

Ian NEEDHAM

Einige Überlegungen zum Umgang mit psychisch kranken Menschen.

Zusammenfassung

Im ersten Teil des Referates wird die Pflegeplanung als Arbeitsinstrument dargestellt. Die Pflegeplanung wird definiert und die sechs Schritte des Problemlösungsverfahrens werden dargelegt und kurz illustriert. Der zweite Teil beschäftigt sich mit Mechanismen der zwischenmenschlichen Interaktion, die für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen von Bedeutung sein können. Die folgenden interaktionellen Mechanismen, die den Zugang zum Gegenüber stören können, werden dabei erläutert: vorgefaßte Meinungen, Meinungsverschiedenheiten und die Rolle von Diagnosen im Beobachtungsprozeß. Im dritten Teil des Vortrags erfolgt die Erklärung eines Zugangs zum psychisch kranken Menschen, der sich an die Phänomenologie anlehnt. Dieser Ansatz besagt, daß man nicht von vorgefaßten Meinungen oder gar Schablonen ausgeht, sondern auf das hört, was uns das Gegenüber anzubieten hat. Das Ziel dieses Zuganges ist, sich möglichst in die Welt des anderen einzufühlen, um eine effektive Beziehung herzustellen.

1. Die Pflegeplanung in der psychiatrischen Arbeit

Seit einigen Jahren ist die sogenannte Pflegeplanung als Arbeitsinstrument in der psychiatrischen Pflege bekannt. Pflegeplanung ist "eine systematische Methode, mit deren Hilfe die Lösung von Problemen eines individuellen Patienten angestrebt wird" (Needham 1990). Zentral bei diesem Arbeitsinstrument ist das Problemlösungsverfahren, das aus den folgenden Schritten besteht:

1. Informationssammlung
2. Erkennen von Problemen und Ressourcen
3. Festlegung der Pflegeziele
4. Planung der Pflegemaßnahmen
5. Durchführung der Pflege
6. Beurteilung der Wirkung der Pflege auf den Patienten

(Nach Fiechter und Meier, 1985)

Grundlegend neu ist das Handeln nach diesem Problemlösungsverfahren nicht, denn viele problematische Situationen werden im Alltag und in der Pflege nach diesem Raster - allerdings nicht bewußt - gelöst. Neu in diesem Prozeß ist die systematische Absicht und die Beurteilungsphase. Ziel dieser Methode ist es, mit den Patientinnen und Patienten möglichst viel auszuhandeln und mit ihnen zusammen die Pflege zu entwerfen. Ebenfalls von großer Bedeutung in diesem Prozeß ist der Einbezug der Ressourcen der Betroffenen in den Planungsvorgang. Ressourcen sind Fähigkeiten und Möglichkeiten von PatientInnen, die für die Lösung von Problemen von Bedeutung sind. Da diese Methode anderwärts ausführlich dargestellt wurde (vgl. etwa Fiechter/Meier 1985 oder Needham 1990), verzichte ich an dieser Stelle auf eine nähere Darstellung.





2. Störungen auf dem Wege zur Pflegeplanung







Mit Recht haben Fiechter und Meier (1985) darauf hingewiesen, daß der Pflegeprozeß einerseits aus dem oben dargestellten Problemlösungsverfahren und andererseits aus dem Beziehungsaspekt bestehen. Mit anderen Worten: Die sechs Schritte des Problemlösungsverfahrens sind gewissermaßen eine "nackte Formel", die mit Inhalt gefüllt werden muß, und der Aushandlungsprozeß ist begleitet von menschlicher Interaktion und komplexen sozialen Realitäten. Diese Komplexität wird manchmal noch verstärkt, wenn es sich um psychische Störungen handelt. Es leuchtet sofort ein, daß das Aushandeln über einen einfachen Wundverband relativ einfacher ausgeht als eine Übereinkunft über wünschbares Verhalten eines Suchtkranken, der aus einem Verlangen nach seinem Suchtmittel von der psychiatrischen Klinik abhauen will.











Meinungsverschiedenheiten







Störungen im Aushandlungsprozeß können auftreten, wenn die verschiedenen "Parteien", die an einer Problemlösung beteiligt sind, nicht gleicher Meinung sind, oder (etwas technischer) wenn eine Deckungsgleichheit in bezug auf die Problemdefinition, Ressourcen, Zielformulierungen o.ä. nicht gegeben ist. Vor vielen Jahren pflegte ich einen Mann, der an Asthma und Alkoholismus litt. Aus seiner Sicht war beim Asthmaanfall das Mittel der Wahl ein Schnäpschen. Im stationären Setting konnten wir als Behandlungsteam dieses Mittel nicht als Ressource anerkennen, da der Schnaps seine Sucht förderte. Das, was er als Lösung (Ressource) ansah, war für uns ein Problem. Die Verordnung von Medikamenten kann zu ähnlichen Meinungsunterschieden führen: Das Pharmakon wird meist vom Behandlungsteam als Lösungsversuch betrachtet, während manche Betroffene das Medikament als Problem ansehen.

Vorgefaßte Meinungen und Schablonen

Psychiatrische Diagnosen und Etiketten können manchmal dazu verleiten, die Beobachtungen (oder Informationssammlung) im Sinne eben dieser Schablonen zu gestalten. Volkstümlicher ausgedrückt: Die Schablonen sagen uns, was wir zu beobachten haben. Als ich noch in der Ausbildung war, wurde uns beigebracht, daß Menschen, die an Epilepsie leiden, "klebrig" seien, und daß man auf sichere Distanz gehen muß, auf daß man von EpileptikerInnen nicht "vereinnahmt" werde. Diese Grundinformation kann zu einer eigenartigen sozialen Dynamik führen:

- Als Pfleger halte ich mich auf Distanz.
- Der Patient merkt die distanzierte Haltung, und versucht sich mir zu nähern.
- Als Pfleger deute ich dies als "Klebrigkeit" und schaffe zusätzliche Distanz.
- Der Patient unternimmt noch größere Anstrengungen, sich mir zu nähern, usw.

In diesem Fall hat sich die "Richtigkeit" des Etiketts "klebrig" "bestätigt." Problematisch in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, daß das Etikett im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung wirkt und mit der Zeit ein "Eigenleben" führt.

Psychisch gesund, psychisch krank. Was ist das?

Vor einigen Jahren führte der Amerikaner Rosenhan in den siebziger Jahren ein interessantes, aber erschreckendes Experiment durch. Er schleuste acht gesunde Personen in verschiedene Kliniken Amerikas ein. Diese Versuchspersonen erzählten beim Aufnahmegespräch ihre Lebensgeschichte (mit einigen Übertreibungen). Danach verhielten sich die Pseudopatients völlig normal. Sieben Personen wurden als schizophren diagnostiziert. Später führte Rosenhan das umgekehrte Experiment durch. Er gab dem Klinikpersonal zu erkennen, daß innerhalb der nächsten drei Monate ein oder mehrere Pseudopatients in die Klinik aufgenommen werden. Das Personal wurde aufgefordert, jeden eintretenden Patienten in bezug auf die Wahrscheinlichkeit, daß er ein Pseudopatient sein könnte, zu beurteilen. Es wurden 41 Patienten als Pseudopatients erkannt. Während der Versuchszeit trat aber in Wahrheit kein einziger Pseudopatient ein. Bei diesem Experiment war es interessant, daß die Mitpatientinnen und Mitpatienten die Pseudokrassen als gesund erkannten und dies deutlich zu erkennen gaben: "Du bist gar nicht krank. Bist du etwa von der Aufsichtsbehörde?" Das Personal hielt jedoch die Pseudopatients für schwer krank.

Aus dieser Untersuchung können wir lernen, daß es sehr schwierig ist, in einer solchen Umgebung als gesund zu gelten. Das Experiment zeigt darüber hinaus, daß die Beurteilung von den "Vorzeichen" sehr abhängig sein kann. Im ersten Teil des Experimentes, wo die Vorzeichen auf "krank" standen, wurden Gesunde als krank eingestuft, und im zweiten Teil wurden Kranke als gesund beurteilt, weil das Vorzeichen "gesund" im Raume stand.

Diese viel zitierte Untersuchung zeigt auf, wie komplex die soziale Wirklichkeit in einer psychiatrischen Institution sein kann und wie vorgefaßte Meinungen den Umgang mit Menschen beeinflussen können.

3. Einfühlerndes Verstehen

Ein möglicher Weg zur Überwindung solcher im zweiten Teil beschriebenen vorgefaßten Meinungen ist das einfühlernde Verstehen, das sich an den phänomenologischen Ansatz anlehnt. Seiffert (1983) schreibt folgendes zur Phänomenologie: "Phänomenologisch nennen wir (...) eine Methode, die die

Lebenswelt des Menschen unmittelbar durch 'ganzheitliche' Interpretation alltäglicher Situationen versteht." Für die psychiatrische Pflege scheint mir die Einfühlung in die Lebenswelt der Betroffenen von besonderer Bedeutung zu sein, denn ein "Mitschwingen auf der gleichen Wellenlänge" der Patientinnen und Patienten führt oft dazu, daß sich Betroffene verstanden fühlen. Dieser hohe Anspruch ist, meiner Erfahrung nach, nicht immer erfüllbar, denn das Verstehen schwerer Störungen (zum Beispiel psychotischer Art) ist oft unmöglich. Dennoch lohnt es sich, möglichst vorurteilsfrei an psychisch Kranke heranzugehen und zuzuhören, welche Hinweise sie uns über ihre innere Lebenswelt anzubieten haben. Ein solches Vorgehen setzt voraus, daß ich erst bereit bin, hinzuhören, was das Gegenüber zu sagen hat, und daß ich mich nicht durch Theorien, Idealvorstellungen, Erkenntnisschablonen und vorgefaßte Meinungen verblenden lasse. Wenn es mir gelingt, auf das zu hören, was die Patientinnen und Patienten wirklich beschäftigt, erhalte ich oft einen "Schlüssel zum Schloß des Verständnisses" des Gegenübers.

Ein Fallbeispiel

Herr T. weilte auf einer psychiatrischen Akutstation und galt als schwieriger Patient. Er lehnte sich ständig auf gegen das Personal, was weiter nicht verwunderlich war, denn er war gegen seinen Willen zwangseingewiesen. Er spielte das Personal gegeneinander aus, hielt sich nicht an Abmachungen und führte insgesamt einen "Untergrundkampf" gegen die Institution. Herr T. erntete mit seinem Verhalten viel Antipathie, sodaß das Personal ihn lieber mied als Kontakt mit ihm aufzunehmen. Bei aufmerksamem Hinhören konnten die folgenden, immer wiederkehrenden Einstellungen des Patienten ermittelt werden:

"Ich habe Pflichten, aber vor allem Rechte."

"Mein Sohn doktorierte in Archäologie. Er ist nun die rechte Hand des Professors."

"Im Geschäft immer einen Schritt voraus sein."

"Als privatwirtschaftlicher Betrieb würde diese Klinik sofort eingehen."

"Dieser verdammte Personalwechsel."

"Auf dem Sozialamt werde ich als Vollinvalid gehandelt."

Diese wenigen Aussagen des Herrn T. aus dem Themenkatalog seiner Lebenswelt geben einige Hinweise über seine Grundeinstellungen, die interpretativ erschlossen werden können. Als ehemaliger Geschäftsmann legt er großen Wert auf effektives und rationales Arbeiten. Mit Recht ärgerte er sich über den großen Personalwechsel, der bestimmt damit zu tun hatte, daß sich das Personal bei der Zuteilung der pflegerischen Aufgaben häufig ablöste, damit es diesem Patienten nicht zu oft "ausgesetzt" war. Der Patient legt, darüber hinaus, großen Wert auf seine Rechte und auf den hohen Status seines Sohnes. Dieser letzte Punkt ist gut einfühlbar, denn der Betroffene selbst wurde infolge somatischer Störungen aus dem Arbeitsprozeß ausgesteuert und bezieht nun eine Invalidenrente.

Ohne Rücksicht auf die psychiatrische Diagnose kann man aufgrund dieser bescheidenen Analyse einige Aspekte seiner Lebenswelt interpretieren: Herr T. fühlt sich entrechtet und leidet höchstwahrscheinlich unter seinem Statusverlust. Auf der Station erhält er infolge seiner Unbeliebtheit nur noch eine fragmentarische Betreuung, was er als sehr ineffektive Arbeitsleistung des Personals erlebt. Aufgrund dieser Interpretation wurde versucht, dem Patienten möglichst viele Rechte (natürlich im Rahmen des institutionellen Settings) einzuräumen. Darüber hinaus wurde darauf geachtet, daß durch die feste Zuteilung zweier Bezugspersonen dem fragmentarischen Arbeiten mit diesem Patienten ein Ende gesetzt wurde. Diese Maßnahme (Nähe anstatt Distanz) bewirkt, daß die Arbeit mit Herrn T. interessanter (nicht unbedingt einfacher) wurde. In diesem Fallbeispiel wäre es verfehlt, von einem Wunder zu sprechen, denn es trat keine revolutionäre Neugestaltung der Beziehungen zu diesem Menschen ein. Es konnte aber erzielt werden, daß die "Kampfhandlungen" zwischen dem Personal und dem Patienten deutlich abnahmen.

Caring als einführendes Verstehen

Zwischen dem oben geschilderten einführenden Verstehen und der Haltung des Caring (Sorgen, Für-Sorgen) sind gewisse Parallelen zu erkennen. Das Caring, das gegenwärtig in den USA erforscht wird, geht auch davon aus, daß es von großer Bedeutung ist, die Erlebniswelt der Patientinnen und

Patienten zu erschließen. Der folgende Ausschnitt aus dem Buch "The primacy of caring" (Die Vorherrschaft des Caring) von Benner und Wrubel zeigt aufgrund eines somatischen Beispiels, wie es der Pflegeperson gelingt, sich in die Erlebniswelt einer Patientin einzufühlen:

"Eine ältere Frau im Rollstuhl kam mit ihrer Tochter. Ich erinnere mich, daß sie furchtbare rheumatoide Arthritis hatte. (...) eine Person mit vielen Mißbildungen, die nicht gehen kann und von Schmerzen gekrümmt ist. Später sprachen wir über diese Patientin als medizinische Katastrophe. (...) Wenn ich Patienten in einem solchen Zustand sehe, beginne ich normalerweise, Hintergrundfragen über den Grund der Konsultation zu stellen, über die Leidensgeschichte, die Dauer der Krankheit und so weiter. Zuerst fragte ich sie, ob sie einen Rollstuhl benutze, und wie sie sich bewege. (...) Sofort fanden wir Kontakt zueinander und die Begegnung erreichte eine emotionale Ebene. Wir sprachen von Anbeginn an über Gefühle, noch bevor ich viel über sie erfahren hatte. Es ist schwierig auszudrücken, aber du fühlst, daß du Kontakt herstellst zum Patienten - und, wiederum, ich weiß nicht, ob es die Art und Weise ist, wie du über die Krankheit sprichst, oder wie du dich dem Patienten näherst, die Fragen, die du stellst, oder die Sprache, die du gebrauchst - aber irgendwie, die Patienten wissen, daß du weißt, worüber sie reden, daß du solche Sachen schon vorher gesehen hast. Du verstehst, was sie sind. Du hast täglich die Krankheit und deren Folgen behandelt, und du hast ein gründliches Wissen darüber. Die Krankheit ist für die meisten schrecklich und sie reden aber mit dem Patienten nicht darüber, aber für dich ist es eine alltägliche Angelegenheit, etwas, dem du oft begegnet bist, worüber du viel weißt und deshalb nicht furchtbar oder schrecklich. Ich konnte diesen Kontakt zwischen uns spüren. Dann unternahm ich eine körperliche Einschätzung. (...) Als wir den Körper Schritt für Schritt anschauten, wurde sie mehr emotional: Wahrscheinlich hatte sie zuvor nicht über diese persönlichen Dinge gesprochen. Vielleicht spielte es eine Rolle, daß ihre Tochter anwesend war. Eigentlich hatte sie nie anders darüber diskutiert als "dieses Knie tut weh" und "dieser Finger ist geschwollen". Sie sprach nie darüber, was die Symptome für sie bedeuteten. Und sie sagte nie: "Das bedeutet, daß ich nicht alleine ins Badezimmer gehen, meine Kleider anziehen oder sogar aus dem Bett steigen kann, ohne nach Hilfe zu rufen. Zum Schluß sagte ich etwa: "Rheumatoide Arthritis war nicht sehr nett mit Ihnen." Sie brach in Tränen aus und ihre Tochter gleichfalls. Ich saß da, sehr nah daran, mich zu verlieren. Sie sagte: "Wissen Sie, noch niemand hat über die Krankheit als persönliche Angelegenheit gesprochen und noch niemand hat darüber gesprochen, als wäre dies eine Sache, die wirklich etwas bedeutet, ein persönliches Ereignis. (...)" (Hastings, in Benner/Wrubel, 1989, leicht gekürzt: Übersetzung I.N.).

4. Fazit

Die systematische Planung der Pflege zusammen mit Patientinnen und Patienten setzt einerseits Kenntnisse des Problemlösungsverfahrens und andererseits Beziehungsarbeit voraus. Ein möglicher Weg zur Ausschaltung vorgefaßter Meinungen, Etiketten usw. ist das einführende Verstehen. In diesem Ansatz wird versucht, die Erlebniswelt des Gegenübers zu erschließen, und sich (sofern möglich) als Pflegeperson möglichst auf seine "Wellenlänge" einzurichten, damit eine bedeutungsvolle Basis der Verständigung entstehen kann.

*Ian Needham, Psychiatriepfleger
Kantonale Psychiatrische Klinik
CH-9500 Wil, Schweiz*

Literatur

- Benner, P./Wrubel, J.: The primacy of caring: Stress and coping in health and illness. Menlo Park, Addison-Wesley, 1989.
- Fiechter, V./Meier, M.: Pflegeplanung, 4. Auflage. Basel, Recom, 1985.
- Needham, I.: Pflegeplanung in der Psychiatrie. Basel, Recom, 1990.
- Rosenhan, D. L.: Gesund in kranker Umgebung. In: Watzlawick, P (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus. München, Piper Verlag, 1981.
- Seiffert, H.: Einführung in die Wissenschaftstheorie, Band 2 Geisteswissenschaftliche Methoden: Phänomenologie - Hermeneutik und historische Methode - Dialektik. 8. überarbeitete und erweiterte Auflage. München, Beck, 1983.

