



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Masterarbeit

Zum Erlangen des Akademischen Grades
Beratung (M.sc.) (FH)

Der Einfluss der familiären Verbundenheit auf das Belastungserleben von pflegenden Töchtern krebskranker Eltern: Risiko - Chance

Urn:nbn:de:gbv:519-thesis2011-0265-0

Erstgutachter:
Prof. Dr. B. Bräutigam

vorgelegt von:
Stefanie Welp

Zweitprüfer:
Prof.

23.06.2011

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Stefanie Welp, an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.

Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen wurden, sind in jedem Fall unter der Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht oder in anderer Form an irgendeiner Stelle als Prüfungsleistung vorgelegt worden.

Neubrandenburg, den 23.06.2011

Stefanie Welp

Inhaltsverzeichnis	
Zusammenfassung.....	1
0 Einleitung.....	2
1 Krebserkrankung und ihre Auswirkungen	4
1.1 Epistemologie.....	4
1.2 Risikofaktoren.....	5
1.3 Die medizinischen Aspekte einer Krebserkrankung	6
1.4 Bedeutung der Krebserkrankung für den Betroffenen	6
1.5 Auswirkungen einer Krebserkrankung für das soziale Umfeld	7
2 Belastung der Krebserkrankung für die Angehörige.....	9
2.1 Angehörige.....	9
2.1.1 (Pfleger) Angehörige in Deutschland	10
2.1.2 Pfleger Töchter	11
2.2 Motive für die Übernahme der Pflege.....	12
2.2.1 Normative christliche und moralische Werte, Pflichtgefühl.....	12
2.2.2 Liebe, Dankbar und familiäre Verbundenheit.....	13
2.2.3 Sinnfindung, auf der Suche nach einer neuen Aufgabe	13
2.2.4 Finanzieller Zugewinn	14
2.3 Belastungen.....	14
2.3.1 Physischen und Psychischen Ebenen.....	14
2.3.1.1 Physische Auswirkungen	14
2.3.1.2 Psychische Auswirkungen	15
2.3.2 Dauer der Pflege	15
2.3.3 Zeitliche Verfügbarkeit.....	16
2.3.4 Sozialen Ebenen.....	17
2.3.4.1 Rollenerwartung und Rollenkonflikte.....	17
2.3.4.2 Veränderungen in der Eltern-Kind-Beziehung	17

2.3.4.3	Veränderungen im Freundeskreis	19
2.3.5	Finanzielle Belastungen	19
2.4	Folgen der Überforderung	20
2.4.1	Verlust des Selbst	20
2.4.2	Isolation	21
2.4.3	Wut	21
2.4.4	Misshandlung von älteren Hilfsbedürftigen	22
2.4.5	Gesundheitlicher Zustand	22
2.5	Ursachen und Hintergründe von Belastungen	23
2.5.1	Das „Warum“ – die Frage nach der Individualität von Belastung	24
2.5.2	Zusammenspiel von Motivation und Belastungen	24
2.6	Einflussfaktoren der familiären Verbundenheit auf das Belastungserleben ...	25
2.6.1	Einflussfaktoren von sozialer Unterstützung auf das Belastungserleben ...	26
2.6.1.1	Formen und Quellen	26
2.6.1.2	Wirkungsweisen sozialer Unterstützung	27
2.6.2	Einflussfaktoren der Bindungsrepräsentanz auf das Belastungserleben ...	29
2.6.2.1	Eltern-Kind-Beziehung und Bindung	29
2.6.2.2	Auswirkung der Bindungsrepräsentation auf das Belastungserleben .	30
3	Der Weg zur Individuation in der Familie	33
3.1	Der Weg zur Individuation	34
3.1.1	Der Einfluss der Loyalität auf die Individuationsentwicklung	35
3.1.2	Filiale Reife	36
3.2	Filiale Krise	37
3.2.1	Krise als Chance zur Veränderung	38
3.2.1.1	Bedeutung des Symptoms	39
3.2.1.2	Persönlichkeitswachstum	39
3.2.1.3	Resilienzentwicklung	40
3.2.2	Der Weg aus der Krise	40

4	Angehörigenberatung.....	41
4.1	Beratung.....	41
4.2	Hauptaufgaben & Ziele der Angehörigenarbeit.....	42
4.3	Beratungsprozess & Beratungsaspekte unter dem Aspekt der Filialen Reife.....	43
4.3.1	Berater-Client-Beziehung.....	44
4.3.1.1	Merkmale eines Beraters.....	45
4.3.1.2	Beziehungsaufbau zwischen Berater und Klient.....	45
4.3.2	Informierende Informationen.....	46
4.3.3	Kommunikation.....	47
4.3.3.1	(Pflege-) Beziehung erörtern.....	48
4.3.3.2	Hilfestellung bei der Gestaltung der Beziehung zum Elternteil.....	49
4.3.4	Erkennen & Akzeptieren der Belastung und Emotionen.....	51
4.3.5	Gemeinsam Suchen nach Erleichterungen.....	51
4.3.5.1	Ressourcen erörtern.....	52
4.3.5.2	Nutzung von Hilfsangeboten.....	53
4.3.5.3	Selbstfürsorge.....	53
4.4	Effekte psychosozialer Angehörigenarbeit.....	55
	Schlussfolgerung.....	57
	Anhang.....	64
	Literaturverzeichnis.....	66

Zusammenfassung

Eine Krebserkrankung ist eine chronische Erkrankung. Auf Grund der medizinischen Möglichkeiten können immer mehr Patienten behandelt werden, und zugleich treten mehr Nebenwirkungen und Beeinträchtigungen auf Grund der Erkrankung und Behandlung auf. Um diese zu kompensieren, benötigen die krebserkrankten Eltern Hilfe und Unterstützung von ihren Töchtern. Für alle Beteiligten stellt eine Krebserkrankung und die damit einhergehenden physischen und psychischen Beeinträchtigungen eine Herausforderung, wenn nicht gar eine Grenzsituation dar. Angehörige sind eine wichtige Ressource, sowohl für die Familien, wie auch für die Gesundheitssystem und -politik. Damit die Pflegefähigkeit und Pflegebereitschaft lange aufrechterhalten bleiben kann, ist es notwendig, dass auch auf die Bedürfnisse der Pflegenden geschaut wird, um bei Bedarf diese rechtzeitig unterstützen zu können. Die Motive, warum eine Pflegebeziehung zustande kommt, hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie finanzielle Möglichkeiten, Wohnort etc. ab, aber auch von dem Gefühl der Verbundenheit, Solidarität, Liebe, Verpflichtung und dem Schuldgefühl. Die erlebten Belastungen werden durch diese Motive beeinflusst. Ebenso hat der verwandtschaftliche Status der pflegenden Person, ihr Verhältnis zum erkrankten Familienmitglied sowie die Art der familiären Beziehung und die erlebte Unterstützung von anderen Familienmitgliedern einen Einfluss auf das Belastungserleben und somit auch den physischen und psychischen Zustand der pflegenden Tochter. Kinder erleben die Pflege ihrer Eltern meist belastender als die Ehepartner. Ehepartner haben sich gegenseitig ausgesucht. Kinder konnten sich ihre Eltern nicht aussuchen. Dennoch ist die Solidarität zwischen Kinder und Eltern enorm hoch. Doch leider ist nicht immer eine gute Beziehung die Basis für die Bereitschaft zur Hilfe und Unterstützung. Nicht selten stecken alte versteckte Wünsche und Bedürfnisse nach Anerkennung und Wertschätzung dahinter. „[...] darüber hinaus können wir oft feststellen, dass unter mehreren Kindern eines erkrankten alten Menschen diejenige die Pflege leistet, welches sich in der Kindheit am schlechtesten von der Elternperson versorgt erlebte. 'Es ist ein Paradoxon in diesem Feld, dass man eigentlich diejenigen zur Pflege bräuchte, die sie nicht selbst leisten, sondern sie ihren weniger autonomen und abgrenzungsfähigen Geschwistern überlassen'“ (Schultze-Jena, S.26, 2004). Die pflegende Tochter, welche nicht autonom handelt, erlebt die Situation belastender, entwickelt mehr Symptome, bis hin zur Krise. Dennoch besteht durch die Krise eine Chance, dass sowohl die Einzelne und die Familie dadurch gestärkt hinausgehen kann, wenn sie die Individualität nicht zu Lasten der familiären Verbundenheit sondern als Bereicherung derer gesehen werden kann. Für diesen Prozess benötigen einige pflegende Töchter psychosoziale Beratung, welche die Autonomieentwicklung und den Aufbau und Stärkung eines sozialen Netzwerkes unterstützt. Gelingt ihr dies, so kann sie sich bewusst für, gegen oder eine partielle Pflege entscheiden und kann die benötigte Unterstützung von anderen Familienmitgliedern erhalten oder ist bereit sich durch externe Personen unterstützen zu lassen. Im Kontext einer Beratung kann ihr der Raum geboten werden, ihre Autonomie in der familiären Verbundenheit neu zu gestalten.

0 Einleitung

Die Gesellschaft wird immer älter und mit zunehmendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit einer schwerwiegenden Erkrankung. So ist auch die Zahl der Krebserkrankungen in Deutschland in den letzten Jahren gestiegen. Eine Krebserkrankung betrifft das gesamte Familiengefüge, da die Erkrankung, die Behandlung, sowie die Folgeerscheinungen Auswirkungen auf die gesamte Familie haben. Durch die Erkrankung werden die inner- und außerfamiliären Beziehungen belastet, da sich alle in einem Adaptationsprozess befinden: „der plötzliche Ausfall väterlicher oder mütterlicher Funktionen, die Trauer um deren Verlust, die veränderten Bedürfnisse der Kranken selber (z.B. nach besonderer Nähe oder nach Rückzug innerhalb der Familie) verlangen von den Angehörigen Anpassungsleistungen[...]“ (Meerwein, 1998, S.121). Die Art der Familienverhältnisse, die bis zur Erkrankung herrschten, hat Einfluss auf die empfundene Belastung der neuen Situation (vgl. Meerwein, 1998). Eine chronische Erkrankung ist nicht wie ein Infekt oder ein Knochenbruch, der nach wenigen Wochen ausgeheilt ist. Diese Erkrankung kann sehr langfristig werden oder ferner gar nicht mehr genesen. So ist, wie bereits erwähnt, das Umfeld mit involviert, dadurch auch eine Partnerschaft und die Beziehung zu den Kindern. Es ist oft eine schwierige Angelegenheit, eine Familie durch eine Krankheit zu steuern. Meistens rücken in der ersten Zeit alle näher zueinander und stärken sich gegenseitig. Doch auch die Angehörigen sind normale Menschen und keine Helden. Und so werden einige über die Zeit müde zu kämpfen und erwägen sogar, den Kampf aufzugeben. Die Krankheit bedeutet für beide Seiten Stress, der die Beziehung zerstören kann. Allerdings heißt das nicht, dass durch eine chronische Erkrankung jede Beziehung scheitern muss. Es müssen sich neue Normen und Werte integrieren, und das braucht zum einen Zeit und zum anderen ausreichend Kommunikation. Dazu gehört auch, sich die eigenen Stärken bewusst zu machen und nicht das Leben von der Erkrankung bestimmen zu lassen. So sollten Probleme aus neuen Blickwinkeln betrachtet werden. Durch die Erkrankung werden oft Rollen verschoben, und über die neue *Normalität* muss gesprochen werden. Diese Veränderungen der Rollen schaffen andere und neue Bedürfnisse. Wir Menschen können nicht die Gedanken unseres Gegenübers lesen und müssen so darüber kommunizieren. Es sei aber ebenso gesagt, dass auch unter normalen Umständen eine Beziehung erarbeitet werden muss (vgl. Pitzele, 1993).

Die Pflegesituation kann als Interaktionsprozess verstanden werden (vgl. Becker, 1997). Der Aspekt, wie Familie mit der Autonomie unter/ zwischen den Generationen umgeht, spielt eine bedeutende Rolle, bei der Bewältigung der neuen Situation (vgl. Karrer, 2009). Die Kommunikationskompetenz einer Familie kann dafür sorgen, dass durch das Mitteilen von eigenen Bedürfnissen und Grenzen familiäre Ressourcen aktiviert werden (vgl. Chamier, 2000). Aber auch dazu führen, dass es aufgrund mangelnder Klarheit und Kommunikationsinkompetenz zur Erstarrung kommt und die Bewältigungspotentiale schwinden und die Möglichkeit einer Krise wächst. Die Rollenerwartung an die pflegende Tochter geschieht jedoch nicht nur aus der familiären Norm und Verbundenheit, sondern auch auf Grund der

gesellschaftlichen Erwartungen. In dieser Arbeit wird nicht die gesellschaftlich soziologische Perspektive nicht betrachtet, sondern die individuelle und familienorientierte (vgl. Becker, 1997).

Wer, welche Pflege übernimmt, oder aber sich gegen diese entscheidet, soll auf Grund der familiären Kommunikationsmuster, Bindungsrepräsentanzen, Loyalität und sozialer Unterstützung dargestellt werden. Das erste Kapitel soll ein kurzer Einblick über die Krebserkrankung geben, um darzustellen, dass viele Familien in Deutschland betroffen sind und welche Veränderungen sich dadurch ergeben können. Im zweiten Kapitel wird darauf eingegangen, wer sich aus welchen Motiven für die Versorgung der Eltern verantwortlich fühlt. Die neue Situation erfordert eine gewisse Aufopferung, wann, warum und wie diese zur Belastung und sogar zur gesundheitlichen Beeinträchtigung werden, kann nicht losgelöst von den Motiven betrachtet werden. Die Motive werden durch die Familie geprägt und beeinflusst. Die Familie als soziales Netzwerk kann einen positiven Einfluss auf die Situation haben. In der Familie ist die Eltern-Kind-Beziehung eine spezifische Verbundenheit, so hat die Bindungsrepräsentanz Effekte auf das Belastungserleben. Das Belastungserleben wird durch emotionale Autonomie beeinflusst. Warum eine emotionale Autonomie eine gute Voraussetzung ist, sich sowohl um sich und die Familie zu kümmern, soll im dritten Kapitel dargestellt. Der Individuationsprozess wird unter dem Aspekt der Familienloyalität erläutert. Die Theorie der Filialen Reife von Bruder kann dafür herangezogen werden. Dieser beschreibt die Eltern-Kind-Beziehung im Erwachsenenalter. Hier kann ein Erklärungsansatz liegen, welche Kompetenzen die erwachsene Tochter haben sollte, um sowohl die eigenen Bedürfnisse, wie auch die der Eltern im Blick zu haben und beide Aspekte ausgewogen auszubalancieren. Pflegende Töchter, die dazu in der Lage sind, haben nach dem Verständnis die Filiale Reife erlangt; sie sind emotional autonom, haben einen fürsorglichen –autoritären Umgang zu den Eltern und kümmern sich nicht auf Grund von Schuldgefühlen um diese. Dies trifft jedoch nicht für alle zu, so kann eine Pflegesituation die pflegende Tochter in eine Krise stürzen. In eine Krise zu gelangen, ist eine schmerzhaft Erfahrung und dennoch besteht auch in der Krise eine Chance für Veränderungen. Einige Familien brauchen für diesen Prozess therapeutische Hilfe. So werden im vierten Kapitel Aspekte der Angehörigenberatung dargestellt, in welcher es darum geht, dass die Kommunikations- und Handlungsmuster flexibel werden, und sich der jeweiligen familiären Situation anpassen. Das Ziel der Beratung ist es, dass eine bewusst Auseinandersetzung mit der gegebenen Situation geschieht, um dann reflektiert entscheiden zu können, welche Unterstützung sie als Tochter geben kann und zu welcher sie nicht bereit ist. Durch die Beratung wird die Kommunikations- und Selbstregulationskompetenz der pflegenden Tochter gestärkt. Durch die eigene Klarheit, kann sie dieses besser nach außen kommunizieren und andere Ressourcen aktivieren. Die Familie stellt eine wichtige Ressource da, die teilweise nur darauf wartet, aktiviert zu werden, wenn die pflegende Tochter dieses fordert.

1 Krebserkrankung und ihre Auswirkungen

Zum Begriff „Krebs“ gehört eine große Gruppe von Erkrankungen, die sich im Verlauf, in der Prognose, den Beschwerden und der Behandlung stark voneinander unterscheiden (vgl. Rehse, 2001). Krebs steht für die Bezeichnung bösartiger Tumore (vgl. Roche Lexikon Medizin, 1999). Onkologie ist die Lehre der Tumorerkrankungen, insbesondere der bösartigen Neubildungen und der Geschwulsterkrankung (Schulz, Schulz, Schulz & Kerekjarto, 1998). „Der allgemeinste Nenner für die Gruppe der Krebserkrankungen ist die unkontrollierte, autonome klonale Proliferation einer `entarteten Zelle`. Die Geschwulst entstammt also einer einzelnen Stammzelle, welche klonal expandiert und deren Wachstum nicht durch äußere Einflüsse reguliert wird. Damit entzieht sich ein Teil des Körpers der übergeordneten Kontrolle. [...] Weitere Charakteristika maligner transformierter Zellen sind deren Differenzierung (Anaplasie) und ihre Fähigkeit zu diskontinuierlichem Wachstum (Metastasierung). Das Kriterium des Fehlens koordinierter Zelldifferenzierung besitzt für die Diagnose einer malignen Erkrankung eine entscheidende Bedeutung (Schulz et al. 1998, S. 5). Bei einer Krebserkrankung ist eine dysregulierte, enthemmte autonome Neubildung von Körpergewebe vorzufinden. Die Einteilung der Bezeichnung der Krebserkrankung richtet sich nach dem Muttergewebe, dem Zelltyp und der Organlokalisierung. Ebenfalls wird die Krebserkrankung in der Medizin nach dem TNM Klassifikation (für engl. "tumor", "node", "metastasis") beschrieben (vgl. Krischke, 1996). Trotz des Fortschrittes bringen die Behandlungen noch viele Folgestörungen mit sich, die sich dann im alltäglichen Leben der Betroffenen auswirken (vgl. Weis & Domann, 2006). Anhand der epistemologischen Daten soll verdeutlicht werden, wie viele Menschen und deren Familien von der Krankheit und deren Folgen betroffen sind.

1.1 Epistemologie

In den westlichen Industrieländern kann jeder Dritte fast damit rechnen, im Laufe seines Lebens an Krebs zu erkranken (vgl. Schulz et al., 1998). 2006 gab es in Deutschland 426.800 Neuerkrankungen. Bei Frauen ist der Brustkrebs und bei Männer das Prostatakarzinom die häufigste Krebserkrankung. Zu den zweit häufigsten Krebserkrankungen zählt der Darmkrebs und an dritter Stelle der Lungenkrebs. Die zweiten und dritten häufigsten Krebserkrankungen sind geschlechtsunabhängig. 1,4 Millionen Menschen lebten 2006 mit einer Krebserkrankung. Für das Jahr 2010 wurde geschätzt, dass 1,45 Millionen Menschen mit einer Krebserkrankung in Deutschland leben, davon sind 731.000 Männer und 721.000 Frauen betroffen (vgl. dkfz, 2010). Grundsätzlich kann eine Krebserkrankung in jedem Alter auftreten, jedoch steigt die Wahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter. Die Krebserkrankung ist die zweithäufigste Todesursache, nur an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben mehr Menschen (vgl. Rehse, 2001). Nach den Angaben des Heftes „Krebs in Deutschland“ welches vom Robert Koch Institut herausgegeben wird, beträgt das Durchschnittsalter an einem Krebs zu erkranken bei

Frauen 68 und bei Männern 69 Jahre. Frauen sterben mit 76 Jahren und Männer im Durchschnitt bei einer Krebserkrankung mit 72 Jahren. Die Wahrscheinlichkeit im Laufe eines Lebens an Krebs zu erkranken, beträgt für Frauen 38% und für Männer 47%. Die Schätzungen bzgl. der Angaben im Rahmen der Neuerkrankungen für das Jahr 2006 betragen 426.800 Fälle. Die häufigsten Lokalisationen sind beim Mann Prostata (60.100 Fälle), Darm und die Lunge. Bei Frauen ist es der Brustkrebs, ca. 58.000 Fälle. Die Krebserkrankungen sind seit 1980 bei Frauen um 35% und bei Männern um 80% gestiegen. Krebserkrankungen nehmen mit dem Alter zu, so ist auch die altersstandardisierte Erkrankungsrate bei Frauen um 15% und bei Männern um 23% gestiegen. Die Wahrscheinlichkeit an Krebs zu erkranken ist bei Männern zwischen 55-80 Jahren und bei Frauen zwischen 45-70 Lebensjahren am Höchsten (vgl. KID, 2010). Den Pressemitteilungen des statistischen Bundesamts im Februar 2011 zu Folge, starben 2009 insgesamt 216 128 Personen an einer Krebserkrankung, davon waren 116 711 Männer und 99 417 Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 73,6 Jahren und ist somit 6,7 Jahre unter dem allgemeinen Sterbealter. Lungen- und Bronchialkarzinome stellen bei den Männern in 29 133 Fällen (7,2% aller Sterbefälle) und eine Krebserkrankung der Prostata in 12 217 Fällen (3,0%) die Todesursache dar. Bei Frauen war die häufigste Krebstodesursache Brustkrebs mit 17 066 Fällen (3,8%), die zweithäufigste war Lungen- und Bronchialkrebs mit 13 088 Fällen (2,9%) (vgl. Internetartikel von dem statistischen Bundesamt). Die altersstandardisierte Krebssterblichkeit ist von 1980 bis 2006 um mehr als 20% zurückgegangen, dennoch kann nicht jeder Krebspatient dauerhaft geheilt werden. Heute lebt noch 5 Jahre nach Diagnosestellung mehr als die Hälfte der Krebspatienten (vgl. dkfz, 2010). Dennoch, haben die Lokalisation des Tumors und das Stadium einen enormen Einfluss auf die Überlebenszeitprävalenz (vgl. KID, 2010). In der heutigen Medizin steht den Krebspatienten eine Vielzahl an Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Zu den klassischen Behandlungsformen gehören chirurgische Maßnahmen, Radio-, Chemo- und Immuntherapie (vgl. Rehse, 2001). Auch wenn bereits viele verschiedene Maßnahmen zur Behandlung zur Verfügung stehen, setzt die Medizin viel auf Prävention.

1.2 Risikofaktoren

Die Ätiologie der Krebserkrankungen ist bis heute nicht eindeutig geklärt (vgl. KID, 2010). Der Wunsch besteht, diejenigen Risikofaktoren, welche zu der zellulären Veränderung führen, herauszufinden, doch dies wird nicht möglich sein, da es ein multifaktorielles Geschehen darstellt. Mögliche Faktoren mit ihrer jeweiligen Gewichtung werden immer wieder diskutiert. Zu diesen gehören Umweltbelastungen, Effekte der steigenden Lebenserwartung und längere Lebenszeit. Hinzukommen Risikofaktoren wie (Zigaretten-)Rauch, falsche Ernährung, Bewegungsmangel, chronische Infektionen, hoher Alkoholkonsum, Expositionen am Arbeitsplatz und Einflüsse aus der Umwelt (Sonnenstrahlen, Feinstaub, Abgase etc.) (vgl. KID, 2010). Keine dieser Komponenten allein bewirkt den Wachstum eines Karzinoms, sondern es ist ein Zusammenspiel dieser Faktoren im Laufe des Lebens eines Menschen (vgl. Weis et al. 2006). Die Bedeutsamkeit der genannten Risikofaktoren sind je nach Krebsart individuell, so ist die

Gewichtung der einzelnen Komponenten von der jeweiligen Krebsart abhängig (vgl. KID, 2010). Nicht selten steht die Frage nach der genetischen Disposition im Raum. Nach den Angaben von Weis et al. (2006) sind diese genetischen Dispositionen bei 5-10% vorhanden. Bei Brust- und Darmkrebs ist eine familiäre Häufung zu verzeichnen. Diese Erkenntnisse veranlassen aber auch dazu, dass jeder ein Stück Eigenverantwortung trägt, hier ist das Stichwort Prävention. Dies kann durch eine gesunde Lebensweise, sprich Vermeidung der genannten Risikofaktoren angesetzt werden. Ebenso die von der Kasse gezahlten Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen (vgl. Weis et al. 2006). Die Vorsorgeuntersuchungen zielen auf darauf ab, Krankheiten im Frühstadium zu erkennen und dann gezielt intervenieren zu können (vgl. KID, 2010).

1.3 Die medizinischen Aspekte einer Krebserkrankung

Es stehen verschiedene Verfahren zur Behandlung der Karzinome zur Verfügung. Die Behandlungen können der Heilung (kurative Therapie) oder zur krankheitslindernden Behandlung, ohne eine Heilung zu erzielen (Palliativ), dienen. Zu den Behandlungsverfahren zählen Operationen, Chemotherapie, Strahlentherapie und Hormontherapie (vgl. Skibbe & Löseke, 2001). Trotz immer mehr Präventionsprogramme und rechtzeitiger Behandlung, bringen die Behandlungen noch viele Folgestörungen mit sich, die sich dann im alltäglichen Leben der Betroffenen auswirken (vgl. Weis & Domann, 2006). Die Behandlungsverfahren bringen diverse Folgen mit sich. Viele Patientinnen geben nach einer Operation im operierten Bereich, bei verschiedenen Aktivitäten, Schmerzen und Beschwerden an (vgl. Schröcker, Schmidt & Sauer, 2000). Neben der Operation, sind die Bestrahlung und die Chemotherapie wichtige Bausteine der medizinischen Therapie. Durch die Bestrahlung des betroffenen Gebietes, ist die belichtete Zone der Haut meist sehr empfindlich, vor allem gegenüber UV- Strahlen. Zytostatika haben zahlreiche Nebenwirkungen wie Übelkeit/ Erbrechen, Haarverlust, Schleimhautentzündungen, Infektanfälligkeit und Diarrhöe (vgl. Krischke, 1996). Somit wird deutlich, dass nicht nur der körperliche Bereich beeinträchtigt ist, sondern daraus resultierend auch psychische, psychosomatische, partnerschaftliche und andere soziale Beeinträchtigungen (vgl. Rehse, 2001).

1.4 Bedeutung der Krebserkrankung für den Betroffenen

Krebs kann als eine chronische Erkrankung verstanden werden. In der Medizin wird von einer chronischen Erkrankung gesprochen, wenn sich die Person in einer dauerhaften ärztlichen Behandlung befindet. Bei fehlender ärztlicher Behandlung würde sich die Erkrankung lebensbedrohlich verschlimmern, die Lebenserwartung sinken und die Lebensqualität auf Grund der Erkrankung negativ beeinträchtigt werden (vgl. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 2003). Chronische Erkrankungen haben einen massiven Einfluss auf das Leben der Betroffenen und deren Umfeld und stellen somit einen gravierenden

Einschnitt in deren bisheriges Leben dar (vgl. Aymanns, 1992). Die Auswirkungen im Körper und in den Lebensbereichen, lassen verstehen, warum sie Hilfe benötigen. Die physischen Beeinträchtigungen wirken sich negativ auf die Leistungen im Alltag, Haushalt, Beruf, Freizeit, Hobby etc. aus (vgl. Schröcker, Schmidt & Sauer, 2000). Durch die körperlichen Veränderungen wandelt sich auch das wahrgenommene Körperbild, welches dann meist negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl hat. Nicht nur auf der physischen Ebene gibt es Veränderungen. Der Begriff „Krebs“ wird von vielen Menschen mit Leid und Tod assoziiert (vgl. Rehse, 2001). Die erlebte psychische Belastung ist in ihrer Art, ihrem Umfang und ihrer Dauer sehr individuell, da sie ein Zusammenspiel vieler Faktoren ist. Krankheitsstadium, Prognose, Verlauf, Behandlungsintensität, Copingstrategien, aber auch familiäre und professionelle Unterstützung sind einige Faktoren, die auf die Belastung wirken (vgl. Mehnert, Lehmann, Cao & Koch, 2006). So ist es ein normaler adaptiver Vorgang, darauf mit verschiedenen Emotionen zu reagieren (vgl. Rehse, 2001). Die Krankheit bringt zumeist Stimmungsschwankungen mit sich, die das emotionale Gleichgewicht stören und es bedarf viel Energie, um dieses zu kompensieren (vgl. Muthny et al., 1993). Das Auftreten von Ängsten ist bei der Erkrankung Krebs kaum vermeidbar (vgl. Rehse, 2001). Viele Betroffene leiden unter dem Fatigue-Syndrom. Hierunter werden chronische Müdigkeit, mangelnde Energiereserven und hoher Bedarf an Erholungsphasen verstanden. Allerdings kann dieser Zustand nicht durch Erholungsphasen minimiert werden. Die Ursachen sind vielfältig, zum einen die Tumorerkrankung selber, die Therapie, die Begleiterkrankungen, sowie die psychischen Folgen der Krebserkrankung. Diese Auswirkungen hat starke Konsequenzen auf das Leben (vgl. die blauen Ratgeber 51, 2008). Für die Familie ist es eine enorme Herausforderung und Belastung zugleich, da sie sich in der Situation hilflos und ohnmächtig fühlen (vgl. Rehse, 2001).

1.5 Auswirkungen einer Krebserkrankung für das soziale Umfeld

„Ein unfreiwilliger Sturz aus der normalen Wirklichkeit“ (z.n. Köttger, 2003, S. 19) so bezeichnet der Soziologe Nikolaus Gerdes (1985) die Situation, wenn die Betroffenen ihre Diagnose erfahren. Von dem einen auf den anderen Moment werden das alltägliche Leben und die Zukunftsperspektive auf den Kopf gestellt. Der Mensch lebt normalerweise so, als wenn das Leben ewig weitergeht, doch mit solch einer Diagnose wird der Erkrankten und die Familie mit der (eigenen) Endlichkeit konfrontiert (vgl. Köttger, 2003). Vor einigen Jahrzehnten, haben Personen mit einer Krebsdiagnose, oft keine lange Überlebenszeitprognose bekommen. Doch die enormen Fortschritte in der onkologischen Diagnostik und Therapie haben zur Folge, dass mehr Krebspatienten therapiefähiger sind oder sogar geheilt werden können. Diese Entwicklung ist wie eine Medaille mit zwei Seiten, die erste Seite ist wie grad beschrieben die höhere Chance auf Behandlung oder sogar Heilung. Um dieses zu erreichen, folgt als Konsequenz, dass die sich Krankheitsverläufe und die Behandlungsdauer meistens verlängern. Viele Patienten gewinnen dadurch mehr Lebenszeit, aber die Therapie bringt Nebenwirkungen mit sich und somit auch neue Probleme (vgl. Schulz, Schulz, Schulz & Kerekjarto, 1998). Die

Auswirkungen einer Krebserkrankung betreffen nicht nur die Erkrankte selber, sondern auch ihre Familie und das familiäre Umfeld. Anders gesagt, von dieser Diagnose ist das ganze Familiengefüge berührt. Die Erkrankung ist für alle eine starke Belastung. Vor allem die neuen Lebensumstände, wie die veränderte Rollenfunktion, aber auch die Bedürfnisse der gesunden Familienmitglieder können teilweise nicht mehr wie vorher berücksichtigt werden (vgl. Rehse, 2001). Das Ausmaß der Belastung von den Angehörigen, ist nicht unabhängig von der Sozialisation und von dem Alter zu betrachten. Je nach Situation und Zeitpunkt zeigen sich für die pflegende Tochter unterschiedliche Faktoren als belastend, diese hängen eng mit den jeweiligen Entwicklungsaufgaben der Familie zusammen (vgl. Hindermann & Strauß, 2002).

Das Belastungserleben wird auf Grund der Motive für die Pflegeübernahme beeinflusst. Es ist daher wichtig, dass die pflegende Tochter sich über die Motive bewusst ist, denn so kann sie diese reflektieren. Je klarer sie in sich ist, desto besser gelingt ihr die Neupositionierung in ihrer Rolle und eine klarere Kommunikation bezüglich über ihre Belastungen und Unterstützungsbedarf. Gelingt ihr dies, kann sie sich entscheiden, welche Aufgaben und Unterstützung sie übernehmen möchte und welche Hilfestellung sie von der Familie aber auch von professioneller Seite sie benötigt, damit es ihr physisch und psychisch gut geht. Eine pflegende Tochter ist solange eine Ressource für die Familie, wie es ihr gelingt eine Balance zwischen ihren Bedürfnissen und der familiären Verbundenheit aufrechtzuerhalten. Die Gefahr besteht, dass sie bei einer zu großen Verbundenheit ihre Bedürfnisse hinten anstellt und ihren gesundheitlichen Zustand missachtet, so kann sie auf Dauer selber zur Patientin werden. Daran sollte weder die Familie noch die Gesundheitspolitik interessiert sein.

2 Belastung der Krebserkrankung für die Angehörige

Lange Zeit war der Fokus auf den Erkrankten, welche als Opfer gesehen wurden und die Angehörigen wurden zum Teil als Hilfeleister in der Situation verstanden. Schon in den 80iger wurde entdeckt, dass Angehörige eine wichtige Ressource für den Erkrankten darstellen, sie können eine Quelle der sozialen Unterstützung sein. Jedoch wurde lange übersehen, dass die Situation selber auch für die Angehörigen eine Belastung darstellt. Erst seit geraumer Zeit, wird den Angehörigen auch ein Unterstützungsangebot eingestanden (vgl. Hindermann & Strauß, 2002). Krebs ist eine chronische Erkrankung, bei der es auf Grund der Erkrankung, Therapie und Nebenwirkungen zu Einschränkungen im alltäglichen Leben kommt. In solchen Zusammenhängen besteht die Notwendigkeit, dass die betroffene Person von anderen Menschen Hilfeleistungen in Anspruch nehmen muss. Häufig steht in solchen Fällen die Familie für die Unterstützung zur Verfügung. Die meisten pflegenden Angehörigen sind mit 83% Frauen (vgl. Gräbel, 2000). In diesem Kontext wird nur die Rolle der pflegenden Tochter betrachtet und bei der Nennung von pflegenden Angehörigen ist diese als Synonym zu verstehen. Auch wenn einige Probleme sicher auch in anderer Pflegebeziehung vorzufinden sind, ist es ein Unterschied, ob die Pflege der Ehepartner oder eines der Kinder übernimmt. Bei Schwiegerkinder ergibt es auf Grund der Position andere Problematiken.

In diesem Kapitel soll dargestellt, wer die pflegenden Angehörigen sind, aus welchen Motiven sie bereit sind, sich um die Eltern zu kümmern, und was das für ihr Leben bedeutet. Die Motive haben Einfluss auf das Belastungserleben, dies wird speziell unter dem Aspekt der familiären Verbundenheit betrachtet, um dort die Risiken für die pflegende Tochter darzustellen, aber auch welche Chance in der neuen Aufgabe liegen kann.

2.1 Angehörige

Bei der Fragestellung, was eigentlich bzw. wer unter dem Begriff Angehörige fällt, gibt es keine klare Definition, nur das Strafgesetzbuch hält eine Definition vor. Jedoch ist im Sozialgesetzbuch XI §14 verankert, was unter Pflegebedürftigkeit zu verstehen ist (Definition siehe Anhang). Bei dem Begriff „pflegende Angehörige“ wird oft an eine homogene Gruppe gedacht, aber es gibt nicht *die* pflegenden Angehörigen. Sie lassen sich hinsichtlich der Motivation, des Alters, des Geschlechts und der familiären Beziehung, aber auch nach dem Krankheitsbild und der damit einhergehenden Aufgaben, differenzieren. Aus der Kombination und des Zusammenspiels dieser genannten Variablen ergeben sich unterschiedliche Problem-bereich und Interventionen in der Angehörigenberatung (vgl. Anthes et al. 2002). In diesem bedeuten pflegende Angehörige alle die Personen, die durch ihre Handlung, den erkrankten Elternteil auf Grund der Erkrankung unterstützen und sich um dieses *kümmern*. Der Begriff „kümmern“ kann weit gefasst werden, es kann bedeuten, dass eine Person regelmäßig nach dem Rechten sieht, kleine Aufgaben erledigt bis hin zur vollständigen Übernahme aller Tätigkeiten

von dem Hilfeempfänger (vgl. Dieries, 2006). Pflege wird somit nicht nur auf die physische Ebene reduziert, sondern bezieht sich auch auf die emotionale, sowie strukturierende und stützende Leistungen, die erbracht werden. Die Art der Unterstützung ist abhängig von der Krebserkrankung, von dem Stadium, der Therapie, dem Alter und der physischen und psychischen Verfassung des erkrankten Elternteiles. In diesem Kontext keine gezielte Darstellung von verschiedenen Komplikationen und Begleiterscheinungen und ihre gezielte Intervention beschrieben. Die gezielten tumorspezifischen Behandlungen und Komplikationen können in Geriatrische Onkologie von Höffken, K. (2002) nachgelesen werden. Die spezifischen Pflorgetechniken bei Hautveränderungen, gastrointestinale Probleme etc. sind in dem Buch von Margulies, M. (1994) Onkologische Krankenpflege zu finden. Während des Prozesses kommen Themen auf wie Leugnung der Krankheit, Leid, Hoffnung, Kontrolle, Sinn der Krankheit und Vergebung. Wie Angehörige bei diesen Themen gezielt in Interaktion treten können beschreibt Houldin, A. (2003) in Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Diese Aspekte werden in ihrer Ausprägung von dem Stadium und Verlauf beeinflusst, welches dann die benötigte Unterstützung beeinflusst und auch notwendig macht. In dieser Arbeit wird dargestellt, warum die Tochter bereit ist, sich um das erkrankte Elternteil zu kümmern, welche Belastungen dadurch für die Tochter entstehen und wie Motiv und Belastungserleben sich gegenseitig beeinflussen.

Im nächsten Unterkapitel wird veranschaulicht, wer und wie viele Personen sich um Eltern oder andere Verwandte kümmern und aus welchen verschiedenen Motiven sie handeln. Die Zahlen machen deutlich, dass die pflegenden Angehörigen sowohl für die Familien, aber auch die Gesundheitspolitik eine wichtige Ressource sind, mit welcher mit Respekt, Fürsorge und Sorgfalt umgegangen werden sollte.

2.1.1 (Pflegende) Angehörige in Deutschland

Nach den Angaben der Gesundheitsberichterstattung aus Berlin 2001, gibt es zwei Millionen Menschen, welche pflegebedürftig sind, in dem Umfang, dass sie dafür Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten. Von diesen werden 1,4 Millionen im häuslichen Umfeld versorgt (vgl. DEGAM, 2005). Diese Zahlen erfassen nur diejenigen, welche auf Grund von Pflegestufen einen finanziellen und sachlichen Anspruch auf Hilfeleistungen haben. Es werden, aber nicht diejenigen Personen erfasst, die zu der so genannten Pflegestufe 0 zählen. Um die Einstufung in eine der drei Pflegestufen zu erhalten, müssen diese eine vorgeschriebene Hilfsbedürftigkeit nachweisen, welche nur durch eine Hilfestellung ausgeglichen werden kann. Ein wichtiges Kriterium ist die dafür in beanspruchte Zeit. Personen, welche die Kriterien für eine Einstufung nicht erfüllen, erhalten keine finanzielle und sachliche Unterstützung durch die Krankenkasse erhalten und dennoch Hilfe benötigen, zählen zu der sogenannten Pflegestufe 0. In den oben genannten Zahlen, werden diese Personen nicht erfasst. So stellte das soziale Umfeld eine wichtige Ressource dar, dieses wird durch die Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haus-

halten“ (MuG III) bestätigt. Die meiste Pflege und Unterstützung geschieht nicht in Altenheimen oder Krankenhäusern, sondern daheim. Durch die Studie von Schneekloth (2006) wurde ermittelt, dass 92% aller Personen, welche hilfs- und pflegebedürftig sind, die Hilfestellung von Angehörigen und Bekannten zu Hause erhalten. Nach Angaben der Angehörigen, empfinden diese die häusliche Pflege als ein „Fulltimejob“ und so gaben 83% der pflegenden Angehörigen, bei der Erfragung der Pflegeverantwortung, eine eher starke bis sehr starke Belastung an, lediglich 5% empfanden die Situation als gar nicht belastend (vgl. Schneekloth, 2006). Dies soll deutlich machen, dass die Familie eine enorme Ressource darstellt. Aber wer sind konkret diese Angehörigen und Familienmitglieder, welche sich um das erkrankte Familienmitglied kümmern und dieses versorgen? Die Studie der Techniker Kasse weist darauf hin, dass vor allem Frauen erst ihre Eltern und dann den Ehepartner pflegen (auch in dieser Reihenfolge); sie stellen eine bedeutende Gruppe der „professionelle Laien“ in der Pflege dar (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Die Hauptgruppe der Pflegenden Angehörigen sind Frauen, je nach Literatur sind es zwischen 70-85% aller pflegenden Angehörigen. Die restlichen 30-25% sind die Männer, wobei dann wiederum die Ehemänner mit rund 25% und die Söhne nur 7% darstellen. Die Betrachtung der Altersspanne lässt sich daraufhin deuten, dass mehr als die Hälfte (64%) sich im erwerbsfähigen Alter (bis 64 Jahre) sind. Somit ist es auch nahe liegend, dass 47% der pflegenden Angehörigen zu Beginn Pflege sich in Teil- oder Vollzeit beschäftigt waren. Jedoch geben 10% im Laufe der Zeit ihre Berufstätigkeit auf. Nur etwa 8% der Zupflegenden wird nicht von verwandtschaftlichen Pflegenden versorgt (vgl. Backes, Wolfinger & Amrhein, 2008). Die Angaben bezüglich der Häufigkeit stellen nur einen Richtwert und keine absoluten Häufigkeiten da.

2.1.2 Pflegende Töchter

Die oben genannten Zahlen machen deutlich, dass Frauen, die größte Gruppe der pflegenden Angehörigen bildet. Frauen sind wichtige Personen in der Übernahme von Pflegerollen. Diese Rolle ist für die Frau nicht neu, da sie auf Grund ihrer Sozialisation häufig schon darauf vorbereitet wird (vgl. Lubkin & Payne, 2002). Ebenso nimmt durch den gesellschaftlichen Wandel, der Druck auf die Kindergeneration zu. Pflegende Töchter sind eine besondere Ressource, denn ältere Ehepartner können ihren Partner, auch wenn diese es noch sehr gerne würden, nicht ausreichend pflegen, da ihnen selber die notwendigen, vor allem körperlichen Ressourcen dafür fehlen. Somit stellen die Kinder einen wichtigen Faktor dar, ihre Eltern zu versorgen und zu pflegen. 60% sind Töchter oder Schwiegertöchter und nur in 6% der Fälle stellen die Söhne sich als Pfleger zur Verfügung. Frauen leisten die Pflegesituation meist selbstständig und ohne fremde Hilfe. Ist der Mann jedoch der pflegende Angehörige, so holen sie sich eher Fremdhilfe, da sie sich weniger kompetent fühlen. Frauen haben im Gegensatz zu Männern auch eher den Anspruch einer „Allzuständigkeit“ und das Verantwortungsgefühl in allen Bereichen die Aufgaben kompetent bewältigen zu müssen. Die Rolle als pflegender Angehörige erfordert nicht ausschließlich Aufopferung, sondern lässt sich auch in

„Gewinnen“ darstellen. Wie die Situation erlebt wird, hängt auch von der (biologischen) Bindung ab (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Die Frage in diesem Zusammenhang, was eine Person zur Übernahme einer Pflegetätigkeit bewegt, liegt nah? Befragt man diese nach deren Motivation so ist nicht selten eine Antwort wie, es ist doch selbstverständlich, es ist ja meine Mutter. Die wirklich dahinter liegenden Motive können vielschichtig sein wie: Wiedergutmachungsimpulse, Dankbarkeit, gegebene Versprechen, eigene Lebensstrukturierung und Sinngebung, Abwehr von Vereinsamung, tiefe Verbundenheit, professionelles Vorverständnis, aber auch tabuisierte Faktoren wie finanzielle Zugewinne (erwartete Erbschaft, Zuwendung aus Ersparnissen, Pflegegeld etc.) (vgl. Christen, 1989). Das Motiv beziehungsweise das Zusammenspiel der unterschiedlichen Motive hat Auswirkungen auf das Belastungserleben. So werden die verschiedenen Motive dargestellt, um ein besseres Verständnis zu bekommen, was bei wem und warum als belastend erlebt wird oder aber als eine Bereicherung.

2.2 Motive für die Übernahme der Pflege

Unter dem Begriff „Motivation“ kann der persönliche Beweggrund des Angehörigen verstanden werden, warum dieser bereit ist, den Erkrankten zu pflegen oder zu unterstützen. Ein persönlicher Beweggrund kann helfen, die Unterstützung und Hilfeleistung unter schwierigen Bedingungen aufrecht zu erhalten (vgl. Blom & Duijnste, 1999). Eine Handlung aus einer Motivation heraus zeichnet sich auch dadurch aus, dass die Person mehrere Handlungsmöglichkeiten zur Auswahl hat. Der Entscheidungsprozess wird sowohl von persönlichen wie auch situativen Faktoren beeinflusst (vgl. Gräbel, 2000). Die Motive hängen eng mit der Art der Beziehung zusammen. Ehepartner haben sich zu einem bestimmten Zeitpunkt ausgewählt. Kinder konnten ihre Eltern nicht wählen (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Jedoch gibt es nicht nur ein Motiv, sondern es sind meist sowohl positive, wie negative Motive vorhanden und diese unterliegen einem dynamischen Prozess. Wie die Pflegesituation erlebt und bewältigt wird, hängt von den Motiven in ihrer Bedeutung und ihrer Zusammensetzung ab (vgl. Anthes et al. 2002). Auch wenn unter dem Konstrukt der Motivation die Auswahl der Handlungsmöglichkeiten verstanden wird, wird dieser Prozess durch verschiedene bewusste und unbewusste Prozesse beeinflusst (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Im Folgenden werden die unterschiedlichen Motive dargestellt.

2.2.1 Normative christliche und moralische Werte, Pflichtgefühl

Die Werte und Normen, sowohl die eigenen, der Familie, aber auch die von der Gesellschaft haben einen erheblichen Einfluss auf die Entscheidung, warum die Personen bereit sind, sich um eine andere Person zu kümmern. Der Druck erhöht sich meist, je enger das (verwandtschaftliche) Verhältnis ist (vgl. Blom & Duijnste, 1999). So erleben Kinder eine schwerwiegende Erkrankung der Eltern als belastender, als die Ehepartner (vgl. Karrer, 2009). Je höher die Erwartungen sind, desto mehr steigt der Druck diese zu erfüllen, denn um sich

gegen diese zu stellen, brauchen sie eine innere feste und langanhaltende Standfestigkeit (vgl. Blom & Duijnste, 1999). Nicht nur familiäre Regeln, sondern auch gesellschaftliche, wie auch religiöse Werte beeinflussen die Menschen bei der Übernahme von der Pflege und Verantwortung. Vor allem bei streng religiösen Menschen haben die Gebote, vor allem Vater und Mutter zu ehren und das Gebot der Nächstenliebe, einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf den Entscheidungsprozess. Selbst wenn die Beziehung auf einer negativen Basis beruht, wird in der Bibel auch auf die Feindesliebe hin verwiesen, was besagt, dass sie auch diesen Menschen helfen und pflegen sollen. Entscheidet sich so eine Person, gegen die Werte und Normvorstellungen der Gesellschaft und der Religion, treten häufig massive Schuldgefühle auf. So kann es sein, dass zum späteren Zeitpunkt die Pflege übernommen wird, um die Schuldgefühle zu kompensieren (vgl. Herold, 1999).

2.2.2 Liebe, Dankbar und familiäre Verbundenheit

„Das ist doch selbstverständlich, es ist ja meine Mutter“ (Christen, 1989, S41)! Kinder wollen sich auf diese Weise bei den Eltern für die selbst erhalten Liebe, Fürsorge und Versorgung bedanken. Das Motiv sich um die Eltern zu kümmern, kann auf Grund einer Dankbarkeit entstehen, aber ebenso auch aus einem Gefühl der Verpflichtung (vgl. Herold, 1999). Dies bedeutet dass eine Pflegesituation auch dann zustande kommt, wenn sie nicht aus einer emotional positiv erlebten Beziehung heraus entstanden ist, sondern die Beziehung eher als schlecht und konfliktreich empfunden wurde. Beide kümmern sich um das Elternteil. Der Unterschied beruht auf unterschiedlichen Motiven. Bei Kindern, welche die Beziehung als positiv einschätzen, ist es eher eine intrinsische Motivation. Ist die Beziehung eher konfliktreich spielen soziale Werte und Normvorstellungen eine große Rolle. Dennoch kann die bisher negative Beziehung, das Motiv sein, die Pflege der Eltern zu übernehmen. Einige erhoffen sich, die erfahrene Ablehnung von den Eltern, die unbefriedigten Zugehörigkeitsgefühle und Beziehungswünsche, durch die neue Situation zu klären, mit dem (sehnlichen) Wunsch, die negative Beziehung zu verändern (vgl. Becker, 1997).

2.2.3 Sinnfindung, auf der Suche nach einer neuen Aufgabe

Ebenso kann die pflegende Tochter, so eine neue Aufgabe in ihrem Leben wieder finden, vor allem dann, wenn die eigenen Kinder aus dem Haus sind und sie selber nicht berufstätig ist. Die neue Aufgabe verleiht ihrem Leben einen neuen Sinn. Die Situation kann als eine eigene Herausforderung betrachtet werden, die die Person auf Grund intrinsischer Beweggründe stellt, aber auch um ihrer Umwelt etwas beweisen zu wollen, wie die eigenen Fähigkeiten, Kompetenzen und vor allem ihre Stärke (vgl. Herold, 1999).

2.2.4 Finanzieller Zugewinn

Die emotionale Verbindung und das Verpflichtungsgefühl zur gegenseitigen Hilfe sind die Hauptmotive, warum sie bereit sind die neuen Aufgaben anzunehmen und zu erledigen (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Ebenso spielen finanzielle Aspekte eine nicht zu verachtende Rolle, warum ein Kind bereit ist, sich um ein Elternteil zu kümmern, z.B. Vererbung eines Hauses mit der Bedingung den Eltern ein lebenslanges Wohnrecht und deren Pflege zu übernehmen (vgl. Christen, 1989).

So kann gesagt werden, dass die unterschiedlichsten Motive Gründe für die Übernahme der Pflegesituation darstellen. Es gibt nie ein einziges Motiv, sondern ein Zusammenwirken und die Dynamik haben Auswirkungen auf das Belastungserleben von den pflegenden Angehörigen. Welche das sind und wie diese von den Motiven beeinflusst werden, soll nun erläutert werden.

2.3 Belastungen

Es gibt keine einheitliche Definition von Belastung. Einige Autoren erfassen es als ein eindimensionales Konstrukt (wie z.B. im Sinne emotionaler Belastung), andere verstehen es als ein mehrdimensionales Konstrukt. Ebenso können Belastungen objektiv gesehen werden, oder als eine Art Auslöser oder Faktoren verstanden werden, welcher auf den Menschen einwirken und welche physisch, physisch und sozial Probleme oder Reaktionen bewirken (vgl. Becker, 1997). Nach Bischofberger & Schaeffer (2001) gibt es Belastungen in emotionalen, körperlichen, sozialen und ökonomischen Bereichen. Lewis (1984) erstellte eine Metastudie bzgl. der Belastungen von Tumorangehörigen. Sie haben die elf zentralen Themen drei Bereichen zugeordnet: physische und psychische Belastungen, sowie die Belastungen durch familiäre Veränderungen und Reaktionen auf das professionelle System (vgl. Schrittmatter & Bengel, 1998). Diese ganzen Anforderungen haben auf unterschiedlichen Ebenen Auswirkungen, welche nun genannt werden.

2.3.1 Physischen und Psychischen Ebenen

Einige Studien weisen darauf hin, dass einige Angehörige die Pflege übernehmen, obwohl sie selber physisch und psychisch selber in Teilen beeinträchtigt sind. Zum Teil sind sie körperlich angeschlagen, fühlen sich allein gelassen und isoliert, müssen eigene Wünsche und Interessen zurückstellen und sind unter zeitlichem Druck (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.).

2.3.1.1 Physische Auswirkungen

Die Belastungen haben oft negative Auswirkungen auf ihren eigenen Gesundheitszustand. Die Dauerbelastung wirkt sich negativ auf den Körper aus, vor allem wenn dann noch die Nachtruhe gestört wird (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Zahlen des Bundesinstitution

für Bevölkerungsforschung (2004) zeigen die häufigsten Beschwerden, demzufolge leiden 87,7% unter Rückenschmerzen, 79,9% unter Nacken und Schulterschmerzen, 75,9% über innere Unruhe, 71,1% über Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen, 71,0% Reizbarkeit. Im Vergleich zu der Kontrollgruppe wiesen alle genannten Kategorien einen signifikanten Unterschied auf.

2.3.1.2 Psychische Auswirkungen

Es wird sowohl von den Frauen erwartet, dass sie alles machen, und dennoch ist die eigene Erwartungshaltung mindestens genauso hoch, alles allein schaffen und bewältigen zu müssen. So kann es sein, dass sie sich selbst aufgeben, um den (eigenen) Erwartungen gerecht zu geben, dass kann dazu führen, dass sie psychosomatische Störungen entwickeln, sich in Drogen flüchten, starke Depressionen entwickeln bis hin zum Suizid (vgl. Becker, 1997). So hat die Dauerbelastung nicht nur physische Ebene Auswirkungen, sondern äußert sich auch auf der psychischen durch Niedergeschlagenheit, Schlafmangel, Erschöpfung, Depressionen, Nervosität, Müdigkeit und eingeschränkte physische und psychische Ressourcen. Viele Angehörigen weisen stressbedingte Erkrankungen wie Herzkrankheiten und Bluthochdruck auf (vgl. Lubkin & Payne, 2002). Die physischen und psychischen Beschwerden, hängen eng mit der Dauer und dem Verlauf der Erkrankung zusammen.

2.3.2 Dauer der Pflege

Zum Zeitpunkt der Erkrankung besteht viel Ungewissheit über den Verlauf und welche Beeinträchtigungen sich daraus ergeben (vgl. Peters, 2002). Mishel führte den Begriff und die Theorie der krankheitsbedingten Ungewissheit ein. Darunter wird verstanden, dass es den Angehörigen zum Zeitpunkt der Erkrankung nicht möglich ist, die Bedeutung und für sich den Stellenwert der krankheitsbezogenen Ereignisse zu bestimmen. Der Stress entsteht aus der Ungewissheit heraus, diese Gefühl der Ungewissheit wirkt sich in dreifacher Hinsicht aus, zum einen bezüglich der Zuversicht, ob sie die Situation bewältigen können, wie und in welchen Bereichen es zu Beeinträchtigungen kommen kann und dem Gefühl einer Gefahr ausgesetzt zu sein (vgl. Lubkin & Payne, 2002). Die Belastungen und Belastungsspitzen haben einen Zusammenhang mit dem Verlauf der Erkrankung. Im ersten Moment der Diagnosestellung sind im Vordergrund Schock, Angst, Ungläubigkeit, Verletzung, Groll und Konfusion (vgl. Strittmatter & Bengel, 1998). Für die meisten wird ein akuter und nicht vorhersehbarer Beginn, als der Belastenste erlebt (vgl. Peters, 2002). Nach dem ersten Schock versuchen alle wieder die Re-normalisierung des Alltages zu vollziehen. Die „Re-Normalisierung“ betrifft Bereiche des Alltagsmanagement, der finanziellen Absicherung, Beziehungsgestaltung, soziale Einbindung, Sinnfindung, Zukunftsplanung und Lebensstilveränderung (vgl. Hindermann & Strauß, 2002). Diese Zeit wird durch den Verlauf der Krankheit, welcher progressiv, konstant, oder rezidivierend/ episodisch sein kann, beeinflusst. Ist durch die Erkrankung mit einer dauerhaften

Einschränkung zu rechnen, so bedeutet das für den Betroffenen, wie auch für die Familie, dass ein anderes sein wird, wie vor der Erkrankung (vgl. Peters, 2002). Im Laufe der Zeit stellen sich jedoch weiter emotionale Reaktionen ein wie: Zweifel, Angst, Schuldgefühle und Hilflosigkeit. Auch berichten Angehörige von Gefühlen wie Wut, Schuld, ihnen sei Unrecht widerfahren, Feindseligkeit, Ablehnung, Ekel, Furcht vor Ansteckung und Todeswunsch. Vor allem die zuletzt genannten Emotionen sind in der Gesellschaft tabuisiert, welches den Angehörigen den Umgang mit diesen erheblich erschwert. Studien haben nachgewiesen, dass Personen aus Schuldgefühlen ihrem Partner ihre negativen Gefühle verleugnet haben und gleichzeitig eine Fassade der Unbeschwertheit, Zuversicht und Hilfsbereitschaft aufbauen mussten (vgl. Strittmatter & Bengel, 1998). Ebenfalls wurde in Studien deutlich, dass nicht nur die Diagnose, sondern auch das Warten auf die Untersuchungsergebnisse zum einen zur Sicherung der Diagnose, aber auch die dem Verlauf und Wirksamkeit der therapeutischen Mittel, eine extrem belastende Phase darstellt (vgl. Strittmatter & Bengel, 1998). Zum Schluss kann gesagt werden, dass je länger die Dauer der Pflege ist, desto stärker belastet sind die Angehörigen. Selbst bei Personen, die viele Ressourcen mit in die neue Situation gebracht haben, sind diese erschöpft bzw. ausgeschöpft und das gilt nicht nur für „ältere“ pflegende Angehörige. Jedoch selbst wenn die Grenzen weit überschritten sind, machen sie wie gewohnt weiter. So wird die Beziehung immer ambivalenter und das Konfliktpotential erhöht sich. Zu vielen Zeitpunkten dreht sich alles um den Erkrankte, seine Erkrankung und deren Behandlung. Das Leben bekommt einen ganz neuen Schwerpunkt. Dieses zieht nach sich, dass der pflegende Angehörige auf viele seiner Wünsche und Bedürfnisse verzichten muss und vor allem dass seine Lebenspläne zur Zeit nicht zu realisieren sind, wie er es vielleicht vor der Erkrankung gedacht war (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.).

2.3.3 Zeitliche Verfügbarkeit

„Zeit“, ist im heutigen Leben ein besonderes Gut. So empfinden nach der Studie von Haslig (1994) 60% der pflegenden Angehörigen die fehlende Zeit auf Grund der Pflege als eine große Belastung (vgl. DEGAM-Leitlinie, Nr. 6, 2005). Mit der neuen Situation muss der Angehörige bei der Zeitplanung nicht nur seine Aktivitäten bedenken, sondern auch die des erkrankten Elternteiles. Und nicht selten müssen dessen Termine einer höheren Priorität angesiedelt werden, da sie von großer Bedeutung in der Behandlung sind. Somit wird die Zeit bei den alltäglichen Verrichtungen immer knapper und für den Angehörigen bleibt meist kaum bis gar keine Zeit mehr, etwas für sich zu tun oder einfach mal „Luft zu holen“. So bleibt nicht nur der eigene Haushalt „liegen“, sondern auch soziale Kontakte und persönliche Interessen werden massiv vernachlässigt. Der Zeitaspekt, -druck und die zeitliche Verfügbarkeit stellt eine zentrale Belastungsdimension da (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Mangelnde zeitliche Verfügbarkeit hat Auswirkungen auf die Pflege des sozialen Netzwerkes und die Gefahr der sozialen Isolation kann sich dadurch erhöhen.

2.3.4 Sozialen Ebenen

Der Arbeitsaufwand wird oft unterschätzt. Eine Person zu umsorgen/ pflegen, stellt ab einem bestimmten Punkt, einen „full-time-Job“ dar. Das bedeutet, wenn die Angehörige im erforderlichen Umfang, sich um den Zupflegenden kümmert, kommt es auf der anderen persönlichen Seite des Angehörigen gleichzeitig zu Einbußen bei den eigenen Wünschen, Bedürfnissen und bei der eigenen Familie. Es kann sogar so weit gehen, dass die Angehörigen ihren Beruf aufgeben müssen, oder die Arbeitszeit reduzieren (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Aber nicht nur im Arbeitsleben gibt es diesbezüglich Veränderungen. Pflege bedeutet auch, an eine Person gebunden zu sein, ein Gefühl der Angebundenheit. Das Gefühl der Angebundenheit herrscht oft auch dann vor, wenn andere Personen, sich um den Erkrankten kümmern und die Angehörige Zeit für sich und ihre Bedürfnisse hätten. Doch auch in solchen Situationen fällt es den Angehörigen schwer, Abstand zu bekommen und an sich zu denken. So ist das Bemühen groß, die Zeit der Erkrankung und Behandlungen durch verschiedene Maßnahmen erträglich zu gestalten und das Leiden zu erleichtern (vgl. Anthes, 2002). So sind viele, und wenn *nur* in Gedanken bei dem erkrankten Elternteil. Dieses und die tatsächliche Einbindungen führen zu Veränderungen innerhalb der eigenen Familie, der Herkunftsfamilie und im Kontakt zu Freunden.

2.3.4.1 Rollenerwartung und Rollenkonflikte

Die pflegenden Töchter befinden sich in einer *Sandwichposition* (vgl. Karrer, 2009). Sie müssen mehrere Rollen gleichzeitig ausfüllen (Mutter, Hausfrau, Berufstätig, Ehefrau, pflegende Angehörige). Durch die Rollenkonfusion kommt es zu einer Mehrfachbelastung und Stress, welche Rollenkonflikte hervorrufen (vgl. Hindermann & Strauß, 2002). Oft wird vergessen, dass sie in den meisten Fällen eine eigene Familie und Haushalt zu versorgen haben. Die neue Aufgabe, sich um die Eltern zu kümmern, und die Versorgung der eigenen Familie ruft wie beschrieben einen Ambivalenz-Konflikt hervor. Zum einen wollen sie für ihre Familie da sein und zum anderen spüren sie den Loyalitätskonflikt für die Eltern da zu sein (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). So kann die neue Situation zu einer Belastungsprobe für die eigene Ehe werden. Gelingt es dem Paar nicht eine offen über die jetzige Situation zu kommunizieren, kann es zu einer Entfremdung führen. Gelingt es dem Paar doch, so können sie durch diese Erfahrung enger zusammen rücken und sich gegenseitig unterstützen (vgl. Chamier, 2000).

2.3.4.2 Veränderungen in der Eltern-Kind-Beziehung

Problematischer kann sich die Eltern-Kind-Beziehung gestalten, denn viele pflegende Töchter möchten autonom bleiben und haben das Gefühl diese Selbstständigkeit einzubüßen. Dieses Gefühl haben vor allem die Töchter, welche sich aus einem Verantwortungs- und Verpflichtungsgefühl, um die (erkrankten) Eltern kümmern. Die Eltern waren früher für die

Versorgung verantwortlich und hatten die Position der Starken und Gebenden. Die meisten Aufgaben die in den Bereich fallen, könnten auch als „Eltern-Aufgaben“ gesehen werden, die nun (teilweise) von den Kindern vollzogen werden. Diese veränderte Rollenaufteilung bringt eine Neuorientierung für alle Betroffenen mit sich. So übernimmt jetzt eine andere Person die Fürsorge und in einigen Bereichen die Verantwortung. Auch wenn die Rollenverteilung sich ändert, bleiben die Eltern für die Kinder immer noch die Eltern, dieser Aspekt darf nicht vernachlässigt werden. So ist es nicht selten, dass im Bereich der Beziehung, Aufgaben und Rollenverteilung Ambivalenzen entstehen (vgl. Dieries, 2006). Die Problematik der Rollenumkehr wird vor allem bei der Körperpflege deutlich. Bestimmte Formen des Körperkontaktes waren und sind zwischen dem Kind und den Eltern nicht üblich, diese Grenze muss nun bei der Körperpflege überschritten werden, was Scham hervorruft. Nicht allen Eltern gelingt es, sich in die untergeordnete Rolle einzufinden, sie möchten wie früher die Kontrolle über die Situation beibehalten (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Nicht selten ist Macht ein zentrales Thema. Der Erkrankte verliert ein Stück weit die bisherige Macht und dennoch gewinnen sie auf Grund der Erkrankung neue Macht. Diese wird deutlich, indem jegliches Verhalten legitimiert wird (vgl. Ziepert, 1999). Ebenso ist zu bedenken, dass eine andere Dynamik entsteht, je nachdem ob die Mutter oder der Vater erkrankt. Das Vater-Tochter-Verhältnis ein anderes ist, als das Mutter-Tochter-Verhältnis. Es wird oft angenommen, dass die Mutter-Tochter-Beziehung enger und emotionaler ist und gleichzeitig durch viele Ambivalenzen geprägt ist. Das Verhältnis zu den Vätern wird eher als distanziert beschrieben, vor dem Hintergrund, dass die Väter eher eine autoritäre und bestimmende Haltung in der Erziehung zeigten. Und dennoch ist die Vater-Tochter-Beziehung etwas Besonderes. Die unterschiedliche Beziehung zu dem jeweiligen Elternteil, erleichtert oder erschwert es den Töchtern sich besser oder eher schlechter von dem jeweiligen Elternteil abzugrenzen (vgl. Becker, 1997). Und dennoch sind die Eltern, auf Grund der Erkrankung, abhängig bis hilflos. Dies nehmen die Töchter wahr und verspüren ihren Eltern gegenüber eine hohe Verpflichtung der Dankbarkeit und dieses macht es fast unmöglich ihren Eltern in der neuen Situation zu widersprechen (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Aus der Unwissenheit und der Liebe zu den Eltern trauen sich einige Töchter nicht ihre Grenzen zu setzen. Sie denken dass Liebe und Grenzen sich gegenseitig ausschließen. Grenzen setzen schafft und behält Liebe. Um dieses zu verstehen und zu glauben, müssen sie es umsetzen. So vergeht eine gewisse Zeit, bis sie erfahren können, dass Liebe und Grenzen zusammengehören, wie Tag und Nacht (vgl. Ziepert, 1999). Problematisch wird es, wenn über die neuen Situation, die Veränderungen und damit einhergehenden Konflikte, sowie die dabei dominierenden Emotionen nicht gesprochen werden kann oder darf (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Während eines Veränderungsprozesses ist es nicht ungewöhnlich, dass alte Konflikte wieder aufflammen. Das große Problem stellen nicht nur die Probleme und die neue Situation als solche da, sondern die *Sprachlosigkeit*. Aus Angst die Eltern noch mehr zu belasten, äußern die pflegenden Töchter ihre Wünsche, Bedürfnisse und ihre Grenzen nicht (vgl. Chamier, 2000). Die unausgesprochenen Konflikte werden in Spannungen und Überforderungssyndromen

deutlich. Diese angespannte Situation kann dazu führen, dass Kindern ihren Eltern gegenüber gewalttätig werden (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.).

2.3.4.3 Veränderungen im Freundeskreis

Veränderungen gibt es nicht nur in der Partnerschaft und in der Beziehung zu den Eltern, sondern auch in den anderen sozialen Beziehungen zu Freunden und anderen Familienmitgliedern. Nicht selten ziehen sich Freunde zurück, da sie sich mit der Situation überfordert fühlen, Angst haben vor der Erkrankung oder die Situation und Belastung des Erkrankten nicht verstehen können. Ein weiterer Faktor ist, dass die Angehörigen ihre Bedürfnisse meist hinten anstellen und so auch Aktivitäten mit Freunden hinten überfallen. So kann es sein, dass die Erkrankung das soziale Leben beherrscht, wo dann die große Gefahr ist, dass die Angehörigen sich sozial isolieren (vgl. Blom & Duijnste, 1999). So geben 75% der Befragten an, weniger Zeit für Freizeit; 65% für Hobbies, 56-75% für Bekannte und 58% für Urlaube zu haben (vgl. DEGAM-Leitlinien, Nr.6, 2005).

2.3.5 Finanzielle Belastungen

Die neue Situation bringt nicht nur persönliche Veränderung, sondern erfordert nicht selten eine finanzielle Mehrbelastung bzw. finanzielle Einbußen, wenn auf Grund der Pflege der Beruf und damit das Einkommen wegbrechen. Um die finanziellen Einbußen ausgleichen zu können, muss sich die Familie in anderen Bereichen einschränken, z.B. Kündigung von Zeitung oder Aufgabe eines Hobbys. So bricht für die Familie eine Ressource weg und eine zusätzliche Belastung entsteht (vgl. Blom & Duijnste, 1999). Bei 58% aller erwerbstätigen pflegenden Angehörigen gibt es eine Veränderungen bzgl. der beruflichen Situation. Die weitere berufliche Tätigkeit kann sowohl ein weiterer Stressor sein, aber auch eine Ressource darstellen. Bei der Arbeit ist der Angehörige von der häuslichen Situation abgelenkt und erhält eine finanzielle Absicherung, sowie Anerkennung für die geleistete Arbeit (vgl. Gräßel, 2000). Pflegende Angehörige aus höheren sozioökonomischen Status können und sind eher bereit sich externe und professionelle Hilfe als Unterstützung zu holen. Eine niedrige Bildung und ein schlechter sozioökonomischer Status zwingen die Familie, die Pflege zu übernehmen, vor allem von den Frauen. Familien aus einem niedrigen Bildungsniveau wissen weniger über ihre Rechte und Unterstützungsangebote, wie Familien aus der oberen Bildungsschicht (vgl. Blom & Duijnste, 1999).

2.4 Folgen der Überforderung

Angehörige werden mit unterschiedlichen Aufgaben und Problemen konfrontiert. Der Umfang kann von praktischen Fragen bis hin zu psychischen Verarbeitung einer Erkrankung und die Auseinandersetzung mit dem Tod sein. Auf Grund der hohen (Mehrfach-)Belastung ist eine Überforderung nicht selten. Faktoren die zu seiner Überforderung beitragen sind: eine angespannte Beziehung zum Patienten, die Notwendigkeit den Patienten zu beaufsichtigen, Zukunftssorgen, Verschlechterung der eigenen Gesundheit, Angst vor sicherheitsgefährdendem Verhalten des Patienten und die Verantwortung für die eigenen Kinder und den Partner (vgl. Blom & Duijnste, 1999). Vor diesem Hintergrund kann es sein, dass die eigenen Bedürfnisse nach Sicherheit, physische Bedürfnisse, Bedürfnisse nach Liebe und Sexualität; Bedürfnisse nach Status, Erfolg und Selbstwertgefühl; Bedürfnis nach seelisch-geistigem Wohlbefinden; Bedürfnisse nach Freiheit; Bedürfnisse nach Herausforderungen und Bedürfnisse nach kognitiver Klarheit in den Hintergrund geraten (vgl. Hackney & Cormier, 1993, S. 121/ 122). Diese Bedürfnisse sind zwar im Menschen verankert, doch um sie zu befriedigen, muss jeder Mensch handeln und aktiv werden, dies kann nur gelingen, wenn er es gelernt hat. Das setzt voraus, dass der Mensch weiß, was er will, um danach handeln zu können. Hat er nie gelernt, die oben genannten Bedürfnisse zu spüren und auszuleben, hat er Schwierigkeiten diese zunächst zu erkennen und dann seine Kräfte zu mobilisieren, um diese zu erfüllen. Sie haben teilweise ein diffuses Gefühl und versuchen ihre Bedürfnisse zu erfüllen. Die Lösungen können inadäquat sein oder dazu werden, sprich es kommt zur Symptombildung. Die Symptome stellt ein suboptimaler Lösungsversuch im Adaptionprozess dar. Oft dauert es lange, bis Angehörigen den Zusammenhang zwischen den Symptomen und der Situation anerkennen (vgl. Hackney & Cormier, 1993). Was eine dauernde Überforderung mit sich bringt, soll anhand der folgenden Punkte verdeutlicht werden.

2.4.1 Verlust des Selbst

Durch die neue Situation nehmen die Angehörigen auch eine neue Rolle ein. Die Gefahr besteht darin, dass diese neue Rolle, die neue und einzige Identität wird und so mit dem Verlust der bisherigen Identität und des Selbst einhergeht. Dieser Prozess geht häufig mit geringen Selbstwertgefühlen, Beeinträchtigungen in der emotionalen Stabilität und auch depressive Verstimmung einher. Der Grund liegt darin, dass je mehr Raum die Pflege in Anspruch nimmt, desto weniger Frei-Raum bleibt für die anderen Rollen, die eine Person in sich hat. Für die Angehörigen ist es wichtig, dass sie Anerkennung und Lob für ihre Leistung bekommen, dieses hat einen Einfluss auf das Selbstbild. Bleibt diese aus, so ist es im Laufe der Zeit für die Angehörigen immer schwerer, sich selber in einem positiven Licht zu sehen. Dies wird bei jüngeren noch verstärkt, wenn sie die bisherigen Lebenspläne und Zukunftspläne wie Beruf, Familiengründung etc. nicht umsetzen können (oder dürfen). Ein Schutzfaktor scheint

zu sein, wenn eine Person mehrere Rollen in sich trägt, da ihre Identität aus verschiedenen Rollen und Facetten besteht (vgl. Lubkin & Payne, 2002).

2.4.2 Isolation

Die Gefahr der sozialen Isolation ist vor allem bei Töchtern sehr hoch, wenn sie für die Pflege ihrer Eltern ihren Beruf aufgeben müssen. So entsteht im Laufe der Zeit ein Teufelskreislauf der Isolation. Die Erkrankten stellen Forderungen und haben gleichzeitig ein Abhängigkeitsbedürfnis und der Angehörige hat Schuldgefühle und ein Gefühl der Unersetzbarkeit. Durch diese Position erhalten sie Macht, dieses Gefühl der (All-)Mächtigkeit beeinflusst im Unterbewussten die Situation (vgl. Schönberger & Kardorff, oa.). Dieser Druck und Empfinden geschieht sowohl auf Grund der eigenen Ansprüche, den der Familie und aus den gesellschaftlichen Normen heraus (vgl. Chamier, 2000). Umso wichtiger wäre es, dass den Angehörigen Freiräume eingeräumt werden, in denen sie ihren Hobbys nachgehen können und soziale Kontakte knüpfen und pflegen können. Auch wenn die Aktivitäten körperlich Energie kosten, geben sie dem Angehörigen neue Energie und Kraft für die alltäglichen Aufgaben (vgl. Lubkin & Payne, 2002). So kann die soziale Isolation ein Resultat aus der zeitlichen Beanspruchung, aber auch als Folge von Scham, Hinfälligkeit, Krankheit und Hilfebedürftigkeit zu sprechen und um Hilfe zu bitten, sein. Dadurch dass die Angehörigen sich nicht trauen über ihre „negativen“ Gefühle mit kaum einem anderen besprechen, kann es zu einer zunehmende Isolation führen (vgl. Bösch, Rothlin & Trüllinger, 1988).

2.4.3 Wut

Wie in jeder Kommunikation, kann es auch zwischen Pflegendem und Patienten zu Missverständnissen kommen, da nicht alle Pflegeempfänger jede Handlung als Zeichen der Liebe und Fürsorge verstehen und die Angehörigen sich gleichzeitig eine Art Dankbarkeit für ihre Tätigkeiten wünschen. Wut tritt auch häufig im Sterbeprozess auf, oder auch, wenn der Erkrankte Fähigkeiten und Kompetenzen verliert und die zupflegende Person sie weiterhin hat. So kann es sein, dass die erkrankte Person, unangemessene und unrealistische Forderungen äußert. Durch diese Handlungen versucht er Macht auszuüben, da er in diesem und in anderen Bereichen seine Macht verloren hat. Normalerweise, würde die Familie sich die unangebrachten Forderungen nicht nachkommen und die dabei empfunden Emotionen äußern, doch durch die lebensbedrohliche Erkrankung nehmen sich die Angehörigen zurück und trauen sich nicht, die Emotionen und vor allem die dabei entstehende Wut zu formulieren. Die Angehörigen sind sehr ambivalent, zum einen wollen sie sich fürsorglich um die Eltern kümmern, dennoch kommen Schuldgefühle, Verletzlichkeit und Ablehnung in ihnen hoch, worüber sie nicht miteinander in den Dialog treten können (vgl. Lubkin & Payne, 2002).

2.4.4 Misshandlung von älteren Hilfsbedürftigen

Dieser Aspekt wird oft tot geschwiegen, und dennoch besteht er. Gründe dafür sind die (stressigen) Situationen mit dem abhängigen, schwierigen und betagten Verwandten. Ebenso spielt dabei oft eine Rolle, dass negativen Gefühle wie Wut, Frust und Überforderung vorhanden sind, jedoch nicht geäußert werden dürfen und es so zu Erschöpfung kommt und die Angehörigen nicht wissen, wie sie die fürsorglichen Aufgaben mit diesen negativen Emotionen bewältigen sollen. Mangelnde Unterstützung, Unwille seitens des pflegenden Angehörigen, beengte Wohnverhältnisse, Isolation, familiäre Belastungen, Ehekonflikte, sowie andere Konflikte innerhalb der Familie scheinen Faktoren zu sein, die in Kumulation die Wahrscheinlichkeit der Misshandlung erhöhen (vgl. Lubkin & Payne, 2002). So kann dies auf Grund der unterschwellig Spannungen dazu führen, dass die pflegenden Angehörigen sich nicht mehr kontrollieren können und es zu unkontrollierbaren Wutausbrüchen kommen. Dieses wird auf Grund von Scham totgeschwiegen. Gewalt ist ein Ausdruck von großer psychischer Not, Erschöpfung und Verzweiflung. Hier soll noch erwähnt werden, dass ebenso der Gepflegte gewalttätig sein kann (vgl. DEGAM-Leitlinie Nr. 6, 2005). Die Gewaltbereitschaft gegenüber der Gepflegten steigt mit den Belastungen des pflegenden Angehörigen, bei pflegenden Angehörigen die stärker belastet sind, kommt es häufiger zu aggressiven Verhaltensweisen (vgl. Gräbel, 2001).

2.4.5 Gesundheitlicher Zustand

Dass durch die Erkrankung die Angehörigen ebenfalls solchen Belastungen ausgesetzt sind, wird häufig nicht bedacht. In Anbetracht der Tatsachen ist es nicht verwunderlich, dass davon gesprochen wird, dass pflegende Angehörige selber potentielle Patienten sind (vgl. DEGAM, 2005). Dieses bestätigt, dass diese mehr Belastungen ausgesetzt sind, als die Normalbevölkerung. Wie oben beschrieben, hat das Motiv eine starke Auswirkung auf die wahrgenommene Belastung und somit die daraus resultierenden Beschwerden auf den unterschiedlichen Ebenen (vgl. Becker, 1997). Nach Angaben von Schneekloth (2006) empfinden 83% aller Hauptpflegenden die Belastung als eher oder sogar stark, 12% als wenig und nur 5% als gar nicht belastend (vgl. Schneekloth, 2006). Auf den ersten Blick etwas widersprüchlich sind diese Ergebnisse des Bundesinstitution für Bevölkerungsforschung (2004). Deren Angaben zur Folge geben 35,3% der pflegenden Angehörigen ihren Gesundheitszustand als gut an, 5,3% sogar als sehr gut, 45,3% sind zufrieden mit diesem und 14% bezeichnen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sogar sehr schlecht. Der erste Blick soll dennoch nicht über die Belastungen hinwegtäuschen, denn auch bei überwiegender Zufriedenheit bezüglich des eigenen Gesundheitszustandes, berichten sie darüber, dass sie sich durch ihren Gesundheitszustand in ihren alltäglichen Aufgaben sich behindert fühlen. Davon fühlen sich 42,4% ein wenig eingeschränkt und 12,5% sogar erheblich. Dieser Zusammenhang wird dadurch erklärt, dass sie eine gesundheitliche Beeinträchtigung auf Grund der

Pflege­tätigkeit eher als belastend wahrnehmen als unter normalen Bedingungen. Wie die Beeinträchtigungen auf Grund der Belastungen erlebt werden, und ob die pflegenden Angehörigen selber Patienten werden hängt von verschiedenen Faktoren ab. Das weibliche Geschlecht, das Motiv und ein erhöhtes Alter stellen Risikofaktoren da, welches das Belastungserleben erhöht. Neben diesen Faktor kommt hinzu, dass viele pflegenden Angehörigen viel zu lange warten, sich professionelle Hilfe zur Unterstützung zu suchen. Nicht alle pflegenden Angehörige sind und werden selber Patienten, jedoch 1/3 aller pflegenden Angehörigen erkranken auf Grund der Belastung (vgl. DEGAM-Leitlinie Nr.6, 2005). Faßmann et al. (1995) wies in einer Studie nach, dass vor allem jüngere Pflegepersonen eine hohe Rate an Burn-out aufwiesen (vgl. Schönberger & Kardorff, oa.). Bracker u.a. konstatieren in diesem Zusammenhang, „dass die pflegenden Töchter fast durchgängig die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit am Punkt ihres körperlichen oder nervlichen Zusammenbruchs sehen“ (z.n Becker, 1997, S.46).

2.5 Ursachen und Hintergründe von Belastungen

Um den Angehörigen und seine Belastungen im Ganzen zu erfassen, ist es wichtig den Angehörigen in seiner ganzen Lebenssituation zu betrachten und nicht nur den Fokus auf die Pflegesituation zu legen (vgl. Blom & Duijnste, 1999). Denn die Prädikatoren des Belastungserleben ergeben sich aus krankheitsbezogenen Faktoren, personalen Faktoren/ Ressourcen, Beziehungsfaktoren/ intrafamiliäre Beziehungen und sozialen Ressourcen (vgl. Schrittmatter & Bengel, 1999). Wie eine Person auf eine Erkrankung und ihre Folgen reagiert hängt auch davon ab, wie er es erlernt hat und wie er die Situation einschätzt. Belastung ergibt sich aus Last und Belastbarkeit. Es ist wichtig, neben den Belastungen der pflegenden Tochter, auch die Faktoren zu betrachten, die die Belastung beeinflussen, unabhängig ob diese einen positiven oder negativen Einfluss auf die Situation und das Stresserleben haben (vgl. Blom & Duijnste, 1999). In diesem Zusammenhang wird oft das Stressmodell von Lazarus und Folkmann (1984) genannt. In diesem Konzept steht die subjektive Wahrnehmung in Bezug auf das Wohlbefinden und darauf ob eine Gefährdung dieser vorliegt. Als erstes wird erörtert, ob die Situation das Gleichgewicht stören kann. Ist dies der Fall wird die Situation bewertet. Die primäre Bewertung der Situation erfolgt nach der Einschätzung ob die Person die Situation als eine Herausforderung, Bedrohung oder Verlust/ Schädigung (Primäre Bewertung) erlebt. Dann erfolgt die sekundäre Bewertung, in diesem Schritt werden die persönlichen Bewältigungs-kompetenzen reflektiert. Es entsteht Stress, wenn die Person ihre eigenen Bewältigungs-kompetenzen als ungenügend einstuft und die Situation für sie von Bedeutung ist. Bei der Einschätzung der Ressourcen spielen sowohl eigene Kompetenzen (Selbstwirksamkeit), sowie Ressourcen aus der Umwelt und die sozialen Beziehungen mit hinein. Verändert sich etwas in der subjektiven Bewertung oder durch andere Ressourcen, so wird die Situation erneut bewertet. (vgl. Schneglberger, 2010). Die Variablen, wie Art der Beziehung und Motivation als solches lassen keine Rückschlüsse ziehen, ob es als eine Ressource oder Belastung verstanden

werden können. Nur im individuellen Kontext und der Biographie betrachtet, ergeben die Puzzelsteine ein Bild (vgl. Blom & Duijnste, 1999).

2.5.1 Das „Warum“ – die Frage nach der Individualität von Belastung

Was für den einen Angehörigen sich als Belastung darstellt, muss es nicht automatisch auch für den Anderen sein. So ist es von großer Bedeutung, die Belastungen, die Faktoren die diese beeinflussen und die Belastbarkeit erst einmal zu ermitteln. Denn nur durch eine genaue Analyse ist es möglich, die benötigte Hilfe für den Angehörigen zu ermitteln und ihm dann auch zur Verfügung zu stellen. Er kann nur die adäquate Hilfe bekommen, wenn klar ist, warum er so empfindet, warum er die Situation so sieht, wie er sie sieht. Bei der Erörterung der Empfindung der Belastbarkeit, lassen sich neben individuelle Faktoren auch faktische Unterschiede festhalten. Eine finanzielle Absicherung und soziale Unterstützung wirken sich positiv auf das Belastungserleben aus, wohingegen die Schwere der Erkrankung sich negativ auswirkt. Neben diesen objektiven Faktoren, wirken sich Handling, Akzeptanz und Motivation die je nach Ausprägung unterschiedlich sind, auf die gesamte Pflegesituation aus (vgl. Blom & Duijnste, 1999). Das Motiv für eine Handlung beeinflusst auch, wie die Person die Situation bewertet. So soll im nächsten Unterpunkt beschrieben werden, welche Auswirkungen die Motive auf das Belastungserleben der pflegenden Töchter haben.

2.5.2 Zusammenspiel von Motivation und Belastungen

Bei der Übernahme der Pflege oder der Betreuung einer Person, ist es nicht immer ein bewusster Entschluss, sondern sie sind in die Situation hineingewachsen. Das Hineinwachsen rührt mit dem Fortschreiten der Krankheit und den damit einhergehenden Beeinträchtigungen zusammen. Dennoch ist es für viele Angehörige *selbstverständlich* sich um ein Familienmitglied zu kümmern. Selbstverständlich, in diesem Wort können sowohl die positiven wie auch negativen Motive enthalten sein. Selbstverständlich aus einer Liebe und Zuneigung heraus, aber auch aus moralischen, finanziellen, sowie Angst; Angst vor negativen Sanktionen von verschiedenen Personen, auch der eigenen zu erhalten und die damit einhergehenden Auswirkungen auf das eigene Selbstbild. Wird vor allem aus den letzten genannten Aspekten gepflegt, herrscht oft eine ambivalente Beziehung zwischen dem Pflegenden und dem Zupflegenden. Jedoch gibt es nicht ein Motiv, sondern es sind meist sowohl positive, wie negative Motive vorhanden und diese unterliegen einem dynamischen Prozess. Für die Bewältigung der Situation, scheint es wichtig zu sein, dass sich die Angehörigen Gedanken über ihre Motive machen (vgl. Anthes et al. 2002). Die Pflegesituation stellt eine Belastung dar und die Belastungen werden stärker erlebt, wenn das Motiv aus einer normativen Verpflichtung heraus geschieht. Je mehr Belastungen die Person ausgesetzt ist, desto wahrscheinlicher ist das Konfliktpotential innerhalb der Familie. Der empfundene Druck und die Belastungen steigen mit weiteren normativen Verpflichtungen, wie beispielsweise der Versorgung der eigenen

Kinder. So kann es sein, dass einige Kinder sich um ihre Eltern kümmern, und gleichzeitig wissen, dass sie dafür keine Art von Gegenleistung erwarten bzw. erhalten können und gleichzeitig sich auch nicht besser von ihren Eltern abgrenzen können. Sie sehen die Hilflosigkeit ihrer Eltern. Diese neue Situation der erlebten Hilflosigkeit der Eltern, löst ebenso ein Gefühl der eigenen Hilflosigkeit und Schuldgefühle bei den Kindern hervor (vgl. Becker, 1997). Die Belastungen werden nach der Studie von Gräbel (2000) als signifikant geringer empfunden, wenn die Übernahme auf einer Freiwilligkeit beruht. In dieser Studie wurde nach das Motiv zur Pflegeübernahme erörtert. Im Bezug auf die familiären Verbundenheit ergab sich eine bipolare motivationale Dimension: Zuwendung vs. Verpflichtung. Das Pflegemotiv hat einen signifikanten Einfluss auf Pflegesituation und deren Gestaltung. Bei 68% der pflegenden Ehepartner und nur bei 32% der Kinder geschieht die Pflege aus dem Motiv der Zuneigung (vgl. Gräbel, 2000). Die Motive haben einen erheblichen Einfluss auf das Belastungserleben, so ist es von besonderer Bedeutung, warum die Person die Pflege übernimmt. Nach der Studie von Halsig (1994) übernehmen 37% freiwillig und gern die Pflege, 58% sehen es als selbstverständlich an und aus normativen Gründen (sozial erwünscht) und „nur“ 5% auf Grund finanziellem/ familiären Druck und gleichzeitiger Ablehnung der Pflege. Personen die sich aus altruistischer Motivation um jemanden kümmern, äußern mehr Überforderung als die Personen die sich auf Grund von sachlichen und finanziellen Gründen freiwillig und bewusst dafür entschieden haben (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.).

2.6 Einflussfaktoren der familiären Verbundenheit auf das Belastungserleben

In diesem Abschnitt sollen Erklärungsmöglichkeiten beschrieben werden, warum die Motive aus einer familiären Verbundenheit zu pflegen zum einen eine Ressource sein kann und zu gleich für andere pflegende Töchter eine enorme Belastung darstellt. Bei der Betrachtung, welche Faktoren das Belastungserleben stark beeinflussen, muss ein Fokus auf den verwandtschaftliche Status der pflegenden Person, ihr Verhältnis zum erkrankten Familienmitglied sowie die Art der familiären Beziehung bedacht werden. In diesem Abschnitt, wird die familiären Verbundenheit unter dem Aspekt der sozialen Unterstützung betrachtet und die Bedeutung und Auswirkung der Eltern-Kind-Bindung. Bevor näher auf die Eltern-Kind-Bindung eingegangen wird, ist es wichtig zu betrachten, in wie weit andere Familienmitglieder eine Ressource darstellen und das Belastungserleben dadurch minimieren können. Oft wird *nur* auf die Eltern-Kind-Beziehung geschaut, dennoch sollte der Blick die anderen Familienmitglieder nicht außenvorlassen. Die Familie hat einen Einfluss auf den Gesundheitszustand der einzelnen Familienmitgliedern, sowohl in die positiver, wie auch negativer Richtung. Eine Person hat bessere Chancen gesund zu bleiben, wenn ausreichend finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, auf welche sie zurückgreifen kann. Die Verfügbarkeit von Unterstützungsangeboten durch Verwandte, die Art der Eltern-Kind-Beziehung, die Paarbeziehung und die Kommunikationskompetenz haben einen Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Person (vgl. Schnabel, 2001).

2.6.1 Einflussfaktoren von sozialer Unterstützung auf das Belastungserleben

Thomas Fydrich & Gert Sommer (2003) bezeichnen soziale Unterstützung „[...] als das Ergebnis kognitiv-emotionaler Verarbeitung und Bewertung gegenwärtiger und vergangener sozialer Interaktionen betrachtet, durch die Personen Hilfestellungen erleben und erwarten, um Aufgaben und Belastungen zu bewältigen und persönliche Ziele zu erreichen“ (S. 5).

Es wird deutlich, dass die Unterstützung als eine positive und hilfreiche Handlung angenommen werden muss, damit sie sich einen positiven und hilfreichen Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit erweist (vgl. Fydrich & Sommer, 2003). Um soziale Unterstützung erhalten zu können, muss die Person, in einem sozialen Netzwerk integriert sein. Bei dem Netzwerk liegt der Schwerpunkt auf dessen Strukturen und weniger auf den qualitativen Beziehungen und Interaktionen. Der Gegenpol zur sozialen Integration ist die Isolation (vgl. Knoll & Kienle, 2007). Das eingebettet sein in ein soziales Netzwerk ist die Voraussetzung, um eine Interaktion mit mindestens zwei Menschen herbeizuführen. Die Interaktion zielt darauf ab, dass sich ein Problemzustand verändert oder zumindest gemildert wird, so dass die betroffene Person weniger Leid empfindet (Knoll & Schwarzer, 2005). In der Interaktion steht der qualitative Aspekt der Beziehung im Mittelpunkt. Es ist jedoch nicht bedeutsam, wie groß die Anzahl der potentiellen Unterstützungsgeber des Betroffenen ist. Der Fokus richtet sich eher auf das Maß, in welchem die Interaktion zur Bewältigung der Problemsituation beitragen kann. Auch die vergangene und erwartete Repräsentation, wie die Interaktionen verlaufen sind und werden, können von Bedeutung sein (vgl. Knoll & Kienle, 2007). Die soziale Unterstützung stellt eine Ressource dar, die von anderen Personen zur Verfügung gestellt werden kann (vgl. Schulz et al., 1998). Jedes Verhalten kann als sozial unterstützend gesehen werden, wenn es darauf ausgerichtet ist, einer Person beim Erreichen ihrer persönlicher Ziele oder der Erfüllung situativer Anforderungen zu helfen. Nach Veiel (1987) ist die Erfüllung psychosozialer Bedürfnisse das Kernelement sozialer Unterstützung (z.n. Aymanns, 1992, S. 20). Die soziale Unterstützung wird dann als vorhanden betrachtet, wenn die individuellen Bedürfnisse des Individuums durch sein soziales Umfeld erfüllt werden können. Zuneigung, Wertschätzung, Bestätigung, Zugehörigkeit, Identität und Sicherheit sind die grundlegenden sozialen Bedürfnisse des Menschen. Soziale Unterstützung kann positive aber auch negative Auswirkungen auf das physische und psychische Wohlbefinden einer Person haben (vgl. Aymanns, 1992). Ob die soziale Unterstützung als hilfreich oder eher belastend empfunden wird, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab wie Form, Quelle, Qualität, Häufigkeit, Verfügbarkeit, Wahrnehmung und Erhalt der sozialen Unterstützung (vgl. Schulz et al., 1998).

2.6.1.1 Formen und Quellen

In der Literatur gibt es verschiedene Aussagen, welche Formen es gibt. Aymanns (1992) unterscheidet die emotionale, die evaluative, die Netzwerkunterstützung, die informelle und kognitive Unterstützung. Die emotionale Unterstützung wird als die Überzeugung, geliebt

und verstanden zu werden, vermittelt. Sie äußert sich durch eine liebevolle Aufmerksamkeit in zuwendendem, fürsorglichem und Nähe stiftendem Verhalten anderer. Die Überzeugung, geschätzt und anerkannt zu sein, wird unter der evaluativen Unterstützung verstanden. Hier steht die bedingungslose Liebe dem Anderen gegenüber, da er unabhängig von der aktuellen Situation um seiner selbst geliebt und geschätzt wird. Diese Haltung hat Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl einer Person. Durch diese Haltung kann das Selbstbild einer Person stabilisiert werden oder helfen, sich neu aufzubauen. Durch das Eingebunden sein in ein soziales Netzwerk fühlt sich die Person sicher, dieses wird als Netzwerkunterstützung bezeichnet. Netzwerkunterstützung äußert sich in dem Vertrauen, dass die Menschen, denen man sich verbunden fühlt, in Kontakt bleiben und bei Bedarf zur Verfügung stehen. Aber nicht nur der emotionale Bereich wird unter der Unterstützung verstanden, sondern auch die informative und kognitive Unterstützung. Hierunter fallen Informationen, Rückmeldungen oder Ratschläge, die dazu beitragen, die eigene Person, interpersonelle Beziehungen, belastende Situationen und/oder die eigenen Bewältigungsstrategien besser einschätzen zu können. Mit dem Wissen soll die Person sich besser mit dem Problem auseinandersetzen können.

Unter der instrumentellen Unterstützung werden verschiedene praktische Hilfeleistungen verstanden. Hilfeleistungen können das Erledigen von Aufgaben sein, das Besorgen von Gütern oder eine finanzielle Unterstützung. Der dritte Bereich ist die informelle Unterstützung, hier werden wesentliche Informationen und Ratschläge übermittelt (vgl. Knoll & Kienle, 2007).

Aber nicht nur die Art der Unterstützung ist von Bedeutung, sondern von wem (Quelle), wie (Qualität) und wie verfügbar diese Unterstützung ist. Die soziale Unterstützung kann durch die Familie (Ehepartner, Kinder, andere Verwandten), das soziale Umfeld (Freunde, Bekannte, Nachbarn, Arbeitskollegen), professionelle Helfer (Krankenschwestern, Ärzte, Psychologen) und soziale Einrichtungen (Selbsthilfegruppen, kirchliche und soziale Dienste) stattfinden (vgl. Schulz et al., 1998). Gräbel (1998) befragte 1911 pflegende Angehörigen nach ihren Wünschen: 69% gaben an mehr Anerkennung für die Pflegetätigkeit zu bekommen, 53% wünschten sich mehr Unterstützung von Verwandten, 44% möchten Hilfe von professionellen Helfern, 38% mehr strukturelle Hilfen (Hilfsmittel, Schulung und Wohnung) und 25% möchten mehr Informationen von Ärzten, Schwestern etc. erhalten. (vgl. DEGAM-Leitlinie, Nr. 6, 2005).

2.6.1.2 Wirkungsweisen sozialer Unterstützung

In der Literatur lassen sich zwei Effekte immer wieder im Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Gesundheit verzeichnen, zum einen das Haupteffektmodell und die Pufferhypothese. Bei dem **Haupteffekt** wird davon ausgegangen, dass die soziale Unterstützung gesundheitsförderliche Verhaltensweisen erleichtert, Wohlbefinden, Selbstwert und Kontrollbefinden erhöht, teilweise dadurch neuroendokrine Funktionen günstig beeinflusst und damit sowohl physische als auch die psychische Gesundheit fördern kann. (vgl. Fydrich & Sommer, 2003). Das andere Erklärungsmodell ist die **Pufferhypothese**. Hier wird an-

genommen, dass durch die soziale Unterstützung die negativen Auswirkungen von der Belastung abgemildert bzw. abgepuffert werden. Der Grund für diese Wirkung ist, dass die Belastungssituation und die Bewältigung gegenwärtig günstiger beurteilt werden. Diese kognitive Änderung hat dann Auswirkungen auf die Verhaltensweisen zur Bewältigung der Belastung (vgl. Fydrich & Sommer, 2003). Eine Situation kann als bedrohlich, neutral oder als eine Herausforderung angesehen werden (vgl. Knoll & Schwarzer, 2005). Die Pufferhypothese wirkt demnach, wenn bereits Stress aufgetreten ist. Die geleistete Unterstützung kann dazu führen, dass die eigenen Ressourcen des Betroffenen positiv beeinflusst werden, oder durch die Anregung werden kognitive oder handlungsorientierte Bewältigungsmechanismen eingesetzt (vgl. Knoll & Kienle, 2007). Allein das Wissen, dass im Notfall Menschen einem Pflegenden beistehen und ihn unterstützen, ist ein direkter Schutzfaktor gegen Stress. Aber auch die andere Seite darf nicht vernachlässigt werden, dass die tatsächlich erhaltene Unterstützung gar keinen oder sogar negativen Einfluss auf Stressprozess haben kann. Zurzeit ist noch nicht eindeutig, wann soziale Unterstützung entlastend, belastend oder gar nicht wirkt (vgl. Kienle et al., 2006).

Kissane et al. (1994) haben durch eine Clusteranalyse fünf verschiedene Familientypen herausgefunden: unterstützende Familien, normale Familien, konfliktauslösende Familien, verdrossene Familien und feindselige Familien. Die Merkmale der unterstützenden Familien sind, dass sie auch negative Gefühle tolerieren, sich gegenseitig unterstützen, sich gegenseitig vertrauen und offen über ihre Gefühle reden. Es besteht ein hoher Zusammenhalt innerhalb der Familie. Dysfunktionale Familien sind im Cluster unter verdrossenen und feindseligen Familien gefasst. Sie zeichnen sich durch eine geringe Unterstützung und Kommunikationsbereitschaft aus, die Beziehungen untereinander sind wenig vertraulich, es herrscht eine hohe Feindseligkeit gegenüber den anderen Familienmitgliedern (z.n. Strittmatter & Bengel, 1998). Die Pflegesituation kann als Interaktionsprozess verstanden werden (vgl. Becker, 1997). Die Kommunikationskompetenz einer Familie kann dafür sorgen, dass durch das Mitteilen von eigenen Bedürfnissen und Grenzen familiäre Ressourcen aktiviert werden (vgl. Chamier, 2000). Oder aber auch, dass es aufgrund mangelnder Klarheit und Kommunikationsinkompetenz zur Erstarrung kommt und die Bewältigungspotentiale schwinden und die Möglichkeit einer Krise wächst (vgl. Becker, 1997). Es gibt verschiedene Studien die einen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und dem Wohlbefinden von Angehörigen nachweisen. Holley (2000) konnte einen positiven Zusammenhang zwischen den oben genannten Größen nachweisen. Allein das Wissen um die soziale Unterstützung hat einen entlastenden Effekt nach Grunzelmann (1991). Bei der Frage, in wie weit eine familiäre Verbundenheit entlastend wirken kann, ist zum einen die Situation zu betrachten, ob Familienmitglieder oder auch Freunde und Verwandte zur Verfügung stehen, die für die pflegende Tochter da sind und verstehen und mitfühlen können, dass die Situation für sie eine Belastung darstellt. Ist diese Ressource vorhanden, so wird die Belastbarkeit erheblich vergrößert (vgl. Blom & Duijnste, 1999). Eine wichtige Ressource können die Familienmitglieder, speziell der Ehemann, aber auch Geschwister oder andere Verwandte darstellen. Durch die Unterstützung wird das Befinden der Belastung verringert werden. Frauen die verheiratet sind und eine sichere

finanzielle Basis haben, weisen das größte Wohlbefinden auf. Das zeigt sich darin, dass sie wenig deprimiert waren, weniger finanzielle und soziale Belastungen äußerten und sich zufrieden über ihr Familienleben und ihren Freundschaften äußerten (vgl. Karrer, 200). In diesem Kontext soll auch noch auf die Bedeutung der Geschwisterbeziehung hingewiesen werden. Auch hier gilt es als Ressource zu wissen, dass die Verantwortung und Pflege nicht alleine getragen wird oder werden muss. Allein der Austausch über die jetzige Situation, über die früheren Eltern sind wichtige Ressourcen. Eine Geschwisterbeziehung kann Sicherheit vermitteln und Unterstützung sichern (vgl. Bähr, 1999).

2.6.2 Einflussfaktoren der Bindungsrepräsentanz auf das Belastungserleben

Ein weiter Aspekt, der einen Einfluss auf das Belastungserleben hat, ist die Frage, ob die Bindungsrepräsentation (sicher vs. unsicher) Auswirkungen auf das Ausmaß auf die Unterstützung der Eltern im Alter und Krankheit hat. Bei der Betrachtung der Eltern-Kind Beziehung ist es wichtig die Bindungstheorie hinzuzuziehen. Die Bindungstheorie beschäftigt sich mit dem Aufbau, aber auch mit den Veränderungen von Beziehungen (vgl. Gloger-Tippelt, 2007).

2.6.2.1 Eltern-Kind-Beziehung und Bindung

„Eltern-Kind-Beziehungen werden im Folgenden als lebenslange, biologisch begründete, enge Beziehungen verstanden, die auf gemeinsamen Erfahrungen in der Vergangenheit und der Erwartung gemeinsamer Erfahrungen in der Zukunft basieren“ (Trommsdorff, 2005, S.42). Die Eltern-Kind-Beziehungen sind durch eine enge und von intensiven Gefühlen gekennzeichnete Beziehungen. Das Wort Bindung macht deutlich, dass es sich um eine spezielle Verbindung, einem emotionalen Band, zwischen den Personen handelt, welches über Ort und Zeit stabil ist (vgl. Gloger-Tippelt, 2007). Bowlby macht deutlich, wie sehr eine emotionale enge Beziehung im Gedächtnis gespeichert wird und sich im Verhalten und der Sprache festigt. Ein weiteres immer wieder in der Literatur genanntes Konstrukt ist das innere Arbeitsmodell. „Das komplexe Konstrukt eines Arbeitsmodells von Bindung kann man verkürzt beschreiben als eine Organisation von scriptähnlichen Kognitionen, Gedächtnisinhalten und emotional bedeutsamen Überzeugungen, die aus Beziehungserfahrungen gewachsen sind“ (Gloger-Tippelt, 2007, S.161). Die gemachten Erfahrungen und daraus erwachsenden Arbeitsmodelle dienen dem Menschen als Filter für neue Bindungen und haben einen großen Einfluss in wichtigen bindungsrelevanten Situationen. Es werden unterschiedliche Bindungstypen beschrieben: sichere Bindung, unsicher-vermeidende Bindung und unsicher-ambivalente Bindung. Die sichere Bindung ist durch eine verlässliche und emotional unterstützende Interaktion in der Kindheit geprägt. Im Gegenzug zu der sicheren Bindung ist die unsicher-vermeidende Bindung durch die dauerhafte Zurückweisung von Nähe- und Schutzbedürfnissen hervorgegangen (vgl. Gloger-Tippelt, 2007). Dann gibt es noch einen dritten Bindungstyp unsicher-ambivalent. Hier konnten die Kinder nicht die Interaktionen

vorhersehen und haben keinen unterstützenden Halt von den Eltern erfahren. Menschen die eine sichere Bindung erfahren durften, können offen auf andere zugehen und können ihre Emotionen vor Menschen, die ihnen von Bedeutung sind, zeigen. Jedoch haben nicht alle Menschen die Chance sicher gebunden aufzuwachsen. Die Beeinträchtigungen in der Bindung haben in der emotionalen und zum Teil kognitiven Entwicklung Folgen (vgl. Gloger-Tippelt, 2007). Eine gute und sichere Bindung zeichnet sich nicht ausschließlich dadurch aus, dass sie nur durch positive Gefühle gekennzeichnet ist. Denn eine gute Bindung, wird wie jede andere Art von Beziehung durch verschiedene Einflussfaktoren gefährdet. Diese Gefährdung löst Angst und/oder Ärger aus. Trauer ist ein Zeichen dafür, dass die Beziehung unter- oder abgebrochen ist. Eine gute und stabile Beziehung zeichnet sich nun darin aus, dass sie trotz der gerade beschriebenen emotionalen Situationen bestehen bleibt, da sie als Teil dessen verstanden wird. Durch die Integration der positiven wie auch negativen Emotionen wird diese Beziehung zu einer Basis psychischer Sicherheit. Durch diese Basis können sich die Personen relativ angstfrei und autonom bewegen. Die Art der Bindung ist nicht statisch, sondern unterliegt einem dynamischen Prozess (vgl. Kunstmann, 2010). Der Vollständigkeit halber soll hier noch erwähnt werden, dass Main & Solomon noch einen vierten Bindungstyp benannt hat, das desorganisierte Bindungsmuster. Dies ist dadurch gekennzeichnet, dass sie sich nicht eindeutig zu verschiedenen Personen einordnen können. Sie scheinen sich in einem Konflikt zwischen Annäherung und Angst zu befinden und zeigen kein erlerntes Verhaltensprogramm, sondern wechseln zwischen mehreren Reaktionsstilen (vgl. Oerter & Montana, 2002).

2.6.2.2 Auswirkung der Bindungsrepräsentation auf das Belastungserleben

Mit der Frage, ob die Bindungsrepräsentation (sicher vs. unsicher) Auswirkungen auf das Ausmaß der Unterstützung der Eltern im Alter und Krankheit hat, hat sich Wensauer beschäftigt und kam zu folgenden Ergebnissen: Personen mit einer sicheren Bindungsrepräsentanz waren signifikant zufriedener. Ebenso scheinen diese Menschen über ein größeres soziales Netzwerk zu verfügen, zu dem sie auch einen intensiven Kontakt pflegen (vgl. Kunstmann, 2010). Personen die eine unterstützende Bindung erfahren durften, konnten besser mit den vorhandenen Netzwerkressourcen umgehen, als diejenigen, die eine zurückweisende Bindung erlebt haben. Die erst genannte Gruppe konnte in Krisen oder belastenden Situationen um Hilfe bitten und diese dann auch annehmen. Ebenso zeichnen sich diesen Menschen darin aus, dass sie ein Vertrauen haben, in schwierigen Situationen auch Unterstützung zu erhalten. Alleine dieses Wissen, dass ihnen jemand zur Seite steht, vermindert die empfundene belastende Situation (vgl. Kunstmann, 2010). „Eine sichere Bindungsrepräsentanz der erwachsenen Kinder wäre entsprechend ein Prädiktor für Fürsorgebereitschaft“ (Kunstmann, 2010, S.410). In diesem Zusammenhang wird erwähnt, dass auch andere Autoren einen Zusammenhang zwischen affektiv befriedigender früher Familienerfahrungen und dem Motiv der Fürsorge und Hilfestellung der Eltern bestätigen. Sicher gebundene Kinder erleben die Pflege der Eltern als nicht so belastend, und diese entscheiden sich für oder gegen die Pflege

aus sich heraus und lassen sich weniger auf Grund gesellschaftlicher Erwartungshaltung beeinflussen. Im Gegensatz dazu, erleben unsicher gebundene Kinder den normativen Erwartungsdruck stärker, was diese dann eher aus einem Verpflichtungsgefühl zur Übernahme der Pflege bewegt (vgl. Kunstmann, 2010). Töchter, welche die Pflege nicht aus einer Freiwilligkeit heraus übernehmen, empfinden mehr Belastungen und weisen höhere Burn-out Werte auf (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Melanie Deutmeyer brachte 2008 einen Artikel raus: „Töchter pflegen ihre Eltern: Traumatisierungspotenziale in der häuslichen Elternpflege – Indizien für geschlechtstypische Ungleichheit?“ In dem darauf hingewiesen wird, dass für einige Kinder die Pflege ihrer Eltern zu einem kritischen Lebensereignis werden kann, da es ihnen nicht gelungen ist, sich emotional von den Eltern zu lösen. Die Sehnsucht nach der elterlichen Anerkennung ist stärker als die empfundenen Belastungen. Geschieht die Rollen-umkehrung auf dieser Grundlage, so birgt sie ein hohes Konfliktpotential und das Potential, dass alte unbewältigte Konflikte, vor allem um Anerkennung, Macht und Autonomie wieder aufkeimen ist sehr hoch (vgl. Deutmeyer, 2008).

Dies zeigt, dass die Pflege und Unterstützung nicht nur dann vom Angehörigen geschieht, wenn sie als eine emotional positiv erlebte Beziehung betrachtet wird. Auch die Kinder pflegen oder kümmern sich um ihre Eltern, wenn diese ihre Beziehung eher als schlecht und konfliktreich empfinden. Beide kümmern sich um das Elternteil. Der Unterschied liegt auf der Motivationsebene, warum diese bereit sind, sich um die Eltern zu kümmern. Bei Kindern, welche die Beziehung als positiv einschätzen, ist es eher eine intrinsische. Ist die Beziehung eher konfliktreich spielen soziale Werte und Normvorstellungen eine große Rolle. Dennoch können genau diese bisherigen negativen Beziehungen, das Motiv sein, um die Pflege der Eltern zu übernehmen. Einige erhoffen sich, die erfahrene Ablehnung von den Eltern, die unbefriedigten Zugehörigkeitsgefühle und Beziehungswünsche, durch die neue Situation zu klären, mit dem (sehnlichen) Wunsch, die negative Beziehung zu verändern (vgl. Becker, 1997).

Die neue Situation zwingt die Töchter gegenüber ihren Eltern eine neue Rolle einzunehmen, darin besteht aber auch die Chance der „filialen Reife“, wenn sie bis dahin nicht erfolgt ist, aber ebenso ist es möglich in eine Krise stürzen (vgl. Dieries, 2006). Einen Erklärungsansatz für die Eltern-Kind-Beziehung und Dynamik kann der theoretische Ansatz der filialen Reife von Bruder bieten. Er beschreibt wie die Beziehung und die Interaktion der Eltern-Kind-Beziehung im Erwachsenenalter und bezeichnete dies als dritte Trennungs- und Individuationsphase. Werden die Worte „filiale Reife“ betrachtet, so bedeutet filial, die Tochter. Es wurde extra nicht der Begriff der „kindliche Reife“ verwendet, da dieser oft mit den Eigenschaften von unentwickelt, jung und unreif in Verbindung gebracht wird. Und der Begriff „Reife“ wird hier als „[...] die Bereitschaft zu einer-eher einseitig Gewordenen-Beziehung mit einseitiger Verantwortungsübernahme“ (Bruder, 2004, S.39) verstanden. Dieser letzte Aspekt spielt bei pflegenden Kindern eine besondere Rolle. Kinder suchen sich nicht die Eltern aus, im Gegensatz zu (Ehe-)Partnern. Der Prozess zur Filialen Reife geschieht im Familienzyklus und kann als eine Entwicklungsaufgabe in der späteren Eltern-Kind-Beziehung verstanden werden.

Wonach die (erwachsenen) Kinder sich in bewussten und reflektierten Prozess der Beziehung mit den Eltern begegnen und diese mitgestalten (vgl. Bruder, 2004). Auswirkungen, warum erwachsene Personen sich noch nicht emotional von den Eltern haben trennen können, kann eine nicht sichere gebundene Eltern-Kind-Bindung sein. Die Gründe warum das Kind und/ oder die Mutter sich nicht aufeinander einschwingen konnten, können von beiden Seiten vielfältig sein. Dennoch besteht die Chance im erwachsenen Alter eine gute Beziehungsgestaltung zu erlangen. Erlangt die pflegende Tochter die Filiale Reife, so handelt sie emotional autonom, kann sie sich fürsorglich-autoritär und nicht aus Schuldgefühlen um ihre Eltern kümmern. Eine Ähnlichkeit besteht in dem Zusammenhang, dass in dieser Beziehung, wie in der sicher gebundenen Beziehung, alle Emotionen gespürt und verbalisiert werden dürfen. Der wesentliche Unterschied besteht aber darin, dass die Tochter für die Emotionsregulation selbst verantwortlich ist und nicht wie ein Kind auf die Eltern zurückgreifen muss. Diese Person, würde sich, wenn sie sich für die Pflege der Eltern entscheiden, aus dem Motiv der Zuneigung und weniger aus dem der Verpflichtung heraus zur Pflege entschließen. Diese Person kann die individuellen Bedürfnisse mit denen der Familie in Einklang bringen. Der Weg zur Individuation in der Verbundenheit zur Familie wird im nach folgendem Kapitel beschrieben.

3 Der Weg zur Individuation in der Familie

Jede Familie hat ihren eigenen Rhythmus, durch die Diagnose Krebs kommt es zu gravierenden Veränderungen, das bisherige Sinn- und Glaubenssystem gehen einher mit dem Verlust von Kontrolle und Vorhersehbarkeit von Ereignissen und dem weiteren Leben (vgl. Labouvie & Bode, 2006). Die Familie ist für jede Person ein wichtiger Bezugspunkt, denn durch sie erhält sie Werte, Normen, eine Identität und auch Stabilität. So ist neben der Eltern-Kind-Bindung, auch das Loyalitätsband zur eigenen Herkunftsfamilie nicht zu vernachlässigen (vgl. Oswald & Müllensiefen, 1990). Ebenso haben die Familienstrukturen und der Umgang mit Macht und Autonomie unter den Subsystemen und untereinander einen Einfluss bei der Bewältigung der familienbezogenen Entwicklungsaufgaben im Familienzyklus (vgl. Karrer, 2009). Adaptionsprozess und die Neupositionierung verlaufen selten reibungs- und problemlos ab, häufig gehen sie mit Konflikten und Krisen einher. Diese Krisen können ein einzelnes Familienmitglied aber auch die ganze Familie betreffen (vgl. Dieries, 2006). Die Familienstruktur und die familiäre Bindung kann eine Erklärung dafür liefern, warum es einem gewissen Teil der pflegenden Töchter möglich ist, die Belastungen auszuhalten, und es anderen schwerer gelingt ihre Autonomie und ihre Grenzen zu setzen. Auf Grund der Kapazität, werden nicht die einzelnen Entwicklungsabschnitte der Familien und deren Aufgaben erläutert. Jedoch kann die Entwicklung des Selbst und somit das Selbstwertgefühl und die Selbstfürsorge nicht unabhängig von der Eltern-Kind-Bindung und des Familienzyklus betrachtet werden (nach zu lesen bei Rudolf, 2000). Hier liegt der Fokus auf die Eltern-Kind-Bindung im Erwachsenenalter (filiale Reife) mit dem Ziel der Individuation. Ist der Individuationsprozess abgeschlossen, so handelt die pflegende Tochter freiwillig, autonom, kann für ihre eigenen Bedürfnisse eintreten, Grenzen setzen und zugleich in ihrem Rahmen der Familie zur Seite stehen. Ist dieser (noch) nicht vollzogen, kann er eine Erklärung dafür liefern, warum eine erwachsene Person eine hohe und kindliche Abhängigkeit zu ihren Eltern verspürt. Personen die bereits die Filiale Reife erlangt haben, bedeuten nicht, dass sie nun kalt sind, sondern es ist ein bewusster und reflektierter Schritt und kann als ein Motiv der Zuneigung und Freiwilligkeit verstanden werden, wenn diese bereit sind die Pflege zu übernehmen. Erwachsene Personen die noch nicht sich endgültig von ihren Eltern gelöst haben, haben sicherlich auch bereits Anteile der filialen Reife, dennoch werden sie mehr von einem Verpflichtungsgefühl beeinflusst. Beides beruht auf einer Verbundenheit jedoch auf unterschiedlichen Motiven: aus Not oder aus Liebe (vgl. Schultze- Jena, 2004).

3.1 Der Weg zur Individuation

In dem Wort Individuation steckt Individuum, was so viel wie Einheit und Einzigartigkeit eines Einzelnen verstanden werden kann, welcher sein Leben gestaltet und erlebt. Für den Prozess der Individuation ist zu Beginn des Lebens die Mutter-Kind-Bindung und später die Beziehung zu anderen zentralen Personen von Bedeutung. Individuation kann als ein Prozess verstanden werden, welcher als Ausdruck und Folge von Dialogen zu anderen Personen geschieht. Für diesen Prozess ist es wichtig, auch eine Gegenposition zu seinem Gegenüber zu entwickeln, dahinter zu stehen und Konflikte auszutragen. Diese Erfahrungen sind wichtig bei der Entwicklung und Festigung der eigenen Identität und Integrität (vgl. Stierlin, 2004). Das bedeutet in der erwachsenen Eltern-Kind-Beziehung, dass sowohl Eltern wie auch Kinder sich als erwachsene Personen ansehen, mit einem eigenen Lebensstil und persönlicher Identität. Die Tochter hat sich aus ihrer kindlichen Abhängigkeit gegenüber ihren Eltern getrennt und handelt aus sich heraus (vgl. Frevert, Cierpka & Joraschky, 1996). Individuation kann auch als Kompetenz verstanden werden, welche die Fähigkeit zur Selbstdifferenzierung und Selbstabgrenzung beschreibt (vgl. Wienands, 2002.). Als erwachsene Person bedeutet diese, dass sie aus sich heraus autonom handeln und sich in gleichzeitiger Verbundenheit mit den Eltern sehen. (vgl. Gloger-Tippelt, 2007). Bereiche der Autonomie sind „emotionale Autonomie (eigene Gefühle abgrenzen zu können), Verhaltensautonomie (Alltagsroutine ohne Eltern bewältigen), kognitiven Autonomie (eigene Meinung) und ökonomischen Autonomie“ (Gloger-Tippelt, 2007, S.168). Die Autonomie schließt nicht die Verbundenheit zu Familie aus, eher das Gegenteil. Verbundenheit wird hier als „ein stabiles Gefühl der psychischen Nähe und Zugehörigkeit“ verstanden (Gloger-Tippelt, 2007, S. 168/169). Es ist eine freiwillige und autonome Verbundenheit zur Familie. Die Beziehung ist das Resultat einer sicheren Bindung. Die Tochter hat ihre Eltern internalisiert und hat sowohl eine innere Repräsentanz ihrer Eltern, welche bei der eigenen Persönlichkeits-Entwicklung von Bedeutung ist. Im erwachsenen Alter, weiß sie ihre Eltern als Quelle der soziale Unterstützung, auf welche sie in einer Krisensituation zurückgreifen kann. Jedoch hat sie eigene Wert und Normen entwickeln können, die ihr als Leitfaden dienen und ihr die Selbstregulation, unabhängig von ihren Eltern, ermöglichen (vgl. Frevert, Cierpka & Joraschky, 1996). Autonomie in der Eltern-Kind-Beziehung wird häufig verstanden, wenn eine räumliche Trennung geschehen ist. Dies ist aber nicht per se so, da es auch sein kann, dass es zu einer räumlichen Trennung gekommen ist, jedoch das erwachsene Kind massive Schuldgefühle hat, da es seines Erachtens die Eltern vernachlässigt und im Stich gelassen hat. Es fühlt sich als Täter. Die Schuldgefühle als Täter verhindern es, dass man sich zu einer echten autonomen Emanzipation entwickeln kann. Die nicht Erfüllung des Verpflichtungsgefühl den Eltern gegenüber, ruft Schuldzuweisungen auf, welche den Erwerb der Selbstständigkeit verhindert (vgl. Boszormenyi-Nagy & Spark, 1993). Mit Hilfe des Konzeptes der Loyalität, soll versucht werden, den Vorgang verstehbar zu machen, wie und warum diese (schuldbeladene) Verbundenheit überhaupt entstehen und wirken kann.

3.1.1 Der Einfluss der Loyalität auf die Individuationsentwicklung

Bei dem Wort Loyalität ist „loi“ (franz.) darin verankert, was Gesetz bedeutet und in diesem Kontext mit gesetzestreuem Verhalten gegenüber der Herkunftsfamilie gleichsetzbar ist (vgl. Boszormenyi-Nagy, 2004). Familienloyalität beruht auf der biologischen und erblichen Verwandtschaft der Familienmitglieder. Die Bindung unter den einzelnen Familienmitgliedern ist von außen nicht sichtbar und dennoch sind diese enorm stark. Die Bindung unter den einzelnen Familienmitgliedern ist von außen nicht sichtbar und dennoch sind diese enorm stark. Dieser Aspekt ist wichtig, wenn man verstehen möchte, warum eine Familie so funktioniert, wie sie grad *funktioniert*. Um das Funktionieren einer Familie zu verstehen, muss verstanden werden, wer mit wem durch Loyalität verbunden ist. Die Loyalitätsverbindung allein reicht nicht aus, sondern bedeutsam ist in diesem Zug auch, zu wissen, was die Verbundenheit für den einzelnen bedeutet (vgl. Wienands, 2002). Loyalität zeigt sich in der Haltung und Handlung zur Gruppe, in dem er ihr vertraut, ihr gegenüber ein Verantwortungsgefühl empfindet, Treue, ein gewissenhaftes Pflichtgefühl. Die vorgegebenen Erwartungen und Gebote dienen der Strukturierung der Familie und des Einzelnen und schaffen so Halt, Schutz und geben dem Einzelnen Kraft. Der Einzelne bekommt also dadurch etwas von der Gruppe, so ist die Loyalitätsbindung ein wichtiger Faktor, wenn es motivationales Handeln geht (vgl. Boszormenyi-Nagy, 2004). Verbundenheit und Loyalität ist nicht per se pathologisch, sondern ist gesund, hier kommt es auf *wie* an. Loyalität und ein Verpflichtungsgefühl gegenüber seiner Familie ist gesund, [...] wenn die Möglichkeit besteht, Verpflichtungen auf Kinder auszudehnen und sie in Einklang zu bringen mit der emotionalen Individuation der Familienmitglieder“ (Wienands, 2002, S. 4). In einer Familie herrschen Werte, Normen, Erwartungen und Gebote, diese Faktoren bieten jedem einzelnen Familienmitglied Halt (vgl. Wienands, 2002.). Durch die moralische Grundstruktur, die es in einer Familie gibt, entsteht ein Loyalitätsgefühl zu dieser. Ohne die Werte und Normen würden den Familie der Zusammenhalt und das Verständnis wegfallen. Und für jeden Menschen ist es wichtig, Wert und Normen zu haben, nach denen er handeln kann und um dem eigenen Leben dadurch eine Struktur und Sinnggebung zu verleihen. Es ist ein gegenseitige Geben und Nehmen. So sind Aspekte wie Schuld und Wiedergutmachung in so genannten Verdienstbüchern der Familie verbucht. Die Wiedergutmachung, kann aus einer Art Dankschuld entstehen, oder auch aufgrund pathologischer neurotischer Schuldgefühle. Die uneinlösbare Dankschuld verspüren einige (erwachsen) Kinder ihren Eltern gegenüber und um diese zu tilgen, daher binden sie sich an ihre Eltern und fühlen sich ihnen gegenüber verpflichtet in Sinne der Eltern zu handeln. Haben die Kinder bereits eine eigene Familie, so kommt es zu einem Loyalitätskonflikt zwischen ihrer jetzigen Familie und der Herkunftsfamilie. Und die beschriebenen Verdienstbücher, wo das Schuld- und Verdienstsyste enthalten ist, gehen von Generation zu Generation weiter. Durch die Gründung einer Familie und Erziehung von den eigenen Kindern, können die Dankschulden bei den Schuldner (den eigenen Eltern) abnehmen und die eigenen Kinder werden nun zu Schuldner (vgl. Boszormenyi-Nagy, 2004). Die Schulden entstehen auch aus den Hintergründen, da die Familie das Selbstbild einzelner Personen gefördert und gefestigt hat. Ein

wichtiger ethischer Grundsatz von Familie ist das gegenseitige Geben und Nehmen und daraus resultiert ein Verantwortungsgefühl der Familienmitglieder untereinander. Sie haben ein gegenseitiges Verantwortungsgefühl. So hat jede Familie ein sogenanntes Konto, in dem Verdienste, aber auch Schulden vermerkt werden (vgl. Kaiesr, 1989). So steht eng neben der Loyalität der Aspekt der Versöhnung im Raum. Versöhnung zwischen zwei Generationen, um die (empfundene) Schuldigkeit zu begleichen (vgl. Conen, 2001). Ein familiäres Verantwortungsgefühl kann als gesund verstanden werden, wenn die Verantwortungsgefühle ausgedehnt werden dürfen, um mit Individuation des Familienmitgliedes im Einklang zu stehen. Eine Person hat den Individuationsprozess abgeschlossen, wenn sie die alten und neuen Loyalitätsverpflichtungen in Einklang bringen kann. Dieser Prozess geschieht umso leichter, je weniger starr das Loyalitätssystem der Herkunftsfamilien ist. So wie eine Familie sich im Zyklus den neuen Aufgaben stellen muss, so müssen auch die Loyalitätsverpflichtungen immer wieder angepasst werden, bzw. mit der neuen in Einklang gebracht werden. Alte Erwartungen sollten mit den neuen in Einklang gebracht werden, um so bestmögliche Bedingungen für die einzelnen Familienmitglieder zu schaffen, in denen sie wachsen und sich entfalten können (vgl. Boszormenyi-Nagy, 2004). Damit das erwachsene Kind sich entwickeln kann, ist es wichtig, im Dialog mit den Eltern zu treten und die wechselseitigen schuldbelastenden Verpflichtungen zu erörtern (vgl. Boszormenyi-Nagy & Spark, 1993). Ist dies geschehen, so handeln die Personen aus sich heraus, und stehen als erwachsene Personen ihren Eltern gegenüber und können auch auf dieser Ebene mit ihnen im Dialog stehen (vgl. Stierlin, 2004). Diese Person haben nach dem Konzept von Bruder die filiale Reife erlangt.

3.1.2 Filiale Reife

Die „filiale Reife“ stellt eine Entwicklungsstufe dar, „[...] in der Auflehnung und emanzipatorische Anstrengungen der Jugend und des frühen Erwachsenenalters bereits durchlebt worden sind und erneut zu seiner Hinwendung zu den Eltern kommt, und zwar nicht mehr als Kind, sondern eher als reifer Erwachsener, also in einer neuen Rolle und mit einer anderen Liebe“ (Bruder, S. 33, 2004). Unter dem Konzept der filialen Reife (von M. Blenker) wird verstanden, dass die „Kinder“ welche zu diesem Zeitpunkt erwachsene Menschen sind, sich endgültig von ihren Eltern abgelöst haben (vgl. Gloger-Tippelt, 2007). In diesem Konzept geht es um die Eltern-Kind-Beziehung im späteren Leben und welche Persönlichkeit das Kind im positiven Falle haben sollte, wenn sie ihre Eltern pflegen würde (vgl. Schlutze-Jena, 2004). Diese Phase kann auch als dritte Trennungs- und Individuationsphase bezeichnet werden. In diesem Stadium müssen die Kinder sich nicht mehr gegen die Eltern auflehnen oder sich ihren Eltern gegenüber emanzipieren. Die Kinder sind bereit nun wieder einen Schritt auf die Eltern zuzugehen, in dem sie für die Eltern fürsorglich umsorgen. Für die meisten Kinder ist es zuerst ein Schock und schmerzhaftes Anerkennen, dass ihre Eltern langsam schwächer und hilfsbedürftiger werden, dieser Zustand wird als Filiale Krise bezeichnet (vgl. Gloger-Tippelt, 2007). Das erwachsene Kind kann nur dann als „reif“ angesehen werden, wenn es sich autonom

und freiwillig aus seiner Position heraus verhalten kann. Um dieses zu können muss die Person, zeigen, dass sie eigenständig ist und sie auch in der Lage ist sich und ihre Bedürfnisse von den elterlichen abzugrenzen. Ebenso haben sowohl die positiven wie auch negativen Affekte in der Beziehung ihren Raum und Daseinsberechtigung, so darf das Kind auch negative und heftige Impulse gegenüber den Eltern verspüren, ohne diese zu verdrängen oder zu leugnen. Sie haben sich mit der Beziehung zu ihren Eltern kritisch und reflektiert auseinandergesetzt. Ein wichtiger Aspekt ist die offene und ehrliche Kommunikation, wo auch Probleme und Konflikte besprochen werden können. Kinder und Eltern respektieren sich mit ihren Stärken und Schwächen gegenseitig, vor allem ist es ein respektvoller Umgang mit dem Gegenüber und der Respekt vor seinen Entscheidungen und Handlungen wichtig. Bruder nennt: „Emotionale Autonomie“, „Fürsorgliche Autorität“ und (verringertes Geleitetsein von) „Schuldgefühle(n)“ als die drei wichtigen Bereiche. Diese genannten Eigenschaften ermöglichen es einer Person sich mit ihren Eltern, dem Altern und Erkrankungen ihrer Eltern auseinander zu setzen, um sie schließlich versorgen und pflegen zu können (vgl. Schultze-Jena, 2004). Die drei Bereiche beeinflussen die Handlungen von den pflegenden Töchtern und das Belastungserleben der Pflegenden Töchter.

Die Erkrankung bringt eine veränderte Rollenaufteilung für alle Betroffenen mit sich. So übernimmt jetzt eine andere Person die Fürsorge und in einigen Bereichen die Verantwortung. Auch wenn die Rollenverteilung sich ändert, bleiben die Eltern für die Kinder immer noch die Eltern, dieser Aspekt darf nicht vernachlässigt werden. So ist es nicht selten, dass es im Bereich der Beziehung, Aufgaben und Rollenverteilung Ambivalenzen entstehen. Die eigenen Eltern nicht mehr in der gewohnten Rolle zu erleben, kann bei den erwachsenen Kindern zu einer Krise führen, darin besteht aber auch die Chance der „filialen Reife“, wenn sie bis dahin nicht erfolgt ist (vgl. Dieries, 2006). Der Weg, die Filiale Reife zu erlangen, geschieht nicht ohne Hürden und Hindernisse. Entwicklung ist nicht geradlinig. Zentral ist hier, dass *wie* die Krise bewältigt wird. Das bedeutet, *wie* der Prozess verläuft, dabei spielt es auch eine Rolle, wie die früheren Entwicklungsabschnitte durchlaufen wurden und ob und wie weit die Autonomie in den ersten Entwicklungsabschnitten ermöglicht wurde. Es ist normal, dass die Kinder erst in eine Krise (filiale Krise) geraten und diese bewältigen müssen, und dann die Filiale Reife erlangen (vgl. Bruder, 2004).

3.2 Filiale Krise

Wie das Konzept der filialen Reife aussieht wurde oben bereits beschrieben. Doch es scheint auch so ein Konstrukt darzustellen, was ein Teil der erwachsenen Kinder nicht erreichen, sie können sich nicht von ihren Eltern lösen. So lösen häufig Pflegesituationen eine „Filiale Krise“ aus. Die Sehnsucht nach der elterlichen Anerkennung kann in einer Pflegesituation diesen Kindern zum Verhängnis werden, da sie sich noch immer von den Eltern abhängig erleben. Die Kinder haben einen (so unerfüllten) Wunsch nach der Anerkennung, dass sie bereit sind über einen langen Zeitraum, über die eigenen Belastungsgrenzen zu gehen oder

sie teilweise auch gar nicht wahrhaben zu wollen und können. Viele pflegende Angehörige berichten von einer Ohnmacht und Hilflosigkeit. Die eigene Unzulänglichkeit ruft Schuldgefühle und führt dazu, dass sie die Eltern nicht zufrieden stellend pflegen können. Dieses verzweifelte Bemühen, welches nie in eine Art der Erfüllung oder Dankbarkeit mündet, führt über kurz oder lang in die so genannte „Filiale Krise“. Ein wichtiger Grund scheint dafür zu sein, dass es weder den Kinder noch den Eltern gelingt sich von ihrer gemeinsamen Geschichte zu lösen. Die (nicht aufgearbeitet) Geschichten können dann in einer solchen Situation zu einer kritischen Größe werden (vgl. Deutmeyer, 2008). Der Weg zur Filialen Reife ist ein harter und schwerreicher Weg, denn oft kommen alte Konflikte wieder hoch. Themen, aber vor allem der Kampf um die Macht und Anerkennung flammen wieder auf. Ebenso spielen Familienverhältnisse eine entscheidende Rolle, dieses verwehrt es einigen Angehörigen ihre Eltern in ein Pflegeheim zu geben. Zentral in diesem Prozess sind Autonomie- und Abhängigkeitskonflikte (vgl. Deutmeyer, 2008).

Dennoch ist es verständlich, dass eine Krise den Betroffenen Angst macht. Durch die Krise treten gravierende Veränderungen ein und eine Krise ist nicht zeitlich absehbarer Prozess mit einem offenen Veränderungsprozess. Durch dieses kann das bisherige Leben in seinem Erleben und Handeln nicht weitergeführt werden, sprich alles was der Person bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt Halt und Sicherheit vermittelt hat, bricht langsam oder abrupt weg (vgl. Ulich, 1987). Eine Krise kann entweder eine Situation weiter verschlimmern oder eine Chance des Neubeginns und der Weiterentwicklung darstellen (vgl. Berg, 2010).

3.2.1 Krise als Chance zur Veränderung

In den meisten Büchern zum Thema Krebs und Familie, wird viel und ausführlich auf die Belastungen, Einschränkungen und Folgen dieser Krankheit im negativen Sinne hingewiesen und wenn, gibt es nur ein kleine Unterkapitel das Krisen auch die Chance der Veränderungen und des Neubeginns haben und so soll es auch in dieser Arbeit Raum haben. Krisen gehören zu jedem Leben dazu und sollten nicht katastrophisiert werden, denn sie ist ein Zeichen und leitet zu einem höheren Entwicklungsniveau einer Person hin. Eine Krise kann als ein Lebensabschnitt verstanden werden, welche auf Grund von Belastungen etwas verändert (vgl. Ulich, 1987). Eine Krebserkrankung stellt das bisherige Leben und Weltbild auf den Kopf, und dennoch besteht für jeden Einzelnen und für die Familie auch die Chance sich mit sich, der Familie, den Beziehungen zu ihr und zu den Freunden und dem eigenen Leben auseinander zu setzen. So kann die Erkrankung für die Familie positive Entwicklungsergebnisse hervorbringen. Einige Familie benötigen neben dem Faktor Zeit auch professionelle Begleitung während dieses Prozesses, vor allem wenn auf Grund der Belastungen Symptome sichtbar werden (vgl. Peters, 2002).

3.2.1.1 Bedeutung des Symptoms

Kritische Lebensereignisse zwingen die Person zu Veränderungen in ihrem Leben, und um diese zu bewältigen, benötigt sie eine Anpassungsfähigkeit, um ihren Handeln der neuen Situation anzupassen. Die neue Situation erfordert adaptive Vorgänge, in dem habitualisierte Handlungsabläufe, durch neue ergänzt bzw. verändert werden müssen. In der Fachwelt wird eine Krise als ein Ausdruck seelischer Überlastung verstanden. Den Betroffenen stehen zum dem jeweiligen Zeitpunkt nicht genügend Ressourcen zur Verfügung, so dass es zu einem innerlichen Ungleichgewicht kommt, welches wieder in Balance gebracht werden soll. Als Ungleichgewicht verspüren sie Gefühle von Hilflosigkeit, Spannung, Ineffektivität, Bedrohung oder sogar Gefahr. Diese Gefühle versuchen die Angehörigen mit ihren Möglichkeiten, wie eigene Coping-Strategien oder Hilfestellungen von Dritten, auszugleichen (vgl. Hoffmann, Badachie, Greve & Schmitt, 2000). Alle in der Familie müssen sich und in ihrer Rolle dem neuen Lebensabschnitt anpassen. Veränderungen bringen Angst mit sich, und so besteht die Gefahr, dass an den alten Rollen und (Macht-)Strukturen festgehalten wird. Die alten Rollen und Verhaltensweisen sind nicht situationsadäquat. So kann es zu Symptomen kommen, um die Situation zu bewältigen, die Symptome sind nur eine suboptimale Lösung (vgl. Oswald & Müllensiefen, 1990). Symptome können als Lösungsversuch verstanden werden, um mit der gegenwärtigen Situation sich zu arrangieren und ein Gleichgewicht her-zustellen. Eine gewisse Zeit gelingt die suboptimale Kompensation, doch auf Dauer kann es zur Erschöpfung kommen (vgl. Hoffmann, Badachie, Greve & Schmitt, 2000).

3.2.1.2 Persönlichkeitswachstum

So wie die Familie und das jeweilige Familienmitglied zur Erstarrung beitragen kann, kann sie auch das Gegenteil schaffen, nämlich, dass die Familie sich bewegt und neue Rollen und Positionen in der Familie gefunden werden können (vgl. Oswald & Müllensiefen, 1990). Viele berichten, dass durch die Krise Veränderungen eingetreten sind, in unterschiedlichen Bereichen, wie Familie, Arbeit und die eigene Wertigkeit (vgl. Hoffmann, Badachie, Greve & Schmitt, 2000). Leipold et al. (2006) führten eine Studie durch, in der die Prädikatoren von Persönlichkeitswachstum bei pflegenden Angehörigen ermittelt wurden. Sie konnten nachweisen, dass schwierige und belastende Situation die pflegenden Angehörigen die Chance gab, sich positiv weiter zu entwickeln. Die Annahme besteht darin, dass die pflegenden Angehörigen auf Grund der (teilweisen extremen) Situation zu einem kritischen Nachdenken über sich und ihr Leben geführt werden. Diese kritische Reflexion hat zum Persönlichkeitswachstum geführt. Dennoch gelingt dies nicht jedem. Die Ergebnisse konnten nicht bei pflegenden Angehörigen gefunden werden, welche eine negative Selbsteinschätzung bezüglich ihrer Pflegekompetenz und Fähigkeiten angaben. Personen die einen großen Interpretationsspielraum für die jetzige Situation haben und die die Situation akzeptieren können, gelingt es besser Coping-Strategien zu entwickeln. Diese Personen haben die Chance an dieser Situation zu wachsen. Dennoch gibt es keine kausalen Wirkfaktoren, die ein Persönlichkeitswachstum

sichern. Jedoch kann aus den Ergebnissen interpretiert werden, dass kritische Lebensereignisse und erlebte Belastungen zu neuen Lebensansichten beitragen können (vgl. Leipold, Schacke & Zank, 2006).

3.2.1.3 Resilienzentwicklung

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass Personen auf Grund von Krisen sich weiterentwickelt haben und durch die Krise Fähigkeiten erworben haben, welche ihnen helfen bei einer erneute Krise, diese besser zu bewältigen, sogenannte Resilienzfaktoren. Resilienz kann als eine „Fähigkeit, angesichts belastender Lebensherausforderung zu bestehen und zu wachsen, d.h. neue Kraftquellen zu entdecken und zu nutzen“ (Retzlaff, 2010, S.93) verstanden werden. Es gibt individuelle und familienbezogene resilienzfördernde Faktoren. Individuelle resilienzfördernde Faktoren sind zum einen die Akzeptanz der Situation und der damit einhergehenden Gefühlen; eine aktive Gestaltung der Situation (durch Inanspruchnahme von Hilfen, suchen nach Lösungen und Unterstützungen); optimistischer Blick in die Zukunft und die Zukunftsplanung; Vermeidung von Selbstanklage; kognitive Kompetenzen; dosiertes Verantwortungsgefühl anderen gegenüber; positiver Blick auf die eigene bisherige Entwicklung. Veränderungen im Einzelnen haben nicht nur bei einer Krise, sondern auch bei deren Bewältigung Einfluss auf die Familie. Resiliente Familie können sich auf die Situation einlassen, die Veränderungen annehmen, schaffen eine Balance zwischen der familiären Verbundenheit und den Bedürfnissen des Einzelnen und können aktiv um Unterstützung bitten und diese auch annehmen. Der Resilienzprozess ist dynamisch und so ist die Familie nicht zu allen Zeitpunkten und Entwicklungsabschnitten resilient (vgl. Retzlaff, 2010).

3.2.2 Der Weg aus der Krise

Diese Krise im Sinne der filialen Krise ist die Chance zu wachsen. Um dieses zu erreichen müssen die Angehörigen die neuen Anforderungen bewältigen (vgl. Frevert, Cierpka & Joraschky, 1996). Die erwachsenen Kinder müssen vom bisherigen Bild der Eltern Abschied nehmen. Dafür ist es notwendig, dass sie das alte Bild der Vergangenheit zuordnen. Um das neue Bild, der hilfsbedürftigen Eltern anzunehmen, muss zuvor eine partielle Trauerarbeit stattgefunden haben. Ebenso bedeutet das Altern und die Sterblichkeit der Eltern die eigene Konfrontation mit diesen Themen. Gelingt ihnen das, so sind es selbstbewusste (erwachsene) Kinder, die sich liebevoll und fürsorglich ihren Eltern und um sich selber zu kümmern können (vgl. Deutmeyer, 2008). Dieser Weg ist meistens nur in therapeutischer Begleitung möglich (vgl. Frevert, Cierpka & Joraschky, 1996).

4 Angehörigenberatung

Leider dauert es oft seine Zeit, bis die Familien bereit sind, sich Hilfe zu holen. Nicht selten sehen sie es als ihre Aufgabe und Verpflichtung an, sich um ihre Eltern zu kümmern und in ihren Köpfen und in der Familie gibt es unausgesprochene Regeln, an die sich jeder zu halten hat (vgl. Massing, Reich & Sperling, 1999). Zusätzlich Belastungen und Konflikte müssen vermieden werden, denn die Familie ist bereits am Ende ihrer Kräfte und Ressourcen. Es werden keine Veränderungen zugelassen, denn dann wird alles noch schlimmer. Je stärker die Loyalität zur Herkunftsfamilie ist, desto mehr ist der Wunsch danach, Konflikte zu vermeiden und an den genannten Verhaltensmustern festzuhalten. Diese Muster sind für die Außenstehenden lange nicht zu bemerken, so werden dysfunktionale Muster erst sichtbar, wenn diese ausbrechen. Und dieses muss nicht zwangsläufig von der pflegenden Tochter sein, sondern kann auch durch ein anderes Familienmitglied geschehen. Geschieht es, dass die Haltung in Worte gefasst werden, und die Mythen, die in einer Familie bereits seit Generationen vorherrschen, ausgesprochen werden, werden diese für andere verständlicher und verlieren ein Stück weit ihre Macht. So ist es möglich zu verstehen, warum sich eine Familie verhält, wie sie sich verhält. Denn die Geheimhaltung von gewissen Mythen und Vermächtnisse haben zur Folge, dass es einigen Familienmitglieder verwehrt wird, sich zu individualisieren. Die Individuation stagniert (vgl. Massing, Reich & Sperling, 1999). Stagnation und Starrheit verweigern dem Einzelnen und der Familie den Adaptionsprozess, der für die Anpassung an die neue Situation benötigt wird. Gelingt die Anpassung nicht, können dysfunktionalen Muster und Symptome entstehen. Um den dysfunktionalen Anpassungsprozessen vorzubeugen oder zu funktionalen Prozessen zu gestalten, kann es hilfreich sein, Angehörige im Adaptionsprozess zu beraten (vgl. Chritsen, 1999). Ziel der Beratung ist es, Fehlentwicklung vorzubeugen und neue Perspektiven gemeinsam zu entwickeln (vgl. Schwarz & Götze, 2008). In diesem Kontext wird davon ausgegangen, dass der pflegende Angehörige selber das Potential in sich trägt, um seine Lösung zu finden und der Berater ist der Wegbegleiter für diesen Prozess (vgl. Eggebrecht & Richter, 2001).

4.1 Beratung

„Beratung“, dieses Wort löst viele Diskussionen aus, was versteht wer unter Beratung, und worin grenzt es sich zur Therapie und Erziehung ab, oder gibt es überhaupt einen Unterschied und wo gibt es Schnittstellen. In diesem Kontext kann keine eindeutige Klärung erbracht werden, wo und warum es Unterschiede gibt oder es geben sollte oder auch nicht. Beide Formen bedienen sich ähnlicher Theorien und Interventionen und die jeweilige Intension richtet sich nach den Ausrichtungen. Es ist oft ein fließender Übergang. Psychotherapie ist im Psychotherapeutengesetzt verankert und behandelt Störungen mit einem Krankheitswert. Nach dem Verständnis der Deutschen Gesellschaft für Beratung (DGfB) hat ein Beratungs-

verständnis, dass Aufgaben/ Probleme und Konflikte im Dialog geklärt werden und es sie zu bearbeiten gilt (vgl. Bamberger, 2005). Sickendiek, Engel & Nestmann (1999) schreiben: „Beratung ist zunächst eine Interaktion zwischen zumindest zwei Beteiligten, bei der die beratende(n) Person(en) die Ratsuchende(n) – mit Einsatz von kommunikativen Mitteln – dabei unterstützt, in bezug auf eine Frage oder auf ein Problem mehr Wissen, Orientierung oder Lösungskompetenz zu gewinnen. Die Interaktion richtet sich auf kognitive, emotionale und praktische Problemlösung und –bewältigung von KlientenInnen oder Klientensystemen (Einzelpersonen, Familien, Gruppen, Organisationen) sowohl in lebenspraktischen Fragen wie auch in psychosozialen Konflikten und Krisen. Beratung kann präventive, kurative und rehabilitative Aufgaben erfüllen, also im Vorfeld der Entstehung manifester Probleme ansetzen, bei aktuell bestehenden Schwierigkeiten in Anspruch genommen oder in bezug auf den Umgang mit Folgen von Beeinträchtigungen nachgesucht oder angeboten werden“ (S.13). Bei der American Psychological Association (APA), Sektion Counseling Psychology wird Beratung wie folgt definiert: „Individuen helfen, Hindernisse ihres persönlichen Wachstums zu überwinden, wo immer sie erfahren werden, und zu einer optimalen Entwicklung persönlicher Ressourcen zu verhelfen“ (Sickendiek, Engel & Nestmann, 1999, S.17). Der Fokus liegt nach diesen Definitionen auf dem Bereich der Prävention und sie orientieren sich an dem Wachstumspotential eines Menschen. Der störungs- und defizitorientierte Blick tritt in den Hintergrund (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 1999).

4.2 Hauptaufgaben & Ziele der Angehörigenarbeit

Das Ziel in der Beratung kann zum einen sein, dass die Pflegesituation aufgelöst wird, und durch andere Personen ersetzt wird. Ebenso ist es möglich, dass durch die Inanspruchnahme von externer Hilfe, die eigenen Kräfte und Ressourcen besser eingeteilt werden können und somit die Pflegesituation für eine längere Zeit ermöglicht wird. Während dieser Zeit kann die pflegende Tochter sich um sich und ihr Leben kümmern und in gewisser Weise auch für die Eltern. Sie kann die Zeit bewusst gestalten, so dass die Erinnerungen an die Beziehung zu den Eltern in guter Erinnerung bleiben (vgl. Schultze-Jena, 2004). Keiner kennt den Weg und den Ausgang der Situation. Der Berater hat die Aufgabe, die pflegende Tochter auf diesen Weg zu begleiten und zu unterstützen. Um die pflegende Tochter zu unterstützen, ist es wichtig, sie dort abzuholen, wo sie grade steht und vom Standpunkt aus gemeinsam einen Weg zu besprechen. Die Klientin behält ihre Eigenverantwortlichkeit bei und durch die Kommunikation zwischen Berater und Klient können die Ziele erfasst werden, welche in den Augen der pflegenden Tochter wichtig wären. Viele Angehörige lassen sich am besten auf Angebote ein, welche zu ihrem jetzigen Lebensabschnitt passen (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Die pflegende Tochter ist keine *kranke* Person, sondern ein Mensch in einer schwierigen Lebenslage, welche Unterstützung im Prozess von der *Schein-Autonomie* zur echten Autonomie zu gelangen benötigt. Diese Entwicklungsaufgabe wurde noch nicht bewältigt. Jede Person und Familie hat ihre Entwicklungsaufgaben, welche in einen ungefähren zeitlichen Rahmen

vollzogen werden sollten. Die Ablösung sollte mit Beginn der Pubertät anfangen und im frühen erwachsenen Alter vollzogen sein. Die Angaben sind eine ungefähre Anhaltspunkt. Jedoch ist hier von Angehörigen die Rede, die bereits im oder über dem vierten Lebensjahrzehnt stehen. Besteht der Wunsch, sich von den Eltern in dem Alter zu lösen, ist es ein belastender, konflikt-haltiger und langer Prozess, in dem die nicht bewältigten Entwicklungsaufgaben und eine endgültige Ablösung von den Eltern erarbeitet werden müssen (vgl. Frevert, Cierpka & Joraschky, 1996).

Der Berater kann ihr helfen, besser mit der Situation umzugehen und die eigenen Selbstheilungskräfte zu wecken (vgl. Eggebrecht & Richter, 2001). Beratung scheint am wirksamsten zu sein, wenn die Angehörigen freiwillig erscheinen und dann akzeptieren sie auch die gemeinsam neu erarbeiteten Schritte und werden diese auch umsetzen. Ein wichtiges Thema in der Beratung sollte die Selbstsorge darstellen, denn nur wenn sie auch für sich sorgen, können sie sich auf Dauer adäquat auch um die Eltern kümmern. So ist es wichtig, dass ein Bewusstsein für die eigene physische und psychische Gesundheit geschult wird und um die Erkenntnis sich um diese selber zu kümmern erlangt wird (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Dies ist oft nicht der Fall, denn die Versorgung der Eltern steht im Vordergrund und die eigene Gesundheit und Bedürfnisse und sogar die eigene Partnerschaft und Familie rückt an zweite Stelle (vgl. Chamier, 2000). Ihnen ist es wichtig, die eigene Pflegebereitschaft, aber vor allem die Pflegefähigkeit aufrechtzuerhalten, dennoch versuchen sie dieses lange ohne fremde und unterstützende Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). So äußern sie meist erst den Wunsch nach Beratung und Hilfe, wenn sie deutliche und einschränkende Symptome auf Grund von Belastungen sich zeigen. Bei vielen ist Scham dabei, sie haben das Gefühl versagt zu haben, denn sie haben keine Lösung für ihre Situation entwickeln können. Der persönliche Blick ist meist sehr defizitär, aber genau das Gegenteil ist der Fall. Der Schlüssel, um die Probleme und Symptome zu beheben liegt in der Gegenwart, denn jedes Symptom weist persönliche Ressourcen auf. Das bedeutet, dass jede Person eine Vielzahl von Ressourcen in sich trägt. Diese können auf Grund von schwierigen Situationen verdeckt sein. So ist ein wichtiges Ziel, die persönlichen Ressourcen wieder herauszufinden und gleichzeitig die Beziehung zu betrachten, um die positiven Aspekte der Beziehung zu beleuchten. So besteht die Chance, der Beziehung zum erkrankten Elternteil auf einer anderen Ebene zu begegnen und zu gestalten (vgl. Oswald & Müllensiefen, 1990). Das Angebot die Angehörigen zu begleiten, sollte nicht erst geschehen, wenn bereits massive Probleme aufgetreten sind, sondern von Beginn an sollten sie einen Ansprechpartner für ihre Belange zur Seite gestellt bekommen, den sie dann auf Wunsch und bei Fragen kontaktieren können (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.).

4.3 Beratungsprozess & Beratungsaspekte unter dem Aspekt der Filialen Reife

Kommen Angehörige in eine Beratungsstelle oder suchen in Kliniken einen Psychoonkologen auf, so ist der Fokus und die Problematik bei dem erkrankten Elternteil, der

Eigenanteil findet zu Beginn des Prozesses kaum Ansprache. Sie empfinden, dass sie ohne den kranken Elternteil kein Problem hätten und das Leben wäre sonst *perfekt*. In der Kommunikation mit den pflegenden Angehörigen nehmen sie selber weniger (kommunikativen) Raum ein, es dreht sich fast alles um das erkrankte Elternteil und dessen Dominanz und Macht in der Situation. Die Angehörigen hingegen machen kaum eigenen Ansprüchen geltend, eher das Gegenteil, sie fahren alle eigenen Bedürfnisse und sozialen Kontakte zurück. Sie handeln nach einem (unbewussten) Muster (vgl. Schlutze-Jena, 2004). Gelingt es in dem Beratungsprozess die Selbstregulation zu fördern, so übernehmen die Töchter Verantwortung für sich und können besser ihre Grenzen abstecken und emotionale Autonomie festigen, sie handeln emotional gefestigt, fürsorglich autoritär und handeln nicht aus einem Schuldgefühl heraus. Durch die neue Begegnung ist es (vielleicht) möglich, dass die Begegnung zwischen ihnen und den Eltern auf Augenhöhe geschieht und neue Aspekte in der Beziehung erlebt werden können. Durch diese Begegnung entsteht eine neue Art der Beziehung, die nicht auf einem pathologischen Schuldgefühl beruht (vgl. Bruder, 2004a). Autonom pflegende Töchter, die auch für ihre eigenen Bedürfnisse eintreten und Grenzen setzen, erleben die Pflegerolle als nicht so belastend (vgl. Blom & Duijnste, 1999). Gelingt es dass die Tochter ihre neue Position findet, führt dies auch zu einem Erhalt oder Wiederherstellung des eigenen (und vielleicht sogar des familiären) Gleichgewichts (vgl. Haenselt, Danuelzik & Waack, 2004). Zentrale Aspekte in der Angehörigenberatung sind: Informationen, seelischen Entlastung, körperliche Entlastung, alltagspraktische Entlastung, Soziale Einbindung und Geselligkeit, Anleitung in Pflege-techniken und Ermutigung zur rechtzeitigen und gezielten Inanspruchnahme erforderlicher und sinnvoller Hilfen (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a., S. 36). Bevor auf die einzelnen Bereiche eingegangen werden kann, soll die Berater-Klient-Beziehung erläutert werden, denn für die Besprechung und Bearbeitung ist die Basis essentiell.

4.3.1 Berater-Client-Beziehung

Wie wichtig eine vertrauensvolle Berater-Klient-Beziehung ist, zeigen Studien zum Thema Therapieeffekte. Je nach Studie, variieren die Ergebnisse unterschiedlich. Hugel, Duncan & Miller fand 2001 heraus, dass der Therapieeffekte zu 40% auf Grund der Ressourcen des Klienten, 30% auf Grund der Therapeut-Klient-Beziehung, 15% auf Grund der Hoffnung des Klienten & Therapeuten und nur zu 15% auf Grund der Methode zustande kamen (vgl. Haselmann, 2008). Es ist von zentraler Bedeutung, dass der Berater empathisch ist und sich in die Lage der Klientin versetzen kann. In diesem Kontext sind die drei Variablen von Rogers: Empathie, Echtheit und unbedingte Wertschätzung wichtiger Komponenten. Begegnet der Berater auf dieser Weise dem Klienten, ist eine gute Grundlage geschaffen, in der sich der Klient zu öffnen wagt und in einen angstfreien Raum seine Gedanken und Gefühle ansprechen kann (vgl. Eggebrecht & Richter, 2001). Die Gespräche und Reflexionen bieten vor allem zu Beginn eine Entlastung. Durch die Spiegelung und Reflexion der Beraterin, wird die Realität fassbarer und die Möglichkeiten, die die Tochter hat, sichtbar. Durch die Beratung wird die

Selbstwahrnehmung und Selbstsorge gestärkt, was einen präventiven Effekt vor einer Überforderung aufweist (vgl. Schönberger & Kardoff, o.a.). Die Klienten werden gesehen und wahrgenommen. Durch die wertschätzende Haltung des Beraters der pflegenden Tochter gegenüber, kann diese die notwendige Anerkennung erhalten. Das bedeutet nicht, dass die alten Muster beibehalten werden sollen, und dennoch ist es wichtig zu sehen, was sie bereits für die Eltern und die Familie geleistet hat. Gelingt es dem Berater sich in die Tochter hineinzuversetzen, kann er ein echtes Verständnis für die (belastende) Situation zeigen und nicht eines, welches auf reiner Höflichkeit beruht (vgl. Blom & Duijnste, 1999). Dieses stärkt das Selbstbewusstsein und kann so Schritt für Schritt ihre Wahrnehmung bzgl. ihres eigenen Tun und Handelns verändern, ausbauen und verschärfen (vgl. Bruder, 2004a).

4.3.1.1 Merkmale eines Beraters

Der Berater stellt keinen Richter dar, welcher die Erlaubnis hat, Werte und Normvorstellungen von Familien zu verurteilen. Es ist von großer Bedeutung, dass er sich für die Zeit in die Familie, deren Strukturen und Wertevorstellungen hineinversetzt. Denn der Berater ist Teil des Systems und nimmt eine Rolle in diesem ein. So ist es wichtig, dass er sich eine eigene Position erarbeitet. Und gleichzeitig ist es wichtig, dass er sich dieser Rolle bewusst ist, seine Position reflektiert und dies dann in der Familie bzw. mit der Klientin kommuniziert. Dies ist vor allem dann von Bedeutung, wenn es im Kontext einer Familienberatung geschieht, denn dort bekommt er eine Position und Rolle auf Zeit von der Familie. Der Berater hat mehrere Positionen, so auch als Dolmetscher und Vermittler. Der Dolmetscher kommt dann zu tragen, wenn auf Grund massiver Kränkungen die beiden Personen in fremden Sprachen miteinander sprechen, denn sie verstehen wichtige Mitteilungen nicht oder ignorieren sie. Der Dolmetscher nimmt die Informationen auf und formuliert diese so, dass der Adressat diese versteht. Der Dolmetscher hat keine eigene Meinung. So kann er im nächsten Schritt als Vermittler agieren, um die jeweiligen Wünsche und Bedürfnisse zu erörtern und dann nach gemeinsamen Lösungen zu suchen (vgl. Oswald & Müllensiefen, 1990).

4.3.1.2 Beziehungsaufbau zwischen Berater und Klient

Im Beratungsprozess erweist es sich als hilfreich, wenn der Berater sich die Zeit nimmt, sein Gegenüber kennen zu lernen. So kann er sich ein Bild von ihm machen, und auch sehen, wie sein Lebensweg bis her verlief und dann zu sehen wo er heute steht. Durch die Biographiearbeit können Motive für die Übernahme der Pflege heraus kristallisiert werden. (vgl. Bruder, 2004a). Rosmarie Welter-Enderlin (2006) schildert sehr schön und deutlich, wie behutsam mit Vorannahmen man den Betroffenen begegnen sollte, um diese nicht zu verletzen. Ebenso wurde ihnen durch die Interviews mit den Betroffenen deutlich, dass nicht nur die Lupe auf der frühen Eltern-Kind-Beziehung und der familiären Interaktion liegen sollte. Nicht dass die Theorien nicht ihre Berechtigung hätten, sondern sie hat hervorgehoben, dass sie auch

gelernt haben auf die Betroffenen und die Familien selber zu hören, was ihre *Wirklichkeit* und ihr Verständnis ist bzw. wo sie einen Zusammenhang zwischen der jetzigen Situation und ihrer Biographie sehen (vgl. Deutmeyer, 2008). Eine wertschätzende Haltung und wirkliches Interesse sind wichtige Säulen für einen Beziehungsaufbau. Für die Bearbeitung von Themen ist es zwingend erforderlich, dass eine vertrauensvolle Basis zwischen Berater und Angehörigen erarbeitet wird, denn nur so ist der Angehörige bereit sich mit sich und auch seiner Biographie auseinander zu setzen. Welches Thema wann bearbeitet wird, sollte sich nach den individuellen Bedürfnissen, der pflegenden Tochter richten. Viele Angehörige weisen einen hohen Informationsbedarf auf, dieses kann eine erste Basis liefern, da dieser Bereich nicht angstbesetzt ist und nicht als Angriff an die eigene Person bzw. Familie gesehen wird.

4.3.2 Informierende Informationen

Die Erkrankung und die daraus resultierenden Veränderungen bringen viele Fragen auf (vgl. Bruder, 2004a). Damit eine Beratung fundiert ablaufen kann, ist es wichtig, dass der Berater nicht nur psychologisches Wissen hat, sondern auch krankheitsspezifisches Wissen vermitteln kann und adäquat auf Fragen antwortet (vgl. Gräbel, 2001). Zu Beginn ist es für viele Angehörige wichtig, geschult zu werden, z.B. im Umgang mit Pflegetechniken, aber auch worauf sie auf Grund der Erkrankung achten müssen (Essen, Pflege, Aktivitäten, Sonneneinstrahlung etc). Die Statistik des deutschen Krebsinformationsdienstes konnte 2002 nachweisen, dass die Angehörigen einen (leicht) höheren Informationsbedarf (47,2%), als die Betroffenen (41,9%) selber haben. Viele Angehörigen fühlen sich vom medizinischen System nicht ausreichend aufgeklärt, sowohl über die Erkrankung wie auch die nächsten therapeutischen Schritte. Da ihnen diese Informationen vorenthalten werden, können sie sich emotional nicht auf die nächsten Schritte vorbereiten. So haben sie nur die Chance aus der Situation heraus zu handeln (vgl. Kirsching & Kardoff, 2007). In vielen psychosozialen Beratungssituationen wird auf den emotionalen Bereich fokussiert und die Bedeutung von Informationen unterschätzt. Kognition und Emotionen hängen eng zusammen und so ist es wichtig, die notwendigen und erwünschten Informationen mit der Klientin zu besprechen. Der Erwerb von Wissen kann bei der Problemlösung von großer Bedeutung sein (vgl. Oswald & Müllensiefen, 1990). Hier beziehen sich die Informationen neben sachlichen (Informationen über die Erkrankung und Behandlung) und formalen Aspekten, auch auf psychologische. So gehören Themen wie Stress und Stressbewältigung, Entspannungsverfahren, Bindung, Kommunikation, Affekte und Kommunikation, Bewahren der positiven Beziehungsanteile, Rollenwechsel, emotionale Autonomie etc. in diesen Bereich. Mit Informationen kann dem Angehörigen geholfen werden, sich selber besser zu verstehen und so Stück für Stück autonomer zu handeln. Denn durch das Wissen bekommt er Handwerkszeug und hat auch so das Gefühl, die Situation, durch sein Tun und Handeln mehr steuern und kontrollieren zu können. Dieses kann dem Gefühl der Ohnmacht entgegengesetzt werden, denn Kognitionen und Emotionen beeinflussen sich gegenseitig (vgl. Nickel, Born, Hanns & Brähler, 2010). So steht

neben der Informationsvermittlung auch, die Bereiche im Auge zu haben, in denen die Angehörigen ihre Rechte und Pflichten nicht kennen und diese dann aufzuklären. (vgl. Bruder, 2004). Durch die Klarheit der Situation gelingt es der pflegenden Tochter (teilweise) leichter eine innere Klarheit und Position zu entwickeln, d.h. die sie auf sich selber achten lehrt, so dass sie bewusst und frühzeitig Grenzen setzen kann (vgl. Blom & Duijnste, 1999). Im Laufe der Zeit nimmt der Informationsbedarf ab und der Wunsch nach entlastenden Gesprächen wird verstärkt geäußert (vgl. Schönberger & Kardorff, o.a.). Die Grundlage jeder zwischenmenschlichen Interaktion ist die Kommunikation, welche durch die Kommunikationskompetenz der Person beeinflusst wird. Durch die Beratung, kann diese geschehen und die pflegende Tochter neue Kompetenzen entwickeln.

4.3.3 Kommunikation

Durch die Kommunikation werden Botschaften vermittelt, die etwas beim Sender bewirken. Verändern die Familienmitglieder ihre Kommunikationsregeln, so verändert es auch die Familie und die Beziehungen untereinander. Es gibt keine Familie mit einer störungsfreien Kommunikation. Oft genug ist es schwer, die eigenen inneren Vorgänge zu verstehen, geschweige denn diese auch noch für die Umwelt so zu verbalisieren, dass sie verstanden und darauf adäquat gehandelt werden kann. So gehören Kommunikationsstörungen zum Alltag, es ist entscheidend, wie in den Familien damit umgegangen wird. Problematisch wird es, wenn die Mitteilungen missachtet und als unwichtig gesehen werden und somit keine Aufmerksamkeit bekommen. So ist es wichtig, dass die Familie lernt zwischen der eigenen und der Fremdwahrnehmung zu unterscheiden und beide Positionen stehen lassen zu können, ohne das eine den Anspruch auf Wahrheit erhebt. Störungen der Kommunikation können auf der verbalen/nonverbalen, der inhaltlichen vs. Beziehungsebene entstehen. Ebenso ist es entscheidend in Ich-Botschaften und nicht in Du-Botschaften zu kommunizieren. Die Kommunikation hat einen Sinn, zum einen soll durch die Kommunikation etwas vermittelt werden (Inhaltsebene und/ oder Beziehungsebene), und ebenso fordert Kommunikation den Partner auf, auf diese zu reagieren. So können auch Symptome die Familie auffordern sich zu bewegen und auf diese Art der Kommunikation zu reagieren. Viele pflegende Töchter weisen Symptome auf. Symptome können als Botschaften verstanden werden. Das Symptom sagt etwas über die Person und der aktuellen Situation aus. Symptome sprechen in Ich-Botschaften und stellen einen Aufforderungscharakter da. So ist es nicht selten, dass über Symptome kommuniziert wird. Personen die über ein Symptom kommunizieren fällt es schwer bzw. sie haben es nicht erlernt, ihre Wünsche und Bedürfnisse direkt mitzuteilen und sich ihre Bedürfnisse einzufordern. Oder das Symptom hilft, die eigentlichen Wünsche zu unterdrücken, da es bei Aussprache dieser zu einem erhöhten Konfliktpotential in der Familie kommen würde, welche sie auf Grund der Umstände um jeden Preis vermeiden wollen. Symptome haben eine wichtige Funktion für das Gleichgewicht einer Familie. Je bedeutsamer das Symptom für den einzelnen und die Familie ist, desto stärker wird an diesem festgehalten und Widerstand aufgebaut, wenn der Berater auf

Veränderung drängt (vgl. Oswald & Müllensiefen, 1990). Eine chronische Störung der Kommunikation unter den Familienmitgliedern hat weitreichende Folgen z.B. bei der Konfliktverarbeitung. Durch die Förderung der Kommunikationskompetenz der pflegenden Tochter, können gesundheitliche Risiken vermieden bzw. verringert werden (vgl. Schnabel, 2001). Eine *gute und klare Kommunikation* zeichnet sich dadurch aus, dass die Person bereit ist, die eigenen Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse und Emotionen zu spüren und diese dann der Umwelt mitteilen zu können. So kann sie in Ich-Botschaften sprechen. Nicht nur die eigene Akzeptanz von Gedanken und anderen Prozessen ist von Bedeutung, sondern auch die von den Anderen zu akzeptieren. Und in diesem gehört es auch dazu, sich die Andersartigkeit einzugestehen und es als normal anzusehen, dass es auf Grund von Differenzen zu Konflikten kommen kann. Um aus den Konflikten Lösungen zu schaffen, ist es wichtig, aktiv zuzuhören und sich dann seiner eigenen Ziele bewusst zu sein. So kann dann im Dialog ein Ziel erarbeitet werden, mit dem beide Seiten einverstanden sind. Und manche Konflikte müssen nicht in der Interaktion mit anderen vollzogen werden, sondern in der eigenen Auseinandersetzung mit sich selber. Ziel ist es nicht, dass Konflikte vermieden werden, sondern, dass die Familie es lernt mit Konflikten umzugehen, und so eine eigene selbstgesteuerte Konfliktregelung in der Familie wieder hergestellt oder erlernt wird. So ist es ein zentrales Thema, die Familie durch eine verbesserte Kommunikation zu stärken. Die Entscheidungen werden dann nicht auf Grund von bestimmten Machtpositionen erzwungen, sondern im Konsens herbeigeführt. Die Kommunikationsregeln besagen, dass jeder das Recht hat seine Meinung zu äußern, jedoch auch bei den Äußerungen den Anderen im Blick hat. Jeder hat das Recht sich zu entfalten, die Entfaltung hört allerdings da auf, wo die Freiheit des anderen beschnitten oder gar verhindert wird. In der Familie sollte auf die Autonomie jedes Einzelnen Rücksicht genommen werden (vgl. Oswald & Müllensiefen, 1990). Durch eine veränderte Kommunikationsstruktur, verändern sich auch Muster in der Familie. So kann die Familie neue Wege lernen, Entscheidungen zu treffen und Konflikte auszutragen. Muster haben eine stützende Funktion, so auch Kommunikationsmuster und so können neue Kommunikationsmuster eine neue Art der Kommunikation herbeiführen, die sowohl harmonische Bedürfnisse befriedigt, aber auch wo es eine Streitkultur erlaubt Konflikte zu bewältigen. So ist es wichtig, dass die Muster flexibel sind und nicht erstarren (vgl. Minuchin, Colapinto & Minuchin, 2000).

4.3.3.1 (Pflege-) Beziehung erörtern

Die Beeinflussung der Interaktion und der Pflegesituation geschieht sowohl von dem kranken Elternteil wie auch von der Tochter selber, in die positive wie auch negative Richtung. Gibt es Konflikte sind je nach Sichtweise von Außenstehende die Eltern die Täter und die Töchter die Opfer, bzw. umgekehrt. Dennoch darf nicht vernachlässigt werden, dass nicht nur die Eltern Erwartungen an die pflegende Tochter haben, sondern vor allem auch, dass viele pflegenden Töchter einen sehr hohen (fast nicht erfüllbaren) eigenen Anspruch an sich haben. Die eigene Erwartungshaltung stellt einen großen Stressor dar, welcher sich negativ auf die

Pflegebeziehung auswirkt. Das eigene Belastungserleben kann sich ändern, wenn die pflegende Tochter bereit ist über ihr Probleme und Bedürfnisse zu sprechen und konkret um Hilfe zu bitten. Um die Belastungen realistisch einzuschätzen zu können, muss der physische und psychische Zustand des Elternteiles ehrlich betrachtet werden und nicht auf Grund vor Angst vor der Wahrheit der jetzige Zustand negiert oder positiver dargestellt werden. Ebenso zählte es dazu, die Eltern als erwachsene Personen zu sehen, mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen und gleichzeitig die Eigenverantwortlichkeit bei diesen zu lassen und nicht die Sorge und Verantwortung dieser auf die eigenen Schultern nehmen (vgl. Buijssen, 1996). Vor allem für die Kinder ist es neu, dass ein Elternteil nun nicht mehr so da ist, wie zu vor. Der Rollenwechsel wird durch Handlungen sichtbar, aber auch innerlich bei den Beteiligten. Die Kinder sind und fühlen sich überlegen, dieses ruft Schuldgefühle und Angst hervor. Beide Seiten haben nun umgekehrte Rollen, so drehen sich auch die früheren Macht- und Bedeutungsgefälle zwischen Eltern- und Kindern um. Dieses ist nicht per se negativ. Hier spielt mit rein, wie die Qualität der Beziehung zwischen Kind und Eltern ist. Ist die Beziehung durch Zuwendung und liebevolle Gefühle geprägt, so erleichtert es den Prozess der Rollenumkehr. Während des Prozesses ist vieles neu, vor allem entsteht nicht selten ein neues Machtverhältnis. Dieses kann (alte) Phantasien hervorrufen und es besteht die Gefahr, dass es zu einem Machtmissbrauch kommt. Aber auch schon die Phantasien, die die Kinder dann verspüren, führen zu Unbehagen bei den Kindern, so dass sie nicht mehr offen in die neue Situation gehen (vgl. Bruder, 2004a). Grenzen setzen ist häufig ein Balanceakt zwischen Nähe und Distanz, vor allen in Pflegesituationen. Durch die neue Situation kommt es dazu, dass sich der Kontakt vermehrt und die Distanz sich verringert. Durch die neue Nähe und die übernommenen Aufgaben, entsteht eine emotionalere Bindung, was zur Konsequenz hat, dass die Kinder sich nun anders mit ihren Eltern und somit auch die Beziehung zwischen ihnen auseinander setzen müssen. Diese hat wie jede Medaillen zwei Seiten. So kann es sein, dass aversive Beziehungsmuster dahin führen, dass es für die Tochter unerträglich wird. Aber ebenso kann das Kind Wärme, Geborgenheit und Dankbarkeit von den Eltern erfahren. Für einige Kinder kann es eine ganz neue Erfahrung mit ihren Eltern sein, vor allem wenn die frühen Beziehungen eher durch Konflikte gekennzeichnet waren. So ist es von Bedeutung die Richtige Balance zwischen Nähe und Distanz herauszufinden. Auch bei der Neupositionierung darf nicht die Biographie der Familie und jeden Einzelner in dessen vergessen werden. Jede Person, sowohl die Eltern, als auch die Töchter hatten jeweils ihre eigene Position in der Familie (vgl. Dieries, 2006).

4.3.3.2 Hilfestellung bei der Gestaltung der Beziehung zum Elternteil

Durch eine Beratung, kann der Prozess der Neupositionierung erleichtert und begleitet werden. So steht neben der Auseinandersetzung mit sich selber, auch die Beziehungsgestaltung zu den Eltern im Raum. Viele Angehörige trauen sich nicht, ihre eigenen Wünsche, Bedürfnisse aber auch Sorgen zu äußern. Die Gründe sind vielfältig, aber vor allem wollen sie ihre Eltern nicht noch zusätzlich belasten. So ist die Gefahr der gegenseitigen *Sprachlosigkeit*. Gelingt es

diese zu durchbrechen, können beide Seiten davon profitieren, denn eine gute Kommunikation bewirkt, dass sich beide gegenseitig stützen (vg. Chamier, 2000). Ziel dieser Beratung ist es, sowohl die Familiebeziehungen zu verbessern, aber unter dem Schutz des Selbstbildes und Selbstwertgefühl der Tochter. So soll durch eine verbesserte Kommunikationskompetenz ihre Wünsche und Bedürfnisse äußern können und diese nicht auf Grund von Machtstrukturen für sich behalten und Angst haben diese auszusprechen. Alle Beteiligten sollen ihre Autonomie beibehalten und gestärkt bekommen, um so Kompromisse eingehen zu können zwischen der Selbstverwirklichung und sozialer Anpassung. Dafür ist es wichtig, dass die Klientin bereit ist, den Status Quo zu verändern. Selbst wenn die Tochter bereit ist, kann es sein, dass die Familie mit allen Machtmitteln an dem jetzigen Zustand festhält. Je größer die Angst vor dem Machtverlust ist, desto mehr geht die Familie auf Widerstand. Für Veränderungen ist es wichtig Klarheit zu schaffen. Oft herrschten bis zu dem Zeitpunkt keine klaren Grenzen und Strukturen und so war es auch nicht möglich klare und eindeutige Rollen im Generationsgefüge einzunehmen bzw. zuzuweisen. Sind die Grenzen klar, so können auch Positionen eingenommen werden und daraus argumentiert und sicher gehandelt werden. Sind die Grenzen und Positionen nicht klar, so der Machtkampf entscheidend, wer sagt, wie Beziehungsregeln und somit auch Spielregeln sind. Die Durchsetzung von Machtposition geschieht nicht nur physisch, sondern häufig auch mit psychischer Gewalt. Ist dieses der Fall, so reichen bei Abweichungen des erlaubten Verhaltens nur kleine Andeutungen und Drohgebärden, und die Person verhält sich wieder, wie es erwünscht und verlangt ist. Hier handelt die Person auf Grund einer Verpflichtung und aus Angst vor Sanktionen und weniger aus Zuneigung zu den Eltern. In diesen Fällen wäre es wichtig, dass das Motiv für die Handlungen aus einem Gleichgewicht aus einer Verhandlung zwischen den Ansprüchen familiärer Loyalität und Solidarität und dem Streben des Einzelnen nach Selbstentfaltung und Autonomie entsteht. Gelingt es einer Frau und ihre Familie sowohl die familiären Bedürfnisse und Verbundenheiten zu bedenken und dann noch auf das Individuum einzugehen, so weist die Familie eine hohe Anpassungsfähigkeit auf. In diesen Familien ist es wichtig, für einander da zu sein, ohne sich gegenseitig aufzugeben. Es gibt bestimmte und klare Grenzen und die Regeln sind nicht starr, sondern können je nach den verschiedenen Anforderungen funktional angepasst werden. Damit eine Familie dieses kann, muss sie miteinander in Kontakt treten und Kommunizieren. Mit einer kommunikativen Kompetenz sind sie in der Lage die wichtigen Werte und Normen auszuhandeln, die diese Familie braucht, um sich selber zu erhalten, aber auch zu wachsen. Eine Funktionsfähigkeit behält ihre Struktur, welche ihr halt gibt, jedoch kann sie diese situations- entsprechend erweitern. Es ist dabei sowohl die Familie als Ganzen mit den Zielen und Wünschen im Blick, wie auch die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Familienmitglieder (vgl. Oswald & Müllensiefen, 1990). So kann jedes Familienmitglied mit den Schwächen und Stärken gesehen werden und je nach Kompetenz verschiedene Aufgaben übernehmen, so wird die Verantwortung nicht mehr nur einer Person zu geschrieben und die Rollen sind klarer (vgl. Eggebrecht & Richter, 2001).

4.3.4 Erkennen & Akzeptieren der Belastung und Emotionen

In diesem Prozess liegt eine Chance, dass die Kinder den Raum haben, die Eltern-Kind-Interaktion in einem geschützten Rahmen zu reflektieren und so die damalige und jetzige Eltern-Kind-Interaktion, unter den dynamischen Gesichtspunkten für sich zu verstehen. Durch die Reflexion haben sie die Möglichkeit sich selber zu verstehen, und wie bzw. auch die anderen Beziehungen zu verstehen. Durch den Prozess der Verbalisierung ihrer Probleme besteht die Möglichkeit, dass diese analysiert werden. Durch diesen Prozess wird die Wahrnehmung geschult. Durch die Analyse verschiedener Situationen besteht auch die Chance, dass die Angehörigen erkennen, wo sie handeln und sich nicht hilf- und machtlos fühlen, um so den Vergleich zwischen den Situationen anstellen zu können (vgl. Bruder, 2004a). Um dieses zu können, müssen sie bereit sein, die jetzige Situation und damit einhergehenden Gefühle und Empfindungen bemerken und dann im weiteren Schritt diese zu *akzeptieren*. Das Wort Akzeptanz ist ein oft verwendeter Begriff, wenn es darum geht eine neue schwierige Situation zu bewältigen. Akzeptanz umfasst viele Bereiche, wie die zurzeit objektiv ungünstige Lage anzunehmen ist (vgl. Blom & Duijnste, 1999).

Bei der Analyse von Belastungen, kann es hilfreich sein, als Berater nach einer gewissen Reihenfolge die Belastung und die sich dann daraus ergebende Lösungen zu finden. Es ist ein Prozess, wo keiner das Ergebnis im Vorhinein wissen kann und so gibt es nicht *die* Lösung und den perfekten Weg dorthin. Nur die Chance, sich auf den Weg zu begeben und dadurch etwas verändern zu können (vgl. Buijssen, 1996). Viele Klientinnen haben Angst, dass sie keine Lösung für ihr Problem haben, sie fühlen sich schwach und hilflos, meistens weisen sie eher Symptome auf. Jedoch sind die Symptome eine Art Lösungsversuch für zugrunde liegende innere bzw. externe Konflikte. Um diese zu produzieren, brauchten sie auch gewisse Fähigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen. Diese Sichtweise soll darstellen, dass jede Personen über verschiedene Lösungsmöglichkeiten verfügt und in diesem Kontext jene herausgearbeitet werden, welche für die Klientin gut ist. Wenn das Problem bewusst ist, welches verändert werden soll, kann gemeinsam geschaut werden, welche Ressourcen dafür benötigt werden und welche die Klientin hat. Im zweiten Schritt können dann die Auswirkungen durchgespielt werden, wenn die Veränderung eintritt (vgl. Mücke, 2001).

4.3.5 Gemeinsam Suchen nach Erleichterungen

Jede Person und Familie hat ihre eigenen Ressourcen und Strategien, um mit bestimmten vor allem schwierigen Situationen zu Recht zu kommen. So sollte zunächst angenommen werden dürfen, dass jede Familie grundsätzlich über ausreichende persönliche und familiäre Kompetenzen verfügen, um die Erkrankung und Behandlung zu bewältigen. Diese Ressourcen dienen zur Krankheitsbewältigung. Die Krankheitsbewältigung vollzieht sich sowohl bei dem Erkrankten, wie auch bei seiner Familie. Unter Krankheitsbewältigung werden

die kognitiven, emotionalen und handlungsbezogenen Bemühungen verstanden (vgl. Labouvie & Bode, 2006).

Der Berater kann den Angehörigen auf seinem Weg begleiten, und dennoch ist es gut, wenn auch dieser nicht für jede Situation eine angemessene Erklärung hat. Für den Angehörigen, kann es eine es sehr erleichternde Erfahrung sein, wenn der Berater von den Veränderungen ebenso überrascht ist, wie er selber. So kann sich durch die gemeinsam erlebte Ratlosigkeit ein neuer Prozess des Betrachtens und der Verstehensbemühung auf tun. Ebenso wird durch die beiderseits erlebte Hilflosigkeit dem Angehörigen auch das Gefühl vermittelt, dass der Berater seine Situation ernst nimmt. Denn es besteht die Gefahr, dass bei schnellen und fachmännischen Anweisungen des Beraters, der Angehörige sich schlecht fühlt, dieses selber nicht erkannt zu haben. Ebenso wird in diesem Prozess nicht die Autonomie gefördert, sondern die pflegende Tochter verhält sich auf Grund von Verpflichtungsgefühl. Die Gefahr besteht, dass durch sofortige Anweisungen, der Klient das Gefühl vermittelt bekommt, dass der Berater Experte seines Lebens ist. Die Klientin schildert eigene Empfindungen, diese werden kategorisiert und vielleicht sogar pathologisiert, so weiß der Berater, was „gut“ für die Klientin ist. Viel wichtiger wäre es in einem Prozess die Lösungen zu erarbeiten und so kann die Klientin Selbstregulationskompetenzen und eigene Ressourcen entdecken und aktivieren (vgl. Bruder, 2004a). Die Förderung der Ressourcen, sowohl der eigenen, wie die der sozialen Unterstützung ist wichtig. Bedenkt man die Studie bezüglich des Therapieerfolges, so beruhen 40% davon auf Grund von Ressourcen. Ebenso spielen die Ressourcen eine wichtige Komponente bei dem Stressmodell nach Lazarus und Folkmann.

4.3.5.1 Ressourcen erörtern

Wichtig wäre einen frühen Kontakt aufzunehmen, um so frühzeitig Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, um Folgen wie Burn-Out zu verringern. So ist die Stärkung der Handlungskompetenz das zentrale Thema, dazu gehört die Aktivierung von individuellen und sozialen Ressourcen. Kennen die Personen ihre Stärken, sind sie besser in der Lage bei intra- und interpsychischen Konflikten zu ihrem Wohle zu wandeln (vgl. Gräbel, 2001). Physische Gesundheit, Problemlösefertigkeiten, Persönlichkeitsvariablen wie Optimismus, Extraversion, Humor etc. sowie Bildungsstand, sozioökonomischer Status, Überzeugungen und Wertevorstellungen, positive Eigenschaften, Selbstbewusstsein, emotionale Stabilität Überzeugungen und Handlungsmuster können als individuelle Ressourcen gesehen werden (vgl. Retzlaff, 2010). Diese Kompetenzen sollen jeden Einzelnen befähigen, die Belastung zu ertragen und die Anforderungen ausführen. Ebenso kann ein gute intrafamiliäre Kommunikation, stabile Partnerschaft, sowie eine optimistische Grundeinstellung als Schutzfaktoren verstanden werden. Diese Schutzfaktoren erleichtern den Prozess der Krankheitsverarbeitung. Im Gegensatz dazu erschweren diesen Risikofaktoren diesen, wie familiäre Konflikte, Ehescheidungen oder sprachliche Barrieren den Prozess(vgl. Labouvie & Bode, 2006). Um die Ressourcen zu aktivieren, benötigt es oft eigene Aktivität und Handlung. Ist die

pflegende Tochter bereit, ihre eigenen Grenzen zu akzeptieren und Hilfe in Anspruch zu nehmen und dieses zu kommunizieren, so können andere Familienmitglieder Hilfe anbieten oder gemeinsam nach anderen Lösungen suchen, wie der Rückgriff auf ambulante Hilfe (vgl. Döbele, 2008). Um die verschiedenen Aufgaben bewältigen zu können, ist der Aufbau und die Pflege des sozialen Netzwerkes wichtig, um dort Unterstützung erbitten zu können. Unterstützung sowohl für sich, wie auch für das erkrankte Elternteil. Besteht ein Netzwerk aus verschiedenen Personen, können die Töchter lernen Aufgaben abzugeben und sie haben nicht das Gefühl die Verantwortung alleine zu tragen und so besteht im eigenen Krankheitsfalle ein Netzwerk. Alleine das Wissen ein Netzwerk zu haben, stellt eine wichtige Ressource für die pflegende Tochter und die ganze Familie dar (vgl. Döbele, 2008).

4.3.5.2 Nutzung von Hilfsangeboten

Zur Entlastung können Familienmitglieder einzelne Funktionen und Aufgaben übernehmen, aber auch professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden. Kindern fällt es nicht leicht, bei der Pflege der Eltern, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Schnell entsteht ein Gefühl versagt zu haben und der Unzulänglichkeit, denn bis zu dem Zeitpunkt hatten sie das Gefühl, dass sie unersetzbar sind und so ein Gefühl der Allmächtigkeit hatten (vgl. Bruder, 2004a). Viele Angehörige wünschen sich nun auch die Unterstützung von der Familie und haben eine hohe Erwartung an diese, was, wie und wo sie leisten sollen. Je höher die Erwartungen sind, desto wahrscheinlicher treten diese nicht ein, was die Situation nicht erleichtert. Personen die es nicht schaffen ihre neue Situation anzunehmen, bleiben an dieser hängen, worin eine erhöhte Gefahr liegt, dass sie sich selber Probleme kreieren (vgl. Blom & Duijnste, 1999). Eine Erklärung kann dafür sein, dass durch externe Hilfen ein Macht- und Konkurrenz erleben hervorrufen wird, da sie die bisherige Macht und Kontrolle für einen gewissen Bereich und Zeitraum abgeben müssen (vgl. Karrer, 2009). Um Hilfsangebote überhaupt annehmen zu können, müssen die Angehörigen über ihre Rechte informiert werden, damit sie wissen, welche Hilfsangeboten ihnen zustehen. So ist dieses auch Teil des Beratungsprozess, ihnen Hilfestellung dazuzugeben, bzw. Kontaktstellen, wo die Angehörigen, dann ausreichend über ihre Rechte informiert werden (vgl. Bruder, 2004a). In Deutschland besteht die Möglichkeiten, von ambulanten Institutionen Unterstützung zu erhalten (vgl. Karrer, 2009). Durch fremde Unterstützung gewinnen sie Zeit. In dieser Zeit sollte die Selbstfürsorge Priorität haben.

4.3.5.3 Selbstfürsorge

Viele Angehörige haben das Gefühl, keine Zeit mehr zu haben, und schon gar nicht für sich und um sich selber Ruhepausen zu gönnen (vgl. Chamier, 2000). Durch die Kommunikation über die eigenen Befindlichkeiten, können Hilfs- und Entlastungs-möglichkeiten gefunden werden. Durch diesen Schritt können die Angehörigen Freiräume gewinnen (vgl.

Chamier, 2000). Die gewonnene Zeit mit Aktivitäten ausgefüllt werden, welche sie als angenehm empfinden, wie Freunde treffen, ein Buch lesen, aber auch Sport. Sport hilft sowohl physisch wie psychisch bei der Regulation von Emotionen und dem Stressabbau. Es gibt zahlreiche Studien zum Thema „running out of depression“. Es ist wichtig, dass die Zeit nicht von Schuldgefühlen negativ eingefärbt ist (vgl. Döbele, 2008).

4.3.5.3.1 Emotionsregulation

So ist es wichtig, die Angehörigen immer und immer wieder nach ihren Bedürfnissen, Gefühlen und Wünsche zu fragen, um so den Zugang (wieder) zu erlangen. Und diese dann zu bestärken, diesen eigenen Bedürfnissen auch nachzugehen. Bei der Wahrnehmung der Gefühle ist es ein hochempfindlicher Prozess, da viele pflegende Töchter sich für die negativen Gefühle schämen (vgl. Buijssen, 1996). Emotionen haben eine Regulations-, eine Selektions-, Wertungs-, Motivations- und Signalfunktion. So ist es wichtig, dass die Angehörigen einen Rahmen haben, um die Affekte abzureagieren und dann diese und sich selber zu verstehen, da Affekte einen Einfluss auf das Denken, Handeln und Belastungserleben haben (vgl. Hornung & Lächler, 1999). Durch die Verarbeitung kann eine partielle Trauerarbeit über die Veränderungen geschehen. Dieser Prozess hat Auswirkung auf die Gestaltung der Pflegebeziehung (vgl. Haenselt, Danielzik & Waack, 2004).

Der Berater sollte der Klientin das Gefühl des angenommen sein geben, mit all ihren Gefühlen und verdeutlichen, dass es normal ist, positive wie auch negative Gefühle gegenüber einer Person zu verspüren. Durch die nichtwertende Haltung der Beraterin bekommt die Klientin die Möglichkeit, sich mit immer weniger Angst und Schamgefühl ihren Gefühlen zu stellen und diese zu verbalisieren. Denn so kann die Beziehung sowohl mit den belastenden Aspekten, aber auch mit den schönen Aspekten betrachtet werden und welche Bedeutung die Person für sie hat. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass viele pflegende Töchter sich schämen, wenn sie etwas Gutes für sich tun und es ihnen gut geht. Sie haben dem erkrankten Elternteil ein schlechtes Gewissen gegenüber. Vielen hilft zu Beginn die Einsicht, dass sie nur „lange und gut“ für ihre Eltern da sein können, wenn sie selber gesund sind. So haben sie die Chance zu erleben, dass es gut ist sich um sich zu kümmern und dass sich dieses dann auch positiv auf sie selber und die Beziehung auswirkt (vgl. Buijssen, 1996).

4.3.5.3.2 Autonomietraining

Um autonom zu sein und aus sich heraus zu handeln, muss die Person eine Kompetenz haben, sich selber regulieren zu können. „Unter Selbstregulation verstehen wir jede individuelle Aktivität, die in der Lage ist, Bedingungen herzustellen, die zu erfahrenerem und gelebtem Wohlbefinden führen“ (Grossarth-Maticek, 2000, S.1). Für die physische und psychische Gesundheit spielt die Selbstregulationsfähigkeit eine zentrale Bedeutung. Der Mensch ist bestrebt den Zustand des Wohlbefindens zu erreichen und dann auch zu stabilisieren, um dort

diese zu schaffen, entwickelte er Verhaltensstrategien. Jedoch gelingt nicht immer und jeder Person eine gute Selbstregulation, der Grund der Störung kann darauf beruhen, dass sie nie erworben wurde, sei es auf Grund von illusionären Erwartungen oder durch eine falsche Einschätzung der Situation. Autonomie und Selbstregulation hängen eng beieinander. Personen mit einer hohen Selbstregulation sind oft autonom, während Personen mit einer geringeren Selbstregulationskompetenz sich häufig von außen steuern lassen. In dem Kontext der pflegenden Töchter ist es wichtig, dass sie lernen ihren Bedürfnissen und eigenen Verlangen nachzugehen und weniger auf die Bedürfnisse und Norm und Erwartungen von anderen heraus zu handeln. Autonome Menschen sind in der Lage, sowohl den eigenen Bedürfnissen nachzugehen und diese zu befriedigen, aber dabei auch den Kontext berücksichtigen und abwägen. Personen mit symbiotischen Verhalten fällt es schwer die eigenen Wünsche und Bedürfnisse mit den Erwartungen der Umwelt in Einklang zu bringen. Eine weitere Komponente die hier mit rein spielt ist der Umgang und Abbau von erlebten Spannungen. Diese Lernerfahrungen haben Einfluss auf das Erleben und die Bewältigung der jetzigen Situation. Aber nicht nur die frühen Lernerfahrungen, in denen es um die Regulation von Emotionen ging, spielen eine Rolle auch für weitere und spätere Ereignisse, den beruflichen Kontext, Persönlichkeitsmerkmale. Zentral ist, wie mit der Bedürfnisbefriedigung bzw. der Frustration umgegangen wird, denn beide Komponenten sind normal, auch dass nicht alle Bedürfnisse befriedigt werden konnten und daraufhin eine Frustration entsteht, entscheidend ist der eigene Umgang mit diesem. Es ist eine Balance zwischen der Befriedigung der Bedürfnisse und dem Kontext in welchem es geschieht. Autonomie bedeutet nicht, dass immer alle Bedürfnisse jeder Zeit befriedigt werden, sondern, dass auf die eigenen Bedürfnisse geachtet werden, aber dabei den Kontext und die Anderen nicht vergessen werden (vgl. Grossarth-Maticek, 2000). Unter dem Aspekt der Autonomie ist es wichtig, in einem bewussten und reflektierten Entscheidungsprozess sich entweder für, gegen oder eine partiell häusliche Pflege sich zu entscheiden (vgl. DEGAM-Leitlinie Nr.6, 2005).

4.4 Effekte psychosozialer Angehörigenarbeit

Durch eine Beratung kann es gelingen, die Beziehung in all ihren Facetten betrachten. Die Gefahr liegt, nur auf den negativen Seiten zu verharren und den weniger zu sehen und fühlen, was durch die veränderte Situation sich Positives ergeben hat, sowohl in der Eltern-Kind-Beziehung, aber auch durch soziale Unterstützung von Ehepartner oder Geschwister (vgl. Bruder, 2004a).

Durch die Gespräche können zwar nicht die tatsächlichen Belastungen von pflegenden Angehörigen minimiert werden, jedoch zeigt die Metastudie von Brodaty et al. (2003), dass aufklärende und empathische Gespräche die psychosomatischen Belastungserleben minimieren. So war es auch von zentraler Bedeutung, die Angehörigen über die Zusammenhänge von Pflegebelastung und psychischen Veränderungen zu informieren. Das Wissen, das Gefühl des angenommen seins und die psychologische Unterstützung hilft den Angehörigen mit

der Situation besser umgehen zu können. Die positiven Auswirkungen sind im Bereich des Wohlbefindens, in der Minimierung der erlebten tatsächlichen Pflegebelastungen und Depressivität vorzufinden. Psychoedukative Ansätze scheinen besonders wirksam zu sein. Gespräche können so indirekt die tatsächliche Belastungen minimieren, in dem durch die Selbstregulation und Kommunikationskompetenz ein soziales Netzwerk aufgebaut und in Anspruch genommen wird, so geschieht eine Entlastung sowohl auf der praktischen, wie auch emotionalen Ebene (vgl. DEGAM-Leitlinie, Nr.6, 2005). Pflegende Angehörige die sowohl Beratung als auch Schulungen erhalten, weisen eine deutlich bessere Lebensqualität auf, als die Kontrollgruppe (vgl. Gräbel, 2001). Gelingt es durch die Beratung, die belastenden Situationen im positiven Sinne zu beeinflussen, so hat das Einfluss auf das Handling, die Akzeptanz und die Motivation (vgl. Blom & Duijnste, 1999). Angehörige, welche ihre Arbeit als angenehm, sinnstiftend und befriedigend ansehen, weisen kein oder nur geringe Zeichen für ein Burn-out/Depression auf und die Tendenz sich sozial zurückzuziehen ist ebenfalls minimiert (vgl. DEGAM-Leitlinien, Nr. 6, 2005). Im Rahmen der Evaluation von angeleiteten Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige von Demenzkranke konnte festgestellt werden, dass Personen, die eher als filial reif beschrieben werden können, sich signifikant weniger durch die Pflege überfordert fühlten, weniger Spannung erlebten, auch weniger Einschränkung im Bereich sozialer Außenbeziehungen und weniger Probleme mit der neuen Rolle als Pflegeperson angaben, als diejenigen, die weniger als filial reif betrachtet werden können. Einen Erklärungsansatz liefert die Bindungstheorie (vgl. Haenselt, Danielzik & Waack, 2004). Angehörige die bereit waren medizinische Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, fühlten sich der Studie von Benson (1998) nach weniger belastend und hatten weniger depressive Verstimmungen (vgl. Karrer, 2009).

Ebenso sind die Gespräche stabilisierend, in denen sie Ermutigung und Belobigungen für ihr Tun und Handeln und ihre Persönliche Entfaltung erhalten (vgl. DEGAM-Leitlinien, Nr. 6, 2005). Durch eine Beratung senken sich die Überlastungssymptome, die Gefahr an Burn-Out zu erkranken verringert sich, das Risiko der Gewaltbereitschaft und der tatsächlichen Gewalt wird minimiert und die pflegenden Angehörigen sind eher bereit externe Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ebenso profitieren sie auch persönlich durch die Gespräche, ihr Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl wird gestärkt, sowie die eigene Selbstfürsorge von pflegenden Angehörigen (vgl. Schönberger & Kardoff, o.a.). Dieses lässt sich dadurch erklären, dass die subjektiv empfundenen Belastungen sinken und diese haben einen zentralen Einfluss auf das Wohlbefinden der pflegenden Person (vgl. Gräbel, 2001).

Wichtig scheint noch zu erwähnen, dass es zahlreiche Studien gibt, in denen verschiedene Unterstützungsmaßnahmen und deren Auswirkungen auf die Angehörigen widersprüchlich sind, da die Angehörigen angeben, dass sie nun besser mit der jeweiligen Situation zur Recht kommen. Diese Ergebnisse ließen sich jedoch nicht in den abbilden (vgl. Karrer, 2009).

Schlussfolgerung

Der familiäre Zyklus befindet sich zwischen familiärer Kohäsion und Loslösung. Dieses stellt einen Spagat da und das richtige Gefühl zur richtigen Zeit zu haben, die richtige Unterstützung zu geben und gleichzeitig die Autonomie zu fördern (vgl. Frevert, Cierpka & Joraschky, 1996). So Individuell wie jeder Mensch ist, so individuell und unterschiedlich sollte auch die Beratung sein (vgl. Eggebrecht & Richter, 2001).

Liest man diese Arbeit und bedenkt, wie stiefmütterlich die Angehörigenarbeit behandelt wird und wenn, wird oft mit einem sehr defizitärer Blick auf die Situation geschaut. In den Kliniken wird die Bedeutung von psychoonkologischer Betreuung immer wichtiger, dies wird dadurch deutlich, dass zertifizierte onkologische Stationen einen Psychoonkologen beschäftigen müssen. Doch ist die Kapazität sehr gering, so dass dieser primär für Gespräche mit dem Erkrankten zur Verfügung steht. Ärzte, das Pflegepersonal und das therapeutische Team sind wichtige Personen im Behandlungsprozess, aber auch die Angehörigen. Die Angehörigen können auch für das Pflegepersonal eine wichtige Ressource sein, denn sie kennen den Erkrankten am besten, wissen die Vorlieben und seine Verhaltensweisen. Angehörige können als Vermittler fungieren, aber auch pflegerisch unterstützende Tätigkeiten übernehmen. Angehörige sind eine sehr wichtige Ressource, mit der respektvoll und wertschätzend umgegangen werden sollte. Aber das Wort *Angehörige* ruft im Pflegekontext verschiedene Assoziationen hervor, vielleicht wie bei einem Überraschungsei, keiner weiß, was wer sich im konkreten Fall dahinter verbirgt. Es gibt viele Angehörige, die sehr liebevoll und fürsorglich mit dem Erkrankten und respektvoll mit Krankenhauspersonal umgehen. Einige unter diesen übernehmen viele pflegerische Tätigkeiten, wie Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme etc. alleine dass jemand da ist, beruht und lenkt die Erkrankten in der Zeit in der Klinik ab. Viele gehen in der Zeit über ihre Grenzen und es gelingt ihnen nur teilweise, die Aufgaben an das Pflegepersonal abzugeben. Die Interaktion beruht auf einer gegenseitigen Unterstützung und Entlastung. Angehörige, die aber ihre Grenzen kennen (also filial reif sind) kümmern sich dennoch um die Eltern, nur anders. Sie fordern ihre Rechte auf Unterstützung ein, sie machen ihre Ansprüche geltend. Die erste Gruppe der Angehörigen wird als angenehm empfunden und ehrlich gesagt, habe ich mir während meiner Ausbildungszeit an manchen Tagen mehr von diesen gewünscht. Die Angehörigen, die in sich klar waren, ihre Grenzen gesetzt haben und dennoch zu einem gesunden Teil für ihre Eltern da waren, wurden (teilweise) eher als eine Belastung angesehen, aber mit denen der Umgang leichter war, da sie wussten, was sie an Unterstützung brauchten. Und dann gibt es die so genannten *schwierigen Angehörigen*, nach diesem Verständnis, diejenigen, die noch viele unreife Anteile in sich haben. Sie suchen und fordern auf eine Art und Weise Unterstützung, aber auf Grund des hohen Eigenanspruchs, ist viele Hilfe nicht richtig. Sie fühlen sich oft missverstanden und allein gelassen. Zum einen sagen sie, dass sie Hilfe wollen, weisen auf Symptome hin und dennoch lehnen sie alles ab. Vor allem bei solchen Angehörigen ist es ein schwieriges Unterfangen mit diesen in Kontakt zu

treten. Sie haben oft das Gefühl, dass man diese angreifen will und gleichzeitig fühlen sie sich alleine gelassen und hilflos.

Durch diese Arbeit wurde mir bewusst, dass man schnell diese verurteilt, weil auch das Pflegepersonal, Ärzte und schon gar nicht das Umfeld sie verstehen kann, warum sie so handeln wie sie handeln. Die Gefahr eines negativen Kreislaufes entsteht. Auf Grund der eigenen Rat- und Hilflosigkeit besteht die Gefahr, dann den Angehörigen zu sagen, was für ihn gut ist. Ich denke problematisch wird es, wenn der „Ratgeber“ seine eigene Familienloyalität und deren Muster und Handlungen als *das Richtige* erlebt, vor allem wenn diese nie reflektiert wurden und somit es als Gefahr erlebt wird, wenn Handlungen von anderen Personen gezeigt werden, die die eigene Loyalität zur Familie in Gefahr bringen. Bei Gefahr, muss die eigene Loyalität zur Familie mit allen Mitteln verteidigt werden. Zum Beispiel, wenn sich eine Tochter gegen die Pflege entscheidet und sogar gegen jegliche Art von Beziehung. Ebenso wird es zum Problem, wenn aus Sicht von Anderen Probleme, Konflikte nicht dazugehören dürfen. Jegliche Auseinandersetzung muss vermieden werden und die pflegende Tochter darf auf keinen Fall, so mit ihren Eltern sprechen, es sind doch die Eltern und dazu noch krank. Und dann dieses Unverständnis, dass der Tochter alles zu viel wird, sie ist doch nicht diejenige die Krebs hat und warum sollte sie nun selber krank werden oder in eine Krise geraten. Die Begegnung wird umso skurriler, je mehr der Berater Angst davor hat, dass es zu einer Auseinandersetzung und Krise kommt und je weniger er sich seiner eigenen Biographie bewusst ist. Ich denke, dass das eine wichtige Basis ist, denn wenn der Berater selber sich mit seiner Beziehung zu seinen Eltern und der eigenen Familienloyalität kritisch auseinander gesetzt hat, ist er offener im Umgang mit anderen. Natürlich kann er diese nie ablegen, und dennoch denke ich, dass er im Beratungsprozess, sich in dem Moment von der seinigen distanzieren kann und versucht sich in den Anderen hineinzusetzen. Er kann seine Anteile im Prozess reflektieren, und sieht seine Anteile und überträgt diese nicht, und wenn dieses geschieht, kann er es reflektieren und kommunizieren. Ich denke die Gefahr besteht für den Klienten dann, wenn der Berater seine Familie und Beziehung zu den Eltern idealisiert und seine Art der Beziehung für alle gilt, davon abgesehen, ob es wirklich dann eine *gute* und *reife Beziehung* ist. So ist es nicht selten, dass Angehörige zu hören bekommen, na dann gehen sie doch „einfach“ weg, wenn sie das alles nicht mehr ertragen können. Aber es geht nicht einfach, da besteht ein Band seit Jahrzehnten und durch die Bedrohung der Erkrankung ist die Gefahr schon physiologisch bedingt da, dass es bald sich verändert. Und selbst wenn die Tochter geht, geht sie nicht unbedingt mit einem guten Gefühl. Es kann sein, dass sie es kompensieren kann und eine Zeit gut so weiter lebt, aber auch dass sie dekompenziert. Ich finde es wichtig, dass sie entscheiden darf und sollte, wie sie die Beziehung zu ihrer Mutter gestalten möchte.

Es gibt bestimmt ein paar Eltern, die ihre Kinder bewusst demütigen wollen, dennoch denke ich, dass es ein sehr geringer Teil ist. Die meisten Eltern lieben ihre Kinder und können dennoch nicht von ihren alten Mustern ablassen. Viele handeln nach Mustern. Muster können als Verhaltensweisen verstanden werden, die einen nicht bewusste und reflektierte Handlungen verstanden werden. Sie sind selber durch ihre Herkunftsfamilie geprägt. Und selbst wenn die

Tochter es erkennt, dass die jetzige Situation für sie nicht gut ist, dauert es oft lange, bis sie bereit ist etwas zu ändern. Für Außenstehende ist es oft schwer zu verstehen, warum sie das so lange aushält und sich so schwer tut, etwas zu verändern. Es sind sicher viele Faktoren die damit rein spielen. Um die Frage zu beantworten, warum dies so lange ausgehalten wurde, spielt sicherlich auch der Aspekt damit rein, dass die Tochter die Bindung die sie zurzeit zu ihren Eltern hat, als *normal* sieht. So lange die Eltern gesund waren, blieben viele Konflikte verdeckt und durch die Veränderung und den Rollenwechsel entstehen Konflikte. Der Umgang mit Konflikten ist in einigen Familien per se nicht erlaubt und dann schon gar nicht unter diesen Umständen. Die Erkrankung bringt schon per se viele Veränderungen mit sich. Veränderungen bedeuten Angst, und diese Situation ist durch die Erkrankung mit Angst durchzogen und so ist noch mehr der Wunsch nach Sicherheit vorhanden. Aus Angst auch noch Veränderungen in der Beziehung zu den Eltern aushalten zu müssen, lassen sie lieber die alten (Macht-)Positionen.

Die Muster die teilweise über Generationen weiter gegeben werden, hören nicht auf, nur weil die Tochter geht. Geht eine Tochter aus einem unreflektierten Zorn besteht die Gefahr, dass sie dieses weiter gegeben wird. Das soll nicht bedeuten, dass auf jeden Fall eine Pflegebeziehung zustande kommen muss, die Tochter darf sich auch gegen die Pflege oder ganz gegen die Beziehung entscheiden. Wichtig wäre es hier, dass sie diesen Prozess reflektiert. Und auch wenn in der Beziehung vieles schief gegangen ist, kann es zu weitreichenden Veränderungen kommen. Ist die pflegende Tochter bereit über die Beziehung zu ihrer Mutter nachzudenken, kann das weitreichende (positive) Folgen und Begegnungen mit sich bringen, egal ob eine Pflegebeziehung zustande kommt oder nicht. So besteht auch noch im Alter etwas zu klären und durch die neue Situation, sich auf einer anderen Ebene zu begegnen und dadurch unvergessliche Momente zu erleben.

Und bis es zu diesem Prozess kommt, dürfen Symptome gezeigt werden und es auch zu einer Krise kommen. Oft wird in dann geschaut, wer ist Opfer und wer ist Täter. Jedes Familienmitglied hat durch seine Anwesenheit, Haltung und Handlung in der Familie eine Funktion. So gibt es nicht den Täter und das Opfer. Beide Positionen sollten betrachtet werden, aber auch zu hinterfragen, wo ist der Ehemann, oder die Geschwister, oder andere nahe Verwandte und Freunde. Ich finde es wichtig zu bedenken, dass ein ganzes System, und nicht nur zwei Personen, die Situation so gestalten wie sie ist, sondern die Anderen, durch ihr nicht agieren, es aufrechterhalten. Der Blick sollte sich nicht ausschließlich auf die Eltern-Kind-Beziehung beschränken und die Suche nach der Schuld begangen werden. Oft wird vernachlässigt, dass selbst unter schwierigen Bedingungen die Tochter sich um die Eltern kümmern kann, wenn diese durch den Ehemann gestärkt und gestützt wird und vielleicht so eine neue Art der Geschwisterbeziehung sich gestaltet.

Mich persönlich verwundert und erschreckt es zugleich, dass mir dieses Thema erst hier im Masterstudium begegnet. In der Ausbildung, in den diversen Kliniken wo ich Praktika absolviert habe und auch im Bachelorstudium hörte ich von Entwicklungspsychologie, dennoch wurde meist nur bis zum jungen Erwachsenenalter berichtet, klar wurde auch gesagt, dass Entwicklungspsychologie das ganze Leben betrifft, aber dann hörte es auch auf. Ich denke, um

Angehörige wirklich zu unterstützen, müsste für diese auch eine Anlaufstelle geben, sowie die Schulung von Ärzten und Pflegepersonal. Das Pflegepersonal hat den meisten Kontakt zu den Erkrankten, und zu deren Angehörigen. Durch das Wissen, wie und welche Motive sich auswirken, könnte anders mit diesen kommuniziert werden. Wissen über dieses Thema ist nicht nur für die pflegenden Angehörigen wichtig, sondern auch die die mit ihnen umgehen.

So denke ich, dass es wichtig wäre zum einen für die Familienmitglieder einen Raum zur Verfügung gestellt bekommen, wo sie Zuspruch, Unterstützung und ihre Situation reflektieren kann. Der Raum könnte ihnen die Möglichkeit geben, mit sich selber besser in Kontakt zu kommen, welches durch die Gespräche unterstützt wird. Durch diese Stärkung sind sie in der Lage besser auf sich zu achten und auch ihre Grenzen zu stecken und so ein Stück „reifer“ zu werden.

Ich denke, es gibt keine Person, die zu allen Zeitpunkten eine filiale Reife erlangt haben. Denn durch die Diagnose Krebs ist die Gefahr da, das Elternteil zu verlieren und einen geliebten Menschen leiden und sogar sterbend zu sehen, ist für jeden eine enorme Belastung. Auch wenn die Tochter nicht die Beziehung zu ihren Eltern in der frühen Kindheit verändern kann, finde ich dennoch, dass sie eine Eigenverantwortung trägt, welche für sich, ihr Leben und ihre Handlungen Verantwortungen tragen sollte. Kein Mensch ist perfekt und hat seine Defizite, und dennoch hat der Mensch die Fähigkeit zu reflektieren und zu lernen. Ich denke ein Berater, sollte der Klientin helfen einen Weg zu finden, der für sie gut ist und nicht nach den Wünschen und Vorstellungen von Anderen. Und vor allem, dass es völlig in Ordnung ist, dass sie Hilfe braucht, in eine Krise geraten ist und Symptome aufweist.

Nach dem Salutogenetischen Modell von Antonovsky gibt es keinen Zustand der völligen Gesundheit oder Krankheit. Und so denke ich auch bezüglich der Filialen Reife vs. Unreife. Der Mensch bewegt sich immer auf einem gewissen Kontingenz. Der Mensch und seine Situation wird bei dem Salutogenetischen Modell von Antonovsky in seinem Biographischen Prozess gesehen. Der Fokus liegt in dem Bereich, dass betrachtet wird, was eine Person mehr gesund und weniger krank macht. Gesundheit wird in diesem Modell nicht als ein passiver und normaler Gleichgewichtszustand verstanden, sondern ein Ergebnis selbstorganisierter Kräfte. In diesem Zusammenhang führte Antonovsky das Konzept des Kohärenzgefühls (SOC = Sense of coherence) ein (vgl. Hüper & Hellige, 2007). Das Kohärenzgefühl kann als eine Sichtweise verstanden werden, die beeinflusst, wie die Person die Welt und Situation wahrnimmt. Nimmt sie die Welt und ihre Situation als Chaotisch oder Strukturiert wahr und macht das Leben einen Sinn bzw. gibt es für die Person erkennbare Sinnzusammenhänge (vgl. Retzlaff, 2010). Nach Antonovsky setzt sich das Kohärenzgefühl aus drei Komponenten zusammen: dem Gefühl der Verstehbarkeit (kognitiver Aspekte), dem Gefühl der Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (progamischer Aspekt) und dem Gefühl von Sinnhaftigkeit/ Bedeutsamkeit (emotional-motivationaler Aspekt) (vgl. Retzlaff, 2010). Unter dem Gefühl der Verstehbarkeit ist umfasst, dass die Menschen ihre Erfahrungen einordnen können. In dem einen Krankheitsfall bedeutet dies, die medizinischen Auswirkungen und Erfordernisse einordnen zu können. Bei dem Gefühl der Handhabbarkeit, werden die Ressourcen verstanden, die einer Person zur Verfügung stehen,

um die jeweiligen Aufgabe zu bewältigen. Die Aufgaben und Anforderungen werden als generell lösbar und zu bewältigen gesehen. Aber auch, dass die Person in der Lage neue Ressourcen zu erschließen, um den Anforderungen zu bewältigen. Und dass die ganzen Anstrengungen sich lohnen, werden mit dem Gefühl der Sinnhaftigkeit erfasst. Die Person hat das Gefühl, die Anforderungen anzunehmen und aktiv die Situation zu gestalten. Die Handlungen geschehen auf Grund einer bejahenden Lebenseinstellung (vgl. Retzlaff, 2010). Das Kohärenzgefühl ist ein überdauernde Haltung, die aus persönlichen Lebenserfahrungen aus der Kindheit und Jugend mit geprägt sind. So gibt es weitere Faktoren, die die Entwicklung eines positiven Kohärenzgefühl helfen, wie individuelle Ressourcen und soziale Faktoren (erlebte Unterstützung, kulturelle Stabilität und finanzielle Ressourcen). Es wird zwischen starken und einem nichtauthentischen rigiden Kohärenzgefühl unterschieden. Personen mit einem starken Kohärenzgefühl zeichnen sich durch ein starkes Selbst und eine stabile Identität aus. Somit hat das Kohärenzgefühl einen Einfluss auf den Bewertungsprozess, bei der Einschätzung der Situation. Hier kann die Verbindung zu dem oben genannten Stressmodell von Lazarus geknüpft werden. Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl gelingt es besser ihre Ressourcen zu aktivieren und durch diesen Rückhalt, erleben sie einige Situationen als weniger stressreich, da sie auf diese zurückgreifen können. Es ist wichtig, die pflegenden Angehörigen darin zu unterstützen, dass sie ein hohes Kohärenzgefühl entwickeln. Denn Personen wählen eher Verhaltensweisen aus, welche sie als gut und günstig erleben. Sie erleben weniger Stress, da sie positive Erfahrungen sammeln konnten und das Gefühl hatten die Situation unter Kontrolle zu haben. Ist es ein positiver Ausgang der belastenden Situation, wird dieses ihnen dann zu gute kommen, wenn sie erneut in eine Krise geraten, da sie das Gefühl haben, damals habe ich es auch gut hinbekommen und es ist alles positiv ausgegangen. Sie handeln aktiv und haben so einen Einfluss auf die Situation und geben sich dem nicht bedingungslos hin. Sie erleben, dass aktive Handlungen sich auf die Situation, wie auch die eigene Gesundheit auswirken. Ebenso erleben sie, dass Krankheit, Krisen und Stress gehören zur menschlichen Existenz und sind nicht pathologisch. Um gesund zu bleiben müssen sie handeln, da es kein passiver Zustand ist. Der Gesundheitszustand ist ein labiles, dynamisches, regulierendes und aktives Geschehen ist (vgl. Retzlaff, 2010).

So finde ich es wichtig, dass nicht nur auf die Bindungstheorie geschaut wird, sondern auch, dass die Tochter lernt, eigenverantwortlich zu handeln. Sie lernen sich selbst zu regulieren und den Aufbau von sozialen Netzwerken. Beziehungen zu anderen Personen sind wichtige Bestandteile. Oft wird nur auf die Eltern-Kind-Beziehung geschaut, aber der Ehemann, der Frau kann auch das Geben, was früher gefehlt hat, auch die Bedeutung von Geschwister wird kaum erwähnt. Mich hat es ein wenig erschreckt, dass so viel negative Aspekte dargestellt werden, und ein Gefühl vermittelt bekommt, na ja eigentlich bräuchte dass alles gar nicht sein, es gibt ja genügend Hilfsmöglichkeiten und Unterstützungsangebote.

Mein Gefühl war, wenn Angehörige sich nicht selber schützen, dann sind sie selber schuld und aber wenig die „Not“ gesehen die dahinter stecken kann. Denn ich glaube es macht etwas mit dem Kind, wenn die Eltern schwer erkrankt sind und die Gefahr des Todes besteht. In

Leben gibt es Veränderungen, und aus diversen Gründen, kann es eskalieren. Und ich genau darin liegt eine Chance, dass die Familie neue Kommunikations- und Handlungsmuster zu entwickeln, welche für die Familie gut ist.

Durch die Arbeit soll sichtbar werden, dass eine Familie zur Belastung werden kann, aber auch eine Bereicherung darstellt. Die neue Situation kann eine Krise bewirken und dennoch neue Beziehungen dadurch entstehen lassen. So kann es sein, dass eine Geschwisterbeziehung enger wird, aber neue Erfahrungen mit den alten Eltern geschehen oder es zu einem anderen Umgang mit den eigenen Kindern führt. Hat die Tochter selber Kinder (vor allem eine eigene Tochter), so kann sie, weil sie die eigene Beziehung zu ihren Eltern reflektiert hat, anders mit ihrer Tochter umgehen. So kann sie anders mit der Familienloyalität, den Vermächtnissen aus dem Schuld-Motiv umgehen. Versteht die pflegende Tochter, warum sie handelt, kann sie auch reflektieren, welche Erwartungen sie an die eigenen Kinder hat. Durch diesen Prozess kann sich die Gefahr verringern, dass es sich wiederholt. So können die pflegenden Töchter, als stärkere Mütter hervorgehen und so ein Zeichen für ihre Kinder sein.

Mir ist bewusst, dass es, um diese Schritte gehen zu können einige Voraussetzungen in der Familie vorhanden sein müssen, vor allem auch die kognitiven Fähigkeiten um die Situation zu reflektieren und zugleich ein Netzwerk, was in der Umbruchszeit Sicherheit vermittelt. Ebenso darf der gesellschaftliche Druck nicht vernachlässigt werden, was soll eine Frau heute alles leisten,; Karriere, eine eigene *perfekte Familie*, eine super Mutter, die für ihre Kinder immer da ist, eine Hausfrau, die sich um den Ehemann kümmert und natürlich auch um die Eltern und dabei bitte nicht irgendeine Schwäche zeigt, schon gar keine psychische Erkrankung. Das Bild nach außen muss perfekt sein, es darf nichts nach außen dringen. Entscheidet sich die Tochter gegen die Pflege der Eltern, so wird dieses oft (vor allem in ländlichen Gegenden) verurteilt, dass macht man aber nicht, die armen Eltern. Schlimmer wird dieses, ist die Tochter selber Alten- oder Krankenpflegerin. Es darf und soll nicht gesehen werden, dass es aus unterschiedlichsten Gründen nicht stimmig ist.

Ich denke, dass es wichtig ist, dass Personal, welches mit pflegenden Angehörigen arbeitet, zu schulen, denn durch Wissen haben beide Seiten eine bessere Chance eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und Veränderungen bewirken zu können. Würde das Pflegepersonal verstehen, warum eine pflegende Tochter so handelt, könnte sie auch damit besser umgehen, sie kann die Situation besser einschätzen und würde es als weniger stressig einschätzen. Nichts desto trotz ist es wichtig, dass die Bedeutung von Angehörigen anders wert geschätzt werden sollte. Denn auch wenn eine Krankenschwester sie versteht, aber so unter Zeitdruck ist, bekommen die Angehörigen auch nicht die Unterstützung die sie bräuchten. Es wäre sinnvoll, wenn es mehr Personal geben würde und es zu einem Umdenken in der Gesundheitspolitik kommen würde. Durch mehr Personal könnte frühzeitiger Hilfe gegeben werden und präventiv eingegriffen werden. Nicht dass es dann keine Krisen mehr gibt oder geben sollte, aber diese würden eher erkannt. Und viele Angehörige erkennen ja auch selber, dass sie Hilfe brauchen, jedoch dann finden sie häufig keine Person, an welche sie sich wenden können. Die Psychoonkologen auf Station, sind primär für die Patienten da und auch überlastet

und einen Platz für eine Psychotherapie zu bekommen, kann sich je nach Region, auf Grund der langen Wartezeiten, auch als schwierig erweisen.

Ich hoffe und denke, dass es eine Frage der Zeit sein wird, dass endlich erkannt wird, dass auch die pflegenden Angehörigen eine wichtige Ressource, sowohl für die Gesundheitspolitik, die Wirtschaft und vor allem für die Familie ist, die es zu unterstützen gilt.

Anhang

Definition Pflegende Angehörige:

Nach dem Strafrecht wird unter Verwandte folgendes verstanden „Verwandte und Verschwägere gerader Linie, Adoptiv- und Pflegeeltern sowie Adoptiv- und Pflegekinder, Ehegatten und Geschwister und deren Ehegatten sowie Verlobte“ (Herold, S.118, 1999). Im §16 Abs.5 SGB X werden folgende Personen als Angehörige verstanden: „1. der Verlobte, 2. der Ehegatte, 3. Verwandte und Verschwägere grader Linie, 4. Geschwister, 5. Kinder der Geschwister, 6. Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, 7. Geschwister der Eltern, 8. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegeeltern)“ (Herold, S.118, 1999).

Herold definiert Pflegende Angehörige wie folgt „Als Pflegende Angehörige gelten verwandte Personen, die einem pflegebedürftigen Familienmitglied helfen, seine Selbstpflege (wieder) selbstständig zu besorgen, Teilbereiche der Pflege übernehmen, die gesamte Pflege im Bereich der Aktivität des täglichen Lebens incl. Psychosozialer Begleitungen evtl. ärztlich verordneter Maßnahmen verantwortlich ausführen oder auch nur dabei mithelfen“ (Herold, S. 118, 1999).

Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch XI §14:

Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßigen wiederkehrenden Verrichtungen um Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§15) der Hilfe bedürfen.

- Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderung
- Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

-
- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Literaturverzeichnis

A...

- Anthes, Hannelore; Peters, Janet; Schubert-Hadeler, Bettina (2002): *Innovation (in) der Pflege*: Prämierte Arbeiten des BBK-Innovationspreises Gesundheit 2001. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Aymanns, P. (1992). *Krebserkrankung und Familie*. Zur Rolle familialer Unterstützung im Prozeß der Krankheitsbewältigung. Verlag Hans Huber: Göttingen.
- Aymanns, P. & Filipp, S.-H. (1995). Bewältigungsprozesse bei Krebspatienten. Stabilisierende und moderierende Effekte sozialer Unterstützung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*. Band III, Heft 4, S. 268 – 283.

B...

- Bamberger, G. (2005). *Lösungsorientierte Beratung*. 3. Auflage. Beltz: Weinheim
- Backs, Wolfinger & Amrhein (2008). Geschlechtsungleichheit in der Pflege. <http://www.springerlink.com/content/n40h8885367x7371/>
- Batzler, Giersiepen, Hentschel, Husmann, Kaatsch, Katalin ic, Kieschke, Kraywinkel, Meyer, Stabenow, Stegmaier, Bertz, Haberland & Wolf.(2008). Krebs in Deutschland 2003 – 2004. Häufigkeiten und Trends. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert-Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. 6. überarbeitete Auflage. Robert-Koch-Institut (HRSG). Berlin.
- Bähr, M. (1999). *Pflegebedürftigkeit – was nun?* Wenn die Eltern älter werden. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft: Wiesbaden.
- Berg, K. (2010). *Familien- Zusammenhalt(en)*. Ein kurz-therapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch. 9. Auflage. Verlag modernes Lernen: Dortmund.
- Becker, R. (1997). *Häusliche Pflege von Angehörigen. Beratungskonzeptionen für Frauen*. Wissenschaft 35. Mabuse- Verlag: Frankfurt am Main.
- Blom, M. & Duijnste, M. (1999). *Wie soll ich das nur aushalten?* Mit dem Pflegekompaß die Belastung pflegender Angehöriger einschätzen. Hans Huber Verlag: Göttingen.
- Bösch, J., Rothlin, S. & Trüllinger, E. (1988). Belastungen und Entlastungsmöglichkeiten pflegender Angehöriger. Abteilung für Psychosoziale Medizin und Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich. *Soziale und Präventivmedizin*. 33: 210-216.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark. (1993). Unsichtbare Bindungen: Die Dynamik familiärer Systeme. 4. Auflage. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Boszormenyi-Nagy, I. (2004). Loyalität. In Schmidt, Danielzik, Haenselt & Waack (Hrsg.). Handbuch für Leiter /Leiterinnen von Pflege- und Betreuungskursen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Kuratorium Dt. Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stift.

- Bruder, J. (2004). Filiale Reife – ein wichtiges Konzept für die familiäre Versorgung Alterskranker. In Schmidt, Danielzik, Haenselt & Waack (Hrsg.). *Handbuch für Leiter /Leiterinnen von Pflege- und Betreuungskursen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz*. Kuratorium Dt. Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stift.
- Bruder, J. (2004a). Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen demenzerkrankter Menschen. In Schmidt, Danielzik, Haenselt & Waack (Hrsg.). *Handbuch für Leiter /Leiterinnen von Pflege- und Betreuungskursen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz*. Kuratorium Dt. Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stift.
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Der Vorsitzende Pressemitteilung 04.12.2003 und Ergänzung der Chronikerregelung durch den Bundesausschuss vom 23.01.2004. (07/2003) Bundesausschuss beschließt Neufassung der Krankentransport-Richtlinien http://www.taxi-sax.de/Info_s/Info.pdf [Datum des Zugriffs 19.03.2009; 19.00Uhr].
- Buijssen (1996). *Die Beratung von pflegenden Angehörigen*. Beltz Psychologie Verlags Union: Weinheim.

C...

- Christen, C. (1989). *Wenn alte Eltern pflegebedürftig werden*. Kritische Bestandesaufnahme, Lösungsansätze und Empfehlungen für die Pflege alter Eltern in der Familie. Paul Haupt: Bern.
- Chamier v., G. (2000). „Herz und Seele sind kaputt“. Untersuchung zur Situation von Angehörigen Krebskranker. In Hermann, Schürmann & Zaumseil (Hrsg.). *Chronische Krankheit als Aufgabe. Betroffene, Angehörige und Behandler zwischen Resignation und Aufbruch*. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Band 7. dgvt-Verlag: Tübingen.
- Conen, M-L. (2001). Loyalitätsbindungen – Versöhnung – Ethik. Weiterhin wichtige Dimensionen für FamilientherapeutInnen. *Zeitschrift für Familientherapie*; 32:3, S.242-244.
- Cierpka, M. (2000). Familientherapie und familiäre Entwicklung. Hrsg.: Ermann, M. Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. 3.Auflage. Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

D...

- Deutmeyer, M. (2008). Töchter pflegen ihre Eltern: Traumatisierungspotenziale in der häuslichen Elternpflege – Indizien für geschlechtstypische Ungleichheit? (<http://www.springerlink.com/content/t17t71632151075n/>) [Datum des Zugriffs 31.08.2010, 12.00 Uhr].
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2010). Informationsdienst <http://www.krebsinformationsdienst.de/themen/grundlagen/krebsstatistiken.php> [letzter Zugriff 03.09.2010, 17. 00 Uhr].
- DEGAM (2005). Pflegende Angehörige. http://www.degam.de/leitlinien/LL_PA_web.pdf [15.02.2011, 12.00].

- GEGAM-Leitlinie Nr. 6 (2005). Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Pflegende Angehörige
http://leitlinien.degam.de/uploads/media/LL_PA_003.pdf [09.05.2011, 12.00].
- Die blauen Ratgeber 51 (2008). *Fatigue*. Chronische Müdigkeit bei Krebs. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Herausgeber: Deutsche Krebsgesellschaft: Bonn.
http://www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Blaue_Ratgeber/051_fatigue.pdf [Datum des Zugriffs 20.04.2009; 12.00Uhr].
- Dieris, B. (2006). "Och Mutter, was ist aus dir geworden?!" Eine Grounded-Theory-Studie über die Neupositionierung in der Beziehung zwischen alternden Eltern und ihren erwachsenen, sich kümmernden Kindern. Forum: *Qualitative Social Research Sozialforschung*. Volume 7, No.3, Art.25).
- Döbele, M. (2008) Bleiben sie gesund.
<http://www.springerlink.com/content/k008736q213xw864/> [13.04.2011 14.00 Uhr].

E...

- Engel, F. Nestmann, F. & Sickendiek, U. (2004). Beratung – Ein Selbstverständnis in Bewegung. Nestmann, Engel, Sickendiek (Hrsg.): *Das Handbuch der Beratung*. Band I. Disziplinen und Zugänge. Dvt Verlag: Tübingen.
- Eggebrecht, D.B. & Richter, W. (2001). Psychoonkologische Therapie. In Hankeneiers, Schüle-Hein & Krizanits (Hrsg.). Tumorschmerztherapie. 2. Auflage. Springer-Verlag: Berlin.

F...

- Frevert, Cierpka & Joraschky (1996). Familiärer Lebenszyklus. In Handbuch der Familiendiagnostik. Hrsg. Cierpka, M. Springer Verlag: Berlin.
- Fydrich, T. & Sommer, G. (2003). Diagnostik sozialer Unterstützung. Jesuralem, M. & Weber, H. (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung - Diagnostik und Prävention*. Hogrefe Verlag: Göttingen.

G...

- Gräbel, E. (2000). Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Z.Gerontopsychologie.-psychiatrie*. 2000 ; 13 : 85-94.
- Gräbel E. (2001). Angehörigenberatung bei Demenz: Bedarf, Ausgestaltung, Auswirkungen. *Theorie u. Praxis der soz. Arbeit*. 2001; 52: 215-220 (a) Gensichen, J. & Donner-Banzhoff, N. (2007). Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM). Positionspapier. Care of Human Beings with Chronic Diseases. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*; 83, 316-320.
- Gloger-Tippelt, G. (2007). Eltern-Kind und Geschwisterbeziehungen.
<http://www.springerlink.com/content/g376h218x02j7t40> 31.08.2010, 10.00 Uhr)

Grossarth-Maticcek, R. (2000). *Autonomietraining*. Gesundheit und Problemlösung durch Anregung der Selbstregulation. Walter de Gruyter: Berlin.

H...

Haenselt, R., Danielzik, A. & Waack, K. (2004). Zur Evaluation von angeleiteten Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige von Demenzkranken. Ergebnisse des GENA-Projektes in Mecklenburg-Vorpommern. *Zeitschrift Gerontologie, Geriatrie*; 37, S. 402- 410.

Haberkmern, K. (2009). Pflege durch Kinder. [<http://www.springerlink.com/content/x7656000k27w0347/> 31.08.2010. 18.30 Uhr].

Hackney, H. & Cormier, L-S. (1993). *Beratungsstrategien*. Beratungsziele. Ernst Reinhardt Verlag: München.

Haselmann, S. (2008). *Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie- systemisch oder subjektorientiert?* Ein Lehrbuch. Vadenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Halsig, N. (1994). Pflege in der Familie: Situation der Hauptpflegeperson und Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer Situation. In: Fischer GC. Qualitätskriterien der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung im Alter - Zusammenfassung und Ausblick. Hrsg.: Fischer G, Med. Hochschule Hannover Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad Gamburg 1994: 41-53.

Hindermann, S. & Strauß, B. (2002). Angehörige älterer Tumorpatienten. *Der Onkologe*. 8: 151-160. Springer-Verlag

Herold, Eva Elisabeth (Hrsg.) (1999): *Ambulante Pflege: Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde: Band 3: Pflege in der eigenen Familie - Konzepte, Strukturen, Strategien – Leiten, Führen – Betriebswirtschaft – Fort- und Weiterbildung – Recht*. Hannover: Schlütersche

Hoffmann, Badachie, Greve & Schmitt. (2000). Krisenintervention. Das Solinger Modell. In Stark, Bremer & Esterer (Hrsg.). *Ich bin doch nicht verrückt*. Psychiatrie-Verlag: Bonn.

Hornung & Lächler. (1999). *Psychologisches und soziologisches Grundwissen für Krankenpflegeberufe*. Ein praktisches Lehrbuch. 8. Auflage. Beltz Psychologie Verlags Union: Weinheim.

Houldin, A. (2003). *Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege*. Huber-Verlag: Bern.

Höffken, K. (2002). *Geriatrische Onkologie*. Springer-Verlag: Berlin.

Hüper, C. & Hellige, B. (2007). *Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke*. Rahmenbedingungen – Grundlagen – Konzepte – Methoden. Mabuse- Verlag: Frankfurt am Main.

K...

- Kaiser, P. (1989). Familien-Erinnerungen. Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie. Roland Asanger Verlag: Heidelberg.
- Karrer, D. (2009). Das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen – Zum Stand der Forschung (<http://www.springerlink.com/content/h748512157033763/>, [letzter Zugriff 13.09.2010, 9. 00 Uhr]
- Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006) Kapitel: Soziale Ressourcen und Gesundheit: Soziale Unterstützung und dyadische Bewältigung. Renneberg & Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Springer Verlag: Berlin Heidelberg.
- KID 2010: Krebs in Deutschland. Vom Robert-Koch-Institution.
- Knoll, N. & Kienle, R. (2007). Fragebogenverfahren zur Messung verschiedener Komponenten sozialer Unterstützung: ein Überblick. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, Volume 16, Number 1-2, 57-71.
- Knoll, N. & Schwarzer, R. (2005). Kaptiel 17. Soziale Unterstützung. Schwarzer, R. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Enzyklopädie der Psychologie. Verlag Hogrefe: Göttingen.
- Köttger, K. (2003). *Psychosoziale Onkologie für Pflegende*. Schlütersche Verlag: Hannover.
- Kirschning, S. & Kardoff, E. (2007). Welche Informationen suchen internetnutzende Angehörige krebskranker Frauen und Männer? Helfen die gefundenen Informationen bei der Bewältigungsarbeit. *Medizinische Klinik*; 102; S.136-140. Urban & Vogel: München.
- Krischke, N. (1996). *Lebensqualität und Krebs*. Quintessenz: München.
- Kunstmann, A. (2010). Innerfamiliäre Verbundenheit als vernachlässigte Perspektive auf die familiäre Altenfürsorge und Pflege. (<http://www.springerlink.com/content/t571k60m16846231>; 29.08.2010; 12.00 Uhr).

L...

- Labouvie, H. & Bode, G. (2006). Psychosoziale Unterstützung von Patienten und ihren Angehörigen. <http://www.springerlink.com/content/v24452742xx21362/fulltext.pdf> [12.04.2011, 12.00 Uhr].
- Leipold, B., Schacke, C. & Zank, S. (2006). Prädikatoren von Persönlichkeitswachstum bei pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankten. *Zeitschrift Gerontologie, Geriatrie* 39; S. 227- 232.
- Lempp, R. (1987). *Reifung und Ablösung*. Das Generationsproblem und seine psychopathologischen Randformen. Hans-Huber Verlag: Stuttgart.
- Lewis & Lubkin. (2002). Krankheitsspezifische Rollen. 4. Kapitel. In Lorenz- Kraus & Niemann (Hrsg.). Chronisch Kranksein: Implikationen und Interventionen für Chronisch Kranke. Hans-Huber Verlag: Bern.

Lubkin & Payne (2002). *Pflegende Angehörige*. 5. Kapitel. In Lorenz- Kraus & Niemann (Hrsg.). *Chronisch Kranksein: Implikationen und Interventionen für Chronisch Kranke*. Hans-Huber Verlag: Bern.

M...

Mayer, A-K., (2001). *Alt und Jung. Intergenerationelle Kommunikation außerhalb und innerhalb von Familienbeziehungen*. Dissertation: Trier.

Margulies, M. (1994). *Onkologische Krankenpflege*. Springer-Verlag: Berlin

Massing, Reich & Sperling. (1999). *Die Mehrgenerationen-Familientherapie*. 15. Kapitel: Chronische Krankheit oder: Wenn Schicksal zusammenschmiedet. 4. Auflage. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Mehnert, A., Lehmann, C., Cao, P. & Koch, U. (2006). Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie - Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizin*; 56: 462-479.

Meerwein, F. (1998). 4. Kapitel. Die Arzt-Patienten-Beziehung des Krebskranken. In Meerwein & Bräutigam (Hrsg.). *Einführung in die Psycho-Onkologie*. 5 überarbeitete und ergänzte Auflage. Hans Huber Verlag: Göttingen.

Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (2000). *Verstrickt im sozialen Netzwerk*. Neue Lösungswege für Multiproblem-Familien. Carl-Auer-Systeme Verlag: Heidelberg.

Mücke, K. (2001). *Probleme sind Lösungen*. Systemische Beratung und Psychotherapie – ein praktischer Ansatz. Lehr- und Lernbuch. 2. Auflage. Öko Systeme Verlag: Potsdam.

N...

Nickel, W., Born, A. Hanns, S. & Brähler (2010). Welche Informationsbedürfnisse haben pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige. *Zeitschrift Gerontologie und Geriatrie*; 44, S. 109- 144. Springer Verlag.

O...

Oerter, R. & Montana, L. (2002). *Entwicklungspsychologie*. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Beltz Verlag: Weinheim.

Oswald, G. & Müllensiefen, D. (1990). *Psycho-soziale-Familienberatung*. 3. Auflage. Lambertus: Freiburg.

P...

- Peters, D. (2002). Der chronisch Kranke und seine Familie: Wachstum und Entwicklung. Kapitel 2. In Lorenz-Kraus, R. & Niemann, H. (Hrsg.). *Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe*. Hans Huber Verlag: Bern.
- Pitzele, S. K. (1993). *Wenn die Krankheit chronisch wird*. Aus dem Amerikanischen von Olga Rinne. Kreuzer Verlag: Stuttgart.

R...

- Rehse, B. (2001). Metaanalytische Untersuchungen zur Lebensqualität adjuvant psychoonkologisch betreuter Krebsbetroffener. Shaker Verlag: Aachen.
- Rechtslexikon <http://www.rechtswörterbuch.de/recht/a/angeh%C3%B6rige/> [15.02.2011, 12 Uhr]
- Retzlaff, R. (2010). *Familien-Stärken*. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Roche Lexikon Medizin. (1999). vierte überarbeitete Auflage. Urban & Fischer Verlag: München.
- Rudolf, G. (2000). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Thieme Verlag: Stuttgart

S...

- Schnabel, P-E. (2001). *Familie und Gesundheit*. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Juventa-Verlag: Weinheim.
- Schneekloth, Ulrich (2006): Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege: Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger 47 Lebensführung (MuG III). Artikel in der Fachzeitschrift: *Gerontologische Geriatrie* 39, 2006, S. 405-412.
- Schönberger, C. & Kardorff, E. (o.a.). Zu Hause pflegen- Unterstützung der Angehörigen Analysen und Konzepte für die Praxis – Ein Leitfaden. Institut für Gerontologische Forschung e.V. Berlin (<http://www.stmas.bayern.de/pflege/ua-leitfaden.pdf> [letzter Zugriff 04.09.2010, 14.00 Uhr])
- Schulz, K.-H., Schulz, H., Schulz, O. & Kerekjarto v. M. (1998). *Krebspatienten und ihre Familien*. Wechselseitige Belastung und Unterstützung. Schattauer: Stuttgart, New York.
- Schultze-Jena, H. (2004). Psychodynamische Aspekte der Angehörigenunterstützung Alterskranker. In Schmidt, Danielzik, Haenselt & Waack (Hrsg.). *Handbuch für Leiter*

/Leiterinnen von Pflege- und Betreuungskursen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Kuratorium Dt. Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stift.

Skibbe, X. & Löseke, A. (2001). *Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe.* Thieme Verlag: Stuttgart.

Strittmatter, R. & Bengel, J. (1998). Angehörige krebskranker Menschen - Belastungen und Möglichkeiten psychosozialer Unterstützung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation.* 42, S. 71-81.

Schröcker, R., Schmidt, L. & Sauer, H. (2000). Rehabilitation von Patientinnen mit Mammakarzinom. *Onkologie,* 6, 15-17.

Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit.* Eine Meta-Analyse. Göttingen: Hogrefe.

Stierlin, H. (2004). Bezogene Individuation. In Schmidt, Danielzik, Haenselt & Waack (Hrsg.). *Handbuch für Leiter /Leiterinnen von Pflege- und Betreuungskursen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz.* Kuratorium Dt. Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stift.

Statistisches

Bundesamt

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2011/02/PD11_048_232,templateId=renderPrint.psml [09.02.2011, 12 Uhr]

SGB: Sozialgesetzbuch: Bücher I-XII Allg. Teil, Grundsicherung, Arbeitsförderung, Gem. Vorschriften, Kranken-, Renten-, UnfallVers., Kinder-/Jugendhilfe, Rehabilitation, Verwaltungsverfahren, PflegeVers., Sozialhilfe: 38.Auflage 2010.München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Sickendick, Engel & Nestmann. (1999). *Beratung.* Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Grundlagentexte Soziale Berufe. Juventa Verlag: Mannheim, München.

Schneglberger, J. (2010). Die Ressourcenperspektive. [Burnout-Prävention unter psychodynamischem Aspekt](http://www.springerlink.com/content/x057763ur805x68v/fulltext.pdf) 2010, 57-78, <http://www.springerlink.com/content/x057763ur805x68v/fulltext.pdf> [03.05.2010, 14 Uhr].

T...

Trommsdorff, G. (2005). *Eltern-Kind-Beziehungen über die Lebensspanne und im kulturellen Kontext.* Familie, Akkulturation und Erziehung. S.40-58. Kohlhammer: Stuttgart.

U...

Ulich, D. (1987). *Krise und Entwicklung.* Zur Psychologie der seelischen Gesundheit. Psychologie Verlag Union: München.

W...

Weis, J. & Domann, U. (2006). Interventionen in der Rehabilitation von Mammakarzinompatientinnen Eine methodenkritische Übersicht zum Forschungsstand. *Rehabilitation*, 45, 129-145.

Welter-Enderlin, R. (2006). *Wie aus Familiengeschichten Zukunft entsteht*. Paar- und Familientherapie. Carl-Auer: Heidelberg.

Wienands, A. (2002). Die Heidelberger Konzeption an der psychosomatischen Klinik am Harderberg. Gesellschaft für systemische Therapie. http://www.gstb.org/systemische-literatur/artikel/pdf/Heidelberger_Konzeption.pdf [19.05.2010, 18.00 Uhr].

Z...

Ziepert, M. (1999). Angehörige zwischen Liebe und Abgrenzung. <http://www.apkwaf.de/AngehorigezLiebe.pdf> (29.09.2010; 11.30Uhr).