



CLEMENS HAUSMANN

Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe

Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis

4., überarbeitete Auflage

facultas 

Clemens Hausmann
Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe

Clemens Hausmann

Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe

Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis

4., überarbeitete und erweiterte Auflage

facultas

Anschrift des Verfassers:
Dr. Clemens Hausmann
Kardinal Schwarzenberg Akademie
Baderstraße 10
A-5620 Schwarzach/Pongau
Österreich

E-Mail: info@clemens-hausmann.at

Weitere Informationen unter: www.clemens-hausmann.at

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr, eine Haftung des Autors oder des Verlages ist ausgeschlossen.
Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten.

4. Auflage 2019

Copyright © 2005 Facultas Verlags- und Buchhandels AG
Facultas Verlag, Stolberggasse 26, 1050 Wien, Österreich
Lektorat: Katharina Schindl, Wien
Umschlagfoto: © Jacob Wackerhausen, istockphoto.com
Satz: Wandl Multimedia-Agentur
Druck: finidr
Printed in the EU
ISBN 978-3-7089-1871-6

Vorwort

Das vorliegende Buch behandelt jene Bereiche der Psychologie und Kommunikation, die für die Pflege von zentraler Bedeutung sind. Es ist gleichermaßen für die Ausbildung wie für die Praxis gedacht.

Als *Lehrbuch* orientiert es sich an den österreichischen Curricula für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege (Bachelor-Studium, Diplombildung, Pflegefachassistent, Pflegeassistent). Der Schwerpunkt liegt auf psychologischem Wissen und kommunikativen Fähigkeiten, die wissenschaftlich fundiert in ihrer praktischen Umsetzung dargestellt werden.

Als *Handbuch für die Praxis* enthält es konkrete Hinweise, Anregungen und Tipps für situationsgerechtes und psychologisch richtiges Handeln in den unterschiedlichsten pflegerischen Situationen.

Das Buch gliedert sich in vier Teile:

- Im ersten Teil werden die Grundlagen der Psychologie dargestellt, die für das Verständnis und die Unterstützung pflegebedürftiger Menschen wichtig sind. Zahlreiche Beispiele verdeutlichen den unmittelbaren Bezug zur pflegerischen Praxis.
- Der zweite Teil beschreibt die psychologische Seite von Krankheit und Behinderung. Die psychosoziale Unterstützung der Patienten und Bewohner bildet einen besonderen Schwerpunkt.
- Im dritten Teil wird die pflegerische Kommunikation in ihren vielfältigen Möglichkeiten besprochen. Spezielle Kapitel zu Aggression, Krisen, Notfällen, Konflikten und Mobbing vertiefen die Darstellung. Auf das wichtige Thema Praxisanleitung wird besonders eingegangen.
- Der vierte Teil widmet sich der Psychohygiene, die entscheidend für langfristige Berufszufriedenheit und psychische Stabilität ist. Stressmanagement, Helfer- und Burnout-Syndrom werden ebenso besprochen wie berufsbedingte Traumatisierungen und die Möglichkeiten des professionellen Umgangs mit beruflichen Belastungen.

Die dargestellten Theorien und Maßnahmen basieren auf dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrung (im Sinne von *best practice* und *evidence based care*). Personenbezogene Ausdrücke umfassen stets beide Geschlechter.

Für die 4. Auflage wurde der Text durchgehend aktualisiert sowie in vielen Abschnitten erweitert, insbesondere bezüglich neurobiologischer Grundlagen des Erlebens und Verhaltens, Entwicklungsaufgaben, Trauma und Notfall, Mobbinghandlungen und KIMA.

Clemens Hausmann, im Sommer 2019

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
---------------	---

Teil I

Grundlagen der Psychologie

1 Psychologie als Wissenschaft	17
1.1 Gegenstand und Fragestellungen der Psychologie	17
1.2 Der Beitrag der Psychologie zur Pflege	19
1.3 Psychologe – Psychiater – Psychotherapeut	19
1.4 Zusammenfassung	21
2 Neurobiologische Grundlagen des Erlebens und Verhaltens	21
2.1 Signalübertragung zwischen Nervenzellen	21
2.2 Großhirnrinde und limbisches System	23
2.3 Neuromodulatoren	25
2.4 Zusammenfassung	26
3 Andere Menschen wahrnehmen	26
3.1 Der Wahrnehmungsprozess	26
3.2 Eigenschaften der Wahrnehmung	28
3.3 Beeinflussung der Wahrnehmung	30
3.4 Soziale Wahrnehmung	30
3.5 Zusammenfassung	32
4 Gefühle – Die Farben des Seelenlebens	33
4.1 Gefühle als Reaktionen	33
4.2 Gefühle im Zusammenhang mit Krankheit	34
4.3 Urvertrauen und Selbstwertgefühl	37
4.4 Zusammenfassung	39
5 Was wir wirklich wollen – Bedürfnisse und Motivation	39
5.1 Die Bedürfnispyramide nach Maslow	39
5.2 Bedürfnisse bei Krankheit	40
5.3 Emotionale Bedürfnisse	41
5.4 Motivation	43
5.5 Reaktanz	44
5.6 Erlernte Hilflosigkeit	46
5.7 Zusammenfassung	48
6 Die Macht der Gedanken	48
6.1 Erwartungen, sich selbst erfüllende Prophezeiungen	48
6.2 Der Placebo-Effekt	49
6.3 Einstellungen zur Krankheit	51

6.4	Attributionen	52
6.5	Zusammenfassung	54
7	Lernen und Erinnern	54
7.1	Im Gedächtnis abspeichern	54
7.2	Nachahmen (Lernen am Modell)	56
7.3	Lernen durch Verstärkung	57
7.4	Klassisches Konditionieren	58
7.5	Generalisierung	60
7.6	Lerntipps	61
7.7	Tipps für die Prüfung	63
7.8	Zusammenfassung	64
8	Der Einfluss des Unbewussten	65
8.1	Veränderte Bewusstseinszustände	65
8.2	Das Unbewusste	66
8.3	Wirkungen des Unbewussten	67
8.4	Abwehrmechanismen	68
8.5	Zusammenfassung	74
9	Der Mensch als soziales Wesen	74
9.1	Soziales Handeln	74
9.2	Normen und Werte	75
9.3	Rolle und Rollenkonflikt	76
9.4	Krankenrolle – Patientenrolle	77
9.5	Zusammenfassung	80
10	Die Entwicklung über die gesamte Lebensspanne	80
10.1	Entwicklungsaufgaben	80
10.2	Geburt und Bindungsverhalten	83
10.3	Kinder im Krankenhaus	84
10.4	Jugend und frühes Erwachsenenalter	85
10.5	Kritische Lebensereignisse und Entwicklungsregulation	86
10.6	Entwicklung im Alter	87
10.7	Zusammenfassung	88

Teil II

Krankheit und Behinderung

11	Krankheitserleben – Krankheitsverhalten	91
11.1	Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit	91
11.2	Subjektive Krankheitstheorie des Patienten	93
11.3	Kognitive Dissonanz	94
11.4	Gesundheits- und Krankheitsverhalten	96
11.5	Gendermedizin	99
11.6	Zusammenfassung	101

12 Phasen des Krankheitsverlaufs aus psychologischer Sicht	102
12.1 Krankheitsbeginn	103
12.2 Diagnosestellung	104
12.3 Behandlungsphase	106
12.4 Rekonvaleszenz und Rehabilitation	107
12.5 Chronische Beschwerden und Krankheiten	109
12.6 Terminale Phase	109
12.7 Zusammenfassung	111
13 Krankheitsbewältigung	111
13.1 Psychische Belastungen durch Krankheit	111
13.2 Coping	114
13.3 Angemessenes Coping und Compliance	116
13.4 Resilienz und Ressourcen der Krankheitsbewältigung	117
13.5 Kohärenzerleben	119
13.6 Zusammenfassung	121
14 Beispiel: Chronische Krankheiten	121
14.1 Merkmale chronischer Krankheiten	121
14.2 Spezifische Belastungen und emotionale Folgen	123
14.3 Verleugnung und Krankheitsverhalten	124
14.4 Krankheitsbewältigung bei chronischen Krankheiten	125
14.5 Psychosoziale Unterstützung durch Pflegepersonen	126
14.6 Schmerz	128
14.7 Zusammenfassung	129
15 Beispiel: Psychoonkologie	130
15.1 Krankheitserleben bei Krebs	130
15.2 Krankheitsbewältigung bei Krebs	133
15.3 Psychoonkologische Betreuung	136
15.4 Psychoonkologie und Pflege	140
15.5 Das onkologische Team	141
15.6 Zusammenfassung	142
16 Beispiel: Psychotraumatologie	142
16.1 Psychische Traumatisierung	142
16.2 Psychische Traumafolgen und körperliche Störungen	144
16.3 Opfer von Verkehrsunfällen	146
16.4 Psychologische Stabilisierung	147
16.5 Psychosoziale Aufgaben von Pflegepersonen bei Traumapatienten .	149
16.6 Unterstützung von Angehörigen nach einem Notfall	150
16.7 Kinder als Angehörige	151
16.8 Zusammenfassung	153
17 Psychologische Beratung und Behandlung	153
17.1 Was ist psychologische Behandlung?	153
17.2 Behandlungsschwerpunkte und Methoden	155

17.3	Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung	157
17.4	Krisenintervention	158
17.5	Behandlung psychischer Störungen	160
17.6	Aufgaben der Pflegepersonen – Vermittlung psychologischer Unterstützung	161
17.7	Zusammenfassung	162
18	Psychosoziale Unterstützung	162
18.1	Die Bedeutung psychosozialer Unterstützung	162
18.2	Unterstützung durch Angehörige	163
18.3	Unterstützung durch Ärzte	166
18.4	Unterstützung durch Pflegepersonen	167
18.5	Unterstützung durch Psychologen	168
18.6	Seelsorger	169
18.7	Sozialarbeiter	170
18.8	Selbsthilfegruppen	170
18.9	Regression vermeiden	171
18.10	Zusammenfassung	172
19	Körperliche Behinderungen	173
19.1	Funktionale Gesundheit und Behinderung	173
19.2	Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen	174
19.3	Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe	174
19.4	Einfluss von Umweltfaktoren	175
19.5	Individuelle Bewältigung	176
19.6	Rehabilitation	177
19.7	Zusammenfassung	178
20	Geistige Behinderung	179
20.1	Formen und Ursachen geistiger Behinderung	179
20.2	Verhaltensauffälligkeiten	180
20.3	Betreuungseinrichtungen	181
20.4	Soziale Integration, Empowerment und Inklusion	182
20.5	Unterstützung der Angehörigen	185
20.6	Zusammenfassung	186

Teil III

Kommunikation in der Praxis

21	Grundlagen der Kommunikation	189
21.1	Kommunikation und Pflege	189
21.2	Verbal und nonverbal kommunizieren	190
21.3	Einflussfaktoren	192
21.4	Sachebene – Beziehungsebene	195
21.5	Die vier Seiten einer Nachricht	196
21.6	Zusammenfassung	198

22 Gesprächsführung	198
22.1 Gespräche als Pflegehandlung	198
22.2 Basiskompetenzen	200
22.3 Techniken der Gesprächsführung	202
22.4 Zusammenfassung	205
23 Spezielle Gesprächssituationen	205
23.1 Fragen stellen	205
23.2 Informieren	207
23.3 Motivieren	209
23.4 Beraten, Feedback geben	211
23.5 Am Telefon	213
23.6 Zusammenfassung	214
24 Spannungsgeladene Situationen	215
24.1 Es gibt keine „schwierigen“ Patienten	215
24.2 Verschiedene Sichtweisen – handlungsfähig bleiben	216
24.3 Selbstsicher auftreten	218
24.4 Ungerechtfertigte Vorwürfe und Anschuldigungen	219
24.5 Aggressive Patienten	220
24.6 Sexuelle Belästigung	221
24.7 Neun Fallen im Gespräch	222
24.8 Zusammenfassung	226
25 Umgang mit Krisen	226
25.1 Arten von Krisen	226
25.2 Krisenanzeichen bei Patienten und Heimbewohnern	227
25.3 Krisenbewältigung	228
25.4 Krisengespräch	231
25.5 Suizidale Krise	233
25.6 Zusammenfassung	235
26 Kommunikation in Notfallsituationen	236
26.1 Notfall als psychischer Ausnahmezustand	236
26.2 Zeitliche Gliederung der Hilfe nach Notfällen	237
26.3 Ebenen der psychosozialen Notfallhilfe – Die Rolle von Pflegepersonen	239
26.4 Psychosoziale Akuthilfe – Grundregeln und erste Schritte	241
26.5 Suggestionen	243
26.6 Ablehnen der angebotenen Hilfe	244
26.7 Tipps für Angehörige und Freunde	246
26.8 Zusammenfassung	247
27 Konflikte im Team	247
27.1 Entstehung von Konflikten	248
27.2 Konfliktscheu – Streitlust	249
27.3 Konfliktfähig sein	251

27.4	Kooperation	252
27.5	Mögliche Lösungen	253
27.6	Eskalation eines Konflikts	255
27.7	Ein klärendes Gespräch führen	257
27.8	Zusammenfassung	259
28	Mobbing	259
28.1	Mobbing in Gesundheitsberufen	259
28.2	Ursachen und Folgen	260
28.3	Der Verlauf von Mobbing	263
28.4	Mobbinghandlungen	266
28.5	Mobbingabwehr	268
28.6	Selbstbehauptung	271
28.7	Betroffenen Kollegen helfen	272
28.8	Führungsverhalten, Mobbingprävention	273
28.9	Zusammenfassung	275
29	Praxisanleitung	276
29.1	Aufgaben und Rahmenbedingungen der Praxisanleitung	276
29.2	Die ersten Tage	277
29.3	Feedback	279
29.4	Gespräch bei geringer Motivation	281
29.5	Zwischengespräch	282
29.6	Kritikgespräch	283
29.7	Beurteilung	285
29.8	Zusammenfassung	288

Teil IV

Auf sich selber achten – Psychohygiene

30	Umgang mit beruflichen Belastungen	291
30.1	Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit	291
30.2	Die Grenzen der Belastbarkeit	292
30.3	Stress und seine Folgen	294
30.4	Stressmanagement	297
30.5	Schutzfaktoren und persönliche Ressourcen	299
30.6	Selbst das innere Gleichgewicht wahren	302
30.7	Zusammenfassung	305
31	Wenn es zu viel wird: Helfer- und Burnout-Syndrom	305
31.1	Angemessene Hilfe und Helfersyndrom	305
31.2	Burnout in helfenden Berufen	307
31.3	Ursachen und Risikofaktoren	309
31.4	Der Verlauf des Burnout-Syndroms	311
31.5	Maßnahmen gegen das Burnout-Syndrom	314

31.6	Burnout-Prävention	317
31.7	Das große Ganze: Beschleunigung, Entfremdung und Resonanz	320
31.8	Zusammenfassung	322
32	Professionelle Hilfe	322
32.1	Wann ist professionelle Hilfe notwendig?	323
32.2	Supervision	324
32.3	Coaching	326
32.4	Psychologische Stabilisierung nach kritischen Ereignissen – KIMA	327
32.5	Mediation	333
32.6	Zusammenfassung	334
	Literatur	335
	Index	341

Teil I

Grundlagen der Psychologie

1 Psychologie als Wissenschaft

Psychologie ist eine wesentliche Grundlage der Gesundheits- und Krankenpflege. Im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen unterstützt sie das Erkennen der psychischen Situation von Patienten, Heimbewohnern und Angehörigen. Sie ermöglicht das tiefergehende Verstehen von Einstellungen, Verhaltensweisen und Reaktionen. Damit bildet sie die Grundlage für angemessenes Handeln auch in psychologisch heiklen Situationen.

1.1 Gegenstand und Fragestellungen der Psychologie

Die Psychologie behandelt Fragen, die uns Menschen von alters her bewegen: Was sind Gefühle und woher kommen sie? Welchen Einfluss haben unsere Gedanken und Erwartungen auf unser Leben? Warum bleiben manche Menschen unter Stress psychisch stabil und andere nicht? Warum verhalten wir uns in Gruppen manchmal anders, als wenn wir allein sind? Was bestimmt unsere seelische Entwicklung im Laufe der Jahre? Was genau sind psychische Störungen, und wie kann man sie behandeln?

In früheren Jahrhunderten galt Psychologie als „Lehre von der Seele“. Allerdings vermochte man die menschliche Seele weder näher zu definieren noch wissenschaftlich klar zu umschreiben. Der Begriff bezeichnet etwas „Inneres“ – zum Beispiel Gedanken und Gefühle –, das sich von körperlichen Prozessen unterscheidet, andererseits mit diesen auch eng verknüpft ist. Theologen spekulierten über die Bedingungen ihrer Unsterblichkeit, während Materialisten sie als eine Art Begleiterscheinung der „Körper-Maschine“ ansahen. Die jahrhundertelange Diskussion über Art und Beschaffenheit der Seele brachte letztlich kein befriedigendes Ergebnis (Lück/Guski-Leinwand 2014).

Die moderne Psychologie wird über ihren Gegenstandsbereich definiert):

Psychologie ist die Wissenschaft vom menschlichen Erleben und Verhalten.

Zum Erleben gehören Wahrnehmung, Gefühle, Gedanken, Erinnerungen, Bedürfnisse, Erwartungen, die Inhalte des Bewusstseins und des Unbewussten.

Das Verhalten umfasst alle unsere Handlungen und Reaktionen – alles, was wir bewusst oder unbewusst tun, einzeln oder in der Gruppe, sowie alle Arten von verbaler und nonverbaler Kommunikation, d. h. alles, was wir der Umwelt mitteilen und wie wir das tun.

Direkt zugänglich ist uns dabei nur das eigene Erleben. Das Erleben anderer Menschen kann aber durch Beobachtung und begründete Vermutung erschlossen werden. Wie sich z. B. jemand fühlt, ob er sich freut oder traurig ist, können wir aufgrund des Gesichtsausdrucks, der Körperhaltung und Gestik usw. durchaus erschließen. Wie genau die Freude oder Traurigkeit aber beschaffen ist, welche spe-

zielle und individuelle Tönung sie für die Person aufweist, wissen wir von außen nicht. Darüber kann nur die erlebende Person selbst Auskunft geben.

Die Psychologie ist eine grundsätzlich empirische Wissenschaft, d. h. ihre Erkenntnisse und Theorien werden auf der Grundlage überprüfbarer Tatsachen (empirischer Daten) gewonnen und formuliert. Ihre Ziele sind die Beschreibung, Erklärung und Vorhersage des Erlebens und Verhaltens sowie, im Rahmen psychologischer Behandlung, deren Veränderung zur Verbesserung der Lebensqualität.

Beispiel

Frau R. ist 67 Jahre alt, Pensionistin, seit 6 Jahren Witwe und kinderlos. Sie wird wegen eines Darmverschlusses stationär aufgenommen und soll in zwei Tagen operiert werden. Auf die Pflegepersonen und den behandelnden Arzt wirkt sie „misstrauisch“ und „verschlossen“.

Beschreibung des Verhaltens:

Obwohl sie völlig mobil ist, hält sich Frau R. den ganzen Tag in ihrem Zimmer auf. Von sich aus beginnt sie kein Gespräch, weder mit dem Krankenhauspersonal noch mit den Mitpatienten. Wenn sie angesprochen oder etwas gefragt wird, antwortet sie knapp und kurz angebunden. Dabei fixiert sie ihr Gegenüber mit ihrem Blick. Als sie einmal von einer Nichte besucht wird, spricht sie mit ihr leise und hastig, aber so, dass niemand anderer das Gespräch mitverfolgen kann.

Erklärung:

Frau R. lebt seit dem Tod ihres Mannes allein und hält außer zu einigen Verwandten keine sozialen Kontakte. Die vielen verschiedenen Menschen im Krankenhaus stellen für sie eine erhebliche Belastung dar, auf die sie mit Rückzug reagiert. Darüber hinaus ist ihr Mann vor 6 Jahren in ebendiesem Krankenhaus an Krebs gestorben. Die Erinnerungen an die Ärzte und das Pflegepersonal, die ihrem sterbenden Mann nicht mehr helfen konnten, sind noch immer schlimm für sie. Zugleich hat sie insgeheim Angst, dass es ihr nun selber so ergehen könnte wie ihrem Mann.

Vorhersage und Veränderung:

An die vielen neuen Bezugspersonen wird sich Frau R. nach und nach gewöhnen. Das Pflegepersonal kann sie dabei unterstützen, indem sie Pflegepersonen betreuen, zu denen sie leichter einen Bezug herstellen kann, etwa weil sie aus derselben Gegend stammen wie sie oder indem man gezielt ihre Interessen und Bedürfnisse anspricht.

Die Erinnerungen an den Tod ihres Mannes werden für Frau R. so lange eine Rolle spielen, wie sie ihre jetzige Situation mit der ihres Mannes gleichsetzt. Ein klinischer Psychologe kann ihr helfen, ihren jetzigen Krankenhausaufenthalt von dem ihres Mannes gedanklich zu trennen und die beiden Ereignisse unabhängig voneinander zu sehen. Dadurch wird sie frei, sich auf ihre eigene Genesung zu konzentrieren.

1.2 Der Beitrag der Psychologie zur Pflege

Psychologische Fragen spielen während des gesamten Pflegeprozesses eine wichtige Rolle. Gesprächsführung und Kommunikation sowie Beratung und psychosoziale Betreuung gehören zu den Kernkompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflege. Dabei sind vor allem folgende Punkte bedeutsam:

- Das **Verständnis** für Patienten in ihrer jeweils besonderen Situation wird durch klinisch-psychologisches Wissen gefördert. Es ermöglicht die fundierte Beschreibung und Erklärung von psychischen Veränderungen und Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Angst, Kontrollbedürfnis, sozialer Rückzug, Aggression).
- Im **Gespräch** kann besser auf Patienten eingegangen werden. Es ist leichter möglich, wichtige Informationen zu gewinnen und zu geben, bestimmte Themen anzusprechen (z. B. Gefühle) und Fehler oder Fallen in der Gesprächsführung zu vermeiden (z. B. bei gereizten Patienten). Die **Motivation** der Patienten und die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten und Pflegepersonen kann gezielt verbessert werden.
- Die **Kooperation im Team** wird durch psychologisches Wissen vertieft. Schwierige Situationen, Stress und Konflikte können frühzeitig erkannt und konstruktiv geklärt werden.
- Im Rahmen der **interdisziplinären Zusammenarbeit** werden Psychologen aufgrund des klinisch-psychologischen Wissens rechtzeitig informiert und in die Behandlung einbezogen. Psychologen geben ihrerseits Hinweise für die weitere Kommunikation und Betreuung.
- Die **Psychohygiene** der Pflegenden wird gefördert durch Selbstreflexion, Stress- und Konfliktmanagement. Der aktive Umgang mit den vielfältigen beruflichen Belastungen beugt innerer Erschöpfung und dem emotionalen Ausbrennen vor.

1.3 Psychologe – Psychiater – Psychotherapeut

„Du brauchst ja einen Psychiater!“ – Im alltäglichen Sprachgebrauch werden die sogenannten „Psycho-Berufe“ – Psychologe, Psychiater und Psychotherapeut – immer wieder miteinander verwechselt. Zu allen drei Berufen gehören die Diagnose von psychischen Leidenszuständen und die Behandlung psychischer Störungen. Daneben bestehen auch wichtige Unterschiede.

Psychologe

Grundausbildung ist das Universitätsstudium der Psychologie (Bachelor und Master). Das berufliche Spektrum eines Psychologen ist sehr breit und umfasst u. a. folgende Arbeitsbereiche: Krankenhäuser, Behinderteneinrichtungen, Heime und Schulen, psychosoziale Beratungsstellen, Erwachsenenbildung, Personalwesen, Wirtschaft, Werbung und Forschung sowie die freie Praxis.

Spezialisierungen für den klinischen und den Gesundheitsbereich sind in Österreich eigens gesetzlich geregelt (Psychologengesetz 2013):

- Ein **klinischer Psychologe** hat nach Ende des Studiums eine mehrjährige postgraduelle Ausbildung absolviert. Zu den Aufgabengebieten zählen die klinisch-psychologische Diagnostik bei körperlich kranken und psychisch beeinträchtigten Personen, die Erstellung von psychologischen Befunden und Gutachten sowie die klinisch-psychologische Beratung und Behandlung. Diese umfasst die Unterstützung bei der Bewältigung körperlicher Krankheiten (z. B. Krebs) ebenso wie die fokussierte, ziel- und lösungsorientierte Behandlung von psychischen Störungen und Leidenszuständen (z. B. Depression, Angststörungen, Burnout) und die Begleitung in Krisensituationen.
- Ein **Gesundheitspsychologe** arbeitet präventiv im Sinne der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung. Die gesundheitspsychologischen Maßnahmen beziehen sich u. a. auf Gesundheits- und Risikoverhalten (Ernährung, Bewegung, Rauchen) sowie auf die Analyse und Beratung von Betrieben und Organisationen in Bezug auf gesundheitsbezogene Rahmenbedingungen, Vorsorge und Rehabilitation (z. B. Arbeitsplatzanalyse, Stressmanagement, betriebliche Gesundheitsförderung).

Psychiater

Ein Psychiater ist Facharzt für Psychiatrie. Er arbeitet zumeist in psychiatrischen Kliniken bzw. Stationen und/oder in freier Praxis. Psychiatrische Patienten weisen oft schwere psychische Störungen auf (z. B. Schizophrenie, bipolare Störung), die häufig mittels Medikamenten (Psychopharmaka) behandelt werden. Daneben kommen auch psychotherapeutische Methoden zum Einsatz (therapeutische Gespräche, Gruppentherapie u. a.). In modernen multimodalen Behandlungsansätzen werden möglichst alle Lebensbereiche des Patienten berücksichtigt (Schneider et al. 2012).

Psychotherapeut

Ein Psychotherapeut ist Spezialist für die Behandlung von psychischen Störungen. Um in Österreich tätig sein zu dürfen, muss ein Psychotherapeut zunächst eine Grundausbildung in einem gesetzlich definierten psychosozialen Beruf absolvieren (die meisten Psychotherapeuten sind Psychologen oder Ärzte). Daran schließt sich eine vier- bis sechsjährige Spezialausbildung nach einer speziellen psychotherapeutischen Methode an. Ein Psychotherapeut arbeitet meist in einer psychosozialen Betreuungseinrichtung und/oder in freier Praxis, oft in Kooperation mit Ärzten und Psychologen (zur Diagnostik, medizinischen Behandlung etc.). Die am häufigsten angewandten psychotherapeutischen Methoden in Österreich sind Systemische Familientherapie (21 %), Verhaltenstherapie (10 %) und Personenzentrierte Psychotherapie (9 %) (psyonline.at 2018).

Aktuell sind in Österreich rund 10.700 klinische Psychologen und 9.600 Psychotherapeuten (BMFG, Stand Februar 2019) sowie rund 1.500 Fachärzte für Psychiatrie tätig.

1.4 Zusammenfassung

Psychologie ist die Wissenschaft vom menschlichen Erleben und Verhalten. Ihre Ziele sind die Beschreibung, Erklärung und Vorhersage des Erlebens und Verhaltens sowie, im Rahmen psychologischer Behandlung, deren Veränderung zur Verbesserung der Lebensqualität. Der Beitrag der Psychologie zur Pflege betrifft Verständnis für den Patienten, Gesprächsführung und Motivation, Kooperation im Team, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Psychohygiene. Das berufliche Spektrum eines Psychologen ist sehr umfangreich. Es unterscheidet sich in wichtigen Punkten von dem eines Psychiaters und eines Psychotherapeuten.

2 Neurobiologische Grundlagen des Erlebens und Verhaltens

Biologische Prozesse beeinflussen auf vielfältige Weise das Erleben und Verhalten. Gleichzeitig steuern psychische Prozesse verschiedenste Körperfunktionen mit. Das betrifft insbesondere den Bereich von Gesundheit und Krankheit (Schandry 2016).

Das menschliche Gehirn ist jenes Organ, in dem Informationen über die Außenwelt und den Körper gesammelt, verarbeitet und gespeichert werden. Im Gehirn laufen alle höheren geistigen Prozesse ab, die wir als Bewusstsein, Denken, Gefühle, Bedürfnisse, Wissen etc. erleben und die unser persönlichstes Inneres ausmachen. Das Gehirn steuert und koordiniert weiters Körperfunktionen und Muskelaktivitäten und bestimmt so unser Verhalten, von einfachen Reaktionsmustern bis zu hoch spezialisierten Handlungen. Aus neurobiologischer Sicht bringt „das Gehirn die Seele hervor“ (Roth/Strüber 2014, S. 43).

2.1 Signalübertragung zwischen Nervenzellen

Nervenzellen (Neuronen) bilden die Grundeinheiten des Nervensystems. Das Gehirn besteht aus 60 bis 100 Milliarden Neuronen; davon entfallen allein auf die Großhirnrinde rund 15 Milliarden. Die Nervenzellen nehmen Reize (Informationen) auf, verarbeiten sie und leiten sie an andere Zellen weiter. Sie sind in ausgedehnten und stark überlappenden neuronalen Netzwerken (nicht nur in eng umgrenzten „Zentren“) organisiert.

Größe und Form der Nervenzellen sind sehr unterschiedlich, jedoch weisen alle den gleichen Grundplan auf: Sie bestehen aus einem Zellkörper (Soma) und Fortsätzen an diesem Zellkörper: einem mehr oder weniger langen Axon (Neuriten) und meist mehreren Dendriten mit kleinen knollenförmigen Endknöpfchen (Syn-

apsen). Die Signalübertragung zwischen den Neuronen läuft in folgenden Schritten ab (siehe Abb. 1):

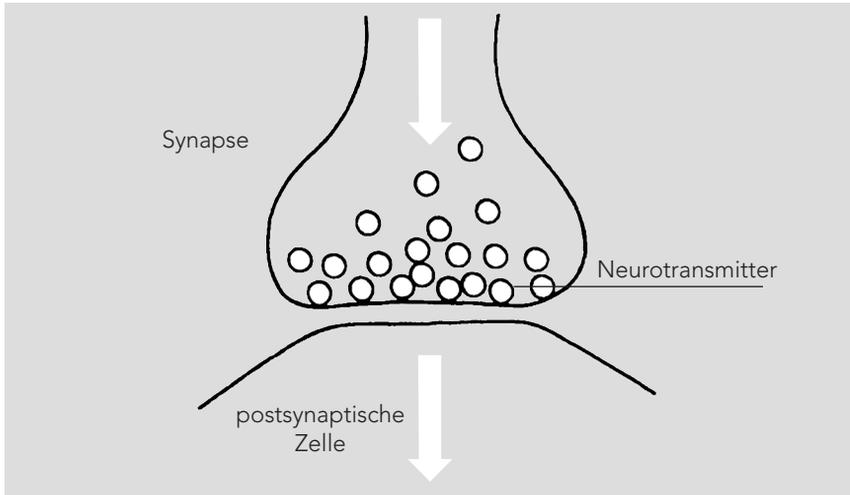


Abb. 1: Signalübertragung zwischen Nervenzellen

1. Ein Nervenimpuls erreicht als elektrisches Signal die Synapse und muss, um an die nächste Nervenzelle weitergeleitet zu werden, den sogenannten synaptischen Spalt, den Abstand zwischen zwei Neuronen, überwinden. Das geschieht chemisch, durch Neurotransmitter. Diese werden in den synaptischen Spalt ausgeschüttet.
2. Die Neurotransmitter binden sich an die Rezeptoren der postsynaptischen Zelle und können dort ein elektrisches Signal auslösen, das dann in der neuen Zelle weiterverarbeitet wird. Sie können aber auch hemmend wirken und Impulse in der postsynaptischen Zelle unterbinden. Die Art der Wirkung hängt u. a. von der chemischen Bauweise der Transmitter und der Rezeptoren ab.
3. Nach der Rezeption werden die Neurotransmitter entweder zersetzt oder wandern zurück in die Synapse.

Die einwandfreie Signalübertragung innerhalb und zwischen den Nervenzellen bildet die Grundlage der Wahrnehmung, der kognitiven und emotionalen Verarbeitung sowie der Verhaltenssteuerung. Störungen dieser biochemischen Prozesse können dramatische Folgen für das Erleben und Verhalten haben.

Halluzinationen sind Scheinwahrnehmungen von Objekten oder Ereignissen, die objektiv nicht da sind. Die betroffene Person hält sie jedoch für völlig real. Sie hört z. B. Stimmen, die zu ihr sprechen oder sie beschimpfen. Andere Patienten haben optische Halluzinationen und sehen z. B. Lichtpunkte, die sie umtanzen und bedrängen. **Wahnvorstellungen** entstehen oft aus dem Bedürfnis der Betroffenen,

sich ihre beunruhigenden Erlebnisse zu erklären. Daraus können komplizierte, unverrückbare Gedankengebäude entstehen, die für andere Menschen nicht nachvollziehbar sind. **Denkstörungen** äußern sich in zerfahrenen und zusammenhanglosen Gedanken, unlogischen Verknüpfungen und willkürlichen Sprüngen. Bei **Ich-Störungen** verschwimmen die Grenzen zwischen dem Ich und der Umwelt (Depersonalisation: die eigenen Gedanken, Gefühle oder Körperteile werden als unwirklich erlebt; Derealisation: die Umwelt erscheint unwirklich und andersartig; Gedankeneingebung, Gedankenentzug: die eigenen Gedanken scheinen von außen gesteuert). Bei **Schizophrenie** treten diese Symptome oft gemeinsam auf. In früheren Zeiten stand man diesen und anderen psychotischen Symptomen weitgehend hilflos gegenüber. Die Geschichte der Psychiatrie zeugt von den fortgesetzten Versuchen, mit ihnen irgendwie zurande zu kommen (Brückner 2010). In der Mitte des 20. Jahrhunderts wurden jedoch Wirkstoffe entdeckt, die diese Symptome zum Verschwinden bringen. Die Psychopharmaka, die heute zur Behandlung von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen verwendet werden, wirken auf den gestörten Mechanismus der Signalübertragung und bringen ihn sozusagen wieder in geordnete Bahnen. Allerdings wirken sie nur symptomatisch, d. h., sie bringen die Störungsbilder zwar zum Verschwinden, heilen aber nicht die damit verbundene Grundstörung (etwa Schizophrenie). Deshalb müssen die Medikamente oft über einen sehr langen Zeitraum eingenommen werden.

Die Neurotransmittersysteme können auch künstlich durch verschiedene psychoaktive **Drogen** beeinflusst und vorübergehend verändert werden. So bewirken Haschisch und LSD oft Wahrnehmungssteigerungen und Halluzinationen, Heroin und Morphin Euphorie und Schmerzstillung, Kokain und Ecstasy Antriebssteigerung usw. Die Wirkstoffe jeder dieser Drogen spricht bestimmte Neurotransmitter-Rezeptoren an. Aufgrund ihrer chemischen Ähnlichkeit mit Neurotransmittern werden sie von den Rezeptoren irrtümlich „akzeptiert“ und lösen so dieselben Wirkungen aus.

Die Transmittersysteme gewöhnen sich jedoch meist rasch an die künstliche Zufuhr von Wirkstoffen und reduzieren den körpereigenen Einsatz der Neurotransmitter. Dies führt z. B. bei Heroin zur körperlichen Abhängigkeit von der Droge, die dann nicht mehr des schnellen Glücksgefühls wegen gebraucht wird, sondern um die normale, alltägliche Funktionsweise des Nervensystems aufrechtzuerhalten.

2.2 Großhirnrinde und limbisches System

Das Gehirn steht an der Spitze des menschlichen Nervensystems, was Größe, Dichte und Komplexität der Neuronen und ihrer Verknüpfung betrifft. Es sammelt, verarbeitet und speichert Informationen über die Außenwelt und den Körper. Es ist jenes Organ, in dem alle höheren geistigen Prozesse ablaufen, die wir als Bewusstsein, Denken, Gefühle, Bedürfnisse, Wissen etc. erleben und die unser persönlichstes Inneres ausmachen. Das Gehirn steuert und koordiniert weiters

Körperfunktionen und Muskelaktivitäten und bestimmt so unser Verhalten, von einfachen Reaktionsmustern bis zu hoch spezialisierten Handlungen.

Die verschiedenen Hirnregionen sind auf komplexe Weise miteinander verknüpft. Ihr Zusammenspiel ist die Grundlage von fundamentalen psychischen Prozessen wie z. B. Wahrnehmung, Denken, Lernen und emotionalen Reaktionen.

Höhere geistige Prozesse sind in der Großhirnrinde (dem Cortex) lokalisiert. Bestimmte Teile sind hauptsächlich für spezifische Kontroll- und Koordinierungsfunktionen zuständig, z. B. für visuelle Wahrnehmung, Wortgedächtnis oder situationsgerechtes Handeln. Man nennt sie Rindfelder oder primäre Zentren. Wenn eine solche Cortexregion zerstört wird (z. B. durch einen Unfall oder einen Schlaganfall), können andere Regionen die ausgefallenen Funktionen übernehmen. Dieser Prozess wird im Rahmen der Rehabilitation gezielt angeregt.

Beispiel: Schädigung des präfrontalen Cortex

Der Stirnlappen der Großhirnrinde (präfrontaler Cortex) ist u. a. für die räumlich-zeitliche Einordnung von Wahrnehmungen und die Planung und Vorbereitung von angemessenen Handlungen zuständig. Schädigungen im präfrontalen Cortex können dazu führen, dass Patienten sich nicht mehr flexibel auf neue Situationen oder Probleme einstellen können, während Alltagsroutinen (Haushalt, gewöhnlicher Einkauf) keine Probleme darstellen. Zugleich kann die Impulskontrolle vermindert sein („Ich will alles, sofort“), verbunden mit Selbstüberschätzung und Aggressivität im Umgang mit anderen Menschen. Auch Antriebslosigkeit, gedrückte Stimmung und Sprachverarmung können auftreten. (Man nennt diese Symptomgruppen auch Pseudodemenz, Pseudopsychopathie, Pseudodepression).

Das **limbische System** besteht aus einer Reihe kleiner Strukturen unterhalb der Großhirnrinde sowie des Zwischenhirns. Seine zentrale Funktion ist es, Ereignisse und Verhaltensweisen als angenehm bzw. unangenehm zu bewerten und abzuspeichern. Damit ist das limbische System die neuronale Grundlage für Gefühle, Motivation und Gedächtnisprozesse.

Die Emotionen reichen von elementaren Affekten (Wut, Zorn, Freude, Trauer) und damit verbundenen Reaktionsweisen (Flucht, Aggression, Erstarren) über konditionierte Reaktionen (siehe Kap. 7) bis zu komplexen Gefühlen und Motiven (z. B. in Bezug auf Eltern, Partner, Arbeit). Dazu zählen auch die Fähigkeit zur Einfühlung in andere Menschen (Empathie), zur Abwägung von Risiken und möglichen Folgen einer Handlung und zur Impulskontrolle. Auch Merken und Lernen – die Speicherung einer Wahrnehmung oder eines Erlebnisses im Langzeitgedächtnis – stehen mit dem limbischen System in Verbindung. Wir merken uns Dinge umso leichter, je stärkere Gefühle wir damit verknüpfen.

Eine psychische **Traumatisierung** (z. B. durch einen Unfall oder ein Gewaltverbrechen) kann zu neurophysiologischen Veränderungen führen. Das limbische System ist bei extremer Stressbelastung überfordert, die äußerst intensiven sensorischen Informationen können räumlich, zeitlich und biografisch nicht mehr zugeordnet werden. Sie bleiben unverknüpft und entziehen sich der bewussten Verarbeitung, Bewertung und Kontrolle. Viele Betroffene befinden sich danach in

einer Art Dauererregung bzw. einem anhaltenden Alarmzustand. Kleinste Irritationen und harmlose Wahrnehmungen können zu heftigen Reaktionen führen. Im Zuge einer Traumatherapie lernt der Betroffene, die einzelnen Eindrücke in Worte zu fassen und miteinander in Beziehung zu setzen. Neurophysiologisch werden die Trauma-Erinnerungen mit den anderen Lebenserfahrungen verknüpft, das limbische System lernt die emotionalen Reaktionen wieder angemessen zu steuern (Hausmann 2016).

2.3 Neuromodulatoren

Neurotransmitter bewirken innerhalb von Millisekunden den Informationsaustausch zwischen Synapsen und angrenzenden Nervenzellen. Diese Wirkung wird von weiteren neurochemischen Substanzen, den sogenannten Neuromodulatoren, verändert (moduliert).

- **Dopamin** lässt bestimmte Reize besonders attraktiv erscheinen und erzeugt eine Belohnungserwartung; es ist das neurochemische Motivationssystem. Bei Dopaminmangel erscheinen wichtige Ziele nicht mehr attraktiv oder sogar unerreichbar; Apathie und Hoffnungslosigkeit sind die Folge.
- **Serotonin** hemmt u. a. die Bereitschaft zu Aggression sowie zu schnellen, ungeplanten, riskanten Handlungen. Es ist das neurochemische „Brems- und Beruhigungssystem“, das uns abwarten und überlegen lässt. Bei Mangel an Serotonin erscheint die Welt bedrohlicher und gefährlicher. Ängstlichkeit und Depression, aber auch Impulsivität und reaktive Aggression und Gewalt können die Folge sein.
- **Endogene Opioid**e fördern das Wohlfühl und lindern körperlichen Schmerz. Sie sind das körpereigene Belohnungssystem, wenn ein Ziel erreicht ist. Störungen im Opioidhaushalt können zu stärkerer Schmerzempfindlichkeit sowie zu größerer Empfindlichkeit gegenüber sozialer Ablehnung führen. Der verstärkte Drang nach intensiver positiver Erfahrung (sensation seeking) kann die Grundlage für Drogensucht werden.
- **Oxytocin** erhöht die Fähigkeit, emotionale und soziale Signale zu erkennen; es fördert die Bereitschaft sich auf andere Menschen einzulassen sowie Vertrauen und elterliche Fürsorge. Frühkindliche Vernachlässigung beeinträchtigt jedoch die Entwicklung des Oxytocinsystems. Zusammen mit einer bestimmten genetischen Disposition kann das zu schweren Bindungs- und Persönlichkeitsstörungen führen (Roth/Strüber 2014).

2.4 Zusammenfassung

Das Gehirn ist jenes Organ, das „die Seele hervorbringt“. Die Signalübertragung zwischen den Nervenzellen ist die Voraussetzung für rasche Informationsverarbeitung und zielgerichtetes Handeln. Störungen im Neurotransmitterhaushalt können u. a. zu Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen führen. Verschiedene Areale der Großhirnrinde sind zuständig für Wahrnehmung, Motorik, Denken und überlegtes Handeln. Schädigungen können zentrale psychische Funktionen beeinflussen. Das limbische System ist die neuronale Grundlage für Gefühle, Motivation und Gedächtnisprozesse. Ein psychisches Trauma kann zu neurophysiologischen Veränderungen führen. Neuromodulatoren steuern u. a. Motivation, Beruhigung, Belohnung und soziales Bindungsverhalten.

3 Andere Menschen wahrnehmen

Die Wahrnehmung versorgt uns mit Informationen über die Umwelt und den eigenen Körper. Sie macht uns Gegenstände, Ereignisse und körperliche Zustände erfahrbar: Was wir nicht – direkt oder indirekt – wahrnehmen können, existiert scheinbar nicht. Die Wahrnehmung ermöglicht es, sich in der Welt zu orientieren und gezielt zu bewegen. Zugleich bildet sie die Voraussetzung für viele nachfolgende psychische Prozesse wie Gedanken, Gefühle, Lernen usw. (Spering/Schmidt 2017).

3.1 Der Wahrnehmungsprozess

Die physikalische Welt, in der wir uns bewegen, besteht aus Atomen und Molekülen, elektromagnetischen und mechanischen Schwingungen. Der Prozess der Wahrnehmung macht sie psychisch erlebbar. Dies geschieht jedoch nicht im Sinne eines simplen Abbildes, in dem die äußere Wirklichkeit quasi eins zu eins in das Bewusstsein projiziert würde. Der Wahrnehmungsprozess ist eine Folge von Umwandlungen, in denen schrittweise ein Bild der Wirklichkeit konstruiert wird (siehe Abb. 2).

Die in diesem Prozess gewonnenen Wahrnehmungen sind die Grundlage für weiterführende Einschätzungen, Bewertungen und Urteile (z. B. gefährlich/harmlos, angenehm/unangenehm, sympathisch/unsympathisch). Im Alltagsleben gehen Wahrnehmung und Beurteilung oft sehr schnell ineinander über. Die Verwechslung von Wahrnehmungen und Bewertung ist eine Quelle unzähliger Missverständnisse und Fehldeutungen.



Abb. 2: Die Stufen des Wahrnehmungsprozesses

Beispiel

In die Ambulanz eines Krankenhauses kommt ein Mann um die 50, mit verschmutztem Anzug und ungepflegtem Haar. Er geht schwankend, mit der Hand greift er immer wieder ins Leere. Seine Aussprache ist verwaschen, der Atem riecht säuerlich. Er wird für einen Betrunkenen oder Obdachlosen gehalten. Andere Wartende rücken von ihm ab. Auch das Pflegepersonal verhält sich zunächst sehr distanziert. Der untersuchende Arzt diagnostiziert einen Schlaganfall.

In sozialen Berufen und speziell in der Pflege und Betreuung hilfsbedürftiger Menschen ist eine genaue Wahrnehmung (von Veränderungen, Verhaltensauffälligkeiten etc.) besonders wichtig. Nur durch eine klare Trennung zwischen Wahrnehmung und Interpretation ist eine weitgehend vorurteilsfreie Betreuung möglich.

3.2 Eigenschaften der Wahrnehmung

Wahrnehmung ist kein passives „Aufnehmen“, sondern ein Konstruktionsprozess. Wir nehmen die Welt so wahr, wie wir sie wahrzunehmen gewohnt sind bzw. wie es uns leicht fällt, sie wahrzunehmen und zu verarbeiten.

Der Wahrnehmungsprozess ist durch drei grundlegende Eigenschaften gekennzeichnet: Subjektivität, Selektivität und Tendenz zur Vereinfachung.

Subjektivität

Jede Wahrnehmung ist subjektiv, d. h., ein und derselbe Reiz wird von verschiedenen Personen unterschiedlich wahrgenommen. Auch ein und dieselbe Person kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten einen konstanten Reiz verschieden wahrnehmen. Gründe dafür sind u. a. verschiedene Intensitätsschwellen, ab denen Reize überhaupt wahrgenommen werden können, sowie subjektive Bezugspunkte, von denen aus verglichen wird, ob ein Gegenstand leicht oder schwer, groß oder klein, hell oder dunkel ist.

Beispiel

Die Praktikantin Renate soll Herrn G. baden. Sie lässt Wasser in die Wanne und prüft mit ihrer Hand die Temperatur, bis ihr das Wasser warm genug erscheint. Kurz vorher hat sie Medikamente in den Stationskühlschrank eingelagert, weshalb sie kalte Hände hat. Herr G. kommt direkt aus dem warmen Bett. Er steigt nur zögernd in die Wanne: Ihm ist das Wasser zu kalt.

Selektivität

Von allen Reizen, die wir wahrnehmen könnten, wählen wir (bzw. unsere Sinne) nur einen Bruchteil aus. Der Wahrnehmungsapparat filtert die Informationen aus der Umwelt und dem Körper und lässt nur einen Bruchteil in das Bewusstsein passieren. Dieser Filterprozess ist die Grundlage von Aufmerksamkeit und Konzentration und somit entscheidend für Denken, Lernen und schnelles Reagieren.

- **Aufmerksamkeit** wird wie ein Scheinwerfer auf die momentan wichtigen Dinge und Sachverhalte gelenkt. Dadurch werden sie besonders deutlich wahrgenommen. Die unwichtigen treten kaum ins Bewusstsein. Zum Beispiel ändert sich die Schmerzintensität je nachdem, ob man die Aufmerksamkeit auf die betroffene Körperregion oder auf etwas ganz anderes richtet.
- **Konzentration** ist die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit längere Zeit auf einen Gegenstand oder ein Thema zu richten. Bei schwierigen Arbeiten ist diese Fähigkeit ebenso wichtig wie beim Lernen für eine Prüfung. Sie kann durch verschiedene Lerntechniken geübt werden (siehe Kap. 7.6).

Vereinfachung

Die vielen verschiedenen Einzeldrucke und Beobachtungen werden zu einem Gesamtbild zusammengefügt, das in sich möglichst geschlossen und „griffig“ ist. Das führt zu einer Vereinfachung der wahrgenommenen Information. Komplizierte Zusammenhänge werden umstrukturiert und zurechtgebogen, sodass sie ein

möglichst einfaches, gut erkennbares Muster ergeben. Diese Tendenz ist in unserem Wahrnehmungsapparat angelegt. Sie führt dazu, dass wir manchmal Dinge wahrnehmen, die eigentlich gar nicht da sind (siehe Abb. 3).

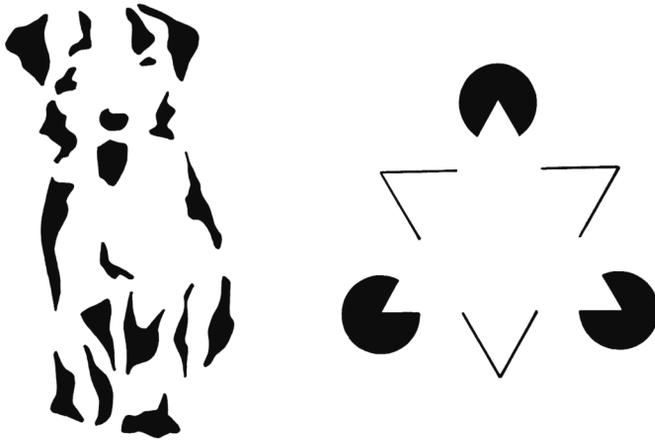


Abb. 3: Was ist hier zu sehen? (Sbz 1993)

Bei **Pflegeanamnesen** werden die Informationen, die der Patient über seinen Körper, seine Lebensumstände, Bedürfnisse und Gewohnheiten gibt, in verschiedenen Kategorien zusammengefasst und abgekürzt festgehalten.

Beispiel

Ein Patient berichtet im Anamnesegespräch von seinen Schwierigkeiten beim Telefonieren und dass er sich schämt, wenn er mehrmals nachfragen muss, was der Gesprächspartner gesagt hat. In der Pflegeplanung steht vereinfachend „Beeinträchtigung der Kommunikation und der sozialen Kontakte“.

Auch ärztliche oder psychologische **Diagnosen** stellen eine Vereinfachung dar: Auffälligkeiten werden als Symptome erkannt und klassifiziert, die Symptome bestimmten Störungsbildern zugeordnet. Bei Vorliegen genügender relevanter Symptome wird eine Diagnose gestellt. Diese Vereinfachungen erlauben es uns, gezielt und effektiv zu handeln.