umkehrschluss davon aus, dass somit ca. 60 % zu Hause leben und setzt zugleich eine Gesamtzahl von 1,53 Millionen Demenzerkrankten, wie sie zuvor vorgestellt wurde, voraus, werden demnach zurzeit ca. 918 000 Menschen mit einer Demenzerkrankung in Deutschland zu Hause versorgt. Für die Angehörigen, welche diese Aufgabe übernehmen, ergibt sich dementsprechend eine mindestens genauso hohe Zahl.

3.3 Soziodemografische Merkmale

Eine bundesweite Studie, die im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen eines Forschungsprojekts durchgeführt wurde, ist die Studie MUG III „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“ (Engels et al. 2005, S. 9). Im Zuge dieser wurden anhand der Befragung von mehr als 25 000 streng zufällig ausgewählter Haushalte Ergebnisse gesammelt, welche in einem Abschlussbericht zusammengefasst wurden (ebd.). Dieser liefert ein umfassendes Bild über die Lebenssituation von Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten. Die Studie beschäftigt sich jedoch nicht nur mit den zu Pflegenden selbst, sondern geht daneben ausführlich auf die dazugehörigen Angehörigen, deren Lebenssituation sowie Gesundheitszustand ein.

Hinsichtlich der Beziehung zwischen der dementiell veränderten Person und den pflegenden Angehörigen ergibt sich basierend auf den Untersuchungsergebnissen ein sehr eindeutiges Bild. Die Personen, welche die Betreuung und Pflege übernehmen, stammen fast ausnahmslos aus der Familie des Demenzerkrankten, wobei die eigenen Kinder und Ehepartner mit einem prozentualen Anteil von jeweils ca. 39 % die größte Gruppe ausmachen (ebd., S.121). Die Pflegenden sind zu etwa ¾ mehrheitlich weiblich und überwiegend (82 %) selbst schon verheiratet oder leben in einer festen Partnerschaft (ebd., S. 121-122). Das Durchschnittsalter der Pflegepersonen liegt bei etwa 61 Jahren (ebd., S. 121), ¼ der Pflegenden zählt mit einem Alter von über 75 Jahren selbst schon zur betagten Bevölkerungsgruppe (Wächtler 1997, S. 69). Von allen pflegenden Angehörigen leben knapp 74 % im gleichen Haushalt mit der dementiell veränderten Person, bei den Übrigen befindet sich der Wohnort vermehrt im gleichen Haus oder in einer Entfernung von weniger als 10 Minuten (Engels et al. 2005, S. 120). Mit zunehmendem Schweregrad der Demenzerkrankung steigt dabei die Nähe zum Wohnort und die Verfügbarkeit der Pflegepersonen an. Der durchschnittliche Zeitaufwand für die Betreuung und Pflege liegt bei 35 Stunden in der Woche, d.h. umgerechnet bei 5 Stunden am Tag, wobei dieser ebenfalls mit zunehmender Schwere der dementiellen

Veränderungen zunimmt (ebd., S. 122). Der höhere Hilfs- und Pflegeaufwand wirkt sich auch auf die Erwerbstätigkeit der Pflegepersonen aus. Während mit Blick auf den Zeitpunkt vor der Demenzdiagnose 40,8 % der Pflegenden einer Erwerbstätigkeit nachgehen, sind es im Stadium der mittelschweren und schweren Demenzen weniger als 22 % (ebd.). Der angesprochene ansteigende zeitliche Aufwand schlägt sich auch, wenngleich nicht so stark, in einer tendenziell stärkeren Inanspruchnahme zusätzlicher Unterstützungsangebote nieder. Es nehmen 43,5 % der Haushalte mit einem dementen Familienmitglied professionelle Dienste und/oder privat beschäftigte Helfer zur Entlastung in Anspruch im Vergleich zu 36,5 % derer ohne Demenzbetroffenen (ebd.). Zwar ist hier ein Anstieg zu erkennen, nichtdestotrotz greift folglich mehr als die Hälfte aller Pflegenden nicht auf vorhandene Leistungen zur Unterstützung zurück.

3.4 Situation

Wie bereits im Kapitel 2.4 Symptomatik dargelegt löst eine dementielle Erkrankung bei den Betroffenen eine Reihe spezifischer Symptome aus, welche wiederum zu teils erheblichen Veränderungen in der Psyche und dem (Sozial-) Verhalten der dementiell veränderten Person führt. Diese Veränderungen stellen vor allem in fortgeschrittenen Demenzstadien den Auslöser für vielfältige Probleme dar und münden häufig sowohl für den Erkrankten als auch für dessen Angehörige in äußerst schwierigen Alltagssituationen, was das gesamte soziale Umfeld vor Herausforderungen stellt (Stechl et al. 2013, S. 125).

3.4.1 Herausforderndes Verhalten

Typische herausfordernde Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz sind vermehrte Unruhe und Hinlauftendenz (ebd., S. 127-129), verbal und körperlich aggressive Handlungen (ebd., S 130-132), wirklichkeitsfremde Überzeugungen und Sinnestäuschungen (ebd., S. 132-133), Enthemmungen (ebd., S. 133-134), beispielsweise im Sinne einer mangelnden Impulskontrolle, eines herabgesetzten Schamgefühls, eines veränderten Sexualverhaltens oder delinquenten Verhaltens, daneben Desorientierung (ebd., S. 134-135), Schlafstörungen (ebd., S. 135-137), Apathie in Form von Antriebslosigkeit und Rückzug (ebd., S. 137-139), Schwierigkeiten bei der Körperpflege und beim Kleiden (ebd.), Inkontinenz (ebd., S. 139-140), d.h. Probleme bei der Blasen- und Darmentleerung sowie Ernährungs- und Gewichtsprobleme (ebd., S. 140-141). Diese Verhaltensänderungen, an die sich nicht nur die Pflegenden, sondern in gleicher Weise deren soziales Umfeld wie Partner, Familie und Freunde gewöhnen und damit umgehen lernen müssen, stehen meist in Verbindung mit einer mit fortschreitendem Krankheitsverlauf

zunehmenden Unselbstständigkeit des Erkrankten. Der aus dieser resultierende erhöhte Hilfebedarf bedeutet für Angehörige, dass sich nicht selten neue und zudem vollkommen unbekannte Aufgabenbereiche auftun (ebd., S. 110).

3.4.1 Aufgabenbereiche

Zu diesen Aufgaben gehören neben der Unterstützung im ökonomischen Bereich (z.B. Behördengänge, Finanzen) und im Haushaltsbereich (z.B. Einkaufsgänge, Kochen und Putzen) genauso die Unterstützung bei medizinischen Maßnahmen (z.B. Begleitung zu Arztterminen, Überwachung der Medikamenteneinnahme) und bei der Körperpflege sowie der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (ebd.). Dazu kommt die je nach Schweregrad der Demenzerkrankung mehr oder weniger dauerhafte Beaufsichtigung und emotionale Unterstützung, die aus diesem Grund auch als „Rund-um-die-Uhr"-Pflege bezeichnet wird (ebd.). Anzumerken ist, dass die eben genannten Aufgaben, die mit der Betreuung von Menschen mit Demenz einhergehen, mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung komplexer und zeitintensiver werden (ebd.).

Wie die vorliegende Arbeit bis hierhin deutlich macht, ist die Demenzerkrankung einer nahestehenden Person, insbesondere dann, wenn es sich um ein Familienmitglied handelt, mit erheblichen Veränderungen im täglichen Leben der Angehörigen verbunden.

3.5 Pflegebedingte Auswirkungen

Die beschriebenen Herausforderungen, vor die Angehörige durch Pflege und Betreuung eines dementen Familienmitglieds gestellt sind, ziehen sowohl positiven Effekte als auch negative Auswirkungen nach sich.

3.5.1 Positive Aspekte

Laut Wilz und Pfeiffer berichten etwa 79–90 % und damit die Mehrheit der Angehörigen über positive Erfahrungen in der Pflege (2019, S. 17). Diese positiven Konsequenzen, die mit einem verbesserten Wohlbefinden einhergehen, werden als „uplifts of caregiving" bezeichnet (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 17). Zum einen wird das Gefühl der Selbstwirksamkeit gefördert, da die Pflegenden erkennen, dass sie dem dementen Menschen durch ihr eigenes Zutun ein Altern in seiner gewohnten Umgebung ermöglichen können (ebd., S. 17-18). Die Versorgung wird somit nicht nur aus reinem Pflichtgefühl übernommen, sondern mit der Intention, einem nahestehenden Menschen das Altern so angenehm wie möglich zu gestalten. Mit dieser Ansicht führt die Pflegetätigkeit damit zudem zum Erleben einer neuen Sinnhaftigkeit (ebd.). Die neue Bedeutung im Leben liegt daneben darin begründet, dass „[d]urch die Pflegerolle […] eine Gelegenheit [entsteht],

neue Fähigkeiten und Stärken zu erwerben, die eigene Persönlichkeit weiterzuentwickeln sowie sich gebraucht zu fühlen“ (ebd.). So haben insbesondere männliche Pflegepersonen den Eindruck, „dass ‚die Pflege sie zu einem besseren Menschen gemacht habe‘, sie durch die Pflege persönlich gewachsen seien oder sich ihr Horizont durch die Pflege erweitert habe“ (ebd., S.18). Durch die Möglichkeit, unbekannte Dinge auszuprobieren und zu erlernen, und die neue Verantwortung schreiben Betroffene demnach nicht nur ihrem Leben eine neue Bedeutung zu, sondern nehmen gleichzeitig sich selbst als bedeutsamer wahr, was mit einer höheren Wertschätzung der eigenen Person einhergeht (ebd.). Die Wertschätzung hängt hierbei auch davon ab, ob und in welchem Maß die Pflegenden soziale Anerkennung für die erbrachte Pflegeleistung erfahren (ebd.). Zuletzt geben etwa zwei Drittel der Pflegenden außerdem an, dass sich nicht nur die Beziehung zu sich selbst, sondern zudem die Beziehung zum Pflegeempfänger aufgrund der Liebe und Zuneigung, durch die das Pflegeverhältnis zwischen ihnen und der dementiell veränderten Person geprägt ist, verbessert hat (ebd.).

Zu diesen positiven Auswirkungen sowohl für Pflegende als auch für Gepflegte existiert jedoch eine Kehrseite, die nicht unbeachtet bleiben darf (Stechl et al. 2013, S. 110).

3.5.2 Negative Emotionen

Die weiter oben beschriebenen Herausforderungen, die sich durch die neuen Aufgaben und das veränderte, teils herausfordernde Verhalten des Demenzerkrankten ergeben, können zusammen mit dem häufig unvorbereiteten Beginn der Pflegeübernahme genauso zahlreiche belastenden Emotionen auslösen (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 7).

Zum einen können „[h]erausfordernde Pflege- und Betreuungssituationen […] bei Angehörigen zu belastenden und nicht intendierten Impulsen und Emotionen wie Wut, Frustration, Ärger und aggressiven Handlungen führen (ebd., S. 8). Hieraus kann sich nach Wilz „[i]n [der] Folge […] ein problematischer Teufelskreis aus Selbstvorwürfen, verstärktem Belastungserleben, Erschöpfung sowie Depressivität und Ängsten in Bezug auf die bestehende Impulsivität in der Pflegesituation entwickeln“ (ebd., S. 8). Ein weiteres, vielen Angehörigen nach quälendes Gefühl, ist das Schuldgefühl (Buijssen und Draaisma 2016, S. 233). Ausgelöst wird dieses einerseits durch ein überhöhtes, langfristig nicht erfüllbares Pflegeideal, welches bei den Pflegenden zu einem „schlechten Gewissen“ und Selbstvorwürfen, nicht genug zu tun, führt (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 9). Große Schwierigkeiten bereitet hier das Annehmen von Hilfe und das Nachgehen der eigenen Bedürfnisse, vor allem dann, wenn die eigene Pflegeleistung als unzureichend eingestuft wird (ebd.). Andererseits wird vielen bei Bekanntwerden der Diagnose klar, dass sie dem

Demenzkrankten über lange Zeit Missgeschicke und Fehler vorgeworfen haben, obwohl diese krankheitsbedingt und nicht seine Schuld waren (Buijssen und Draaisma 2016, S. 233). Des Weiteren kommen nach den zumeist anfänglich präsenten Empfindungen wie Unglauben und Verleugnung Emotionen der Hilflosigkeit, Angst und Verzweiflung bei den Betroffenen auf (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 9–10). So geben nach einer Studie von Cooper, Balamurali und Livingston etwa ein Viertel der Angehörigen klinisch relevante Angstsymptome an (ebd.). Diese stehen vorrangig mit der Sorge über den gesundheitlichen Zustand des dementen Familienmitglieds, eigenen Emotionen und Zukunftssorgen wie der Angst, keine ausreichend gute Pflege erbringen zu können oder zu einem späteren Zeitpunkt institutionelle Pflege in Anspruch nehmen zu müssen, in Zusammenhang (ebd.). Daneben verspüren Pflegende Ekelgefühle, in erster Linie bei Aktivitäten der Essensaufnahme und/oder der Körperpflege (ebd., S. 10), was daran liegt, dass nicht jeder Mensch ohne Weiteres mit der Erfüllung solcher Aufgaben bei einer nahestehenden Person wie einem Elternteil oder (Ehe-) Partner umgehen kann (Stechl et al. 2013, S. 111). Zuletzt spielen auch Emotionen wie Kummer, Verlusterleben und Trauer bei betroffenen Angehörigen eine bedeutende Rolle (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 10–11). Nach Buijssen et al. ist „Kummer […] [dabei] psychischer Schmerz und Trauer um etwas Verlorengegangenes, ein Sichzurücksehnen nach jener Periode, in der es den Verlust noch nicht gab (2016, S. 231.232). Im Vordergrund steht der Verlust der partnerschaftlichen bzw. elterlichen reziproken, d.h. wechselseitigen Beziehung zu dem dementen Familienmitglied sowie der Verlust des bis dato möglichen Austauschs und gemeinsam unternommener Aktivitäten (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 10). Angehörige sind mit der Abnahme der Selbstständigkeit, Leistungsfähigkeit und Vitalität eines zuvor gesunden, eigenständigen Menschen konfrontiert und es wird ihnen der Umgang mit einer zuvor nicht dagewesenen Hilfsbedürftigkeit eines Familienmitglieds abverlangt (ebd.). Der angesprochene Verlust bezieht sich jedoch nicht ausschließlich auf Veränderungen in der Beziehung zum Demenzerkrankten, sondern genauso auf Einbußen, welche die Angehörigen hinsichtlich ihrer freien und (mehr oder weniger) zeitlich flexiblen Alltagsgestaltung hinnehmen müssen (ebd.). s

Die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds hat demnach für betroffene Angehörige und deren Lebenssituation weitreichende Folgen. Sie stehen, wie im letzten Abschnitt angeklungen, vor der Herausforderung, zum einen das demente Familienmitglied in würdevoller und von Respekt geprägter Weise zu versorgen und zum anderen das eigene Leben möglichst erfolgreich in gewohnter Form weiterzuführen und dabei sich selbst und

das eigene Wohlbefinden nicht völlig zu vergessen. Bei diesem anspruchsvollen Balanceakt besteht jedoch die Gefahr, sich als Pflegender zu übernehmen.

3.5.3 Belastungen

In einer Umfrage des „Kuratoriums Deutsche Altershilfe“, die die Belastungen der Angehörigen durch längere häusliche Pflege erfasst, berichten Befragte über Auswirkungen in verschiedenen Lebensbereichen (Wächtler 1997, S. 70). Es ergeben sich Belastungen emotionaler, physischer, sozialer, finanzieller und psychischer Art (Wenz 2012, S. 21).

Da es sich bei Pflegepersonen in etwa 80 % entweder um die eigenen Kinder oder den (Ehe-) Partner des Erkrankten handelt, verändert sich das Gleichgewicht in der Partnerschaft bzw. der Familienkonstellation durch die Demenzerkrankung wesentlich (ebd.). Durch die bereits an früherer Stelle angesprochenen Persönlichkeitsveränderungen und problematischen Verhaltensweisen kommt es beispielsweise vermehrt zu Krisen und Spannungen in der Ehe (Stechl et al. 2013, S. 111). Des Weiteren ergeben sich Veränderungen in der Kommunikation, was sowohl an der verminderten Fähigkeit der dementiell veränderten Person liegt, sich sprachlich angemessen ausdrücken zu können, als auch an deren nachlassendem Sprachverständnis (Wenz 2012, S. 21). Durch die so nicht mehr mögliche oder zumindest deutlich erschwerte Kommunikation kommt bei Angehörigen häufig ein Gefühl der Entfremdung und der emotionalen Distanz gegenüber dem dementen Familienmitglied auf (Stechl et al. 2013, S. 111). Aufgrund der spezifischen Krankheitssymptome und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen muss der gesunde Angehörige außerdem immer mehr Alltagsaufgaben, die zuvor der Betroffene selbst ausführen konnte, übernehmen, was zu einem Rollenwechsel und einem Abhängigkeitsverhältnis zwischen dem dementen Menschen und der Pflegeperson führt (Wenz 2012, S. 21). Neben dieser emotionalen Belastung hat die häufig zusätzlich zu den geistigen Einschränkungen eintretende Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen eine physische Überforderung der Pflegenden zur Folge (ebd.). Durch den krankheitsbedingt insgesamt sehr hohen Pflege- und Betreuungsaufwand, der dafür sorgt, dass Angehörige zeitlich sehr stark beansprucht werden, nimmt ferner das Spektrum verwirklichter Interessen und die Pflege inner- sowie außerfamiliärer Kontakte ab. Pflegende hätten eigenen Aussagen zufolge „[…] wenig Zeit, [s]ich um mich selbst zu kümmern“ (Stoppe 2007, S. 137) und den Eindruck, „[n]iemand [käme] mehr bei [ihnen] vorbei“ (ebd.). Neben dem Nichtbeachten der eigenen Bedürfnisse besteht also die Gefahr, dass sich das soziale Umfeld zunehmend zurückzieht und manchen der betroffenen Familien somit die soziale

Isolation droht (Wenz 2012, S. 21). Abgesehen von dieser sozialen Belastung, ist die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds in vielen Fällen Ursache finanzieller Schwierigkeiten. Diese entstehen durch Einnahmeausfälle, beispielsweise hervorgerufen durch die Aufgabe des Berufs oder die Reduzierung der Arbeitszeit, und die Tatsache, dass gesundheitsökonomischen Berechnungen zufolge Familien derzeit knapp 70 % der entstehenden Krankheitskosten eines Demenzpatienten tragen (Stoppe 2007, S. 136). Über die Bewältigung des Pflegealltags hinaus kann die Konfrontation mit der Endlichkeit der eigenen Gesundheit und die hierdurch entstehende Abhängigkeit von anderen durch Angehörige als bedrohlich erlebt werden (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 7). Eine besonders belastende Erfahrung stellt sowohl das Miterleben des geistigen sowie oft körperlichen Abbaus eines nahestehenden Menschen als auch die hierbei erlebte Unveränderbarkeit der Situation dar.

Die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds bzw. die damit einhergehenden Veränderungen wirken sich also nicht nur auf einen, sondern auf nahezu alle Lebensbereiche der Angehörigen aus. „Das Konstrukt ‚Belastung' ist danach ein komplexes Reaktionsmuster Angehöriger auf die gleichermaßen komplexe Anforderungssituation der Betreuung und Pflege eines Menschen mit Demenz" (Wenz 2012, S. 21). Dies spiegelt sich auch in der Interpretation des Begriffs durch Kasuya et al. wider. Er definiert den Ausdruck „caregiver burden" (dt. = Belastung der Betreuenden/Pflegenden), wie er sich in der vorwiegend englischsprachigen Literatur findet, als „multidimensional response to physical, psychological, emotional, social and financial stressors associated with the caregiving experience" (Kasuya et al. 2000 zit. n. ebd.).

3.5.4 Stresserleben

Wie aus den vorangegangenen Ausführungen deutlich wurde, stellt die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds für dessen Angehörigen eine außerordentliche Belastung dar. Erstaunlich ist, dass einerseits ein und dieselbe Person auf bestimmte Situationen, beispielsweise zu unterschiedlichen Zeitpunkten, völlig unterschiedlich reagieren kann und entweder belastet, unverändert oder gar gestärkt aus diesen hervorgeht. Andererseits kann das Verhalten zwischen einzelnen Personen sehr stark variieren, sodass äußerlich betrachtet scheinbar gleiche Gegebenheiten je nach Person mehr oder weniger große Herausforderungen darstellen und demnach absolut unterschiedliche Reaktionen nach sich ziehen.

Unter welchen Umständen Belastungen zu einem individuellen Stresserleben bei Betroffenen führen, wird im nächsten Kapitel erläutert.

4. Stress als Einflussfaktor auf Gesundheit

Ein Gesichtspunkt, der laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „[a]ls einer der bedeutsamsten und vielfach belegten Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit gilt“ (Faltermaier 2022), ist Stress.

4.1 Definition von Stress

Mit dem Begriff Stress ist umgangssprachlich „[…] in der Regel sowohl de[r] Stressor als Auslöser als auch die Stressreaktion im Sinne der physiologischen und psychologischen Antwort auf den Stressor“ (Heinrichs et al. 2015, S. 4) gemeint. Aus wissenschaftlicher Sicht wird unter Stress „[…] ein kurzfristiges Ungleichgewicht zwischen wahrgenommenen belastenden Anforderungen und verfügbaren Regulationsressourcen […]“ (ebd., S. 5) verstanden. Die Antwort der betroffenen Person auf dieses Ungleichgewicht wird als Stressreaktion bezeichnet, wobei hier unterschiedliche Formen unterschieden werden (Eppel 2007, S. 19).

4.2 Anzeichen von Stress

Entsprechend dem Bereich, auf den sich die Stressreaktion auswirkt, werden meist drei Ebenen von Stressreaktionen differenziert (ebd.):

Die *körperliche Ebene* beinhaltet Veränderungen physiologischer Abläufe eines Menschen (ebd.), beispielsweise übermäßiges Schwitzen, Kopfschmerzen, Bauch-/Magenschmerzen sowie Übelkeit/Erbrechen oder Müdigkeit (Esch et al. 2016, S. 14–15). Auf der *kognitiv-emotionalen Ebene* werden intrapsychische Vorgänge, d.h. Gedanken und Gefühle einer Person umfasst (Eppel 2007, S. 19). Kognitive Symptome sind unter anderem Konzentrationsschwäche sowie Gedächtnisprobleme, der Verlust von Kreativität oder Entscheidungsschwierigkeiten (Esch et al. 2016, S. 14–15). Seitens der emotionalen Anzeichen lassen sich zum Beispiel Aggressionen, Reizbarkeit und innere Unruhe aufzählen (ebd.). Die *behaviorale Ebene* bezieht sich auf in einer belastenden Situation beobachtbare Verhaltensweisen, wobei hier in allgemeines und soziales Verhalten unterteilt wird (ebd.). Allgemeine Verhaltensweisen, welche unter Stress von Außenstehenden bemerkt werden, sind ein Vermeidungsverhalten, ein ungesundes Ess-/Trink- und Rauchverhalten, Anstrengung usw. (ebd.). Zu den sozialen Verhaltensweisen zählen neben dem Bedürfnis nach Nähe und dem „nicht alleine sein können“ beispielsweise sozialer Rückzug, schwelende Konflikte oder eine Abnahme der Beziehungsqualität (ebd.).

4.3 Chronischer Stress

Eigenen sich die beschriebenen Stressreaktionen nicht zur Bewältigung des jeweiligen Stressors und das Ungleichgewicht aus Anforderungen und Ressourcen, als das Stress weiter oben definiert wurde, bleibt bestehen, tritt laut Heinrichs et al in der Folge chronischer Stress auf (2015, S. 5).

Dieser zeigt sich nach Stechl et al. in einer Art Lebensüberdruss, d.h. mit dem Leben im Allgemeinen überfordert zu sein, da die Pflege des demenzkranken Angehörigen als nicht bewältigbar bewertet wird, gepaart mit dem Gefühl der Hoffnungs- und Energielosigkeit (2013, S. 113). Dazu kommen die Angst und große Sorgen vor der Zukunft, bedingt durch die fehlenden Zukunftsperspektiven bezüglich der Demenzerkrankung, außerdem Ärger und Reizbarkeit, welche ohne ersichtlichen Grund auftreten, sowie Schlafstörungen und das Gefühl der chronischen Erschöpfung (ebd.).

Von diesen Symptomen berichten nach Wächtler mit Blick auf die Zielgruppe dieser Arbeit, bis zur Hälfte (30-50 %) aller betroffenen Angehörigen (1997, S. 70), ein knappes Viertel fühlt sich laut der TK-Pflegestudie in dem Maß belastet, als dass sie selbst ärztliche Hilfe benötigten (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 11). Zwar stellen Stress und die zuvor beschriebene stressassoziierte Symptomatik dem international gültigen Klassifikationssystem ICD-10 zufolge keine eigenen Störungsdiagnosen und damit keine eigenständige Krankheit dar (Heinrichs et al. 2015, S. 6), nichtdestotrotz wird der sogenannte „Dauerstress“ nicht ohne Grund als Volkskrankheit betitelt (Bernhard und Wermuth 2011, S. 58). Abgesehen davon, dass die Kombination aus chronischem Stress und Überforderung einen häufigen Auslöser für Gewalthandlungen von Pflegepersonen gegenüber hilfsbedürftigen Demenzerkrankten darstellt (Stechl et al. 2013, S. 114), liegt in chronischem Stress die Ursache diverser Beschwerden.

4.4 Stressbedingte Störungen

Bei der Betrachtung stressbedingter Krankheitsbilder bleibt anzumerken, dass eine eindeutige Kausalität zwischen erhöhten Stresserleben und den Beschwerden nicht abschließend feststellbar ist (Heinrichs et al. 2015, S. 9). Die Formulierung „stressbedingte Störungen“ wird hier dennoch gebraucht, da sich der Zusammenhang zwischen Stress und dem Auftreten bestimmter Störungen nicht leugnen lässt. Unter „stressbedingten“/„stressassoziierten“ Krankheiten sind im Folgenden solche gemeint, deren Entstehung mit Stress in Verbindung steht, ohne dass dieser hierfür allein ursächlich gewesen sein muss.

Bei den stressbedingten Krankheiten wird grundsätzlich zwischen physischen und psychischen Krankheitsbildern unterschieden (Bernhard und Wermuth 2011, S. 59). Zu den physischen Beschwerden zählen unter anderem die rein körperlichen Beschwerden wie Herz-/Kreislaufprobleme, Schwierigkeiten mit der Verdauung sowie Gewichtsprobleme und eine erhöhte Infektionsanfälligkeit (ebd.). Des Weiteren zählen die somatoformen Störungen dazu, also solche, die sich zwar durch körperliche Symptome äußern, sich aber nicht durch eine bekannte körperliche Ursache oder spezifische psychische Auslöser erklären lassen (Heinrichs et al. 2015, S. 16). Chronischer Stress kann somit neben körperlichen auch psychische Beschwerden zur Folge haben. Als psychische Beschwerden werden „Störungen der psychischen Gesundheit einer Person [angesehen], die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind“ (World Health Organization 2019, S. 1). Zu den stressbedingten psychischen Störungen zählen in erster Linie Depressionen, Angst- und andere Verhaltensstörungen wie Anpassungsstörungen, affektive Störungen und generalisierte Angststörungen sowie Suchtprobleme (Bernhard und Wermuth 2011, S. 60–61).

Wie Zahlen der unter chronischem Stress leidenden pflegenden Angehörigen zeigen, berichtet maximal die Hälfte unter diesen von chronischem Stress. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass ein beachtlicher Teil der Angehörigen nicht an einer der eben aufgezählten Störungen erkrankt, sondern sich seine Gesundheit erhält. Hurrelmann zufolge schaffe ein Mensch dies dann, „[…] wenn [diesem die] Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) wie auch der äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt (Hurrelmann 2003 zit. n. Zander 2011, S. 257).

4.5 Stressbewältigung

Ob Stress bei einem Menschen zum Ausbruch von Krankheiten, insbesondere von psychischen Erkrankungen führt, hängt maßgeblich von dessen Fähigkeit zur Stressbewältigung ab (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 18–19). Für den Begriff Stressbewältigung werden synonym auch die Begriffe „Coping“, „Coping Mechanism“ oder „Coping Skills“ verwendet, welche sich von dem englischen Ausdruck „to cope with“ (dt. handeln, kämpfen mit, etwas bewältigen) ableiten (Feuerhelm 2007, S. 107–108). Stressbewältigung bzw. Coping meint „[…] eine sich konstant ändernde kognitive und verhaltensbezogene Anstrengung, externale oder innerpsychische Herausforderungen, welche vom Individuum als die eigenen Ressourcen herausfordernd oder übersteigend bewertet werden, zu meistern“ (Heinrichs et al. 2015, S. 5). Es beschreibt den Umgang eines Menschen mit

stressverursachenden Situationen, der solchen Situationen beigemessenen Bedeutung und den eigenen Stresssymptomen (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 18–19). Um den Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zur Stressbewältigung einer Person und deren körperlichen sowie psychischen Gesundheit zu erklären, gibt es eine Vielzahl theoretischer Modelle. Auf die Gruppe der Angehörigen dementiell veränderter Menschen bezogen ist das bekannteste unter ihnen das Stressprozessmodell nach Pearlin (ebd., S. 18).

Stressprozessmodell nach Pearlin

Das Stressprozessmodell wurde 1990 von Leonard Pearlin, einem amerikanischen Psychologen und Soziologen, und seinen Kollegen entwickelt (Schrön 2005, S. 9). Nach Pearlin ist „caregiver stress“, d.h. Stress, der sich aus der Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz ergibt, „[…] eine Mischung aus Umständen, Erfahrungen, Reaktionen und Ressourcen, die zwischen einzelnen Pflegenden stark variieren und deshalb auch unterschiedliche Auswirkungen auf die Gesundheit und das Verhalten jedes Pflegenden haben“ (Sammler 2003, S. 34). Aus diesem Grund konzipierte er ein multidimensionales Modell, das den dynamischen und vielschichtigen Charakter des Belastungserlebens und der Bewältigung betont und diesem gerecht wird (ebd., S. 35). Das Stressprozessmodell beschreibt den unmittelbaren Zusammenhang von sich aus der Pflegebeziehung direkt und indirekt ergebenden Stressoren auf der einen Seite und der Gesundheit bzw. dem Wohlbefinden der Pflegenden auf der anderen Seite (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 18). Eine Abbildung des Modells befindet sich im Anhang (siehe Anh. 2).

Es setzt sich im Einzelnen aus vier Komponenten zusammen: dem Kontext der Pflegesituation, den primären sowie sekundären Stressoren, den Ressourcen der pflegenden Person sowie den Auswirkungen des Stresserlebens (ebd., S. 19). Die einzelnen Variablen agieren dabei miteinander, wodurch Veränderungen in einer Komponente zu Verschiebungen in einem anderen Bereich führen können (Sammler 2003, S. 35).

Pflegekontext: Der Pflegekontext beschreibt die individuelle Situation eines pflegenden Angehörigen mit dem dazugehörigen dementen Familienmitglied, die durch spezifische Merkmale gekennzeichnet ist (ebd., S. 36). Diese Kontextbedingungen umfassen soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Alter, gesellschaftlichen Status und Gesundheitszustand der Pflegeperson (ebd.). Außerdem die Eingebundenheit in ein soziales Netzwerk sowie das verwandtschaftliche Verhältnis zum Demenzerkrankten und die Qualität dieser Beziehung vor der Demenzdiagnose (ebd.). Zuletzt zählen hierunter auch die bisherigen

persönlichen Pflegeerfahrungen und die Verfügbarkeit pflegebezogener Hilfs- und Versorgungsangebote (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 18–19).

Stressoren: Aufgrund dessen, dass es sich bei der Betreuung und Pflege einer dementiell veränderten Person um eine langwierige und belastende Aufgabe handelt, ist diese nicht als einheitlicher Stressor anzusehen, sondern kann vielfältige, vor allem chronische Stressoren mit sich bringen (Sammler 2003, S. 37). Eine Besonderheit des Ansatzes von Pearlin ist deshalb die explizite Differenzierung zwischen primären und sekundären Stressoren (ebd.). Hierdurch soll die zeitliche Abfolge ausgedrückt werden, d.h. dass besonders schwerwiegende, zuerst auftretende Stressoren (primär) in der Folge weitere Stressoren (sekundär) auslösen können (ebd.). Dieser Prozess wird als Stressproliferation bezeichnet (ebd.).

primäre Stressoren:

Primäre Stressoren sind solche, die unmittelbar aus der Pflegetätigkeit entstehen (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 18–19). Sie werden weiter in objektive und subjektive Stressoren unterteilt (ebd.). Zu den objektiven Stressoren auf der einen Seite gehören direkte Anforderungen der Pflege, die auf die Einschränkungen des Demenzerkrankten zurückzuführen sind wie der Grad der kognitiven Einbußen, die Symptomatik der Erkrankung (z.B. herausfordernde Verhaltensweisen) und der daraus resultierende Pflegeaufwand (z.B. Unterstützung durch eingeschränkte Alltagsaktivitäten) (Sammler 2003, S. 37). Die subjektiven Stressoren auf der anderen Seite beinhalten Emotionen des Pflegenden (z.B. Angst, Trauer, Wut, Schuld, Scham), die Verlustwahrnehmung bezüglich der bisherigen Beziehung zum Gepflegten sowie das Stresserleben (z.B. Überlastung) (Schrön 2005, S. 9–10).

sekundäre Stressoren:

Sekundäre Stressoren sind Konsequenzen, die in indirektem Zusammenhang mit der Pflegetätigkeit selbst stehen und sich aus den mit der Pflege verbundenen Aufgaben für andere Lebensbereiche der pflegenden Angehörigen (z.B. Familie, Arbeit, soziale Kontakte) ergeben (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 18–19). Zu ihnen werden sowohl Rollenbelastungen als auch intrapsychische Prozesse gezählt (Sammler 2003, S. 37–38). Zu einer Rollenbelastung kommt es entweder aufgrund eines Rollenkonflikts oder einer Rollenüberlastung (ebd.).

Ein Rollenkonflikt entsteht, wenn verschiedene Rollen eines pflegenden Angehörigen, der wie jeder andere Mensch auch mehrere, multiple Rollen lebt, miteinander konkurrieren (ebd.). Das ist vor allem deswegen der Fall, weil die Rolle „pflegender Angehöriger“ im Vergleich zu anderen Rollen, beispielsweise Ehefrau, Mutter, Erwerbstätige und Freundin, durch den Pflege-/Betreuungsaufwand sehr viel Raum einnimmt. Aus eben diesem Grund kann es gleichzeitig zu einer Rollenüberlastung kommen, wenn Betroffene den Anforderungen einer oder mehrerer Rollen nicht gerecht werden können (ebd.). Das kann eine Doppelbelastung durch Beruf und Pflege, familiäre Konflikte und Konflikte am Arbeitsplatz sowie im sozialen Umfeld, aber genauso finanzielle Schwierigkeiten zur Folge haben (Schrön 2005, S. 9–10). Mit psychischen Belastungen sind Veränderungen, die ausschließlich den Angehörigen betreffen, gemeint (Sammler 2003, S. 37–38). Es handelt sich dabei um Veränderungen des Selbstkonzepts, insbesondere bezogen auf das Selbstwertgefühl und die Selbsteinschätzung hinsichtlich der Bewältigung der Situation (ebd.). Es kommt bei Angehörigen zudem oft das Gefühl auf, die Pflegeaufgabe unfreiwillig übernommen zu haben und in der Rolle des Pflegenden gefangen zu sein, was als sog. „role captivity“ (dt. Gefangenschaft in einer Rolle) bezeichnet wird (ebd.). Damit einhergehend ist der empfundene Verlust der eigenen Identität (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 18–19). Neben diesen negativen Konsequenzen spricht Pearlin von positiven Veränderungen wie einer erhöhten Selbstwirksamkeit oder einer Kompetenzerweiterung und allgemeinen Bereicherung durch die Pflegetätigkeit (ebd.).

Konsequenzen: Die längerfristigen, schädlichen Auswirkungen, die sich aus dem Zusammenspiel der unterschiedlichen Stressoren heraus ergeben, werden Konsequenzen (engl. „outcomes“) genannt (Sammler 2003, S. 38). Es wird hierbei zwischen Auswirkungen sozialer, physischer und psychischer Art unterschieden (ebd.).

Ressourcen: Unter Ressourcen werden Einflussfaktoren verstanden, welche sich abschwächend oder verstärkend auf die eben erläuterten Konsequenzen auswirken (ebd., S. 38-39). Sie werden in der Literatur auch als „Mediatoren“ bezeichnet und tragen entscheidend dazu bei, dass objektiv vergleichbare Situationen interindividuell als sehr verschieden große Belastung empfunden werden (ebd.). Unter den Ressourcen schreibt Pearlin neben dem Maß an sozialer

Unterstützung als wesentlichem Faktor den Bewältigungsstrategien eine große Bedeutung zu (ebd.). Dass vor allem problemorientiertes Coping, genauso wie Akzeptanz und die eben erwähnte soziale Unterstützung, einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit haben, zeigen auch Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen verschiedenen Copingstilen und Gesundheit (Wilz und Pfeiffer 2019, S. 18–19).

5. Gesundheit

5.1 Gesundheitsbegriff

Bemüht man sich um die Definition des Begriffs „Gesundheit“, muss zunächst entschieden werden, aus welchem Blickwinkel sich dieser Sache angenommen wird. Beim Konstrukt „Gesundheit“ können grundlegend zwei Perspektiven unterschieden werden, die der Pathogenese und die der Salutogenese (Franke 2012, S. 169–170). Beide Begriffe gehen auf griechische bzw. lateinische Wurzeln zurück und enthalten das Wort „genesis“, was ins Deutsche übersetzt Entwicklung bzw. Entstehung bedeutet (ebd.). Der Zusatz „pathos“ steht dabei für Krankheit, „salus“ für Gesundheit (ebd.). Bei der Pathogenese wird der Blick also mehr auf die Entstehung von Krankheiten gelegt, Salutogenese setzt den Fokus dagegen auf die Entstehung von Gesundheit.

Pathogenetische Perspektive

Die pathogenetische Perspektive stellt den Aspekt der Krankheitsentstehung in den Vordergrund, sie lenkt den Blick im Einzelnen auf die für das Entstehen einer Krankheit ursächlichen Risikofaktoren (ebd.). Gesundheit und Krankheit stehen hierbei in einem dichotomen Verhältnis zueinander, was bedeutet, dass diese „[…] als zwei voneinander unabhängige Zustände, die sich gegenseitig ausschließen und nicht gleichzeitig vorhanden sein können“ (ebd., S. 99), betrachtet werden. Ein Mensch ist folglich entweder gesund oder krank und keinesfalls beides zugleich (ebd., S. 40).

Salutogenetische Perspektive

Zu einem Perspektivwechsel von der Defizit- zur Ressourcenperspektive hat im Wesentlichen die Definition von Gesundheit aus der Präambel der Verfassung der WHO aus dem Jahr 1948 beigetragen. Sie ist eine der bekanntesten Definitionen des Gesundheitsbegriffs und beschreibt diesen als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens verstanden und nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung (Franke 2012, S. 40). Zwar unterstreicht diese Interpretation

die Mehrdimensionalität von Gesundheit und betont das Zusammenspiel aus körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Anteilen, nichtdestotrotz hat die WHO für ihr sehr utopisches Verständnis von Gesundheit im Sinne eines umfassenden körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Wohlbefindens zahlreiche Kritik erfahren (ebd., S. 190). Fraglich wird dieses Verständnis und die Kritik am Gesundheitsbegriff der WHO damit umso verständlicher, wenn man bestimmte Untergruppen der Gesellschaft betrachtet. Nimmt man beispielsweise die Gruppe der dementiell veränderten Menschen oder der Menschen mit Behinderung in den Fokus, stellt sich die Frage, inwiefern diese in der Lage sind, einen Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens zu erreichen. Zählen diese Personen, die aus medizinischer bzw. psychologischer Sicht als krank eingestuft wurden, nun als krank oder gesund (oder beides)? Dieses Beispiel dient hier lediglich der Veranschaulichung und kann genauso bei anderen Einschränkungen oder ebenso bei medizinisch gesunden Menschen vorkommen. Deutlich wird an dieser Stelle allerdings, dass sich oft Diskrepanzen zwischen dem Befund und Befinden eines Menschen ergeben, weshalb die dichotome Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit als zwei klar unterscheidbaren, widersprüchlichen Kategorien nicht (immer) sinnvoll und/oder nicht möglich ist. Der ehemals deutsche Arzt, Psychoanalytiker und Pionier der Psychosomatik Georg Groddeck formulierte diese Schwierigkeit sehr treffend: „[…] Krankheit und Gesundheit sind nicht Gegensätze, die sich bekämpfen, sie sind gleichberechtigte und notwendige Lebensäußerungen [...]. Wer ist gesund, wer ist krank? Die Narren nur vermögen es zu unterscheiden“ (ebd., S. 37).

Aus diesem Grund wurde von Aaron Antonovsky, einem amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen und Soziologieprofessoren, in den 70er-Jahren als vielmehr als Erweiterung zum dichotomen Gesundheitsverständnis das Salutogenese-Modell entwickelt (Bengel et al. 1998, S. 24). Bei Salutogenese handelt es sich seiner Ansicht nach jedoch nicht um die bloße Kehrseite der pathogenetisch orientierten Sichtweise in dem Sinn, dass es ausschließlich um die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit als einem absoluten Zustand geht (ebd.). Vielmehr liegen seinem Modell der Salutogenese zwei Grundannahmen zu Grunde (Franke 2012, S. 170): Zum einen sieht er Gesundheit und Krankheit nicht mehr länger als zwei strikte Gegensätze an, sondern versteht sie als zwei entgegengesetzte, nebeneinander existierende Pole auf einem Kontinuum, weswegen von Kontinuums-Modellen gesprochen wird (ebd., S. 101-102). Er folgt somit dem bipolaren Konzept von Gesundheit und Krankheit (ebd.). Diesem zufolge befindet sich ein Mensch zu unterschiedlichen Zeitpunkten an unterschiedlichen Stellen auf diesem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Menschen sind somit nicht entweder gesund oder

krank, sondern immer mehr oder weniger beides (Zander 2011, S. 259). Susan Sontag, eine ehemalige amerikanische Schriftstellerin und Publizistin, drückte es wie folgt aus: „Jeder, der geboren wird, besitzt zwei Staatsbürgerschaften, eine im Reich der Gesunden und eine im Reich der Kranken“ (Sontag 1977 zit. n. Franke 2012, S. 99). Zum anderen sieht Antonovsky Krankheiten als normale Erscheinungen an, die zur Normalität des Lebens dazu gehören, und nicht als Abweichungen von dieser (Franke 2012, S. 171). Er beschreibt diesen Ansatz als Heterostase (ebd.).

In seinem 1979 veröffentlichten Buch „Health, Stress and Coping“ beschreibt er die Idee in der Metapher eines Flusses (Bengel et al. 1998, S. 26–27):

„[…] Meine fundamentale philosophische Annahme ist, daß [sic.] der Fluß [sic.] der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, daß [sic.] ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen wie auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen“ (Antonovsky 1997 zit. n. ebd.).

In seiner Metapher des Flusses als Abbild des Lebens geht Antonovsky also davon aus, dass alle Menschen einen Flusslauf entlang gehen und ohne Ausnahme früher oder später in diesen hineinfallen. Der Flussverlauf birgt dabei Gefahren wie Flussgabelungen, die je nach Stärke leichte Strömungen werden oder sich zu mitreißenden Stromschnellen entwickeln können. Im übertragenen Sinn ist es also allen Menschen gemein, dass diese ihren Lebensweg beschreiten und dabei ausnahmslos früher oder später in Situationen geraten, die sie vor kleinere oder größere Herausforderungen stellen. Trotz dieser Gemeinsamkeit schaffen es manche Menschen entsprechend der Flussmetapher aus eigener Kraft, den Kopf über Wasser zu halten, andere gelangen mit großer Anstrengung ans Flussufer und wieder andere müssen vor dem Ertrinken gerettet werden (Franke 2012, S. 171).

5.2 Gesundheitsförderung

Wie gerade zuvor erwähnt, sind Menschen unterschiedlich gut vorbereitet, um sich den Gefahren des Flusses zustellen. Ausgehend davon, welches Verständnis von Gesundheit man voraussetzt, können Fragen danach, wie die Situation der Menschen verbessert werden kann, je nach Herangehensweise aus unterschiedlichen Blickwinkeln beantwortet werden (Bengel et al. 1998, S. 25). Es könnte beispielsweise gefragt werden, wie die Menschen am besten aus dem Fluss gerettet werden könnten. Antonovsky setzt in seiner Betrachtung jedoch einen anderen Schwerpunkt:

„Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: "Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluß [sic.] befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?" (Antonovsky 1997 zit. n. ebd.).

Das Ziel besteht folglich darin, die Menschen zu guten Schwimmern auszubilden und sie damit zu befähigen, eigenständig mit den Herausforderungen des Flusses umzugehen.

Verständnis von Gesundheitsförderung

Um in Anlehnung an das Konzept von Antonovsky etwas allgemeiner zu sprechen, wird im Folgenden das Verständnis von Gesundheitsförderung, wie es im vorliegenden Text verwendet wird, erläutert. Dabei steht der präventive Ansatz im Vordergrund.

Das Ziel von Gesundheitsförderung besteht darin, eine Balance des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums zu finden bzw. diese aufrecht zu erhalten. Es geht also darum, dass sich ein Mensch näher an den positiven Pol des Kontinuums hinbewegt und sich somit mehr gesund als krank fühlt. Dieses Ziel soll jedoch nicht dadurch erreicht werden, dass bereits bestehende Krankheiten nachträglich behandelt und so der Gesundheitszustand eines Menschen wiederhergestellt bzw. verbessert wird. Vielmehr soll Gesundheit im Sinne der salutgenetischen Perspektive vorsorglich gestärkt werden, sodass Krankheiten nicht erst entstehen. Ganz nach dem Motto „Vorsorgen ist besser als heilen“ (Kaluza 2009, S. 4) konzentriert sich Gesundheitsförderung hier weniger auf die rein kurative Behandlung von Krankheiten zur Verbesserung der Gesundheit, sondern setzt vielmehr auf die präventive Förderung dieser (ebd., S. 7).

6. Resilienz

Die Resilienz eines Menschen stellt einen wichtigen Faktor für dessen psychische Gesundheit dar.

6.1 Ursprung des Begriffs

Der Begriff Resilienz, der sich seiner Wortherkunft nach aus dem Lateinischen „resilire“ = zurückspringen, abprallen ableitet, stammt aus den Materialwissenschaften, dort beschreibt er die Fähigkeit hochelastischer Materialien nach extremen Verformungen wieder ihre ursprüngliche Form anzunehmen (Franke 2012, S. 185). Später wurde er aus den Material- in die Gesundheitswissenschaften übernommen. Dort bezog er sich nicht mehr auf die physische Widerstandskraft eines Stoffes, sondern auf die psychische bzw.

mentale Widerstandskraft eines Menschen. Im übertragenen Sinne geht es bei Resilienz also vereinfacht darum, wie gut Menschen es schaffen, sich trotz schwieriger Lebensumstände nicht „aus der Form“ bringen zu lassen (ebd.). Der Begriff tauchte innerhalb der Gesundheits- und Sozialwissenschaften erstmals im Bereich der Entwicklungspsychopathologie auf, wo man Risikoeinflüsse auf die Entwicklung von Kindern untersuchte (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2015, S. 14).

6.2 Definition

Der Begriff „Resilienz“ bezeichnet „[…] die Fähigkeit einer Person oder eines sozialen Systems, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und negativen Folgen von Stress umzugehen“ (Wustmann 2020, S. 18). Als Synonyme werden häufig die Begriffe „Stressresistenz“, „psychische Robustheit“ oder „psychischer Elastizität“ verwendet (ebd., S. 20). Eine im deutschsprachigen Raum allgemein anerkannte Begriffsbestimmung ist das Verständnis von Resilienz als „[…] die psychische Widerstandsfähigkeit […] gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (ebd.; (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2015, S. 9–10).

Entsprechend dieser Definition liegt der Fokus des Resilienzkonzepts in der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben trotz ungünstiger Bedingungen (Zander 2011, S. 263). Resilienz meint allerdings nicht nur die „Abwesenheit psychischer Störungen“, es schließt außerdem den „Erwerb bzw. Erhalt altersangemessener Fähigkeiten und Kompetenzen“ mit ein (Wustmann 2020, S. 20).

Schoon beschreibt Resilienz entsprechend als zweipoliges Konstrukt, in dem ungünstige Lebens- und Entwicklungsbedingungen die eine Seite und eine gelungene Anpassung die andere Seite darstellen (Zander 2011, S. 242). Damit ist Resilienz immer an zwei Bedingungen geknüpft (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2015, S. 10):

- eine Risikosituation liegt vor
- einem Individuum gelingt die erfolgreiche Bewältigung der Situation durch Anwendung vorhandener Fähigkeiten und Ressourcen

Als zusammenfassende Definition, die das Vorhandensein von Ressourcen miteinbezieht, dient die von Rosemarie Walter-Enderlin, „[u]nter Resilienz [ist] die Fähigkeit eines Menschen [zu verstehen], Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönlich und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (ebd.). Zu beachten ist dabei: Erstens zählt Resilienz nicht, wie zu Beginn der Resilienzforschung angenommen, als eine angeborene Persönlichkeitseigenschaft eines

Menschen, welche erblich ist. Es handelt sich um eine Kompetenz, die im Laufe des Lebens im ständigen Interaktionsprozess zwischen Mensch und Umwelt erworben wird und damit aktiv mitgestaltet werden kann (ebd.). Zweitens stellt Resilienz eine variable und prozesshafte Größe und eben nicht eine statische, im Sinne von immer gleichbleibende Einheit dar (Wustmann 2020, S. 30–31). Es meint also nicht die „absolute Unverwundbarkeit gegenüber negativen Lebensereignissen und psychischen Störungen“ (Hofer 2017, S. 53). Zwar bleiben über die Lebensspanne gesammelte Erfahrungen und erlernte Fähigkeiten als Ressource erhalten, diese können aber beispielsweise durch negative Lebenserfahrungen überlagert werden und damit nicht direkt anwendbar sein oder an Bedeutung verlieren (Wustmann 2020, S. 30–31). Daher handelt es sich nicht um eine stabile Immunität, sondern eine Fähigkeit, die über die Zeit und über verschiedene Situationen hinweg variieren kann (ebd.). Der Grundsatz *einmal resilient, immer resilient* gilt also nicht. Somit ist Resilienz drittens ein situationsspezifisches und multidimensionale Konstrukt, was bedeutet, dass Resilienz in einem gewissen Lebensbereich nicht automatisch auf alle anderen Lebens- und Kompetenzbereiche übertragbar ist (ebd., S. 32). Deswegen wird nach heutigem Forschungsstand nicht mehr von einer universellen, sondern an vielen Stellen von einer situations- und lebensbereichsspezifischen Resilienz gesprochen (ebd.).

6.3 Resilienzforschung

Die Resilienzforschung, die ihren Anfang in der Entwicklungspsychologie hat, beschäftigt sich seit etwa den 1970er Jahren systematisch mit Belastungen als Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2015, S. 14). Die ersten Studien zu diesem Thema fanden Ende der 1970er Jahre in Großbritannien und Nordamerika statt, Deutschland begann etwa ab dem Ende der 1980er Jahre mit Untersuchungen, die herausfinden sollten, was gefährdete Kinder kennzeichnet, die sich trotz schwieriger Lebensbedingungen gut entwickelten (Böhm 2010, S. 13).

„Insgesamt wurden seit dem Beginn der Resilienzforschung 19 Längsschnittstudien in den USA, Europa, Australien und Neuseeland durchgeführt“ (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2015, S. 15). Auf eine dieser Studien wird im Folgenden näher eingegangen: die Kauai-Studie nach Werner und Smith.

Kauai-Studie nach Werner und Smith

Die bekannteste, größte und zugleich älteste Studie zu Resilienz ist die Kauai-Studie, (Wustmann 2020, S. 87–89). Es handelt sich dabei um eine „interdisziplinär angelegte prospektive Langzeitstudie“ (Böhm 2010, S. 14), deren Hauptziel darin bestand, „[…] die

Langzeitfolgen prä- und perinataler Risikobedingungen sowie die Auswirkungen ungünstiger Lebensumstände in er frühen Kindheit auf die physische, kognitive und psychische Entwicklung der Kinder festzustellen“ (Wustmann 2020, S. 87). Dazu begleiteten Werner und Kollegen 698 asiatische und polynesische Kinder, die im Jahr 1955 auf der hawaiianischen Insel Kauai geboren wurden über 40 Jahre hinweg, wobei die im Zuge der Studie erhobenen Daten im Geburtenalter sowie im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren erfasst wurden (ebd., S. 87-89). Unter allen Kindern des Geburtenjahrgangs wurde etwa ein Drittel als Hochrisikokinder eingestuft, was bedeutet, dass diese bereits vor ihrem zweiten Lebensjahr mindestens vier risikoerhöhenden Bedingungen ausgesetzt waren (ebd.). Darunter fielen chronische Armut, geburtsbedingte Komplikationen, familiäre Notlagen, eine geringes Bildungsniveau der Eltern, dauerhafte Disharmonie und psychische Erkrankungen der Eltern (Böhm 2010, S. 14–16).

Das Ergebnis der Studie ist, dass etwa zwei Drittel der sog. Hochrisikokinder Verhaltensauffälligkeiten, Lernschwierigkeiten oder Tendenzen hin zu delinquenten Handlungen aufwiesen (Franke 2012, S. 186). Das restliche Drittel entwickelte sich trotz der widrigen Lebensumstände laut Werner „[…] zu leistungsfähigen, zuversichtlichen und fürsorglichen Erwachsenen“ (ebd.). Bei der Frage nach der Ursache für diese positive Entwicklung im Erwachsenenalter ließen die weiteren Forschungsergebnisse Rückschlüsse auf gewisse protektive (dt. schützende) Faktoren zu, welche Menschen dazu befähigen, sich trotz erheblichen Risikobelastungen normal zu entwickeln (Wustmann 2020, S. 87–89). Die Folge dieser schützenden Prozesse war laut Werner „Resilienz“ oder „Widerstandskraft“ (Böhm 2010, S. 16).

In der heutigen Resilienzforschung stehen einerseits die verschiedenen Wirkmechanismen und Interaktionsprozesse aus risikoerhöhenden und risikomildernden Bedingungen und andererseits die einzelnen Resilienzfaktoren selbst im Vordergrund.

6.4 Risiko- und Schutzfaktoren als Grundlage der Resilienzforschung

Basierend auf den Forschungsergebnissen der vorgestellten sowie der weiteren bisherigen Studien zu Resilienz veränderte sich die Sicht auf den Menschen weg von der Defizit- hin zur Ressourcenorientierung und es entstanden zwei Konzepte zu unterschiedlichen Faktoren, die sich entweder risikoerhöhend oder risikomildernd auf die kindliche Entwicklung auswirken können (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2015, S. 20). Es handelt sich um das Risikofaktorenmodell und das Schutzfaktorenmodell, die später in einem übergeordneten Konzept zusammengefasst wurden, dem sog. Risiko-

und Schutzfaktorenmodell (ebd., S. 33-34). Dieses kann als weiterentwickeltes Konzept verstanden werden, da es die beiden für sich stehenden Modelle in sich vereinigt (ebd., S. 20-37). An dieser Stelle ist vorweg anzumerken, dass sich das Modell an vielen Stellen auf die Situation von Kindern bezieht, weshalb es aber nicht weniger auf die Situation erwachsener Personen übertragbar ist.

Das Risiko- und Schutzfaktoren-Modell stehen sich „Risikofaktoren, die zur Verstärkung von Belastungen beitragen und im schlimmsten Fall sogar zu psychischen Störungen führen können, […] Schutzfaktoren, welche verschiedenste positive Wirkungsweisen auf die kindliche Entwicklung haben, gegenüber und lindern die Belastungen mit ihrem Vorhandensein“ (Böhm 2010, S. 23). Das Modell geht also ähnlich wie der deutsche Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann, der Gesundheit als ein „[…] Stadium des Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren“ (Zander 2011, S. 257) bezeichnet, davon aus, dass die Gesundheit und Entwicklung eines Menschen durch ein Zusammenspiel aus Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst wird (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2015, S. 33).

Risikofaktoren

Unter Risikofaktoren werden aus gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Sicht „[…] krankheitsbegünstigende, risikoerhöhende und entwicklungshemmende Merkmale [verstanden], von denen potenziell eine Gefährdung der gesunden Entwicklung […] ausgeht“ (ebd., S. 21). Weiter wird zwischen personenbezogenen Vulnerabilitätsfaktoren, welche biologische und psychologische Eigenschaften einer Person umfassen, und Risikofaktoren bzw. Stressoren, welche in der psychosozialen Umwelt einer Person liegen, unterschieden (ebd., S. 21-24). Vulnerabilitätsfaktoren können beispielsweise das Vorliegen einer chronischen Krankheit, geringe kognitive Fähigkeiten oder eine geringe Fähigkeit zur Selbstregulation sein (ebd.). Bei den Stressoren sind zum Beispiel ein niedriger sozioökonomischer Status, Luftverschmutzungen im Wohnraum und/oder an der Arbeitsstätte oder eine dauerhafte Lärmbelastung zu nennen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2022).

Schutzfaktoren

Als Schutzfaktoren als dem Gegenpol zu Risikofaktoren werden laut Rutter „[…] Merkmale beschrieben, die das Auftreten einer psychischen Störung oder einer unangepassten Entwicklung verhindern oder abmildern sowie die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung erhöhen“ (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2015, S. 28). Schutzfaktoren

werden je nach Autor unterschiedlich kategorisiert, an dieser Stelle wird die Unterteilung in soziale und personale Schutzfaktoren bevorzugt (ebd., S. 29).

Als Beispiele *für sozialen Schutzfaktoren oder sozialen Ressourcen*, die sich aus dem Umfeld einer Person ergeben, können ein hoher sozioökonomischer Status, ein unterstützendes soziales Netzwerk oder ein starker familiärer Zusammenhalt und konstruktive Kommunikation angeführt werden (ebd., S. 30-31). Zu den *personalen Ressourcen* zählen neben personenbezogenen Faktoren im Sinne gewisser Persönlichkeitsmerkmale wie bestimmten Temperamentseigenschaften oder dem weiblichen Geschlecht (ebd.) die sog. *Resilienzfaktoren*. Diese sind im Gegensatz zu den personenbezogenen Faktoren nicht angeboren oder erblich bedingt und können somit im Laufe des Lebens erworben werden (ebd., S, 41).

7. Resilienzfaktoren

Neben den verschiedenen Wirkmechanismen und Interaktionsprozessen aus risikoerhöhenden und risikomildernden Bedingungen waren auch die protektiven Faktoren selbst, wie sie von Emmy Werner genannt wurden, Teil der Forschung.

7.1 Entwicklung der Resilienzfaktoren

Protektive Faktoren

Laut Fröhlich konnte „[e]mpirisch […] eine Reihe protektiver Faktoren identifiziert werden, die die Widerstandskraft von Kindern gegenüber Belastungen stärken und die Bewältigungsfähigkeit von Krisensituationen verbessern“ (ebd.). Hierzu zählen ein positives Selbstkonzept, Kommunikationsfähigkeiten, Kooperationsfähigkeiten, internale Kontrollüberzeugungen, eine optimistische Lebenseinstellung, Planungskompetenz und Zielorientierung, Problemlösefähigkeiten, Empathie, aktive Bewältigungsstrategien, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, ein realistischer Attribuierungsstil, Kreativität, Selbstregulationsfähigkeiten, Talente und Hobbys sowie Leistungsbereitschaft (ebd., S. 41).

„Life Skills“

Diese protektiven Faktoren korrelieren mit den sog. „life skills“, die von der WHO 1994 als Lebenskompetenzen definiert wurden (ebd., S. 42). Als Lebenskompetenzen werden folgende Eigenschaften bzw. Fähigkeiten angesehen: Selbstwahrnehmung, Empathie, kreatives sowie kritisches Denken, die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, Problemlösefähigkeiten, eine effektive Kommunikationsfähigkeit, interpersonale Beziehungsfertigkeiten und die Fähigkeit zur Stressbewältigung (ebd.).

7.2 Resilienzfaktoren

Durch eine differenzierte Analyse der bisherigen Studien zu Resilienz ließen sich diese Faktoren auf personaler Ebene zu sechs übergeordneten Kompetenzen, für die sich eine besondere Relevanz in Bezug auf die adäquate Bewältigung von alltäglichen Anforderungen, Entwicklungsaufgaben und Krisen herausgestellt hatte, zusammenfassen (ebd.). Zu diesen als Resilienzfaktoren bezeichneten Kompetenzen zählen eine gesunde bzw. positive Selbst- (und Fremd-) Wahrnehmung, eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, die Fähigkeit zur Selbstregulation bzw. Selbststeuerung, eine ausgeprägte Soziale Kompetenz, eine vorhandene Problemlösefähigkeit sowie eine adaptive Bewältigungskompetenz (ebd.). Es handelt sich bei diesen sechs Faktoren dabei nicht um voneinander unabhängige Konstrukte, sondern um wechselseitig miteinander verbundene Komponenten (Zander 2011, S. 361–362). Die einzelnen Faktoren sind in folgender Abbildung dargestellt:

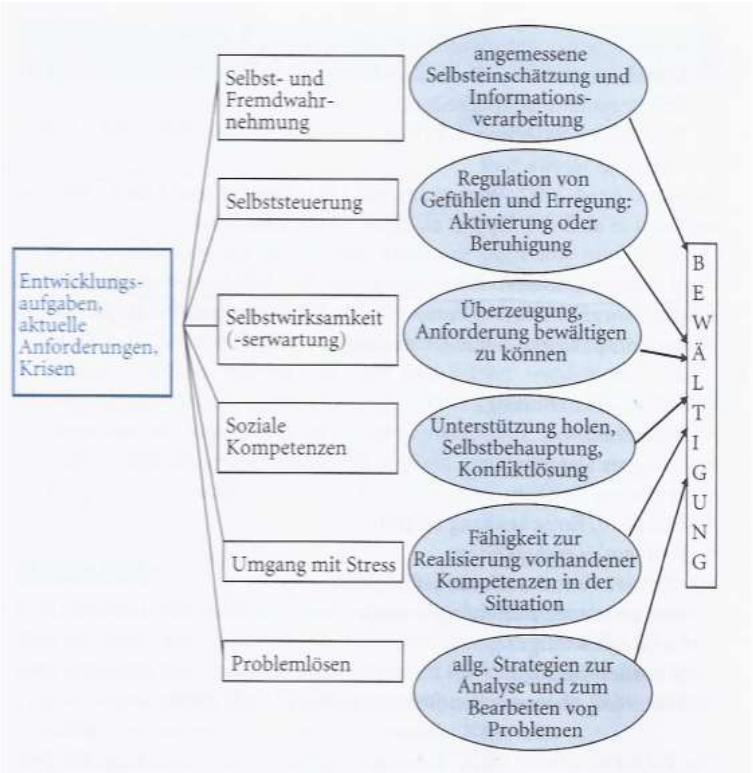


Abbildung 1: Resilienzfaktoren nach Rönnau-Böse (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2015, S. 43)

Ein weiterer Aspekt, der neben diesen sechs Resilienzfaktoren einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden im Allgemeinen hat, sind persönliche Zielsetzungen, die für zusätzliche Motivation sorgen, Sinn stiften und eine Orientierung für das eigene Leben bieten (ebd., S. 57). Es geht hierbei jedoch nicht nur darum,

subjektiv attraktive Ziele zu entwickeln und an deren Erreichung festzuhalten, sondern gleichzeitig um eine „flexible Zielanpassung“, d.h. die persönlichen Ziele an sich verändernde Umstände des Alltags anzugleichen (ebd.).

7.3 Resilienzfaktoren in der Praxis

Zwar ist die Darstellung der Resilienzfaktoren, wie sie eben erfolgte, die aus wissenschaftlicher Sicht korrekte Einteilung, die verwendeten Begriffe erscheinen allerdings teils wie eher „[…] abstrakte [und wenig greifbare] Worthülsen […]“ (Wellensiek 2020, S. 205). Aus diesem Grund wurden von einer Vielzahl an Autoren Konzepte und Abbildungen zu Resilienzfaktoren entwickelt, die für den einfachen Nutzer besser verständlich und damit praktisch leichter anwendbar sind. Zwei dieser Autoren waren die amerikanischen Psychologen Karen Reivich und Andrew Shatté, die in ihrem 2003 erschienen Buch „The Resilience Factor“ von den sog. „7 Keys to Finding your inner Strength and Overcoming Life’s Hurdles“ (dt. „7 Schlüssel, um Ihre innere Stärke zu finden und die Hürden des Lebens zu überwinden“) sprechen (REiFAM 2022). Auch die bekannte Resilienzcoachin Prof. Dr. Jutta Heller orientiert sich mit ihrer Schlüsselmetaphorik, die sie in ihrem 2013 veröffentlichten Buch „Resilienz – 7 Schlüssel für mehr innere Stärke“ ausführlich erläutert, an diesen sieben Resilienzfaktoren (ebd.). Und auch wenn sowohl in der Literatur als auch in sämtlichen Internetbrowsern weitere unzählige, sich in ihren Grundzügen stark ähnelnde Resilienzmodelle und -metaphern vorgeschlagen werden, wird in diesem Text das in Anlehnung an die genannten Autoren entstandene Modell der „7 Säulen der Resilienz“ gewählt.

„Sieben Säulen der Resilienz“

Das Modell der „Sieben Säulen der Resilienz“ geht von sieben Kompetenzen, die einen resilienten Menschen auszeichnen, aus: Akzeptanz, Lösungsorientierung, Netzwerkorientierung, Opferrolle verlassen, Optimismus, Verantwortung übernehmen und Zukunftsplanung (Wellensiek 2020, S. 205).

Abbildung 2: Säulen der Resilienz nach Reivich und Shattè (Reivich et al. 2003 zit. n. Wellensiek 2020, S. 204)

Anzumerken ist, dass diese in der Regel nicht in linearer Weise miteinander verbunden sind, sondern vielmehr in Wechselwirkung zueinanderstehen. Das bedeutet, dass ein und dieselbe Eigenschaft einerseits das Ergebnis einer anderen Eigenschaft oder aus dem Zusammenwirken mehrerer darstellt, aber gleichzeitig selbst die Voraussetzung für eine wieder andere Eigenschaft sein kann.

Opferrolle verlassen

Die erste der sieben Säulen ist die Eigenschaft, in Krisensituationen die eigene Opferrolle zu verlassen und proaktiv tätig zu werden (Bilinski 2016, 110-112). Eine grundlegende Voraussetzung hierfür ist eine gesunde bzw. positive Selbstwahrnehmung, d.h. dass ein Mensch sich seiner Charaktereigenschaften, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie weiterer Stärken und Schwächen bewusst ist (Selbstbewusstsein) und auf diese vertraut bzw. darauf, dass er sie in schwierigen Momenten anwenden kann (Selbstvertrauen) (Fuchs 2018). Die Kombination aus Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen sorgt in der Folge für mehr Selbstsicherheit und diese wiederum löst bei einem Menschen das Gefühl der Selbstwirksamkeit aus. Das meint, dass ein Mensch innerlich der tiefen Überzeugung ist, Herausforderungen aktiv und erfolgreich, entweder alleine oder mit der Unterstützung anderer, bewältigen zu können (Fröhlich 2010, S. 433). Diese Überzeugung erinnert stark an das von Antonovsky geprägte Kohärenzgefühl, das

besagt, dass ein Mensch sein Leben als verstehbar, handhabbar und sinnhaft versteht, und bildet die Grundlage, dass dieser, anstatt sich zurückzuziehen und auf fremde Hilfe zu warten (= erlernte Hilflosigkeit), ins Handeln kommt (Bilinski 2016, S. 115–118).

Optimismus

Neben dem Verlassen der Opferrolle ist, kann ein positives Selbst- und Weltbild auch für die generelle Bewältigung schwieriger Situationen hilfreich sein, weswegen „Optimismus“ eine eigene Säule von Resilienz darstellt. Das Wort Optimismus leitet sich aus dem Lateinischen (lat. „optimus, -a, -um“) ab, was für die höchste Steigerungsform von „gut“ bzw. „wohl“ bzw. „glücklich“ steht (Berg 2014, S. 19). „Ein Optimist zu sein heißt [nach Berg], für sich und das eigene Leben das Optimum, das Beste, Wohligste und Glücklichste zu wollen“ (ebd.). In jedem Fall aber bedeutet es, mit einer positiven Lebenseinstellung durch das Leben zu gehen und Krisen mit Zuversicht zu begegnen (Amann und Egger 2021, S. 110).

Akzeptanz

Die dritte Säule der Resilienz bildet Akzeptanz, was sich vom lateinischen Wort „accipere“ (dt. „etwas annehmen“, „etwas empfangen“) ableitet und seiner Wortherkunft nach eine aktive und eine passive Konnotation hat (Berg 2014, S. 41). Auf der einen Seite kann damit das aktive und freudige Empfangen einer gewollten Sache gemeint sein, auf der anderen Seite kann es aber auch das passive Annehmen ohne freiwilliges Dazutun umschreiben (ebd.). Übertragen besteht die Fähigkeit der Akzeptanz darin, zwischen veränderbaren und nicht veränderbaren Umständen zu unterscheiden (Amann und Egger 2021, S. 140). Der Pfarrer Reinhold Niebuhr drückte es folgendermaßen aus: „Gott gebe mir die Gelassenheit, die Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden“ (Niebuhr 1951 zit. n. ebd.). Ein wesentlicher Bestandteil von Akzeptanz ist es folglich, Veränderungen, Rückschläge, Enttäuschungen und Verluste als Teil des Lebens anzunehmen und nicht zu verdrängen (ebd.). Indem der Widerstand gegen die Veränderung aufgegeben und damit neue bzw. alte Energie freigesetzt wird, stehen mehr Kräfte zur Situationsbewältigung zur Verfügung und ein Mensch wird wieder handlungsfähig.

Zukunftsplanung

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Zukunftsplanung, vor allem, weil Menschen in Krisenzeiten oft den Blick für die eigene Zukunft verbunden mit alten Zielen, Träumen, Wünschen oder Visionen aus dem Blick verlieren (ebd., S. 310). Zukunftsplanung bezieht

sich also darauf, persönliche Wünsche zu formulieren und daraus Ziele abzuleiten, die „smart“, d.h. konkret, messbar, attraktiv, realistisch sowie terminiert ausgedrückt sind (Bilinski 2016, S. 143–145). Diese bieten einem Menschen zum einen eine grobe und möglichst realistische Orientierung, was ihn zukünftig erwarten wird, was gerade in Krisensituationen von Bedeutung ist, da diese meist wenig planbar und vorherzusehen sind (Fuchs 2018). Zum anderen haben persönliche Zielsetzungen eine sinnstiftende Wirkung und sorgen für ein Art inneren Antrieb (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2015, S. 57).

Lösungsorientierung

Eine weitere Resilienz-Säule stellt das Konzept der Lösungsorientierung als Gegenteil zur problemorientierten Sichtweise dar (Bilinski 2016, S. 136–138). Es fußt auf mehreren Voraussetzungen und ist sehr stark von einer positiven Selbst- und Weltwahrnehmung abhängig. Zwei Fähigkeiten im Bereich der Selbstwahrnehmung, die zu einer lösungsorientierten Sicht beitragen, sind Selbstwirksamkeit, also die Überzeugung, Probleme als Herausforderungen zu betrachten, diese annehmen und erfolgreich meistern zu können, sowie Selbstregulation, d.h. die eigenen „Emotionen abkühlen“ zu lassen und die Situation im Anschluss mit einem „kühlen Kopf“ erneut zu betrachten (ebd., S. 135-136). Diese neutrale Betrachtung der Krise ist die Basis für eine klare Formulierung des Problems. An dieser Stelle kommt die Wahrnehmung der Umgebung ins Spiel, ein innerer Prozess, der in den drei Schritten Beobachtung, Interpretation und der eigenen Reaktion abläuft (ebd., S. 132-133). Nachdem die Problemlage nach den ersten beiden Schritten als bewältigbare Herausforderung interpretiert wurde, geht es darum, sich auf mögliche Lösungsansätze oder Teillösungen zu fokussieren. Hilfreiche Wegbegleiter sind hierbei Kompetenzen wie Offenheit, Neugierde, die Fähigkeit zum Perspektivwechsel und Kreativität (Amann und Egger 2021, S. 178).

Verantwortung übernehmen

Mit Eigenverantwortung von Menschen ist die Fähigkeit gemeint, „[…] ihr Schicksal selbst in die Hand zu nehmen und ihr Leben selbstverantwortlich zu gestalten. Sie warten nicht darauf, dass sich ihre Probleme von alleine erledigen und können rascher Entscheidungen treffen […]“ (ebd., S. 242). Ein wesentlicher Schritt, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen, besteht folglich in der Fähigkeit, die Opferrolle zu verlassen, was bereits als Säule von Resilienz vorgestellt wurde. Zerlegt man das Wort „Ver-antwort-ung“ in seine Einzelteile, so ist die „Antwort“ mit enthalten, also in übertragener Weise die Antwort auf eine herausfordernde Situation (Berg 2014, S. 53). Der

Ausdruck „Verantwortung übernehmen“ bezieht sich in diesem Text jedoch nicht nur auf die eigentliche „Antwort“ auf die Krisensituation, also deren direkte Bewältigung, sondern zugleich darauf, Verantwortung für sich selbst und das eigene Wohlbefinden, welches durch die Krise vermutlich geschwächt wurde, zu übernehmen. Ein passender Begriff hierfür ist Selbstfürsorge, welche durch das Achten der eigenen Bedürfnisse oder auch das Ziehen von Grenzen zur Abwehr schädlicher Einflüsse betrieben werden kann (Bilinski 2016, S. 148–149).

Netzwertorientierung

Wie „[i]n der Forschung […] immer wieder bestätigt [spielen] […] die Qualität von Beziehungen, das Vorhandensein von Netzwerken, Unterstützungsangeboten und auch Vorbildern eine wichtige Rolle bei der Entwicklung und dem Aufbau von Resilienz […]“ (Amann und Egger 2021, S. 278), weshalb der Aspekt „Netzwerkorientierung“ ebenfalls eine und damit die letzte der sieben Säulen der Resilienz bildet. Es geht darum, sich ein intaktes soziales System aufzubauen und dieses zu pflegen, was beinhaltet, sowohl sich als auch anderen die gleiche Wichtigkeit zu zuschreiben (ebd., S. 276). Ein Teil besteht demnach darin, anderen Personen aus dem Netzwerk Aufmerksamkeit zu schenken und sich für diese Zeit zu nehmen, ein anderer Teil darin, das eigene soziale Netzwerk als Quelle für „soziale Unterstützung“, besonders in Krisen, herzunehmen (ebd., S. 278-279). Hierbei können verschiedene Formen der sozialen Interaktion unterschieden werden (ebd.):

Emotional/psychologisch:	Im Vordergrund stehen Zuwendung, Trost, Verständnis, Aussprache sowie die Vermittlung von Zugehörigkeit und Rückhalt
Praktisch/instrumentell:	Damit sind Beziehungen gemeint, die konkrete alltägliche Hilfen, finanzielle oder Sachmittel bereitstellen
Informationell:	Hieraus entstehen Ideen, Tipps und konkrete Hinweise für Problemlösungen

Zwei Gesichtspunkte, die in Bezug auf die Resilienz eines Menschen sowohl eine wichtige Grundlage als auch zugleich ein Ergebnis des Prozesses darstellen, sind Achtsamkeit und eine bewusste Lebensweise, welche wiederum durch eine gesunde bzw. positive Selbst-/Eigenwahrnehmung bedingt sind (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2015, S. 43). Bei Selbstwahrnehmung handelt es sich um ein multidimensionales Konstrukt aus verschiedenen Elementen, wobei die Anordnung der Elemente und scharfe

Abgrenzung voneinander schwierig bzw. teils nicht möglich ist. Eine grobe Orientierung liefert die untenstehende Abbildung (selpers - gesundes lernen 2021):

Abbildung 3: Konstrukt des Selbst (selpers - gesundes lernen 2021)

8. Podcast

8.1 Begriffsherkunft

Bei dem Begriff „Podcast“ bzw. „Podcasting“, der für die eigentliche Sendung/Reihe von Sendungen (Podcast) bzw. das Produzieren und Anbieten des Podcasts (Podcasting) steht (Alby 2008, S. 73), handelt es sich um ein sog „Kofferwort“, welches eine Verschmelzung mindestens zweier formal und/oder bedeutungsmäßig ähnlicher Wörter oder Wortteile darstellt (Duden 2022). „Podcast“ setzt sich dabei aus dem Namen des portablen MP3-Players von Apple, dem „iPod“, der sich wiederum vom englischen Wort „pod“ (dt. Kapsel, Hülse) ableitet, und dem englischen Begriff für Rundfunk „broadcasting“ zusammen (Kühn 2010, S. 73). Eine andere, jedoch weniger populäre Herleitung ist die, bei welcher sich der Wortteil „pod“ auf den englischen Ausdruck „play on demand“ (dt. „auf Anforderung“/„auf Abruf spielen“) bezieht und das „cast“ insbesondere auf „narrowcasting“ hinweist, was Angebote, die präzise auf eine bestimmte Zielgruppe zugeschnitten sind, meint (Steingräber 2020).

8.2 Begriffsdefinition

Unter einem Podcast wird „[…] eine[] Serie von Mediendateien (Audio oder Video) [verstanden], die über das Internet mittels RSS-Feeds verteilt wird und auf dem Computer oder mobilen Endgeräten zeitversetzt und non-linear abgespielt werden kann“ (Kühn 2010, S. 73). Zwar sind einige wenige Autoren der Meinung, bereits eine einzelne Mediendatei bezeichne einen Podcast, die Mehrheit allerdings betont, dass erst eine Reihe an Dateien zu einer bestimmten Thematik einen Podcast ausmache (ebd.). Somit bezeichnet der Begriff „Podcast“ die Serie an Sendungen im Gesamten, einzelne Dateien werden in der Literatur als Episode, Sendung oder Folge bezeichnet (ebd.).

Abgerufen werden Podcasts in der Regel über sog. Podcatcher-Apps, also Programme, über die diese heruntergeladen werden können (Alby 2008, S. 76–77). Beispiele für solche Podcatcher-Apps sind entweder Audio-Streaming-Dienste wie Spotify, Deezer oder Apples Music oder gewisse Internetseiten wie „Doppler“, „Juice“ oder „Nimiq“ (ebd.).

Ob es sich bei Podcasts um ein eigenes Medium handelt, ist nicht abschließend geklärt, was unter anderem daran liegt, dass der Medienbegriff in vielen Bereichen sehr diffus verwendet wird (Kühn 2010, S. 83–84). So finden sich im Medienbereich diverse Einstufungen für den Podcast wie einem „Teil- oder Nischenmedium“, einem „neuen Medium“ oder einem „neuen Kommunikationsinstrument“ (Kühn 2010, S. 83–84). Einigkeit besteht jedoch darüber, dass es sich beim Podcasting um eine Medientechnik handelt, „[…] die über das Internet die kontinuierliche, aber zeitversetzte, ortsungebundene und teils nicht-lineare Rezeption von Audio- und Videoinhalten ermöglicht“ (ebd., S. 84).

8.3 Eigenschaften

Podcast besitzen im Allgemeinen eine Reihe von Eigenschaften, welche für den Podcast-Hörer einige Vorsteile mit sich bringen.

Ein Podcast zeichnet sich zunächst durch seinen non-linearen Charakter aus, wobei sich die Non-Linearität sowohl Makro-, Meso- als auch auf die Mikroebene bezieht (ebd., S. 74). Damit ist gemeint, dass „[v]erschiedene Podcasts […] in beliebiger Reihenfolge genutzt werden [können], genauso wie die einzelnen Folgen eines Podcast. Und zuletzt ist auch innerhalb einer Folge auf Mikroebene zumindest ein Hin- und Herspringen möglich, wobei der Aufbau von Podcasts jedoch auf eine lineare Nutzung der jeweiligen Folgen ausgerichtet ist“ (ebd.). Ein weiterer Faktor, weswegen sich der Podcast unter seinen Hörern großer Beliebtheit erfreut, ist dessen „[…] zeitliche und örtliche Souveränität […]“ (ebd., S. 82). Seitens der zeitlichen Unabhängigkeit kann sowohl die Länge als auch der

Zeitpunkt der Nutzung bei Podcasts im Gegensatz zu den weniger massentauglichen Produktionen, die durch die festgelegte Sendezeit weitaus weniger Menschen erreichen, durch den Hörer frei gewählt werden (ebd., S. 175-176). Außerdem können Podcasts durch ein einmaliges vorheriges Herunterladen nicht nur zu Hause, sondern annähernd überall auch von unterwegs abgespielt werden (ebd., S. 81-82). Einer qualitativen ARD-Grundlagenstudie zufolge würden Teilnehmer Podcasts „[…] sorgfältig für unterwegs und gezielt für Zeitlücken auswählen […]“ (ebd., S. 81), was Befragungen bestätigen. Diese besagen, dass überwiegend in den Morgen- und Abendstunden oder auf dem Arbeitsweg und hier vor allem in den öffentlichen Verkehrsmitteln gehört wird (ebd., S. 81-82). Audio-Podcasts stellen für die Nutzer damit eine Art Lückenfüller im positiven Sinn dar, da diese dann genutzt werden können, wenn auf andere Information- bzw. Unterhaltungsangebote nicht zurückgegriffen werden kann (ebd., S. 175). Neben diesen Aspekten ist zudem die Möglichkeit wichtig, sich gezielt einen Podcast mit einer spezifischen Thematik aus einem breiten Angebot nach Wunsch aussuchen zu können (ebd.,S. 82). Als letztes spielt außerdem die kostenlose Nutzung eine große Rolle, da Kühn zufolge „[e]in kostenpflichtiger Podcast […] das Nutzungsinteresse deutlich reduzieren [würde]“ (ebd., S. 177).

8.4 Grundlegender Aufbau

Wie bereits erwähnt besteht ein Podcast als Ganzes aus mehreren Teilen, den Sendungen, und auch diese ähneln sich meist hinsichtlich ihres grundlegenden Aufbaus (Podcastwonder | Podcast Service Agentur 2020). Eine Sendung setzt sich in der Regel aus fünf wesentlichen Elementen zusammen: dem Intro, der Einleitung, dem Hauptteil, dem Schluss und dem Outro (ebd.).

Intro

Das Intro, einer der wichtigsten Bestandteile einer Podcastfolge, startet zunächst mit einer kurzen Vorstellung des Moderators bzw. Moderatorenteams und einer prägnanten Erläuterung der übergeordneten Podcast-Thematik (ebd.). Außerdem erfolgt eine direkte Ansprache der Zielgruppe, d. h. der Hörerschaft, und deren Probleme, für die der jeweilige Podcast eine Lösung bietet (ebd.). Damit hat das Intro den Zweck, den Hörer von seinem eigenen Nutzen durch den Podcast zu überzeugen und ihn so zum „Dranbleiben“ zu animieren. Insgesamt kann das Intro also mit der Rückseite eines Buches verglichen werden, die einen kurzen Abriss über das Thema enthält, und sorgt beispielweise durch eine zusätzliche musikalische Untermalung für einen gewissen Wiedererkennungswert (ebd.).

Einleitung

In der Einleitung wird dann das spezifische Thema der jeweiligen Podcastfolge vorgestellt, wobei an dieser Stelle zusätzliche Spannung aufgebaut, Neugierde beim Hörer geweckt und dieser dadurch zum Weiterhören motiviert werden kann (ebd.). Das geschieht zum Beispiel in der Form, dass die Lösung für eine spezielles Problem bereits ausgesprochen, der Weg dorthin jedoch vorerst nicht preisgegeben wird (ebd.). In der Einleitung bietet sich daneben die Gelegenheit, für den Fall eines Interviews die eingeladenen Interviewgäste vorzustellen (ebd.).

Hauptteil

Als nächstes folgt der Hauptteil der Episode, in dem alle relevanten Informationen, Zusammenhänge und Hintergrunddaten zu dem ausgewählten Thema der Folge ausführlich erläutert werden (ebd.).

Schluss

Im Schlussteil der Podcastfolge erfolgt noch einmal eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Eckpunkte, was dem Hörer hilft, die Kernaussagen besser in Erinnerung zu behalten (ebd.). Des Weiteren bietet sich an dieser Stelle die Möglichkeit, den Hörer zum Abonnement aufzufordern oder ihn auf die sog. „Shownotes“, die unter anderem weiterführende Hinweise zu Literatur und/oder verwandten Themen sowie Links zu Kanälen der Interviewgäste enthalten, aufmerksam zu machen (ebd.).

Outro

Das Outro einer Podcastfolge fordert zum einen meist zu einer Bewertung des Podcasts und einem Besuch der anderen Kanäle des Moderators bzw. Moderatorenteams auf (ebd.). Zum anderen bedanken diese sich hier beim Zuhörer für dessen Interesse und animieren diesen dazu, sich weitere Episoden des Podcasts anzuhören (ebd.). Das Outro schließt damit die jeweilige Podcastfolge ab und bildet zusammen mit dem Intro eine Art Rahmen.

9. Methodisches Vorgehen

Nachdem die Ausgangssituation von Angehörigen dementiell veränderter Menschen in den vorangegangen Kapiteln umfassend dargestellt wurde, befasst sich dieses Kapitel näher mit der Methodik der vorliegenden Arbeit, bevor im Anschluss das Konzept des Podcasts zur Resilienzförderung vorgestellt wird.

Die Datensammlung zur Lebenssituation von Angehörigen dementieller Meschen erfolgte in erster Linie anhand einer ausführlichen Literaturanalyse ergänzt durch eine stichprobenartige Expertenbefragung. Durch die gezielte Analyse von Fachliteratur konnten wissenschaftliche Fakten und empirisch belegte Forschungsergebnisse gesammelt und zusammengefasst werden, um die grundlegende Situation der Zielgruppe bedingt durch die Demenzerkrankung eines nahestehenden Familienmitglieds möglichst umfassend abzubilden. In einer stichprobenartigen Befragung von Fachkräften verschiedener Fachstellen zur Angehörigenberatung mittels Emailbefragung wurden zudem Daten über die psychische Gesundheit der Zielgruppe sowie die Bedeutung der persönlichen Resilienz zusammengetragen und ausgewertet (siehe Anhang).

Um die Kernaussagen der Expertenmeinungen wiederzugeben, erfolgt hier ein kurzer Abriss über die erhaltenen Antworten: Wie schon an früherer Stelle thematisiert, ist die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds mit einer Vielzahl neuer Aufgaben für dessen Angehörige verbunden. Laut Expertenmeinung sind vor allem die Übernahme alltagspraktischer Tätigkeiten und die dauerhafte Beaufsichtigung des dementen Menschen von großer Bedeutung. Bezogen auf die krankheitsbedingten Auswirkungen werden die Veränderungen in der Persönlichkeit und dem Verhalten des Erkrankten, die Verschiebung der Rollenbilder sowie der enorme zeitliche Versorgungsaufwand als besonders belastend empfunden. Bei den Emotionen wurden seitens der negativen Gefühle Trauer, Wut, Scham, Schuld und Hilflosigkeit genannt, bei den positiven Emotionen waren es Liebe/Zuneigung, Zusammenhalt/Vertrauen und allgemeine Bereicherung. Die Frage nach einer Definition von Resilienz wurde mit Widerstandsfähigkeit eines Menschen, Anpassungsfähigkeit oder der Konzentration auf positive Dinge beantwortet. Hinsichtlich der Resilienzfaktoren wurden zwar alle als wichtig eingestuft, als besonders bedeutsam wurden die Aspekte Selbstwirksamkeit, Selbststeuerung, Problemlösefähigkeit und Stressbewältigung angesehen.

10. Konzept

10.1 Ziele

Die Zielformulierung für den Podcasts erfolgte mit Hilfe der sog. Zielpyramide, welche zwischen aufeinander aufbauenden Leitzielen, Mittlerzielen und Handlungszielen unterscheidet (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2021, S. 42).

Zielsetzungen des Podcasts

Das übergeordnete Ziel des Podcasts „Resilienz – für Angehörige“ besteht, wie der Titel der vorliegenden Arbeit bereits vermuten lässt, in der Gesundheitsförderung bei der Zielgruppe der Angehörigen dementiell veränderter Menschen. Zwar könnte dieses Gesamtziel der Gesundheitsförderung prinzipiell durch sehr unterschiedliche Herangehensweisen erreicht werden, der Podcast möchte dies jedoch durch die Förderung der persönlichen Resilienz der Angehörigen erzielen. Im Einzelnen geht es also darum, die Resilienz bei Angehörigen von Menschen mit Demenz zu stärken und damit gleichzeitig deren Gesundheit zu fördern. Die beiden Aspekte der Resilienz- und Gesundheitsförderung werden demnach nicht als zwei getrennte nebeneinanderstehende Hauptziele betrachtet, sondern bilden vielmehr zusammen das Leitziel des Podcasts. Dieses gliedert sich in die drei untergeordnete Mittlerziele *Förderung der Achtsamkeit*, *Förderung der Selbstfürsorge* und *Förderung der Resilienz* auf, welche weiter in Handlungsziele unterteilt werden.

10.1.1 Achtsamkeit

Bei dem Mittlerziel der „Achtsamkeit“ geht es darum, dass die zuhörenden Angehörigen deren Fähigkeit zu einer achtsamen und bewussten Sicht- und Lebensweise erlernen bzw. diese verbessern. Die Handlungsziele zu mehr Achtsamkeit sind, dass die Angehörigen …

… sowohl die eigene Person als auch deren Umgebung bewusst wahrnehmen und

… in der Lage sind, ihren Blick gezielt auf positive Aspekte in ihrem Alltag zu richten.

10.1.2 Selbstfürsorge

Das zweite der drei Mittlerziele ist „Selbstfürsorge“, wobei dieses eine bewusste Selbstwahrnehmung sowie die eigentliche Fürsorge für sich selbst und die eigenen Bedürfnisse umschließt. Die Handlungsziele beinhalten folgende Fähigkeiten:

Die Angehörigen …

… kennen und erkennen die eigenen Bedürfnisse.

… können zwischen energiezehrenden und energieliefernden Einflüssen in deren Alltag unterscheiden.

… wissen, welche Dinge oder Aktivitäten das eigene Wohlbefinden steigern.

… wertschätzen sowohl die eigene Person als auch erbrachte Leistungen.

… achten die eigenen Bedürfnisse und sorgen gut für sich selbst.

… sind für Krisensituationen vorbereitet.

Die weiteren Mittlerziele entsprechen den bereits ausführlich erläuterten „Sieben Säulen der Resilienz“, welche im Folgenden als Mittlerziele angeführt und ebenfalls in Handlungsziele unterteilt werden.

10.1.3 Akzeptanz

Das Handlungsziel der „Akzeptanz“ besteht darin, nicht veränderbare (Lebens-) Umstände als solche anzunehmen und in der Folge Energiereserven für die Bewältigung veränderbarer Gegebenheiten freizusetzen. Folgende Handlungsziele tragen zu dieser Fähigkeit bei: Die Angehörigen …

… nehmen Veränderungen und Schwierigkeiten als etwas zum Leben Dazugehöriges an.

… können zwischen veränderbaren und unveränderbaren Gegebenheiten unterscheiden.

… wissen, welche der unveränderbaren Umstände sie weiterhin in ihrem Leben möchten und von welchen sie sich trennen wollen.

… sind in der Lage, Unveränderbares entweder loszulassen oder anzunehmen.

10.1.4 Zukunftsplanung

Das Handlungsziel der „Zukunftsplanung“ meint die Fähigkeit, das eigene Leben zu planen und diesem damit einen Sinn zu geben. Die Handlungsziele, die hierzu beitragen, sind, dass die Angehörigen …

… ihre aktuelle Lebenssituation objektiv analysieren können,

… ihre aktuellen Lebensumstände je nach Zufriedenheit bewerten können,

… sich den Wunsch-Zustand von ihrem zukünftigen Leben vorstellen können,

… den derzeitigen IST-Zustand mit dem gewünschten SOLL-Zustand abgleichen, d.h. notwenige Schritte zur Veränderung zu erkennen und

… die Veränderungsschritte nach der SMART-Methode in konkrete Ziele umwandeln.

… ihr eigenes Leben als sinnhaft und verstehbar einschätzen.

10.1.5 Optimismus

Mit dem Handlungsziel „Optimismus“ ist die Fähigkeit der Angehörigen gemeint, mit einer grundsätzlich positiven Lebenseinstellung durch das Leben zu gehen und Krisen mit Zuversicht zu begegnen. Entsprechend der Handlungsziele …

… nehmen die Angehörigen sowohl kleinere als auch größere schöne Momente in ihrem Alltag wahr.

… sind die Angehörigen in der Lage, positive Aspekte, die sie sich für ihr Leben wünschen, zu formulieren.

… können die Angehörigen positive Wünsche in Affirmationen umwandeln.

… besitzen die Angehörigen einige individuelle positive Glaubenssätze.

… haben die Angehörigen die eigenen Glaubenssätze verinnerlicht.

10.1.6 Opferrolle verlassen

Das Mittlerziel „Opferrolle verlassen“ bezeichnet die Fähigkeit der Angehörigen, in schwierigen Situationen, anstatt sich passiv zu verkriechen, proaktiv ins Handeln zu kommen. Die Handlungsziele, die zur Erreichung dieser Fähigkeit führen, sind folgende:

Die Angehörigen …

… sind sich sowohl ihrer Stärken wie Charaktereigenschaften, Fähigkeiten und Fertigkeiten als auch ihrer Schwächen bewusst.

… vertrauen darauf, auf diese Kompetenzen jederzeit, d.h. ebenso in Krisenzeiten zurückgreifen zu können.

… nehmen ihr Leben als handhabbar wahr.

10.1.7 Lösungsorientierung

Das Mittlerziel „Lösungsorientierung“ arbeitet auf die Fähigkeit der Angehörigen hin, sich in herausfordernden Lebenslagen nicht auf das Problem, sondern die Lösung(en) zu fokussieren. Die Handlungsziele hierfür sind, dass die Angehörigen …

… es schaffen, ihre Emotionen auch in schwierigen Situationen aktiv zu regulieren.

… können in Krisensituationen das zentrale Problem objektiv formulieren.

… sind davon überzeugt, dass die Krisensituation grundsätzlich bewältigt werden kann.

… sind davon überzeugt, dass sie die Krisensituation aktiv bewältigen oder zur Bewältigung beitragen können.

… können sich mehrere passende Lösungsoptionen mit allen notwendigen Teilschritten vorstellen.

… können sich für den für sie geeignetsten Lösungsweg entscheiden.

10.1.8 Netzwerkorientierung

Mit dem Mittlerziel „Netzwerkorientierung“ ist gemeint, dass Angehörige über ein stabiles soziales Umfeld verfügen und sich besonders in Krisensituationen auf dieses verlassen können. Entsprechend der Handlungsziele …

… sind sich die Angehörigen darüber im Klaren, wie soziale Beziehungen ihrer subjektiven Einschätzung nach grundsätzlich beschaffen sein müssen, damit sie sich in diesen wohlfühlen.

… können die Angehörigen ihr derzeitiges soziales Umfeld insofern objektiv analysieren, um zu wissen, aus wie vielen bzw. welchen Beziehungen es sich zusammensetzt.

… können die Angehörigen ihr derzeitiges soziales Umfeld bezogen auf die Beziehungsqualität subjektiv bewerten.

… können die Angehörigen formulieren, wie bestehende soziale Beziehungen gestärkt werden können.

… können die Angehörigen die eigenen Grenzen formulieren und gegenüber anderen aussprechen.

… sind die Angehörigen in der Lage, sich in andere Menschen hineinzuversetzen und so deren Sichtweise zu verstehen.

… beherrschen die Angehörigen eine achtsame und klare Kommunikation.

10.1.9 Eigenverantwortung

Das Mittlerziel der „Eigenverantwortung“ arbeitet auf die Fähigkeit der Angehörigen hin, Verantwortung für das eigene Denken und Handeln zu übernehmen. Die Handlungsziele, die hierzu beitragen, sind, dass die Angehörigen …

… erkennen, dass sie selbst für Veränderungen in ihrem Leben verantwortlich sind.

… auf die eigenen Kompetenzen vertrauen.

… Entscheidungen selbstständig treffen.

… Verantwortung für getroffene Entscheidungen und durchgeführte Handlungen sowie deren Konsequenzen übernehmen.

… das Wissen darüber zu besitzen, vermeintlich falsche Entscheidungen jederzeit durch aktives Handeln verändern zu können.

10.2. Inhalt

Insgesamt besteht der Podcast „Resilienz – psychische Widerstandskraft für Angehörige“, in dem Angehörige dementiell veränderter Menschen theoretisches Hintergrundwissen und praktische Anregungen zum Thema Resilienz- bzw. Gesundheitsförderung erhalten, aus zehn Podcastfolgen. Die Folgen haben eine Länge von 20-30 Minuten, wobei diese je nach Umfang des Themenbereichs leicht variieren kann, und werden in einem Zwei-Wochen-Rhythmus veröffentlicht. Außerdem haben alle Episoden einen grundlegend gleichen Aufbau, der diese in die Elemente Intro, Einleitung, Hauptteil, Schluss und Outro unterteilt. Da es sich beim Intro und Outro um zwei immer gleichbleibende Elemente des Podcasts handelt, werden diese im Anhang zur besseren Vorstellung in ihrem Wortlaut dargestellt (siehe Anh. 3). Bei allen anderen Sequenzen, also der Einleitung, dem Hauptteil und dem Schluss, die sich je nach Podcastfolge unterscheiden, wird auf den exakten Wortlaut verzichtet.

Der Hauptteil der einzelnen Folgen wird grundsätzlich so aufgebaut sein, dass zunächst ein theoretischer Input mit wissenschaftlich fundierten Hintergrundinformationen erfolgt und daraufhin eine praktische Übung zum jeweiligen Themenbereich vorgestellt wird. Bezogen auf die praktischen Impulse wird der Hörer dazu angeregt, diese im Anschluss an die jeweilige bzw. im Zeitraum bis zur nächsten Episode selbst auszuprobieren.

Podcastreihe

In der ersten Podcastfolge erfolgt zunächst eine allgemeine Begrüßung der zuhörenden Angehörigen zu dem Podcast und eine Vorstellung der übergeordneten Thematik des Podcasts sowie dessen Ziel. Außerdem findet eine Einführung in den Themenblock Gesundheit, Stress und Resilienz sowie eine Erwähnung der „Sieben Säulen der Resilienz“ statt. Diese strukturieren gleichzeitig die Podcastreihe, da pro Podcastfolge je eine „Säule der Resilienz“ (und zusätzlich zwei Bonusepisoden) angedacht sind. Hiermit wird dem Zuhörer sowohl ein grundlegendes Verständnis von der Thematik vermittelt und eine erste Orientierung über den Ablauf des Podcasts gegeben. Zuletzt findet eine Erklärung der Übung „Kraftquellen“ (Wellensiek 2020, S. 24–31) durch den Moderatoren

statt, in der es darum geht, dass die Zuhörenden herausfinden, welche „Energiespender“ und „Energieräuber“ in deren Alltag vorkommen.

In der zweiten Episode greift der Moderator das Thema „Resilienz“ erneut auf und führt anschließend die Metapher der „Floßfahrt auf dem Fluss des Lebens“ (siehe Anh. 3) ein, welche die Hörerschaft mehr oder weniger an einer Art „Rotem Faden“ durch die Podcastreihe führt. Anschließend betont der Moderator die Fähigkeit zu einer bewussten Außenwahrnehmung als grundlegend für die Resilienz eines Menschen und geht danach auf den Aspekt der aktuellen Episode, nämlich Achtsamkeit und Bewusstsein als einen Teil der Wahrnehmung und damit Voraussetzung für Resilienz- und Gesundheitsförderung ein. Als Abschluss der zweiten Sendung führt der Moderator die Hörer in die Übung „Glücksmomente-Tagebuch“ (Berg 2014, S. 22–24) ein, die den Blick für die positiven Momente im Alltag schärfen und damit die bewusste Wahrnehmung schulen soll, und fordert diese dazu auf, die Methode für sich selbst auszuprobieren.

Das Thema der dritten Folge lautet „Selbstfürsorge“, die mit der Selbstwahrnehmung zusammenhängt und als förderlich für die Resilienz- und Gesundheitsförderung gilt. Der Moderator gliedert das Konstrukt der Selbstwahrnehmung in seine einzelnen Komponenten auf und beschreibt dann die Begriffe Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge näher, bevor er den Zuhörenden anschließend als Ausnahme zwei Übungen mit an die Hand gibt. Zum einen die Übung „Briefe an mich selbst“ (ebd., S. 48-49), bei der der Hörer Briefe an sich selbst schreibt, in denen er die von sich selbst täglich erbrachte Leistung würdigt und sich danach für das Lob bedankt. Zum anderen die Übung „Notfallkoffer packen“ (ebd., S. 77-78), bei der der zuhörende Angehörige sich eine Art „Ausrüstung“ für Krisensituationen zurechtlegt.

Die vierte Podcastfolge behandelt die „wirkliche“ erste der sieben Resilienz-Säulen, die „Akzeptanz“. Zur Einführung in diese Folge trägt der Moderator ein Zitat von Pfarrer Niebuhr, welches im Kapitel der Resilienzfaktoren bereits genannt wurde, vor und leitet damit zur Bedeutung des Begriffs „Akzeptanz“ über. Es folgt eine Erklärung, dass die Fähigkeit zur Akzeptanz darin besteht, zum einen zwischen veränderbaren und nicht veränderbaren Umständen zu unterscheiden und zum anderen die nicht veränderbaren Dinge im Leben als solche anzunehmen. Der Sinn hierhinter ist es, die einem zur Verfügung stehende Energie nicht vergeblich für Unveränderbares aufzuwenden, sondern sie gezielt dort einzusetzen, wo Veränderung möglich ist. Um den Hörern eine Möglichkeit mitzugeben, wie sie diese Fähigkeit erlernen bzw. verbessern können, stellt der Moderator die Übung „Tun und Lassen“ (Wellensiek 2020, S. 134–142) vor. Bei dieser wird

der zuhörende Angehörige dazu aufgefordert, sich zwei Welten, eine veränderbare und eine unveränderbare vorzustellen und diesen aktuelle Situationen, Probleme und andere Dinge aus ihrem eigenen Leben zu zuordnen. In einer ergänzenden Zusatzübung mit dem Namen „Ballonfahrt“ (Berg 2014, S. 84–85) kann sich der Zuhörer auf eine imaginäre Ballonfahrt begeben und auf dieser alle nicht veränderbaren Säckchen abwerfen.

In der fünften Episode ist das Thema „Zukunftsplanung“ angedacht, wobei der Moderator an dieser Stelle auf das Thema der vorherigen Folge verweist. Er betont, dass die Fähigkeit, die eigene Zukunft zu planen mit der Fähigkeit einer bewussten Wahrnehmung zusammenhängt. Das wird auch aus der darauffolgenden Erklärung der drei Übungen, die entweder einzeln oder als Ergänzung aufbauend aufeinander durchgeführt werden können, klar. Die erste der Übungen nennt sich „Haus des Lebens“ (ebd., S. 46-47), in der es um die Analyse der aktuellen persönlichen Lebenssituation, d.h. des IST-Zustandes, geht. In er zweiten Übung mit dem Namen „Traumleben“ stellt sich der Zuhörer sein Wunschleben beispielsweise in Form eines Märchens vor und fasst dieses in einigen Eckpunkten zusammen. Das Ergebnis der dritten Übung „Aus Wunsch wird Wirklichkeit“ sieht so aus, dass aus den groben Eckpfeilern des persönlichen SOLL-Zustandes konkrete, SMART formulierte Ziele formuliert werden.

Podcastfolge sechs ist eine der etwas kürzeren Episoden und behandelt das Thema „Optimismus“. Hierzu beginnt der Moderator mit einer kurzen Erläuterung, wovon sich der Begriff „Optimismus“ ableitet und was er in der Folge der Wortherkunft nach bedeutet. Er fährt daraufhin mit der Einführung in die heutige Übung „Drei gute Wünsche“ (ebd., S. 40) fort, die er ausnahmsweise gemeinsam mit den Hörern direkt während der Sendung durchführt. Das liegt darin begründet, dass sich der aktive „Mitmachaufwand“ bei dem Podcast im Großen und Ganzen für die zuhörenden Angehörigen in Grenzen halten soll, da diese aufgrund ihres Alltag nicht die zeitlichen Ressourcen und vermutlich zudem nicht die Bereitschaft haben, im Rahmen des Podcast in einem hohen Maß aktiv zu werden. Das ist vor allem dann der Fall, wenn sich daraus für Sie ein zusätzlicher zeitlicher Aufwand ergibt. Bei der Übung „Drei gute Wünsche“ nimmt der Moderator zunächst Bezug auf die in der zweiten Folge erläuterte Übung „Glücksmomente-Tagebuch“ und bittet die zuhörenden Angehörigen, dieses, wenn möglich, zur Hand zu nehmen bzw. sich an die für Sie bedeutungsvollsten Momente zu erinnern. Daran anschließend fordert er die Zuhörenden auf, sich basierend auf den schönsten Erinnerungen mindestens drei gute Wünsche für Ihr Leben zu überlegen, d.h. Dinge, welche sie sich häufiger in ihrem Leben

wünschen. Diese Wünsche sollen die Hörer danach in positive Affirmationen bzw. bestärkende Glaubenssätze umwandeln.

In der siebten Episode spricht der Moderator die Fähigkeit an, in schwierigen Situationen die „Opferrolle zu verlassen“, wobei er zunächst ausführt, was diese Fähigkeit konkret ausmacht. Anschließend stellt er klar, dass eine positive Selbstwahrnehmung eine grundlegende Voraussetzung für diese Fähigkeit darstellt, und betont besonders die Aspekte Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen, die er genauer erklärt. Um dem Zuhörer eine Möglichkeit aufzuzeigen, wie dieser das eigene Selbstbewusstsein trainieren und damit dessen Selbstvertrauen stärken kann, stellt er die Übung „Stärken-Schatztruhe“ (Wellensiek 2020, S. 48–55) vor. Bei dieser soll sich der Hörer durch die rückwirkende Betrachtung seiner Vergangenheit und darin vorkommender wesentlicher Ereignisse sowie bewältigter Krisen seiner persönlichen Ressourcen, Fähigkeiten und Talente bewusstwerden, um diese auf aktuelle und zukünftige Krisensituationen anzuwenden.

Das Thema der achten Episode lautet „Lösungsorientierung“. Nachdem der Begriff „Lösungsorientierung“ bereits impliziert, dass dabei die Orientierung an Lösungen im Vordergrund steht, erläutert der Moderator nur kurz dessen Wortbedeutung. Als nächstes greift er den Aspekt der Wahrnehmung aus der letzten Podcastfolge auf und beschreibt den Zuhörenden im Detail den Prozess der menschlichen Wahrnehmung. Um den Zusammenhang von Wahrnehmung und Lösungsorientierung herauszustellen, geht er näher auf die positive Selbst- und Weltwahrnehmung als Basis für die Fähigkeit zu lösungsorientiertem Denken und Handeln ein. Als Abschluss der Episode folgt eine Erklärung der Übung „Wunderfrage“ (Amann und Egger 2021, S. 187–192), die dem zuhörenden Angehörigen neue Lösungsoptionen zu Problemlagen in dessen Leben aufzeigen soll.

Die neunte Podcastfolge beschäftigt sich mit Netzwerkorientierung, deren begriffliche als auch thematische Bedeutung für die Widerstandkraft der Moderator zu Beginn der Folge ausführt. Er geht dann auch auf die unterschiedlichen Arten von sozialer Unterstützung ein und betont, dass diese alle gleichbedeutend für den Umgang mit Stresssituationen sind. Im Anschluss daran stellt der Moderator den Zuhörern die vier entweder einzeln oder aufbauend aufeinander durchführbaren (Teil-) Übungen „Beziehungsarten“ (Wellensiek 2020, S. 78–87), „Achtsame Grenzen“ (ebd., S. 92-97), „Klare Gespräche“ (ebd., S. 108-117) und „Tragendes Netzwerk“ (ebd., S. 122-128) vor. In diesen geht es darum, dass der Hörer sich über die Qualität seiner derzeitigen Beziehungen im Sinne aller Verbindungen zu anderen Menschen bewusstwird, sich mit dem Ziehen von Grenzen gegenüber schädlichen Einflüssen auseinandersetzt, eine Anleitung zum Führen klarer

Gespräche erhält und zu einem Perspektivwechsel zur Verbesserung der Beziehungsqualität ermuntert wird.

In der zehnten und damit (vorerst) letzten Folge steht das eigenverantwortliche Denken und Handeln und wie die Zuhörenden diese Fähigkeit erlernen bzw. ausbauen können, im Vordergrund. Dabei erläutert der Moderator erst das Verständnis von Eigenverantwortung im Allgemeinen und, auf welche Bereiche sich diese Fähigkeit bezieht. Er verdeutlicht, dass sich eigenverantwortliches Handeln sowohl auf die Umgebung, also die Erledigung von Aufgaben und das Erfüllen von Pflichten, als auch auf die eigene Person, d.h. für sich und die eigenen Bedürfnisse einzustehen, bezieht. Daraufhin gibt der Moderator den Zuhörenden noch die Übung „Entscheidungssicherheit“ (ebd., S. 158-174) mit an die Hand, die die Entscheidungssicherheit fördern und den Prozess der Entscheidungsfindung beschleunigen soll.

Zwar wurde im vorherigen Absatz bereits ein Überblick über die Abfolge und den Inhalt der Podcastfolgen gegeben, jedoch soll exemplarisch ausführlicher auf einzelne Episoden eingegangen werden. Indem der Ablauf bestimmter Folgen detaillierter dargestellt und deren Inhalt näher ausgeführt wird, soll die Vorstellung davon, wie der Podcast bei einer praktischen Umsetzung aussehen oder sich vielmehr anhören würde, besser veranschaulicht werden. Hierfür wurden die Folgen 1 („Gesundheit“, „Stress“ und „Resilienz“), 2 („Achtsamkeit“) und 4 („Akzeptanz“) gewählt, da so alle bezüglich ihres Inhalts verschiedenen Arten von Episode aus dem Podcast abgedeckt werden. Enthalten sind erstens eine einleitende Einführungsepisode, die mehr oder weniger die Ausgangssituation der Zuhörer beschreibt, zweitens eine Episode, die grundlegende Voraussetzungen zur Resilienz- und Gesundheitsförderung thematisiert, und drittens eine Episode, die eine der „Sieben Säulen der Resilienz“ betrachtet. Die genaue Ausformulierung der angesprochenen Episoden sowie detaillierte Ablaufpläne zu diesen befinden sich im Anhang (siehe Anh. 3 und 4).

11. Fazit

Die Demenzerkrankung eines nahestehenden Familienmitglieds ist mit schwerwiegenden Veränderungen im Lebensalltag verbunden und stellt somit sowohl für den dementen Menschen als auch für dessen Angehörige eine große Herausforderung dar. Um zur Bewältigung dieser oftmals belastenden Situation beizutragen und vornehmlich die psychische Gesundheit der betroffenen Angehörigen zu fördern, wurde in dieser Arbeit eine theoretische Konzeption für einen Podcast zur Resilienzförderung entwickelt.

Der Hauptgrund zur Entscheidung für einen Podcast als Angebot zur Gesundheitsförderung war der, dass dieser im Vergleich zu vielen anderen Angebotsformen den Vorteil der Niedrigschwelligkeit mit sich bringt. Niedrigschwelligkeit bezieht sich hierbei auf die kaum vorhandenen Zugangsbarrieren für die Angehörigen, die das Angebot nutzen möchten. Diese können den Podcast sehr einfach und vor allem völlig kostenlos herunterladen, was die Hemmschwelle zur generellen Nutzung des Podcasts sehr geringhält. Die Hürde, zur Nutzung eines Angebots erst das Haus verlassen und sich womöglich vorher um eine Betreuung des dementen Familienmitglieds kümmern zu müssen, fällt somit weg. Die kostenlose Nutzung ist vor allem auch deshalb bedeutend, weil viele der Familien mit einem dementen Angehörigen durch die Erkrankung bereits zusätzlich finanziell belastet sind. Das vorherige Herunterladen macht es den Angehörigen außerdem möglich, den Podcast von beinahe überall aus abzuspielen und das Hören des Podcasts so in deren Alltag einzubauen, wie es für sie am besten passt. Dadurch und durch den non-linearen Charakter wird zudem ein zusätzlicher Zeitaufwand bei ohnehin knappen zeitlichen Ressourcen verhindert.

Seitens der Anbietenden erfüllt der Podcast ebenso die Eigenschaft der Niedrigschwelligkeit, da sowohl die Produktion als auch der Betrieb mit relativ geringen Kosten verbunden ist und zum Einstieg kein bzw. kaum Materialien wie teure Geräte oder aufwändige Programme gebraucht werden. Zu bedenken ist jedoch die große Bandbreite an bereits vorhandenen Podcasts, in deren Masse sich der eigene Podcast anfangs etablieren müsste.

Bezüglich des Ziels der Gesundheitsförderung wurde der Ansatz der Resilienzförderung gewählt. Der Grund dafür liegt in der salutogenetischen Herangehensweise, die die Fähigkeiten, Ressourcen und Kompetenzen der Angehörigen in den Fokus nimmt.

Der Podcast orientiert sich hinsichtlich seiner grundlegenden Struktur an den „Sieben Säulen der Resilienz“, um die zuhörenden Angehörigen an einer Art „Rotem Faden“ durch die Podcastreihe zu begleiten und diesen das Thema Resilienz Schritt für Schritt näherzubringen. Für eine bessere Veranschaulichung und ein leichteres Verständnis wurden neben der relativ zu Beginn eingeführten Metapher der „Floßfahrt auf dem Fluss des Lebens“ auch während der einzelnen Episoden immer wieder bildliche Darstellungen verwendet. Während dem Erarbeiten der Konzeption kam kurz der Gedanke auf, dass als Angebot anstelle eines Podcasts genauso gut eine Kursreihe in Audioformat hätte gewählt werden können, bei der die einzelnen Einheiten chronologisch aufeinander aufbauen und sich beispielsweise nacheinander freischalten. Zwar hätte diese

Chronologie sichergestellt, dass alle Angehörigen die gesamte Kursreihe vollständig hören und so vor allem von der Metapher des „Lebensflusses“ als Basis hätten profitieren können, dennoch wurde diesem Gedanken nicht weiter nachgegangen. Jeder Angehörige sollte die Möglichkeit haben, exakt diejenigen Episoden auszuwählen, welche ihm in seiner individuellen Situation am ehesten weiterhelfen, oder bei Bedarf die gesamte Podcastreihe anzuhören. Der generelle Aufbau, pro Podcastfolge je ein Thema bzw. eine der „Sieben Säulen der Resilienz“ zu behandeln, stellte sich als sinnvoll heraus. Allerdings kam diesbezüglich die Idee auf, einzelne inhaltlich ähnliche Folgen aufgrund ihres Umfangs zu einer Folge zusammenzufassen, zum Beispiel die Themen „Opferrolle verlassen“ und „Optimismus“. Auf der anderen Seite würde dafür anderen Themenbereichen wie dem Aspekt der Achtsamkeit oder der Selbstfürsorge mehr Raum gegeben, beispielsweise durch die Einführung in konkrete Entspannungstechniken. Die Aufteilung der einzelnen Podcastfolgen in einen einleitenden theoretischen Input und eine praktische Übung zur Vertiefung stellte sich als geeignet heraus.

Da es sich bei dem Podcast, wie zu Beginn des Abschnitts erläutert, in verschiedenster Weise um ein niedrigschwelliges Angebot handelt, ist die Hemmschwelle, diesen generell zu nutzen, zwar sehr gering, nichtdestotrotz ist eine bedarfsgerechte Verteilung von großer Bedeutung. So ist es wichtig, dass Angehörige, welche sich prinzipiell Unterstützung wünschen und demnach auf ein solches Angebot zurückgreifen würden, zunächst überhaupt von dem Podcast erfahren, um diesen anschließend nutzen zu können. Eine solche Bekanntmachung könnte beispielsweise über Fachstellen für pflegende Angehörige sowie Pflegestützpunkte, aber auch durch Einrichtungen der Altenhilfe geschehen, da diese die wohl bekanntesten Anlaufstellen für Angehörige darstellen. Ein weiterer beachtenswerter Aspekt ist nach dem reinen Publikmachen eine zielgruppengerechte Anbringung des Podcasts, was bedeutet, dass die Zielgruppe neben dem Wissen über die bloße Existenz auch über die nötigen Voraussetzungen zur praktischen Nutzung des Podcasts verfügen muss. Gerade weil es sich, wie sich aus der Analyse der soziodemografischen Merkmale der Zielgruppe schlussfolgern lässt, bei den Angehörigen dementer Menschen in vielen Fällen selbst um Personen höheren Alters handelt, ist davon auszugehen, dass diese einerseits keine passenden technischen Geräte wie Handys

oder Laptops zum Herunterladen bzw. Abspielen des Podcasts besitzen und andererseits nicht über das notwendige Know-How zum Beispiel hinsichtlich der Bedienung der Geräte verfügen. Eine Lösung hierfür wäre, nicht nur die Bekanntmachung, sondern gleichzeitig auch das Bereitstellen der technischen Mittel über Fachstellen laufen zu

lassen. Eine weitere Möglichkeit wäre die, den Podcast zusätzlich im Rahmen von Selbsthilfe- bzw. Angehörigengruppen, wie sie ohnehin von vielen Beratungsstellen veranstaltet werden, anzubieten, da so zum einen die technischen Geräte verfügbar als auch eine Anleitung zum Umgang damit gegeben wären.

Um das theoretisch vorgestellte Konzept eines Podcast auf den Bereich der Sozialen Arbeit im Gesamten zu übertragen, lässt sich folgender Schluss ziehen: Aufgrund seiner Eigenschaft der Niedrigschwelligkeit bietet es sich aus den oben genannten Gründen an, den Podcast als eine digitale Angebotsform auch in anderen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit einzusetzen. Dabei könnte dieser sowohl als alleinstehendes Projekt als auch in Kombination mit anderen, evtl. bereits bestehenden Angeboten kombiniert werden. Es wäre zum Beispiel denkbar, den Podcast entweder so, wie in dieser Arbeit, zu konzipieren, dass dieser ausschließlich von Klienten alleine angehört bzw. praktische Anteile selbstständig ausprobiert werden. Genauso wäre es möglich, diesen an ein anderes Angebot anzugliedern bzw. in dieses zu integrieren, also beispielsweise das eigenständige Hören eines Podcasts als Arbeitsgrundlage innerhalb einer Selbsthilfe- oder sonstigen Arbeitsgruppe zu verwenden.

Literaturverzeichnis

Alby, Tom (2008): Web 2.0. Konzepte, Anwendungen, Technologien. 3., aktualisierte Auflage. München: Hanser Verlag.

Altner, Nils (2006): Achtsamkeit und Gesundheit. Auf dem Weg zu einer achtsamen Pädagogik. Immenhausen: Prolog-Verlag (Bewegungslehre und Bewegungsforschung, 26).

Amann, Ella Gabriele; Egger, Anna (2021): Micro-Inputs Resilienz. Lebendige Modelle, Interventionen und Visualisierungshilfen für das Resilienz-Coaching und -Training. 3. Auflage. Bonn: managerSeminare Verlags GmbH (Training aktuell).

Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 6).

Berg, Fabienne (2014): Übungsbuch Resilienz. 50 praktische Übungen, die der Seele helfen, vom Trauma zu heilen. 1. Aufl. Paderborn: Junfermann Verlag.

Bernhard, Hans; Wermuth, Josef (2011): Stressprävention und Stressabbau. Praxisbuch für Beratung, Coaching und Psychotherapie; mit Online-Materialien. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag (Hochschuldidaktik).

Berthel, Jürgen; Becker, Fred G. (2010): Personal-Management. Grundzüge für Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit. 9., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

Bilinski, Wolfgang (2016): Resilienz. Krisen erfolgreich meistern und nutzen. 1. Aufl. Freiburg, München, Stuttgart: Haufe Verlag.

Böhm, Julia (2010): Resilienz und ihre Bedeutung für eine positive Entwicklung von Kindern, Potsdam, zuletzt geprüft am 23.06.2022.

Buijssen, Huub; Draaisma, Douwe (2016): Demenz und Alzheimer verstehen. Erleben - Hilfe - Pflege: ein praktischer Ratgeber. 10. Auflage 2016. Weinheim, Basel: Beltz.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2021): Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. Zielfindung und Zielklärung - ein Leitfaden. Online verfügbar unter https://www.bmfsfj.de/resource/blob/95112/b123324f68070f70b4e3f1b100d0ab49/prm-2982-qs-21-data.pdf, zuletzt geprüft am 23.06.2022.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2022): Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. Online verfügbar unter https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/risikofaktoren-und-risikofaktorenmodell/, zuletzt aktualisiert am 23.06.2022, zuletzt geprüft am 23.06.2022.

Duden (2022): Duden | Konta-mination – Versprecher oder Stilmittel? Online verfügbar unter https://www.duden.de/sprachwissen/sprachratgeber/Kontamination, zuletzt aktualisiert am 23.03.2022, zuletzt geprüft am 23.06.2022.

Engels, Dietrich; Pfeuffer, Frank; Heinemann, Marianne; Knoch, Tina; Korte, Elke; Köhler, Leonore et al. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten, zuletzt geprüft am 23.06.2022.

Eppel, Heidi (2007): Stress als Risiko und Chance. Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Esch, Tobias; Esch, Sonja Maren; Kerckhoff, Annette (2016): Stressbewältigung. Mind-Body-Medizin, Achtsamkeit, Selbstfürsorge. 2. Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Falk, Juliane (2015): Basiswissen Demenz. Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Pflegepädagogik).

Faltermaier, Toni (2022): Salutogenese. Online verfügbar unter https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/salutogenese/, zuletzt aktualisiert am 26.03.2020, zuletzt geprüft am 23.06.2022.

Feuerhelm, Wolfgang (Hg.) (2007): Taschenlexikon der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5., völlig neu bearb. Aufl. Wiebelsheim: Quelle und Meyer.

Förstl, Hans (2011): Demenzen in Theorie und Praxis. Dordrecht: Springer.

Franke, Alexa (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3., überarb. Aufl. Bern: Huber.

Fröhlich, Werner D. (2010): Wörterbuch Psychologie. 27. Aufl. München: dtv.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Rönnau-Böse, Maike (2015): Resilienz. 4., aktualis. Aufl. München, Basel: Reinhardt.

Fuchs, Ulrike (2018): Resilienz: 7 Fakten, um Krisen besser zu meistern | Ulrike Fuchs. Online verfügbar unter https://www.muenchen-heilpraktiker-psychotherapie.de/blog-2/persoenlichkeit/resilienz-7-fakten-um-krisen-besser-zu-meistern.html, zuletzt aktualisiert am 13.06.2022, zuletzt geprüft am 14.06.2022.

Heidler, Maria-Dorothea (2015): Demenz. Einteilung, Diagnostik und therapeutisches Management. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner.

Heinrichs, Markus; Stächele, Tobias; Domes, Gregor (2015): Stress und Stressbewältigung. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 58).

Hofer, Peter (2017): Krisenbewältigung und Ressourcenentwicklung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Kaluza, Gert (2009): Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung; mit 14 Tabellen. Heidelberg: Springer Medizin-Verl.

Kastner, Ulrich; Löbach, Rita (2007): Handbuch Demenz. 1. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer in Elsevier.

Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (2018): kfd – ein offenes Ohr für pflegende Angehörige. Ergebnisse des Modellprojekts Pflegebegleitung und Anregungen für die Weiterarbeit in der kfd. Online verfügbar unter https://www.kfd-bundesverband.de/fileadmin/Media/Themen/Pflege/Pflegende_Angehoerige/2018-kfd-Doku-Pflegebegleitung.pdf, zuletzt geprüft am 22.06.2022.

Kühn, Kathrin (2010): Individuell und jederzeit. Anforderungen einer neuen Medientechnik an Nachrichten am Beispiel des Audio-Podcasting. Berlin: Logos Verlag.

Newerla, Andrea (2012): Der Alltag des Anderen: Familiäre Lebenswelten von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen.

Podcastwonder | Podcast Service Agentur (2020): Struktur und Aufbau einer Podcastfolge. Online verfügbar unter https://podcastwonder.com/struktur-und-aufbau-einer-podcast-folge/, zuletzt aktualisiert am 22.04.2021, zuletzt geprüft am 23.06.2022.

Radtke, Rainer (2022): Statistiken zum Thema Demenz weltweit. Online verfügbar unter https://de.statista.com/themen/2032/demenzerkrankungen-weltweit/#dossierKeyfigures, zuletzt aktualisiert am 25.01.2022, zuletzt geprüft am 23.06.2022.

REiFAM (2022): Die 7 Säulen der Resilienz. Online verfügbar unter https://www.reifam.org/resilienz-faq/die-7-saeulen-der-resilienz, zuletzt aktualisiert am 23.06.2022, zuletzt geprüft am 23.06.2022.

Sammler, Ina (2003): Geschlechtsunterschiede bei der Bewältigung der Pflege demenzkranker Angehöriger.

Schrön, Judith (2005): Niedrigschwellige Betreuungsleistungen für Menschen mit Demenz nach § 45c SGB XI – Konzeptionelle Anforderungen und Umsetzungsoptionen.

selpers - gesundes lernen (2021): Das Selbstbewusstsein verstehen. Online verfügbar unter https://selpers.com/lektion/selbstbewusstes-auftreten-als-patientin-das-selbstbewusstsein-verstehen/, zuletzt aktualisiert am 10.11.2021, zuletzt geprüft am 23.06.2022.

Statistisches Bundesamt (2021): Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegraden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html;jsessionid=2D30F0DBEAD48D1E2D1620F880DC7037.live741, zuletzt aktualisiert am 29.01.2021, zuletzt geprüft am 23.06.2022.

Stechl, Elisabeth; Knüvener, Catarina; Lämmler, Gernot (2013): Praxishandbuch Demenz. Erkennen; Verstehen; Behandeln. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Steingräber, Hanna (2020): Was ist ein Podcast? Abonnieren, Downloaden und was ist dieser RSS-Feed?, 18.08.2020. Online verfügbar unter https://podcastliebe.net/was-ist-ein-podcast/, zuletzt geprüft am 23.06.2022.

Stoppe, Gabriela (2007): Demenz. Diagnostik, Beratung, Therapie; mit 2 Tabellen. 2. Aufl. München, Basel: Reinhardt (UTB Psychologie, Medizin, Gesundheitswissenschaften).

Wächtler, Claus (Hg.) (1997): Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen; 24 Tabellen. Stuttgart: Thieme.

Wellensiek, Sylvia Kéré (2020): Logbuch Resilienz. Arbeitsbuch mit Übungen, Tipps und Anregungen: gelassen im Sturm. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

Wenz, Michael (2012): Erleben und Verhalten bei Angehörigen von Menschen mit Demenz in Konfliktsituationen - Zusammenhänge zwischen Ärgererleben, Ärgerreaktionen und weiteren Einflussfaktoren, zuletzt geprüft am 23.06.2022.

Werner, Sylke (2017): Demenzbegleiter Notes. Das Kurznachschlagewerk für die Begleitung von Menschen mit Demenz. 1. Auflage. Bern: Hogrefe.

Wilz, Gabriele; Pfeiffer, Klaus (2019): Pflegende Angehörige. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe (Fortschritte der Psychotherapie, Band 73).

World Health Organization (2019): Psychische Gesundheit - Faktenblatt. Online verfügbar unter https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf, zuletzt geprüft am 23.06.2022.

Wustmann, Corina (2020): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern: Beiträge zur Bildungsqualität. 8. Auflage. Berlin: Cornelsen.

Zander, Margherita (Hg.) (2011): Handbuch Resilienzförderung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Eidesstaatliche Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.
4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Bamberg, den 23.06.2022

Anhang

Anhang 1: Symptome des Demenzsyndoms……...57

Anhang 2: Stressprozessmodell nach Pearlin……..……...58

Anhang 3: Ausgewählte Podcastfolgen……..……..59

Anhang 4: Ablaufpläne zu den ausgewählten Podcastfolgen……..……68

Anhang 5: Anschreiben für Interviewpartner……...……74

Anhang 6: Fragebogen….……..……75

Anhang 7: Antworten zu Fragebögen……...82

Anhang 1: Symptome des Demenzsyndroms

Kognitive Symptome

- Abnahme des Gedächtnisses und Denkvermögens
- Einschränkungen des Urteilsvermögens und der Problemlösefähigkeit
- Orientierungsstörungen
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Einschränkungen der visokonstruktiven Fähigkeiten
- Einschränkung der Exekutivfunktionen
- Sprach- und Benennungsstörungen (Aphasie)
- Störungen bei motorischen Handlungsabläufen (Apraxie)
- Störungen des Wiedererkennens (Agnosie)

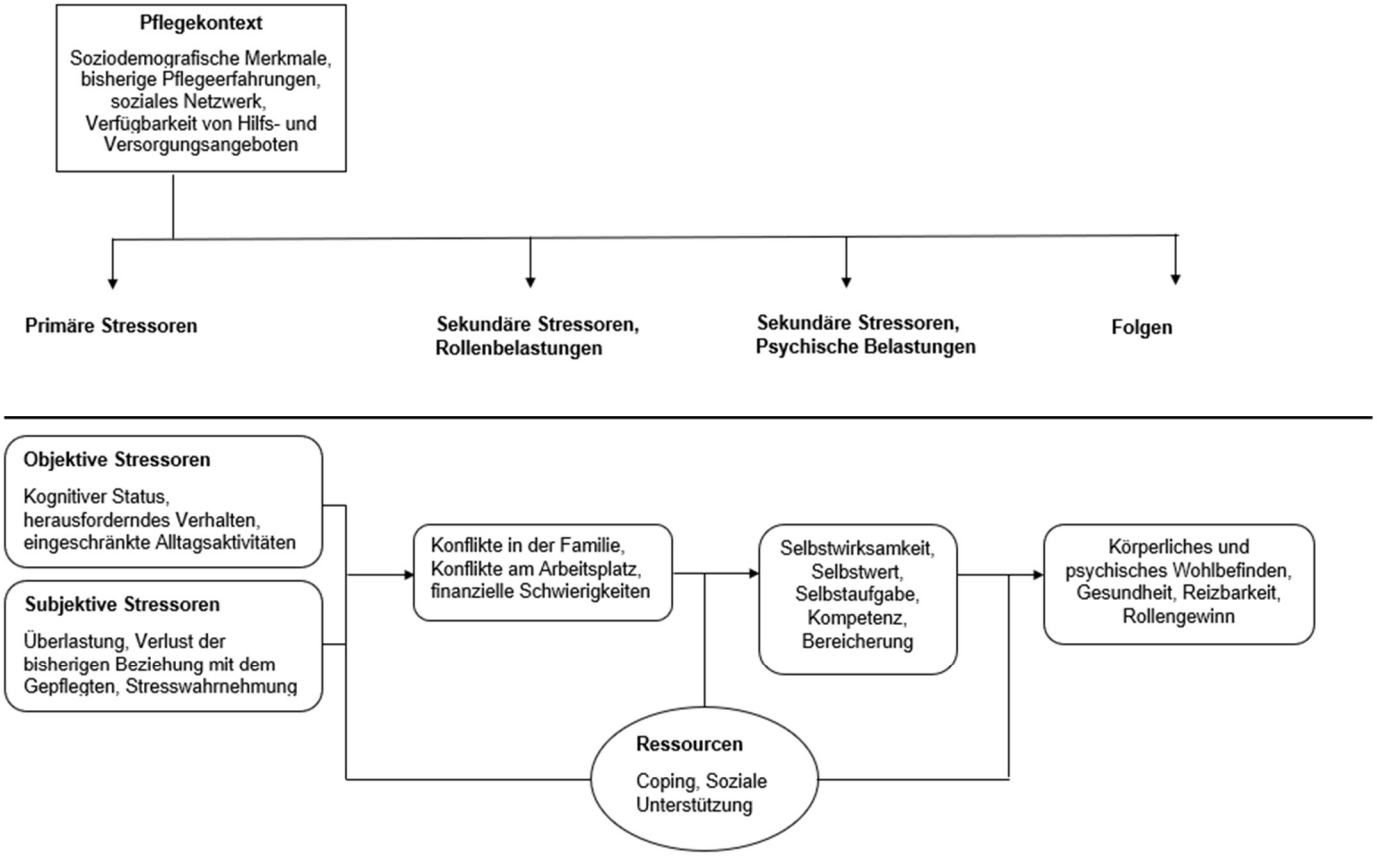
Psychische Symptome

- Angst, Misstrauen, Furcht
- Aggression
- Antriebsstörungen und Motivationsverlust
- Depressivität
- Verunsicherung, Ratlosigkeit, Frustrationen
- Verkennungen und Halluzinationen

Physische Symptome

- Gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus/Schlafstörungen
- Mobilitätseinschränkungen
- Schmerzen und Sensibilitätsstörungen
- Harninkontinenz
- Schluck- und Essstörungen

Anhang 3: Ausgewählte Podcastfolgen



Stressprozessmodell nach Pearlin (Pearlin et al. 1990 zit. n. Wilz und Pfeiffer 2019, S. 19)

Anhang 3: Ausgewählte Podcastfolgen

Folge 1: Gesundheit, Stress und Resilienz

Die erste der zehn Podcastfolgen beginnt, wie alle weiteren Episoden auch, mit einem mit Musik untermalten Intro, das dazu beitragen soll, die Hörer aus ihrem Alltag abzuholen und auf die jeweilige Podcastfolge einzustimmen. Da es sich um die erste Folge handelt, ist das Intro im Vergleich zu den anderen Folgen leicht abgeändert und etwas länger. Es erfolgt zunächst eine Begrüßung der Hörerschaft und eine Vorstellung des Moderators, welcher danach die übergeordnete Thematik des Podcasts vorstellt und den Nutzen, der sich für die Hörer daraus ergibt, erläutert. Die schriftliche Ausformulierung des Intros ist folgende:

Hallo und herzlich Willkommen zu dem Podcast „Resilienz – psychische Widerstandskraft für Angehörige". Ich bin „Name des Moderators" und freue mich und bin ein bisschen aufgeregt, Sie durch den ersten Teil meiner Podcastreihe zu begleiten. In meinen Sendungen geht es um Sie, Angehörige von Menschen mit Demenz. Ob Sie mit einem Menschen mit Demenz zusammenleben und diesen pflegen oder ob er / sie alleine oder betreut lebt, mein Ziel ist es, Ihnen Möglichkeiten aufzuzeigen, wie Sie trotz Ihres vermutlich oft stressigen Alltags etwas für sich und Ihre eigene Gesundheit tun können. Dazu möchte ich Sie über Grundlagen zu den Themen Gesundheit und Stressresistenz informieren. Außerdem möchte ich Ihnen praktische Tipps und Anregungen mitgeben, wie Sie Ihre persönliche Widerstandfähigkeit gegen Stress verbessern können.

Vor allem der letzte Abschnitt des Intros über Gesundheitsförderung und die Verbesserung der Stressresistenz soll die zuhörende Zielgruppe der Angehörigen davon überzeugen, dass das Anhören des Podcasts Ihnen in Ihrer aktuellen Situation weiterhelfen kann und damit einen persönlichen Nutzen für sie darstellt. Da allerdings lediglich praktische Tipps und Anregungen angekündigt, jedoch an dieser Stelle noch nicht im Detail vorgestellt werden, wird die Neugierde der Zuhörenden geweckt und diese zum „Dranbleiben" animiert. Im Anschluss an das Intro kündigt der Moderator die Themen der heutigen Episode „Gesundheit", „Stress" und „Resilienz" an und geht anschließend im Hauptteil näher auf zwei der Themen, nämlich Gesundheit im Allgemeinen und auf Stress als wichtigen Einflussfaktor auf diese, ein. Dazu trägt er zunächst die bereits im theoretischen Teil erwähnte Definition des Begriffs Gesundheit, wie sie von der WHO vorgenommen wurde, vor. Da diese von Gesundheit als einem Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ausgeht, wirft der Moderator die Frage in den Raum, ob bzw. inwiefern es möglich ist, diesen Zustand zu erreichen und macht

eine kurze Pause im Redefluss. Er bringt damit den Zuhörer dazu, die zuvor vorgetragene Interpretation des Gesundheitsbegriffs kritisch zu hinterfragen und zielt auf die Antwort ab, dass es nicht oder nur sehr schwer möglich ist, einen solch idealistischen Zustand des vollumfänglichen Wohlbefindens zu erzielen. Aus diesem Grund schlägt er vor, sich Gesundheit als Bild einer alten Waage mit zwei Waagschalen vorzustellen, auf deren Seiten sich unterschiedlich große bzw. schwere Säckchen aus Jutestoff, welche mit einem Faden zugeschnürt sind, befinden. Diese Päckchen, die dem Sprichwort zufolge jeder Mensch zu tragen hat, stehen für energiezehrende Einflüsse einerseits und energieliefernde andererseits. Die bildlich vorgestellte Waage stellt dabei das Verhältnis aus positiven und negativen Faktoren dar, das nur dann ausgewogen ist, wenn beide Seiten etwa gleich stark beladen sind (oder die positiven Säckchen überwiegen). Um diese doch sehr theoretische Ausführung mehr zu veranschaulichen und zudem einen Bezug auf die Pflege- bzw. Lebenssituation der Zuhörenden herzustellen, führt der Moderator einige Beispiele für die beiden Arten von Säckchen an. Er nennt dafür seitens der negativen Einflüsse, dass eine Person neben ihrer Pflege- / Betreuungsaufgabe beruflich sehr stark eingespannt ist, eine Familie mit mehreren Kindern zu versorgen hat oder selbst an einer Krankheit leidet. Als positive Einflüsse zählt er auf, dass diese Person zum Beispiel mehrere Hobbies besitzt, denen sie regelmäßig und gerne nachgeht, über ein sicheres soziales Netzwerk aus engen Freunden und Bekannten verfügt oder finanziell gut abgesichert ist. Der Moderator verdeutlich also, dass der Gesundheitszustand eines Menschen als ein Verhältnis aus gesundheitsschädlichen und gesundheitsförderlichen Faktoren angesehen werden kann, welches sich im Optimalfall in einem Gleichgewicht befindet. Um den zuhörenden Angehörigen wieder mehr miteinzubeziehen, stellt der Moderator die Behauptung auf, dass sich vermutlich ein Großteil der Zuhörer durch ihre aktuelle Alltagssituation angespannt oder gar gestresst fühlt. Davon ausgehend, dass eine Vielzahl der Zuhörenden jetzt sehr wahrscheinlich mit einem Kopfnicken und damit einer innerlichen Zustimmung auf die Aussage reagiert hat, geht der Moderator zum nächsten Themenbereich dieser Folge über. Er erwähnt Stress als einen Einflussfaktor auf die Gesundheit eines Menschen. Um dafür zu sorgen, dass die sich die Zuhörenden vollkommen in der geschilderten Ausgangslage wiederfinden und der Podcastfolge weiterhin aufmerksam folgen, beschreibt der Moderator einige Anzeichen bzw. Warnsignale, an denen sich das Stresserleben einer Person erkennen lässt. Dazu stellt er einige Fragen, die den zuhörenden Angehörigen direkt ansprechen. Beispiele für solche Fragen sind folgende: „Kam es bei Ihnen bereits vor, dass Sie sich vor lauter Stress und der Überforderung, nicht zu wissen, „wo man anfangen soll“, nur noch schwer

konzentrieren konnten oder ständig Sachen vergaßen?“, „Kamen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit in letzter Zeit häufiger vor?“, „Bemerken Sie bei sich selbst, wie Sie sich vermehrt angespannt oder leichter reizbar fühlen?“, „Hat sich Ihr Ess- und Trinkverhalten zum Negativen hin verändert oder rauchen Sie heute mehr als zuvor?“ oder „Haben Sie den Eindruck, Sie schaffen es zeitlich oder, weil Sie sich zu erschöpft fühlen, nicht mehr, sich mit Freunden zu treffen, Zeit mit Ihrer Familie zu verbringen oder sich Zeit für sich und Ihre Hobbies zu nehmen?“. Nach diesen Fragen stellt der Moderator, der allerdings wissenschaftlich fundierte Zahlen, die das erhöhte Stresserleben der Zielgruppe belegen, im Hinterkopf hat, die Vermutung auf, die Zuhörenden hätten wohl mindestens eine der Nachfragen mit „ja“ beantworten können. Um von der Ausgangslage, in der sich die Zuhörer befinden und mit der sich nach diesen Ausführungen mit großer Wahrscheinlichkeit die meisten identifizieren, auf Resilienz überzuleiten, verwendet der Moderator eine Metapher. In dieser vergleicht er die Situation eines Menschen in einer Stresssituation mit dem Netz eines Trampolins, welches sich beim Aufkommen einer springenden Person zuerst sehr stark nach unten wölbt und sich anschließend wieder in seine ursprüngliche Form einer ebenen Fläche zurückfindet. Warum der Stoff des Trampolinnetzes nicht reißt, d.h. er die Herausforderung „Person springt“ erfolgreich meistern kann, liegt sowohl an den Federn, mit denen das Sprungnetz am Rest des Trampolins befestigt ist, und zum anderen an seiner elastischen Materialbeschaffenheit. Das Trampolinnetz ist folglich aus zwei Gründen widerstandfähig: Einerseits wird es von außen gehalten, andererseits sorgt es selbst durch seine spezifischen Materialeigenschaften dafür, nicht ab- oder durchzureißen. Da vermutlich manche der Zuhörer bis hierhin nicht sehr viel mit der Metapher des Trampolins anzufangen wissen, bringt der Moderator den Zusammenhang zwischen Mensch und Trampolinnetz noch einmal auf den Punkt. Genauso wie die Widerstandfähigkeit eines Stoffes dazu führt, dass dieser nicht reißt, führt die Widerstandsfähigkeit eines Menschen dazu, dass dieser Herausforderungen meistern und besser mit Stress umgehen kann. Um den Bogen an dieser Stelle endgültig zu Resilienz zu spannen, fährt der Moderator mit einer sehr knappen und vereinfachten Definition des Begriffs fort. Die eben am Beispiel des Trampolins erklärte Fähigkeit, Widerständen zu trotzen, werde in der Fachsprache als „Resilienz“ bezeichnet. Um den Zuhörern zu erläutern, wie diese die eigene Resilienz stärken können, geht der Moderator auf das Modell der „Sieben Säulen der Resilienz“ ein. Er erklärt, dass man sich das Gebilde Resilienz wie einen Tempel vorstellen kann, der auf sieben Säulen fußt, und dass die sieben Säulen damit die Grundlage für die Existenz des Resilienz-Tempels bilden. Die „Sieben Säulen der Resilienz“ entsprechen

dabei bestimmten Kompetenzen, die zu einer Verbesserung der Resilienz beitragen und somit resiliente Menschen kennzeichnen. Für einen Ausblick auf die nächsten Episoden des Podcasts zählt der Moderator die „Sieben Säulen“, also Akzeptanz, Zukunftsplanung, Optimismus, die Opferrolle zu verlassen, Lösungsorientierung, Netzwerkorientierung und Eigenverantwortung, auf, verweist jedoch, was eine detaillierte Erklärung der Begriffe und geeignete zugehörige Übungen angeht, auf die weiteren Podcastfolgen. Da sich erst die nächsten Sendungen konkret mit der Förderung der Stressresistenz befassen, folgt an dieser Stelle die Erläuterung einer Übung, die als Voraussetzung für Stressresistenz das Ziel hat, herauszufinden, welche Umstände bei den Zuhörenden Stress auslösen. Es handelt sich um die sog. „Kraftquellen“-Übung. Bevor der Moderator die aktuelle Podcastfolge mit dem Outro beendet, fasst er die behandelten Themen „Gesundheit“, „Stress“ und „Resilienz“ noch einmal zusammen. Im Outro, das mit derselben Musik untermalt ist wie das Intro der Podcastfolgen, bedankt sich der Moderator erst für das Zuhören und lädt die Hörer zu der nächsten Episode ein und fordert diese dann abschließend zu einer Bewertung des Podcasts und einem Abonnement auf.

Das Outro liest sich schriftlich ausformuliert folgendermaßen:

Liebe Angehörige von Menschen mit Demenz, ich bedanke mich bei Ihnen fürs Zuhören und freue mich, wenn ich Ihnen mit dieser Podcastfolge ein wenig weiterhelfen konnte. Wenn Ihnen diese Folge gefallen hat, dann hinterlassen Sie gerne eine Bewertung, abonnieren Sie den Podcast oder teilen Sie ihn mit allen, die ihn auch gerne hören möchten. Weitere Informationen und interessante Links finden Sie in den Show Notes. Vielen Dank und bis zum nächsten Mal.

Folge 2: Achtsamkeit und Bewusstsein

Die zweite Podcastfolge beginnt ebenfalls mit einem mit Musik untermalten Intro, das dazu beitragen soll, die Hörer aus ihrem Alltag abzuholen und auf die jeweilige Podcastfolge einzustimmen. Genauso wie im Intro der Einführungsepisode erfolgt zunächst eine Begrüßung der Hörerschaft und eine Vorstellung des Moderators, welcher danach die übergeordnete Thematik des Podcasts vorstellt und den Nutzen, der sich für die Hörer daraus ergibt, erläutert. Das Intro lautet seinem Wortlaut nach so:

Hallo und herzlich Willkommen zu einer neuen Folge des Podcasts „Resilienz – Psychische Widerstandskraft für Angehörige“. Ich bin „Name des Moderators“ und freue mich sehr, sie durch meine Podcastreihe zu begleiten. In meinen Sendungen geht es um Sie, Angehörige von Menschen mit Demenz. Und mein Ziel ist es, Sie zu informieren und

Ihnen Tipps und Anregungen mitzugeben, wie Sie trotz Ihres vermutlich oft stressigen Alltags etwas für ihre eigene Gesundheit tun können.

Im Anschluss an das Intro greift der Moderator das Thema der vorherigen Episode, nämlich Resilienz, noch einmal auf und wiederholt, dass es sich dabei um die psychische Widerstandskraft eines Menschen handelt, welche von mehreren Faktoren abhängt. Neben den eigentlichen „Sieben Säulen der Resilienz“, d.h. Akzeptanz, Zukunftsplanung, Optimismus, die Opferrolle zu verlassen, Lösungsorientierung, Netzwerkorientierung und Eigenverantwortung, spielen zudem die Faktoren Achtsamkeit bzw. Bewusstsein und Selbstfürsorge eine wichtige Rolle. Um der zuhörenden Zielgruppe der Angehörigen das Zuhören zu erleichtern und die aufgezählten Aspekte etwas besser vorstellbar zu machen, führt der Moderator an dieser Stelle die Metapher der „Floßfahrt auf dem Fluss des Lebens“ ein, welche die Hörerschaft mehr oder weniger an einer Art „Rotem Faden“ durch die Podcastreihe führt.

Stellen Sie sich Ihr Leben als das Bild eines Flusses vor, der in einer Quelle entspringt und in einen Ozean mündet. Auf diesem Lebensfluss sind Sie mit Ihrem persönlichen Floß flussabwärts, d.h. von einer Quelle in Form Ihrer Geburt in Richtung eines Ozeans, in dem Sie zunächst eine Weile verbleiben und der schlussendlich für das Ende Ihres Lebens steht, unterwegs. Der aktuelle Standort auf dem Fluss stellt dabei Ihre gegenwärtige Stelle auf Ihrem gesamten Lebensweg, also die Gegenwart dar, der weitere Flussverlauf, der noch vor Ihnen liegt, verkörpert Ihre Zukunft. Die Flussbeschaffenheit, d.h. dessen Verlauf, Strömungsintensität und Eigenschaften, spiegelt Ihre derzeitige Lebenssituation wider. So kann ein Fluss zum Beispiel mal vergleichbar mit einem Kanal besser ausgebaut und breiter sein oder eher schmal und kurvig verlaufen, er kann abschnittsweise schneller und wilder und an anderer Stelle vollkommen ruhig ohne größere Strömungen fließen. Außerdem kommt es gleich den wirklichen Umständen in der Natur vor, dass dieser mal mehr oder weniger bewachsen ist, sich mehr oder weniger Steine, Stöcke oder sonstige Hindernisse darin befinden und er mal freie Fahrt ermöglicht oder aber einem durch Äste, Baumstämme oder sonstiges Material den Weg versperrt bzw. erschwert.

So viel zur Hintergrundsituation „Lebensfluss“. Um dem Zuhörer die Bedeutung bzw. den Zusammenhang von Gesundheit, Resilienz und der einzelnen „Säulen der Resilienz“ zu veranschaulichen, geht der Moderator nun detaillierter auf die Elemente der Flussmetapher ein.

Um näher auf die einzelnen Bereiche in Ihrem Leben einzugehen, betrachten wir zunächst den Zustand, in dem Sie sich befinden, während Sie den Fluss entlangfahren. Dieser Zustand entspricht Ihrer Gesundheit. Sitzen Sie beispielsweise völlig entspannt auf Ihrem Floß und lassen sich mehr oder weniger mit dem Flusslauf treiben oder stehen Sie dauerhaft aufrecht darauf und halten das Paddel zur Steuerung fest in Ihrer Hand oder aber sind Sie ständig bemüht, sich, um nicht zu ertrinken, mit aller Kraft wieder zurück auf Ihr Wassergefährt zu retten, nachdem Sie ins Wasser gefallen sind.

Gehen wir als nächstes auf Ihre Fähigkeit zur Resilienz ein, die sich aus den Eigenschaften Ihres Floßes, Ihren persönlichen Kompetenzen und Merkmalen und zuletzt aus positiven Beschaffenheiten entlang des Flusses ergibt. Sie ermöglicht es Ihnen, stets die Kontrolle über Ihr Wassergefährt, sprich Ihr Leben, zu behalten und lässt Sie sicher in Richtung „Zukunft“ fahren.

Sprechen wir nun über die einzelnen Bedingungen, die zu Resilienz im Sinne eines „Sicher-Voran-Kommens“ beitragen. Zunächst ist Achtsamkeit und Bewusstsein wichtig, damit Sie zum einen Ihre eigenen Stärken wie eine ausgeprägte handwerkliche Begabung, die für den Ausbau Ihres Floßes hilfreich sein kann, und Schwächen, beispielsweise eine Sehschwäche, die Ihnen Fahrten bei schlechter Sicht erschwert, erkennen. Zum anderen benötigen Sie Ihr „Achtsamkeits-Fernglas“, um Gefahrenstellen und Hilfen in Ihrer Umwelt, d.h. in und abseits des Flusses rechtzeitig sehen zu können. Nur mit Hilfe Ihrer achtsamen Wahrnehmung sind Sie in der Lage, einzuschätzen, wie Sie am besten auf gewisse Umstände reagieren, zum Beispiel, dass Sie bei schlechten Witterungsverhältnissen am Ufer stehende Personen um Hilfe bitten oder eine Pause einlegen.

Die Konsequenz, geplante Pausen in die Tat umzusetzen, also sich Zeit für eine Brotzeit zu nehmen, ein Nachtlager aufzuschlagen oder sich am Ufer die Füße zu vertreten, beschreibt dabei den Akt der Selbstfürsorge.

Um insgesamt nicht planlos den Fluss entlangzutreiben, ohne zu wissen, wohin er einen führt, kann es helfen, eine Landkarte bzw. Wasserkarte zur Orientierung zu verwenden. Es hilft außerdem, sich einen konkreten Ankunftsort als Ziel zu setzten und diesen in Etappen einzuteilen, beispielsweise dass man am Ende des Tages an einer bestimmten Flussgabelung ankommen möchte.

Um sicher den Fluss entlangzufahren, spielt außerdem Akzeptanz eine Rolle, d.h. die sich verändernden Gegebenheiten des Flusses und der Uferlandschaft anzunehmen

und in veränderbar bzw. nicht veränderbar einzuteilen. Das bedeutet, nicht unnötig zu versuchen, nicht entfernbare Hindernisse wie einen schweren Baumstamm beseitigen zu wollen, sondern sich auf bewältigbare Hindernisse wie kleinere Äste, die ans Ufer gelegt werden können, zu konzentrieren.

Dabei hilft auch die Fähigkeit, die Opferrolle zu verlassen und anstatt zu klagen, weshalb denn der Flusslauf so kurvig oder steinig oder bewachsen ist, sich darauf zu besinnen, dass nur der aktuelle Flussabschnitt so derart beschwerlich ist.

Diese innere Einstellung, dass der Fluss zum Beispiel hinter der nächsten Flusskrümmung oder nach dieser und jener Anzahl an Kilometern wieder leichter befahrbar wird, nennt sich Optimismus.

Förderlich ist auch die Fähigkeit, lösungsorientiert an bestehende Gegebenheiten heranzugehen und sich nicht auf das Problem, das daraus entsteht zu fokussieren. Die Lösung in den Vordergrund zu rücken, kann zweierlei bedeuten. Entweder veränderbare Hindernisse zu beseitigen, also kleinere Äste ans Ufer zu legen oder Steine im Wasser zu umfahren. Oder auf nicht veränderbare Hindernisse angemessen zu reagieren und sich beispielsweise zu überlegen, dass das Floß einer starken Strömung durch den Ausbau zu einem kleinen Boot angepasst oder es um einen schwerer Baum, der den Weg versperrt, herumgetragen und danach wieder in den Fluss gesetzt werden kann.

Eine weitere wichtige Fähigkeit ist, sich ein stabiles soziales Netzwerk aufzubauen, wozu zum einen einem vertraute Menschen auf dem Floß (z.B. Familie, Freunde) und zum anderen einem nahestehende Personen entlang des Ufers (z.B. Bekannte, professionelle Hilfsangebote) zählen. Hierbei geht es auch darum, zu unterscheiden, wer wirklich verlässlich ist, und einem zum Beispiel mit einem Licht den Weg zu einem sicheren Hafen als Anlegeplatz für die Nacht zeigt oder einen vom Ufer aus mit Proviant versorgt, und wer das Floß mehr beschwert, als dass er es mit lenkt.

Zuletzt benötigt man, um das Floß sicher steuern zu können, Eigenverantwortung. Es ist also wenig hilfreich, immer auf einen Ruf von Personen am Ufer zu warten, um zu wissen, wie weiter vorgegangen werden soll. Vielmehr sollte man als Steuermann des Floßes beispielsweise selbst entscheiden, auf welcher Seite man ein Hindernis umfährt, welche Flussabzweigung man zur Weiterfahrt auswählt oder wann der richtige Zeitpunkt für eine Pause ist.

Nach dieser umfangreichen Darstellung der Metapher betont der Moderator den Aspekt der Außenwahrnehmung als eine grundlegende Voraussetzung für die Resilienz eines

Menschen und benennt Achtsamkeit und Bewusstsein als einen Teil der Wahrnehmung. Anschließend erfolgt eine Definition bzw. vielmehr Umschreibung des Begriffs „Achtsamkeit“ durch die von ihrer Wortbedeutung her ähnlichen, jedoch nicht identischen Worte „Aufmerksamkeit“ und „Wachheit“ (Altner 2006, S. 18). Um den Zuhörenden näherzubringen, was diese sich unter dem weiten Begriff „Achtsamkeit“ vorstellen können, zählt der Moderator vier Fähigkeiten auf, die Achtsamkeit ausmachen. Er nennt die Fähigkeiten „innere und äußere Phänomene zu beobachten“, „diese Phänomene in Worten und ohne Wertung zu beschreiben“, „bewusst zu handeln“ und „Dinge ohne Bewertung zu akzeptieren oder anzunehmen“ (Altner 2006, S. 18). Als Abschluss stellt der Moderator den Hörern die Übung „Glücksmomente-Tagebuch“, das die bewusste Wahrnehmung schärfen soll, vor und fordert diese zum Anlegen ihrs eigenen „Glücksmomente-Tagebuchs“ auf.

Folge 4: Akzeptanz

Die vierte Podcastfolge ist die erste aller Folgen, welche eine „wirkliche“ der „Sieben Säulen der Resilienz“ thematisiert. Genauso wie alle anderen Episoden beginnt auch diese mit einem mit Musik untermalten Intro, das dazu beitragen soll, die Hörer aus ihrem Alltag abzuholen und auf die jeweilige Podcastfolge einzustimmen. Es erfolgt zunächst eine Begrüßung der Hörerschaft und eine Vorstellung des Moderators, welcher danach die übergeordnete Thematik des Podcasts vorstellt und den Nutzen, der sich für die Hörer daraus ergibt, erläutert. Im Anschluss daran geht der Moderator näher auf den Aspekt der Akzeptanz ein, der wie gesagt eine der „Sieben Säulen der Resilienz“ darstellt. Dazu trägt er zu Beginn ein Zitat des Pfarrers Niebuhr vor, welches den Wunsch nach der Fähigkeit, unveränderbare Dinge als solche hinzunehmen, veränderbare Dinge zu verändern und zwischen beiden der Kategorien unterscheiden zu können, ausdrückt. Ausgehend von diesem Zitat erfolgt eine Definition des Akzeptanz-Begriffs, mit dem eben diese drei Teilsätze gemeint sind, wobei die Fähigkeit, unveränderbare Lebensumstände als solche anzunehmen im Vordergrund steht. Als Sinn, der sich aus Akzeptanz ergeben soll, nennt der Moderator folgenden Grund. Gerade in Krisenzeiten ist es wichtig, ein gutes Verständnis für den eigenen Energiehaushalt zu besitzen und die einem zur Verfügung stehende Energie nicht vergeblich für nicht veränderbare Dinge aufzuwenden. Sinnvoller ist es, diese gezielt an den Stellen einzusetzen, wo Veränderung möglich ist. Bevor der Moderator auf die Übung der heutigen Episode eingeht, verweist er zunächst auf die in der ersten Podcastfolge vorgestellte Übung „Kraftquellen“, die der Zuhörer ein grundlegendes Verständnis über dessen Energiehaushalt verschaffen sollte. Dann geht

er als Abschluss der aktuellen Podcastfolge auf die Übung „Tun und Lassen“, die den Hörern eine Möglichkeit bietet, die Fähigkeit zu Akzeptanz zu erlernen bzw. zu verbessern. Inhalt der Übung ist es, sich durch das gedankliche Vorstellen oder durch Aufzeichnen, Auflegen oder ähnliches zwei Welten, eine veränderbare und eine unveränderbare, vorzustellen und diesen aktuelle Situationen, Probleme und andere Dinge aus dem eigenen Leben zu zuordnen. Ziel der Übung ist es, nicht veränderbare Problemlagen und Situationen als solche anzunehmen oder aus seinem Leben zu entfernen. Dazu bietet der Moderator den Zuhörenden eine zweie kleinere Zusatzübung an und erklärt diese. Es handelt sich um die Übung „Ballonfahrt“, bei der sich die zuhörenden Angehörigen auf eine imaginäre Ballonfahrt begeben und für das weitere Ansteigen des besagten Ballon alle ihrer nicht veränderbaren Säckchen abwerfen.

Anhang 4: Ablaufpläne zu den ausgewählten Podcastfolgen

Podcastfolge 1: „Gesundheit“, „Stress“ und „Resilienz“

Zeit	Dauer	Teil	Ziel	Inhalt	Wer	Methode	aktiv/passiv	Material
00:00	00:15	Intro	Ankommen der Hörer im Podcast	-	-	Musikuntermalung	passiv	-
00:15	00:15	Intro	Ankommen der Hörer im Podcast	Begrüßung der Hörer und Vorstellung des Moderators	Moderator	Vorstellung	passiv	-
00:30	01:00	Intro	Herausstellen des Nutzens für die Hörer und Identifikation mit der Zielgruppe des Podcasts	Bekanntmachen der übergeordneten Thematik und des Ziel dieses Podcasts	Moderator	Bekanntmachung	passiv	-
01:30	00:45	Einleitung	Orientierung über Ablauf der aktuellen Podcastfolge und Neugierde auf die Folge	Bekanntmachen der Themen der aktuellen Podcastfolge "Gesundheit", "Stress" und "Resilienz"	Moderator	Bekanntmachung	passiv	-
02:15	01:00	Hauptteil	Verständnis über den Begriff "Gesundheit"	Definition des Begriffs "Gesundheit" durch Vorstellung des Gesundheitsbegriff der WHO	Moderator	Erklärung	passiv	-
03:15	01:00	Hauptteil	Überdenken des Gesundheitsbegriffes der WHO und Meinungsbildung zum Begriff "Gesundheit"	Kritische Nachfrage zum Gesundheitsbegriff des WHO	Moderator	Nachfrage	passiv / aktiv	-
04:15	03:00	Hauptteil	Verständnis über Begriff "Gesundheit"	Veranschaulichung des Gesundheitsbegriffs (Metapher "Waage")	Moderator	Beschreibung	passiv	-
07:15	00:15	Hauptteil	Überdenken des eigenen Stresserlebens in der aktuellen Lebenssituation	Behauptung über Stresserleben der Hörerschaft	Moderator	Behauptung	passiv / aktiv	-
07:30	01:00	Hauptteil	Überleitung vom Thema "Gesundheit" zum Thema "Stress"	Aufzählung konkreter Stress-Signale	Moderator	Überleitung	passiv	-

08:30	01:00	Hauptteil	Überdenken des eigenen Stresserlebens	Nachfrage zum Erleben von Stress-Signalen	Moderator	Nachfrage	passiv / aktiv	-
09:30	02:00	Hauptteil	Überleitung vom Thema "Stress" zum Thema "Resilienz"	Veranschaulichung des Resilienzbegriffs (Metapher "Trampolinnetz")	Moderator	Beschreibung	passiv	-
11:30	00:30	Hauptteil	Verständnis über Begriff "Resilienz"	Definition des Begriffs "Resilienz"	Moderator	Erklärung	passiv	-
12:00	03:00	Hauptteil	Verständnis über "Sieben Säulen der Resilienz"	Veranschaulichung der "Sieben Säulen der Resilienz" (Metapher "Resilienz-Tempel")	Moderator	Beschreibung	passiv	-
15:00	00:30	Hauptteil	Verständnis über "Sieben Säulen der Resilienz"	Aufzählung der "Sieben Säulen der Resilienz"	Moderator	Aufzählung	passiv	-
15:30	00:20	Hauptteil	Neugierde auf die nächsten Podcastfolgen	Verweis auf nächste Podcastfolgen	Moderator	Ankündigung	passiv	-
15:50	07:00	Hauptteil	Verständis von der Übung "Kraftquellen"	Schrittweise Erklärung der Übung "Kraftquellen"	Moderator	Erklärung	passiv	-
22:50	01:30	Schluss	Verständnis über die Begriffe "Gesundheit", "Stress" und "Resilienz"	Zusammenfassung der Themen der aktuellen Podcastfolge "Gesundheit", "Stress" und "Resilienz"	Moderator	Zusammenfassung	passiv	-
24:20	00:10	Outro	Vorfreude auf die nächste Podcastfolge	Dank für das Interesse der Zuhörenden	Moderator	Dank	passiv	-
24:30	00:10	Outro	Anhören der nächsten Podcastfolge	Einladung zu der nächsten Podcastfolge	Moderator	Ausblick	passiv	-
24:40	00:20	Outro	Positive Bewertung und Abonnement des Podcasts	Aufforderung zu einer Bewertung und einem Abonnement des Podcasts	Moderator	Aufforderung	aktiv	-
25:00	00:20	Outro	Zurückfinden der Hörer in den Alltag	-	-	Musikuntermalung	passiv	-

Podcastfolge 2: „Achtsamkeit“

Zeit	Dauer	Teil	Ziel	Inhalt	Wer	Methode	aktiv/passiv	Material
00:00	00:15	Intro	Ankommen der Hörer im Podcast	-	-	Musikuntermalung	passiv	-
00:15	00:15	Intro	Ankommen der Hörer im Podcast	Begrüßung der Hörer und Vorstellung des Moderators	Moderator	Vorstellung	passiv	-
00:30	00:15	Intro	Herausstellen des Nutzens für die Hörer und Identifikation mit der Zielgruppe des Podcasts	Bekanntmachen der übergeordneten Thematik und des Ziel dieses Podcasts	Moderator	Bekanntmachung	passiv	-
00:45	00:45	Einleitung	Orientierung über Ablauf der aktuellen Podcastfolge und Neugierde auf die Folge	Bekanntmachen des Themas der aktuellen Podcastfolge "Achtsamkeit und Bewusstsein"	Moderator	Bekanntmachung	passiv	-
01:30	01:30	Hauptteil	Erinnerung an das Verständnis von "Resilienz" und der "Sieben Säulen der Resilienz"	Wiederholung des Begriffs "Resilienz" und der "Sieben Säulen der Resilienz"	Moderator	Rückgriff	passiv	-
03:00	08:00	Hauptteil	Verständnis über den Gesamtzusammenhang zwischen Lebenssituation, Gesundheit, Stress	Einführung der Metapher "Floßfahrt auf dem Fluss des Lebens"	Moderator	Beschreibung	passiv	-

			sowie Resilienz und den Resilienz-Säulen					
11:00	02:00	Hauptteil	Verständnis über die Bedeutung von Außenwahrnehmung für Resilienz	Erklärung des Begriffs Außenwahrnehmung sowie dessen Bedeutung für die Resilienz	Moderator	Erklärung	passiv	-
13:00	03:00	Hauptteil	Verständnis über den Begriff "Achtsamtkeit"	Erklärung des Begriffs "Achtsamkeit" und seiner Bestandteile	Moderator	Erklärung	passiv	-
16:00	04:00	Hauptteil	Verständis von der Übung "Glücksmomente-Tagebuch"	Schrittweise Erklärung der Übung "Glücksmomente-Tagebuch"	Moderator	Erklärung	passiv	-
20:00	01:30	Schluss	Verständnis über die Begriffe "Außenwahrnehmung" und "Achtsamtkeit"	Zusammenfassung der Themen der aktuellen Podcastfolge "Außenwahrnehmung" und "Achtsamkeit"	Moderator	Zusammenfassung	passiv	-
21:30	00:10	Outro	Vorfreude auf die nächste Podcastfolge	Dank für das Interesse der Zuhörenden	Moderator	Dank	passiv	-
21:40	00:10	Outro	Anhören der nächsten Podcastfolge	Einladung zu der nächsten Podcastfolge	Moderator	Ausblick	passiv	-
21:50	00:20	Outro	Positive Bewertung und Abonnement des Podcasts	Aufforderung zu einer Bewertung und einem Abonnement des Podcasts	Moderator	Aufforderung	aktiv	-
22:10	00:20	Outro	Zurückfinden der Hörer in den Alltag	-	-	Musikuntermalung	passiv	-

Podcastfolge 4: „Akzeptanz“

Zeit	Dauer	Teil	Ziel	Inhalt	Wer	Methode	aktiv/passiv	Material
00:00	00:15	Intro	Ankommen der Hörer im Podcast	-	-	Musikunterma-lung	passiv	-
00:15	00:15	Intro	Ankommen der Hörer im Podcast	Begrüßung der Hörer und Vorstellung des Moderators	Moderator	Vorstellung	passiv	-
00:30	00:15	Intro	Herausstellen des Nutzens für die Hörer und Identifikation mit der Zielgruppe des Podcasts	Bekanntmachen der übergeordneten Thematik und des Ziel dieses Podcasts	Moderator	Bekanntmachung	passiv	-
00:45	00:45	Einlei-tung	Orientierung über Ablauf der aktu-ellen Podcastfolge und Neugierde auf die Folge	Bekanntmachen des Themas der aktuel-len Podcastfolge "Akzeptanz"	Moderator	Bekanntmachung	passiv	-
01:30	02:30	Haupt-teil	Erinnerung an das Verständnis von "Resilienz", der "Sieben Säu-len der Resilienz" sowie der Meta-pher "Floßfahrt auf dem Fluss des Lebens"	Wiederholung des Begriffs "Resilienz" und der "Sieben Säulen der Resilienz" sowie der Metapher "Floßfahrt auf dem Fluss des Lebens"	Moderator	Rückgriff	passiv	-
04:00	02:00	Haupt-teil	Einführung in das Thema "Akzep-tanz"	Einbringen des Zitats von Pfarrer Niebuhr über "Akzptanz"	Moderator	Vortrag	passiv	-
06:00	03:00	Haupt-teil	Verständnis über den Begriff "Ak-zeptanz"	Definition des Begriffs "Akzeptanz"	Moderator	Erklärung	passiv	-

09:00	03:00	Haupt-teil	Verständnis über den Sinn von "Akzeptanz"	Erläuterung des Sinns von Akzeptanz durch Verweis auf die Übung "Kraftquellen" aus der ersten Podcastfolge	Moderator	Rückgriff	passiv	-
12:00	07:00	Haupt-teil	Verständnis von der Übung "Tun und Lassen"	Schrittweise Erklärung der Übung "Tun und Lassen"	Moderator	Erklärung	passiv	
19:00	02:00	Haupt-teil	Verständnis von der Übung "Ballonfahrt"	Schrittweise Erklärung der Zusatz-Übung "Ballonfahrt"	Moderator	Erklärung	passiv	-
21:00	01:30	Schluss	Verständnis über den Begriff "Akzeptanz"	Zusammenfassung des Themas der aktuellen Podcastfolge "Akzeptanz"	Moderator	Zusammenfassung	passiv	-
22:30	00:10	Outro	Vorfreude auf die nächste Podcastfolge	Dank für das Interesse der Zuhörenden	Moderator	Dank	passiv	-
22:40	00:10	Outro	Anhören der nächsten Podcastfolge	Einladung zu der nächsten Podcastfolge	Moderator	Ausblick	passiv	-
22:50	00:20	Outro	Positive Bewertung und Abonnement des Podcasts	Aufforderung zu einer Bewertung und einem Abonnement des Podcasts	Moderator	Aufforderung	aktiv	-
23:10	00:20	Outro	Zurückfinden der Hörer in den Alltag	-	-	Musikuntermalung	passiv	-

Anhang 5: Anschreiben für Interviewpartner

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich studiere derzeit Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule in Nürnberg und schreibe gerade meine Bachelorarbeit zum Thema *„Resilienz bei Angehörigen von dementiell veränderten Menschen - Theoretisch-Konzeptionelle Überlegungen bezüglich der Entwicklung eines Podcasts zur Förderung der psychischen Gesundheit“*. Hierfür möchte ich sehr gerne die fachliche Meinung von Experten, die in ihrer beruflichen Praxis mit an Demenz erkrankten Personen und/oder deren Angehörigen in Kontakt stehen, in meine Arbeit einfließen lassen.

Basierend auf Erfahrungen von Fachkräften möchte ich mehr darüber zu erfahren, wie sich eine Demenzerkrankung auf Angehörige der erkrankten Person auswirkt und durch Stärkung der individuellen Resilienz die psychische Gesundheit Betroffener erhalten bzw. verbessert werden kann. Dazu führe ich eine kurze Befragung in Form eines Fragebogens durch.

Im Zuge meiner Recherche im Internet bin ich deshalb auf *[Name der Einrichtung]* aufmerksam geworden und würde mich sehr freuen, Sie für eine Teilnahme gewinnen zu können.

Sollten Sie sich für eine Teilnahme entscheiden, finden Sie den Link zum Fragebogen hier:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf6pPO5QyQ3UYCWjNiQK6Ht-OW9tLtnmoWHb3Vxr-JAmDG6lEA/viewform?usp=sf_link

(zum Öffnen des Fragebogens bitte Link anklicken)

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne telefonisch oder auch per Mail zur Verfügung.

Herzlichen Dank für die Bereitschaft zur Unterstützung meines Vorhabens.

Freundliche Grüße

Stephanie Schmieder

Tel.: 01523/8994931
Mail: stephanie.schmieder@stud.evhn.de

Anhang 6: Fragebogen

„Resilienz bei Angehörigen dementiell veränderter Menschen“

Liebe Teilnehmende,

mein Name ist Stephanie Schmieder, ich studiere Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule in Nürnberg und schreibe gerade meine Bachelorarbeit zum Thema „Resilienz bei Angehörigen von dementiell veränderten Menschen - Theoretisch-Konzeptionelle Überlegungen bezüglich der Entwicklung eines Podcasts zur Förderung der psychischen Gesundheit“.
In Zuge dessen habe ich einen kurzen Fragebogen entwickelt, durch den ich mehr über die Situation von Angehörigen dementiell veränderter Menschen und die Bedeutung von Resilienz für deren psychische Gesundheit erfahren möchte. Deshalb bitte ich Sie als Fachkraft aus dem Bereich der Demenz- bzw. Angehörigenarbeit die folgenden 12 Fragen anhand Ihrer persönlichen Erfahrungen aus Ihrer beruflichen Praxis zu beantworten.

Vielen Danken für Ihre Teilnahme

* Erforderlich

1. E-Mail-Adresse *

Belastungen für Angehörige dementiell veränderter Menschen

Im Folgenden wird auf die aus einer Demenzerkrankung eines Familienmitglieds resultierenden Veränderungen und die damit einhergehenden Belastungen für deren Angehörige eingegangen.

2. Welche neuen Aufgaben ergeben sich für Angehörige durch die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds? *

3. Welche Auswirkungen hat die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds auf das tägliche Leben der Angehörigen (bezogen auf die Bereiche "Beruf", "Familie", "Partnerschaft", "Eigene Person & Rollenverständnis" und "Freizeit")? *

Beruf

4. *

Familie

5. *

Partnerschaft

6. *

Eigene Person und Rollenverständnis

7. *

Freizeit

8. Welche Veränderungen nehmen Angehörige bei der dementiell veränderten Person wahr? *

9. Welche dieser Veränderungen nehmen Angehörige als am belastendsten wahr (bezogen auf deren "Tägliches Leben" sowie das "dementiell veränderte Familienmitglied")? *

Veränderungen im täglichen Leben der Angehörigen

10. *

Veränderungen beim dementiell veränderten Familienmitglied

11. Welche negativen Emotionen empfinden Angehörige in der durch die Demenzerkrankung für sie neuen Situation? *

12. Nehmen Angehörige neben diesen negativen Emotion auch positive Emotionen wahr? Wenn ja, welche? *

13. Was tun Angehörige von sich aus, um mit der veränderten Situation und der damit verbundenen Zusatzbelastung zurecht zu kommen (z.B. Selbstfürsorge)? *

Psychische Gesundheit von Angehörigen dementiell veränderter Menschen

Die eben angesprochenen Belastungen können sich in negativer Weise auf die psychische Gesundheit der Angehörigen auswirken.

14. Welche Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Angehörige gibt es in Ihrer Einrichtung? *

15. Welche weiteren Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Angehörige kennen Sie? *

Resilienz als Faktor für die Psychische Gesundheit

Besonders in belastenden Lebensphasen erweist sich die Fähigkeit zur Resilienz als förderlich für die psychische Gesundheit eines Menschen.

16. Wie würden Sie den Begriff „Resilienz“ definieren? *

17. Für wie wichtig erachten Sie die folgenden Aspekte in Verbindung mit der Resilienz eines Menschen? *

Selbst- und Fremdwahrnehmung

Markieren Sie nur ein Oval.

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	◯	◯	◯	◯	◯	sehr wichtig

18. *

Selbstwirksamkeit (-serwartung)

Markieren Sie nur ein Oval.

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	◯	◯	◯	◯	◯	sehr wichtig

19. *

Selbststeuerung

Markieren Sie nur ein Oval.

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	◯	◯	◯	◯	◯	sehr wichtig

20. *

Soziale Kompetenz

Markieren Sie nur ein Oval.

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	◯	◯	◯	◯	◯	sehr wichtig

21. *

Problemlösefähigkeit

Markieren Sie nur ein Oval.

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	◯	◯	◯	◯	◯	sehr wichtig

22. *

Stressbewältigung

Markieren Sie nur ein Oval.

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	◯	◯	◯	◯	◯	sehr wichtig

23. Welche Impulse zur Resilienzförderung, die man für sich selbst praktizieren kann, kennen Sie (z.B. Glücktagebuch o.Ä.)? *

Dieser Inhalt wurde nicht von Google erstellt und wird von Google auch nicht unterstützt.

Google Formulare

Anhang 7: Antworten zu Fragebögen

„Resilienz bei Angehörigen dementiell veränderter Menschen“

Liebe Teilnehmende,

mein Name ist Stephanie Schmieder, ich studiere Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule in Nürnberg und schreibe gerade meine Bachelorarbeit zum Thema „Resilienz bei Angehörigen von dementiell veränderten Menschen - Theoretisch-Konzeptionelle Überlegungen bezüglich der Entwicklung eines Podcasts zur Förderung der psychischen Gesundheit“.
In Zuge dessen habe ich einen kurzen Fragebogen entwickelt, durch den ich mehr über die Situation von Angehörigen dementiell veränderter Menschen und die Bedeutung von Resilienz für deren psychische Gesundheit erfahren möchte. Deshalb bitte ich Sie als Fachkraft aus dem Bereich der Demenz- bzw. Angehörigenarbeit die folgenden 12 Fragen anhand Ihrer persönlichen Erfahrungen aus Ihrer beruflichen Praxis zu beantworten.

Vielen Danken für Ihre Teilnahme

E-Mail-Adresse *

Belastungen für Angehörige dementiell veränderter Menschen

Im Folgenden wird auf die aus einer Demenzerkrankung eines Familienmitglieds resultierenden Veränderungen und die damit einhergehenden Belastungen für deren Angehörige eingegangen.

Welche neuen Aufgaben ergeben sich für Angehörige durch die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds? *

Angehörige müssen oftmals in neue Rollen schlüpfen (die, die die erkrankte Person inne hatte, müssen ausgefüllt werden z.B. die Verwaltung der Familienfinanzen und Versicherungen, der Haushalt etc.)

Welche Auswirkungen hat die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds auf das tägliche Leben der Angehörigen (bezogen auf die Bereiche "Beruf", "Familie", "Partnerschaft", "Eigene Person & Rollenverständnis" und "Freizeit")? *

Beruf

Sofern die*der Angehörige noch berufstätig ist, evtl. Stunden reduzieren oder gar eine Pflegepause einlegen.

*

Familie

s.o.: die Rolle(n), die die erkrankte Person inne hatte, müssen neu vergeben werden, teilweise ist ein Rollenwechsel notwendig, der nicht mit der erkrankten Person besprochen werden kann, da sie diese Notwendigkeit ncith oder zumindest nicht immer einsieht; Kinder oder Enkelkinder müssen behutsam an das Thema Demenz herangeführt werden (und vorgewarnt werden, dass Eltern- oder Großelternteil sich krankheitsbedingt verändert);

*

Partnerschaft

Machtgefüge verändert sich , Rollenwechsel auch gegen den Willen der betroffenen Person (z.B. wenn der Ehemann demenzerkrankt ist und zuvor für Geld und Versicherungen zuständig war - nun muss die Ehefrau sich hier einarbeiten. Der Ehemann wird diesen Bereich aber nicht einfach so aufgeben, da er nicht immerzu krankheitseinsichtig ist); Entscheidungen, die zuvor gemeinsam getroffen wurden, müssen zunehmend alleine gefällt werden. Es fehlt durch die Erkrankung das Gegenüber.

*

Eigene Person und Rollenverständnis

Anfangs ist es für Angehörige sehr schwer zu akzeptieren, dass die zuvor herrschende "Augenhöhe' zwischen den beiden Partner*innen zunehmend schwindet und schwinden muss, da der*die erkrankte Partner*in ihre rollen nicht mehr ausfüllen kann und Entscheidungen (meist) nicht mehr sinnvoll treffen kann. Auch der/die gesunde Partner*in muss lernen, dass er*sie nun neue Rollen übernehmen muss.

*

Freizeit

Entscheidungen über die Gestaltung der Freizeit können nicht mehr gemeinsam gefällt werden, Dinge, die zuvor für alle Beteiligten einer Familie passend waren und als sinnstiftend empfunden wurden, passen jetzt vielleicht für die erkrankte Person nicht mehr.

Welche Veränderungen nehmen Angehörige bei der dementiell veränderten Person wahr? *

Eine Vielzahl von Veränderungen! Oftmals wird am leidvollsten empfunden, wenn die erkrankte Person nicht mehr empathisch mit dem*der Partner*in oder den anderen Familienmitgliedern mitschwingt. Aber auch alle typischen Veränderungen , die mit demjeweiligen Kranheitsbild einher gehen, werden wahrgenommen (z.B. Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, der Orientierung, der Sprache, der Stimmung etc.)

Welche dieser Veränderungen nehmen Angehörige als am belastendsten wahr (bezogen auf deren "Tägliches Leben" sowie das "dementiell veränderte Familienmitglied")? *

Veränderungen im täglichen Leben der Angehörigen

FÜr Partner*innen von Menschen mit Demenz ist es oftmals sehr belastend, neue Rollen übernehmen zu müssen (z.B. die Ehefrau, die die Aufgaben und Rollen des Haushaltsvorstandes im Bereich Finanzen übernehmen muss oder auch der Ehemann, der plötzlich im hohen Alter noch kochen lernen muss, weil die demenzkranke Ehefrau dies nicht mehr kann).

*

Veränderungen beim dementiell veränderten Familienmitglied

s.o.: fehlende Fähigkeit , mit den Angehörigen mitzuschwingen, Verlust der Empathiefähigkeit (und weitere Persönlichkeitsveränderungen. Diese werden als belastender empfunden als die kognitiven Einbußen, die mit der Erkrankung einhergehen).

Welche negativen Emotionen empfinden Angehörige in der durch die Demenzerkrankung für sie neuen Situation? *

In erster Linie Trauer - Demenz erfordert unentwegte Abschiedsprozesse; Abschied von einer geliebten Person und ihren Fähigkeiten etc. Danaben kommt es auch zu Wut und Ärger als Kehrseite der Trauer.

Nehmen Angehörige neben diesen negativen Emotion auch positive Emotionen wahr? Wenn ja, welche? *

In unseren Angehörigengruppen wird trotz allem Negativen auch viel miteinander gelacht nach dem Motto "geteiltes Leid ist halbes Leid". Wenn man sich von anderen verstanden fühlt, kann man mancher Situation auch komische Seiten abgewinnen. Freude kommt immer dann auf, wo die "alte" Persönlichkeit der erkrankten Person aufblitzt oder wo erkannt wird, dass es auch "noch viel schlimmer sein könnte", was oftmals in den Gruppen möglich ist (da sitzt immer jemand, der ein schlimmeres Schicksal hat als man selbst).

Was tun Angehörige von sich aus, um mit der veränderten Situation und der damit verbundenen Zusatzbelastung zurecht zu kommen (z.B. Selbstfürsorge)? *

Wir fragen in unseren Beratungen Kraftquellen und Ressourcen gezielt ab - "tue mehr davon, was Dir gut tut!" ist ein Pfeiler unserer Beratung. Daneben ist schon der Gang zu uns und unserer Beratung natürlich ein Versuch, mit den Zusatzbelastungen durch die Demenz besser klar zu kommen. Wir vermitteln Angehörigenseminare und -gruppen, die hierfür ebenfalls sehr wichtig sind ("Wissen ist Macht!"). Auch das Lesen von Büchern und Broschüren hilft oftmals.

Psychische Gesundheit von Angehörigen dementiell veränderter Menschen

Die eben angesprochenen Belastungen können sich in negativer Weise auf die psychische Gesundheit der Angehörigen auswirken.

Welche Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Angehörige gibt es in Ihrer Einrichtung? *

kostenlose psychosoziale Beratung, die auch mehrfach genutzt werden kann, Angehörigenseminare, Angehörigengesprächsgruppen, Freizeitangebote, die auch gemeinsam mit der erkrankten Person genutzt werden können (z.B. Chor, Ausflüge, Erzählcafé, kleine Spaziergänge, kulturelle Angebote für die Erkrankten und deren Familien etc.)

Welche weiteren Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Angehörige kennen Sie? *

Alles, was zeitliche Entlastung bietet wie z.B. Betreuungsgruppen, Tagespflege und auch Kurzzeitpflege; Psychotherapie; weitere therapeutische Angebote wie Physiotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie etc.

Resilienz als Faktor für die Psychische Gesundheit

Besonders in belastenden Lebensphasen erweist sich die Fähigkeit zur Resilienz als förderlich für die psychische Gesundheit eines Menschen.

Wie würden Sie den Begriff „Resilienz“ definieren? *

Resilienz ist die Fähigkeit des Menschen, sich an Bedingungen seiner Umwelt anzupassen und dadurch schädlichen Einflüssen von außen besser standzuhalten.

Für wie wichtig erachten Sie die folgenden Aspekte in Verbindung mit der Resilienz eines Menschen? *

Selbst- und Fremdwahrnehmung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	◉	○	○	sehr wichtig

*

Selbstwirksamkeit (-serwartung)

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Selbststeuerung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Soziale Kompetenz

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	◉	○	○	sehr wichtig

*

Problemlösefähigkeit

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Stressbewältigung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

Welche Impulse zur Resilienzförderung, die man für sich selbst praktizieren kann, kennen Sie (z.B. Glücktagebuch o.Ä.)? *

Das ist kein Thema, mit dem ich mich intensiver befasst habe und das in meiner Arbeit hier eine Rolle spielt. Aus der Arbeit in einer Krebsberatungsstelle erinner ich noch ein Glückstagebuch und die sog. Glücksbohnen.

Dieser Inhalt wurde nicht von Google erstellt und wird von Google auch nicht unterstützt.

Google Formulare

„Resilienz bei Angehörigen dementiell veränderter Menschen“

Liebe Teilnehmende,

mein Name ist Stephanie Schmieder, ich studiere Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule in Nürnberg und schreibe gerade meine Bachelorarbeit zum Thema „Resilienz bei Angehörigen von dementiell veränderten Menschen - Theoretisch-Konzeptionelle Überlegungen bezüglich der Entwicklung eines Podcasts zur Förderung der psychischen Gesundheit“.
In Zuge dessen habe ich einen kurzen Fragebogen entwickelt, durch den ich mehr über die Situation von Angehörigen dementiell veränderter Menschen und die Bedeutung von Resilienz für deren psychische Gesundheit erfahren möchte. Deshalb bitte ich Sie als Fachkraft aus dem Bereich der Demenz- bzw. Angehörigenarbeit die folgenden 12 Fragen anhand Ihrer persönlichen Erfahrungen aus Ihrer beruflichen Praxis zu beantworten.

Vielen Danken für Ihre Teilnahme

E-Mail-Adresse *

Belastungen für Angehörige dementiell veränderter Menschen

Im Folgenden wird auf die aus einer Demenzerkrankung eines Familienmitglieds resultierenden Veränderungen und die damit einhergehenden Belastungen für deren Angehörige eingegangen.

Welche neuen Aufgaben ergeben sich für Angehörige durch die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds? *

Verantwortungsübernahme in bürokratischen und alltagspraktischen Anliegen, im Verlauf der Erkrankung alltagsstruktirierende Maßnahmen, Begleitung und Betreuung im Sinne einer Beaufsichtigung, Übernahme von pflegerischen Leistungen. Und zwingend die Aneigungn von Wissen über das Krankheitsbild, flexible, immerwährnde Anpassung des eigenen Verhaltens und der Kommunikation entsprechend des Stadiums der Demenzerkrankung, damit der gemeinsame Alltag gelingen kann

Welche Auswirkungen hat die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds auf das tägliche Leben der Angehörigen (bezogen auf die Bereiche "Beruf", "Familie", "Partnerschaft", "Eigene Person & Rollenverständnis" und "Freizeit")? *

Beruf

ggf. Reduzierung der Arbeitszeit (kommt auf Familienstand an / Partner / Kind), ggf. häufige Störung am Arbeitsplatz durch Anrufe, Abwesenheit wegen nötiger Begleitung zu Arztterminen u.Ä.; ggf. eigene geringe Belastbarkeit durch Schlafmangel bzw. anderweitiger Überforderung durch die Betreuung, Karriereknick da nicht mehr flexibel einsetzbar

*

Familie

Demenz betrifft das ganze System und verschiebt Verantwortungen; alte Rollenmuster verändern sich und die Anpassung an neue Rollen birgt Konfliktpotential, Kinder tragen plötzlich Verantwortung für Eltern, was häufig nicht zum Sebstverständnis der Eltern passt

*

Partnerschaft

Vom Partner zur Pflegeperson (das betrifft nicht nur den Demenzbereicht. sondern Pflege im Allgemeinen), die ggf. als bevormundend empfunden wird. Das gemeiname Alter wurde sich häufig anders vorgstellt, nun dreht sich alles nur noch um den Menschen mit Demenz. Als eigenständige Person kann der Pflegende kaum mehr agieren

*

Eigene Person und Rollenverständnis

der Pflegende? dieser muss sich ständig an die veränderungen der Demenz anpassen, stets flexibel sein, was je nach Person sehr schwierig werden kann. Eigene Bedürfnisse treten zunehmend in den Hintergrund. Besonders schwierig wird es, wenn der MmD die Verantwortungsverschiebung nicht annehmen kann und daraus Konflikte entstehen - die neue Rolle, die vielleicht garnicht gewollt wurde, aber zu übernhemen ist, wird ständig in Frage gestellt...

*

Freizeit

wenn der Pflegende nicht aktiv seine Freizeit gestaltet und sich hierfür ein tragbares Netzwerk für die Betreuung aufbaut, werden eigene Freizeitaktivitäten häufig reduziert und der Ausgleich fehlt. Auch Freundschaften werden häufig nicht mehr gepflegt aus Scham, Unverständnis der Freunde, Wegfalls der früheren gemeinsamen Hobbies mit Frunden. Häufig insgesamter sozialer Rückzug und Gefahr der sozialen Isolation

Welche Veränderungen nehmen Angehörige bei der dementiell veränderten Person wahr? *

Verlust der Persönlichkeit, Selbständigkeit, im grunde der Person, die man zuvor geliebt hat. Verlust des Gesprächspartners. Hierbei spielen vor allem die Auswirkungen der entsprechenden Demenzformen eine große Rolle. Liegt eine frontotemporale Demenz vor, wird es besonders belastend.

Welche dieser Veränderungen nehmen Angehörige als am belastendsten wahr (bezogen auf deren "Tägliches Leben" sowie das "dementiell veränderte Familienmitglied")? *

Veränderungen im täglichen Leben der Angehörigen

das lässt sich nicht einfach sagen, denn hier spielt es immer eine Rolle, was der Angehörige an Optimismus, Wissen über Demenz, allgemeine Einstellung zum Leben, gute Ehe, war ich zufrieden mit meinem Leben usw. mitbringt. Wie stark verändert sich der MmD, ist er noch liebenswert, bedankt er sich usw. Schwierig ist aber immer: das Gefühl, dass der MmD immer mehr verschwindet, dass man dem Abbau und dem Verfall über Jahre zusehen muss, es ist eine Trauer zu Lebzeiten.

*

Veränderungen beim dementiell veränderten Familienmitglied

indivieduell: Verlust des Parnters wie er mal war, Verlust der Selbständigkeit...

Welche negativen Emotionen empfinden Angehörige in der durch die Demenzerkrankung für sie neuen Situation? *

individuell: Verlust, Überforderung, Trauer, Wut, Angst, Schamgefühle, immer wieder Schuld: mache ich genug, warum bin ich laut geworden, ich müsste es doch besser wissen...

Nehmen Angehörige neben diesen negativen Emotion auch positive Emotionen wahr? Wenn ja, welche? *

Mit etwas Glück schafft man es im Moment zu Leben und den Blick weg von den Defiziten auf die Ressourcen zu legen - daraus können positive Gefühle entstehen

Was tun Angehörige von sich aus, um mit der veränderten Situation und der damit verbundenen Zusatzbelastung zurecht zu kommen (z.B. Selbstfürsorge)? *

im besten Fall nutzen Sie gute diagnostische Möglichkeiten, aakzeptieren schnell die Diagnose und passen sich an. Beratung und Austausch mit andren betroffenen kann helfen. Netzwerk zur Betreuung aufbauen. Ambulante Pflege und Tagesplege, Reha

Psychische Gesundheit von Angehörigen dementiell veränderter Menschen

Die eben angesprochenen Belastungen können sich in negativer Weise auf die psychische Gesundheit der Angehörigen auswirken.

Welche Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Angehörige gibt es in Ihrer Einrichtung? *

Angebot entlastender Gespräche, Gesprächsgruppe für Angehörige, Unterstützung beim Aufbau eines Netzwerkes, Vermittlung von Wissen zu Demenzen und gelingender Alltagsgestaltung und Kommunikation

Welche weiteren Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Angehörige kennen Sie? *

Reha, Gesprächstherapie

Resilienz als Faktor für die Psychische Gesundheit

Besonders in belastenden Lebensphasen erweist sich die Fähigkeit zur Resilienz als förderlich für die psychische Gesundheit eines Menschen.

Wie würden Sie den Begriff „Resilienz“ definieren? *

psychische Widerstandsfähigkeit, die Fähigeit aus eigener Kraft mit Herausforderungen des Lebens zufrieden und gelassen zurecht zu kommen

Für wie wichtig erachten Sie die folgenden Aspekte in Verbindung mit der Resilienz eines Menschen? *

Selbst- und Fremdwahrnehmung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	◉	○	sehr wichtig

*

Selbstwirksamkeit (-serwartung)

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Selbststeuerung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Soziale Kompetenz

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	◉	○	sehr wichtig

*

Problemlösefähigkeit

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Stressbewältigung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

Welche Impulse zur Resilienzförderung, die man für sich selbst praktizieren kann, kennen Sie (z.B. Glücktagebuch o.Ä.)? *

Selbstreflexion, eine gute Balance zwischen interner und externer Attribution wenn Dinge nicht gelingen, ausreichend Schlaf, und Beschäftigung mit positiven Themen im eigenen Leben, Kaffeebohnen bei glücklichen Momenten zählen... YOGA!!! Und Podcast hören wie glücklich verkopft :) Viel Erfolg wünsche ich bei dem interessantem Thema Ihrer Arbeit!

Dieser Inhalt wurde nicht von Google erstellt und wird von Google auch nicht unterstützt.

Google Formulare

„Resilienz bei Angehörigen dementiell veränderter Menschen“

Liebe Teilnehmende,

mein Name ist Stephanie Schmieder, ich studiere Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule in Nürnberg und schreibe gerade meine Bachelorarbeit zum Thema „Resilienz bei Angehörigen von dementiell veränderten Menschen - Theoretisch-Konzeptionelle Überlegungen bezüglich der Entwicklung eines Podcasts zur Förderung der psychischen Gesundheit“.
In Zuge dessen habe ich einen kurzen Fragebogen entwickelt, durch den ich mehr über die Situation von Angehörigen dementiell veränderter Menschen und die Bedeutung von Resilienz für deren psychische Gesundheit erfahren möchte. Deshalb bitte ich Sie als Fachkraft aus dem Bereich der Demenz- bzw. Angehörigenarbeit die folgenden 12 Fragen anhand Ihrer persönlichen Erfahrungen aus Ihrer beruflichen Praxis zu beantworten.

Vielen Danken für Ihre Teilnahme

E-Mail-Adresse *

[redacted]

Belastungen für Angehörige dementiell veränderter Menschen

Im Folgenden wird auf die aus einer Demenzerkrankung eines Familienmitglieds resultierenden Veränderungen und die damit einhergehenden Belastungen für deren Angehörige eingegangen.

Welche neuen Aufgaben ergeben sich für Angehörige durch die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds? *

Müssen oft nach den Demenzerkrankten schauen,vor allem wenn dieser alleine wohnt. Sicherheitsvorkehrungen in der Wohnung des Betroffenen treffen, Herd ausschalten, Teppiche und andere Stolperquellen entfernen.

Welche Auswirkungen hat die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds auf das tägliche Leben der Angehörigen (bezogen auf die Bereiche "Beruf", "Familie", "Partnerschaft", "Eigene Person & Rollenverständnis" und "Freizeit")? *

Beruf

ist mit Unruhe und Angst der Angehörigen verbunden

*

Familie

die eigen Familie der Angehörigen seien es die Enkel oder Kinder werden manchmal alleingelassen mit ihren Problemen, es dreht sich alles um die Eltern die an Demenz leiden.

*

Partnerschaft

Urlaube werden nicht mehr gemacht, aus Angst oder schlechten Gewissen in der Zeit kann was passieren

*

Eigene Person und Rollenverständnis

Interessen werden vernachlässigt

*

Freizeit

Hobbies, pflegen von Kontakten zu Vereinen, Besuch von einen Gottesdienst wird zurückgestellt

Welche Veränderungen nehmen Angehörige bei der dementiell veränderten Person wahr? *

Orientierungsstörungen welcher Tag? welche Jahreszeit? Wo bin ich? Wortfindungsstörungen

Welche dieser Veränderungen nehmen Angehörige als am belastendsten wahr (bezogen auf deren "Tägliches Leben" sowie das "dementiell veränderte Familienmitglied")? *

Veränderungen im täglichen Leben der Angehörigen

Wenn der Betroffene immer wieder Heim will, und die Angehörigen immer wieder bestätigen, daß er eigentlich daheim ist.

*

Veränderungen beim dementiell veränderten Familienmitglied

Unruhe, umherwandern, suchen nach Gegenständen, die man ganz woanders findet zB. Handtasche im Kühlschrank, Geldbeutel unter Wäschestücken gut versteckt

Welche negativen Emotionen empfinden Angehörige in der durch die Demenzerkrankung für sie neuen Situation? *

Schamgefühle, Was denken die Andreren wenn die merken meine Mutter oder Vater sind verwirrt?

Nehmen Angehörige neben diesen negativen Emotion auch positive Emotionen wahr? Wenn ja, welche? *

Bereicherung,

Was tun Angehörige von sich aus, um mit der veränderten Situation und der damit verbundenen Zusatzbelastung zurecht zu kommen (z.B. Selbstfürsorge)? *

Tagespflegebesuch, oder Einzeilbetreuung stundenweise eine geschulte Helferin kommen lassen

Psychische Gesundheit von Angehörigen dementiell veränderter Menschen

Die eben angesprochenen Belastungen können sich in negativer Weise auf die psychische Gesundheit der Angehörigen auswirken.

Welche Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Angehörige gibt es in Ihrer Einrichtung? *

Atempause für pflegende Angehörige Austausch untereinander, sich wieder neue Kraftquellen bewußt zu machen,

Welche weiteren Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Angehörige kennen Sie? *

Walking Gruppe gründen,

Resilienz als Faktor für die Psychische Gesundheit

Besonders in belastenden Lebensphasen erweist sich die Fähigkeit zur Resilienz als förderlich für die psychische Gesundheit eines Menschen.

Wie würden Sie den Begriff „Resilienz“ definieren? *

Auf seine eigene Gesundheit achten

Für wie wichtig erachten Sie die folgenden Aspekte in Verbindung mit der Resilienz eines Menschen? *

Selbst- und Fremdwahrnehmung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Selbstwirksamkeit (-serwartung)

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Selbststeuerung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Soziale Kompetenz

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Problemlösefähigkeit

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	◉	○	sehr wichtig

*

Stressbewältigung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	◉	○	sehr wichtig

Welche Impulse zur Resilienzförderung, die man für sich selbst praktizieren kann, kennen Sie (z.B. Glücktagebuch o.Ä.)? *

Achtsamkeitsübungen, meditative Musik über you Tube hören,

„Resilienz bei Angehörigen dementiell veränderter Menschen“

Liebe Teilnehmende,

mein Name ist Stephanie Schmieder, ich studiere Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule in Nürnberg und schreibe gerade meine Bachelorarbeit zum Thema „Resilienz bei Angehörigen von dementiell veränderten Menschen - Theoretisch-Konzeptionelle Überlegungen bezüglich der Entwicklung eines Podcasts zur Förderung der psychischen Gesundheit“.
In Zuge dessen habe ich einen kurzen Fragebogen entwickelt, durch den ich mehr über die Situation von Angehörigen dementiell veränderter Menschen und die Bedeutung von Resilienz für deren psychische Gesundheit erfahren möchte. Deshalb bitte ich Sie als Fachkraft aus dem Bereich der Demenz- bzw. Angehörigenarbeit die folgenden 12 Fragen anhand Ihrer persönlichen Erfahrungen aus Ihrer beruflichen Praxis zu beantworten.

Vielen Danken für Ihre Teilnahme

E-Mail-Adresse *

[redacted]

Belastungen für Angehörige dementiell veränderter Menschen

Im Folgenden wird auf die aus einer Demenzerkrankung eines Familienmitglieds resultierenden Veränderungen und die damit einhergehenden Belastungen für deren Angehörige eingegangen.

Welche neuen Aufgaben ergeben sich für Angehörige durch die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds? *

Sie müssen die nicht mehr zu bewältigenden Aufgaben des Menschen mit Demenz mit übernehmen, Alltagstruktur planen und müssen sich emotional auf die Veränderungen einstellen und vor allem damit umgehen lernen, einfühlsam kommunizieren. Und ihre eigene Rolle erkennen und Grenzen setzen

Welche Auswirkungen hat die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds auf das tägliche Leben der Angehörigen (bezogen auf die Bereiche "Beruf", "Familie", "Partnerschaft", "Eigene Person & Rollenverständnis" und "Freizeit")? *

Beruf

Die Person mit Demenz ist immer präsent, in allem Tagesabläufen und psychisch belastet

*

Familie

Familien haben häufig untereinander andere Sichtweisen und verschiedene Perspektiven und Rollen, es bestehen verschiedene Haltungen in der Familie, meist wird einer Person die Zuständigkeit zugeschoben
Meist gibt es viele Diskussionen, Streitigkeiten

*

Partnerschaft

Häufig schwierige Konstellation durch nicht verarbeitete in Vergangenheit erlebte Partnerschaftsprobleme
Die Rollen werden verändert, Partner erleben sich hilflos der Situation ausgesetzt

*

Eigene Person und Rollenverständnis

Ambiguität und Ambivalenz, hin und her gerissen zwischen Wut, larvierte Trauer und Fürsorge

*

Freizeit

Aktivitäten alleine werden selten weiter verfolgt, bedeutet hohen Planungsaufwand

Welche Veränderungen nehmen Angehörige bei der dementiell veränderten Person wahr? *

Erinnerungslücken, vor allem verändertes Verhalten

Welche dieser Veränderungen nehmen Angehörige als am belastendsten wahr (bezogen auf deren "Tägliches Leben" sowie das "dementiell veränderte Familienmitglied")? *

Veränderungen im täglichen Leben der Angehörigen

kein Verständnis für das veränderte Verhalten der Person mit Demenz, versuchen durch Fürsorge und Struktur zu kompensieren

*

Veränderungen beim dementiell veränderten Familienmitglied

Scham, Aggression, Wut, keine Selbstversorgung durch Orientierungsproblemen mehr möglich, Abhängig vom Angehörigen

Welche negativen Emotionen empfinden Angehörige in der durch die Demenzerkrankung für sie neuen Situation? *

Wut, warum ich, auch Scham, schämt sich für den Angehörigen und Unverständnis, warum sagt er sowas, Hilflosigkeit

Nehmen Angehörige neben diesen negativen Emotion auch positive Emotionen wahr? Wenn ja, welche? *

Begegnen den Menschen anders, kommen sich manchmal näher, arbeiten durch die Fürsorge ihre Schuldgefühle auf

Was tun Angehörige von sich aus, um mit der veränderten Situation und der damit verbundenen Zusatzbelastung zurecht zu kommen (z.B. Selbstfürsorge)? *

Suchen sich Gleichgesinnte, Gespräche, Kurse, Entlastung durch die Familie und von außen

Psychische Gesundheit von Angehörigen dementiell veränderter Menschen

Die eben angesprochenen Belastungen können sich in negativer Weise auf die psychische Gesundheit der Angehörigen auswirken.

Welche Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Angehörige gibt es in Ihrer Einrichtung? *

Kurs: Edukation Demenz Einfühlsame Kommunikation für pflegende Angehörige, nach Konzept von Prof. Dr. Engel
Angehörigengesprächskreis
Entlastung: Helferkreis
Betreuungsgruppe Zeitlos
psychosoziale Beratung

Welche weiteren Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Angehörige kennen Sie? *

Sportangebote, Auszeitangebote usw.

Resilienz als Faktor für die Psychische Gesundheit
Besonders in belastenden Lebensphasen erweist sich die Fähigkeit zur Resilienz als förderlich für die psychische Gesundheit eines Menschen.

Wie würden Sie den Begriff „Resilienz“ definieren? *

Auch in schwierigen Situationen das positive zu sehen und zu spüren und danach zu handeln

Für wie wichtig erachten Sie die folgenden Aspekte in Verbindung mit der Resilienz eines Menschen? *

Selbst- und Fremdwahrnehmung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	◉	○	sehr wichtig

*

Selbstwirksamkeit (-serwartung)

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Selbststeuerung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	◉	○	sehr wichtig

*

Soziale Kompetenz

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	◉	○	sehr wichtig

*

Problemlösefähigkeit

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	◉	○	sehr wichtig

*

Stressbewältigung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	◉	○	sehr wichtig

Welche Impulse zur Resilienzförderung, die man für sich selbst praktizieren kann, kennen Sie (z.B. Glücktagebuch o.Ä.)? *

Humor, Lachen, Singen

Dieser Inhalt wurde nicht von Google erstellt und wird von Google auch nicht unterstützt.

Google Formulare

„Resilienz bei Angehörigen dementiell veränderter Menschen“

Liebe Teilnehmende,

mein Name ist Stephanie Schmieder, ich studiere Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule in Nürnberg und schreibe gerade meine Bachelorarbeit zum Thema „Resilienz bei Angehörigen von dementiell veränderten Menschen - Theoretisch-Konzeptionelle Überlegungen bezüglich der Entwicklung eines Podcasts zur Förderung der psychischen Gesundheit“.
In Zuge dessen habe ich einen kurzen Fragebogen entwickelt, durch den ich mehr über die Situation von Angehörigen dementiell veränderter Menschen und die Bedeutung von Resilienz für deren psychische Gesundheit erfahren möchte. Deshalb bitte ich Sie als Fachkraft aus dem Bereich der Demenz- bzw. Angehörigenarbeit die folgenden 12 Fragen anhand Ihrer persönlichen Erfahrungen aus Ihrer beruflichen Praxis zu beantworten.

Vielen Danken für Ihre Teilnahme

E-Mail-Adresse *

[redacted]

Belastungen für Angehörige dementiell veränderter Menschen

Im Folgenden wird auf die aus einer Demenzerkrankung eines Familienmitglieds resultierenden Veränderungen und die damit einhergehenden Belastungen für deren Angehörige eingegangen.

Welche neuen Aufgaben ergeben sich für Angehörige durch die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds? *

- Auseinandersetzung mit der Demenz und dem Umgang mit der Erkrankung
- Sozialrechtliche Angelegenheiten regeln
- Organisation der Versorgung/Betreuung

Welche Auswirkungen hat die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds auf das tägliche Leben der Angehörigen (bezogen auf die Bereiche "Beruf", "Familie", "Partnerschaft", "Eigene Person & Rollenverständnis" und "Freizeit")? *

Beruf

- ggf. geringere Belastbarkeit (z.B. mangelnde Konzentrationsfähigkeit o.ä. aufgrund von Sorge)
- ggf. Diskriminierung
- ggf. geringere zeitliche Ressourcen, Notwendigkeit von Teilzeit

*

Familie

- ggf. Konflikte, wer für was zuständig ist
- ggf. geringere zeitliche Kapazitäten
- ggf. eingeschränkte Mobilität
- ggf. Verzicht auf eigene Interessen

*

Partnerschaft

- s.o.

*

Eigene Person und Rollenverständnis

- Abgrenzung ?!
- in neue Rolle einfinden
- Verzicht ?!

*

Freizeit

- Verzicht?
- ggf. keine längeren Abwesenheiten möglich

Welche Veränderungen nehmen Angehörige bei der dementiell veränderten Person wahr? *

- unterschiedlich, je nach Form der Demenz und Ausprägung

Welche dieser Veränderungen nehmen Angehörige als am belastendsten wahr (bezogen auf deren "Tägliches Leben" sowie das "dementiell veränderte Familienmitglied")? *

Veränderungen im täglichen Leben der Angehörigen

Scham aufgrund bestimmter Verhaltensweisen
Ständige Erreichbarkeit
soziale Isolation

*

Veränderungen beim dementiell veränderten Familienmitglied

- peinliches Verhalten
- aggressive Verhaltenstendenzen
- Weglauftendenzen
- Nachtaktivität
- Inkontinenz
- Ablehnung von Untetstützung

Welche negativen Emotionen empfinden Angehörige in der durch die Demenzerkrankung für sie neuen Situation? *

- Scham
- Schuldgefühle
- Wut
- Angst

Nehmen Angehörige neben diesen negativen Emotion auch positive Emotionen wahr? Wenn ja, welche? *

- Fürsorge
- Liebe
- Zusammenhalt
- Vertrauen
- Versprechen einlösen

Was tun Angehörige von sich aus, um mit der veränderten Situation und der damit verbundenen Zusatzbelastung zurecht zu kommen (z.B. Selbstfürsorge)? *

- Angehörigengruppen
- Beratung
- Schulungen
- Sport
- Netzwerk schaffen

Psychische Gesundheit von Angehörigen dementiell veränderter Menschen

Die eben angesprochenen Belastungen können sich in negativer Weise auf die psychische Gesundheit der Angehörigen auswirken.

Welche Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Angehörige gibt es in Ihrer Einrichtung? *

Angehörigengruppe
Beratung

Welche weiteren Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Angehörige kennen Sie? *

Schulungen

Resilienz als Faktor für die Psychische Gesundheit

Besonders in belastenden Lebensphasen erweist sich die Fähigkeit zur Resilienz als förderlich für die psychische Gesundheit eines Menschen.

Wie würden Sie den Begriff „Resilienz“ definieren? *

Widerstandsfähigkeit

Für wie wichtig erachten Sie die folgenden Aspekte in Verbindung mit der Resilienz eines Menschen? *

Selbst- und Fremdwahrnehmung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	◉	○	sehr wichtig

*

Selbstwirksamkeit (-serwartung)

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Selbststeuerung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Soziale Kompetenz

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	◉	○	sehr wichtig

*

Problemlösefähigkeit

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	◉	○	sehr wichtig

*

Stressbewältigung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	◉	○	sehr wichtig

Welche Impulse zur Resilienzförderung, die man für sich selbst praktizieren kann, kennen Sie (z.B. Glücktagebuch o.Ä.)? *

- Achtsamkeitstraining
- Entspannungsverfahren
- Sport
- Hobbys
- soziale Kontakte
- Grenzen setzen
- Optimismus fördern

Dieser Inhalt wurde nicht von Google erstellt und wird von Google auch nicht unterstützt.

Google Formulare

„Resilienz bei Angehörigen dementiell veränderter Menschen“

Liebe Teilnehmende,

mein Name ist Stephanie Schmieder, ich studiere Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule in Nürnberg und schreibe gerade meine Bachelorarbeit zum Thema „Resilienz bei Angehörigen von dementiell veränderten Menschen - Theoretisch-Konzeptionelle Überlegungen bezüglich der Entwicklung eines Podcasts zur Förderung der psychischen Gesundheit“.
In Zuge dessen habe ich einen kurzen Fragebogen entwickelt, durch den ich mehr über die Situation von Angehörigen dementiell veränderter Menschen und die Bedeutung von Resilienz für deren psychische Gesundheit erfahren möchte. Deshalb bitte ich Sie als Fachkraft aus dem Bereich der Demenz- bzw. Angehörigenarbeit die folgenden 12 Fragen anhand Ihrer persönlichen Erfahrungen aus Ihrer beruflichen Praxis zu beantworten.

Vielen Danken für Ihre Teilnahme

E-Mail-Adresse *

[redacted]

Belastungen für Angehörige dementiell veränderter Menschen

Im Folgenden wird auf die aus einer Demenzerkrankung eines Familienmitglieds resultierenden Veränderungen und die damit einhergehenden Belastungen für deren Angehörige eingegangen.

Welche neuen Aufgaben ergeben sich für Angehörige durch die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds? *

klare Strukturierung des Alltags, ständige Anspannung (was macht mein Angehöriger, wo ist er,..)

Welche Auswirkungen hat die Demenzerkrankung eines Familienmitglieds auf das tägliche Leben der Angehörigen (bezogen auf die Bereiche "Beruf", "Familie", "Partnerschaft", "Eigene Person & Rollenverständnis" und "Freizeit")? *

Beruf

Gehen mit schlechtem Gewissen auf die Arbeit, brauchen in dieser Zeit Betreuung, müssen evtl. Arbeitszeit reduzieren

*

Familie

alle Angehörigen müssen "zusammenhelfen", Familienstruktur ändert sich

*

Partnerschaft

Rollenverhältnis ändert sich völlig

*

Eigene Person und Rollenverständnis

teilweise ständige Anspannung, Veränderung der bisherigen Rolle in der Familie, mehr Verantwortung

*

Freizeit

deutliche Einschränkung der Freitzeitmöglichkeiten, bzw. immer auf andere angewiesen sein, die in dieser Zeit den dementen Angehörigen betreuen

Welche Veränderungen nehmen Angehörige bei der dementiell veränderten Person wahr? *

zunehmende Vergesslichkeit, teilweise Aggressionen, fühlen sich nicht verstanden

Welche dieser Veränderungen nehmen Angehörige als am belastendsten wahr (bezogen auf deren "Tägliches Leben" sowie das "dementiell veränderte Familienmitglied")? *

Veränderungen im täglichen Leben der Angehörigen

Einschränkung der Eigenständigkeit

*

Veränderungen beim dementiell veränderten Familienmitglied

Aggressionen, Veränderung der Persönlichkeit, "er ist nicht mehr der, der er einmal war"

Welche negativen Emotionen empfinden Angehörige in der durch die Demenzerkrankung für sie neuen Situation? *

Wut, Trauer, Resignation

Nehmen Angehörige neben diesen negativen Emotion auch positive Emotionen wahr? Wenn ja, welche? *

zusammen über die "alten Zeiten" lachen, alte Erinnerungen teilen

Was tun Angehörige von sich aus, um mit der veränderten Situation und der damit verbundenen Zusatzbelastung zurecht zu kommen (z.B. Selbstfürsorge)? *

Entlastungsangebote in Anspruch nehmen (Tagespflege, Kurzzeitpflege, stundenweise Betreuung)

Psychische Gesundheit von Angehörigen dementiell veränderter Menschen

Die eben angesprochenen Belastungen können sich in negativer Weise auf die psychische Gesundheit der Angehörigen auswirken.

Welche Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Angehörige gibt es in Ihrer Einrichtung? *

bei Bedarf Gespräche, Tagespflege, Stundenweise Betreuung

Welche weiteren Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Angehörige kennen Sie? *

Selbsthilfegruppen für Angehörige, Austausch in Foren, Reha für pflegende Angehörige

Resilienz als Faktor für die Psychische Gesundheit

Besonders in belastenden Lebensphasen erweist sich die Fähigkeit zur Resilienz als förderlich für die psychische Gesundheit eines Menschen.

Wie würden Sie den Begriff „Resilienz“ definieren? *

schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen

Für wie wichtig erachten Sie die folgenden Aspekte in Verbindung mit der Resilienz eines Menschen? *

Selbst- und Fremdwahrnehmung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	◉	○	○	sehr wichtig

*

Selbstwirksamkeit (-serwartung)

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Selbststeuerung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	◉	○	sehr wichtig

*

Soziale Kompetenz

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Problemlösefähigkeit

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

*

Stressbewältigung

	1	2	3	4	5	
weniger wichtig	○	○	○	○	◉	sehr wichtig

Welche Impulse zur Resilienzförderung, die man für sich selbst praktizieren kann, kennen Sie (z.B. Glücktagebuch o.Ä.)? *

bewusste Auszeiten - feste Zeiten im Alltag einplanen