

# **Basisqualifikation Sucht**

(Abhängigkeitserkrankungen besser verstehen:  
Professionelle Pflege und Behandlung)

**Thema: Doppeldiagnosen**

## Doppeldiagnosen DD

Zunächst wollte ich kurz darauf eingehen was unter dem Begriff DD zu verstehen ist.

In den frühen 80 wurde der Begriff DD zunächst nur bei Pat. verwendet, die geistig behindert waren und zusätzlich unter einer psychischen Störung litten.

Seit den späten 80 Jahren erst wird der Begriff in seiner heutigen Bedeutung verwendet.

Bleuler hat schon den Satz geprägt  
„Der hältlose Schizophrene wird leicht Trinker“  
Wohl zehn Prozent unserer Alkoholiker sind zugleich Schizophrene.

DD so definiert:  
GLEICHZEITIGES Vorkommen einer Substanzstörung und einer psychischen Störung.

Der Begriff DD bezeichnet das gemeinsame Auftreten eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit von einer oder mehreren Psychotropen Substanzen und mindestens einer anderen psychischen Störung bei einem Patienten.

Der Begriff DD enthält keine Aussage über den Schweregrad.

Eine regelmäßig Heroin injizierende arbeits- und obdachlose Person mit einer Schizophrenie wird ebenso als Patient mit DD klassifiziert wie eine sozial integrierte Person, die an einer depr. Verstimmung und Alkoholmissbrauch leidet.

Das heißt dass fachlich der Begriff DD, unabhängig vom Schweregrad zu verwenden ist.

**DD:** Eine Faustregel sagt:

Wenn die Symptome mehr als ca. 4 Wochen nach einer akuten Intoxikation oder Entzugssymptomatik noch bestehen, wir von einer nicht substanzindizierten Störung ausgegangen, eine DD diagnostiziert und der Patient entsprechend behandelt.

Zum Vergleich und nicht zu verwechseln mit Komorbidität damit wird eine oder mehrere zusätzliche Begleiterkrankungen zur Grunderkrankung bezeichnet.

Bei Pat. mit der DD schizophrene Psychose und Substanzmissbrauch tritt die schizophrene Symptomatik im Schnitt 5 bis 10 Jahre früher auf, als bei Pat. ohne Drogenkonsum. Dabei ist der Drogenkonsum maßgeblich als Bedingung für den frühen Ausbruch der Psychose anzusehen.

Diese Pat. sind überwiegend männlich jünger als der Alterdurchschnitt der schizophrenen Erkrankten, mit geringerer Schulbildung und niedrigem Ausbildungsstand charakterisiert.

Schizophren Erkrankte mit DD sind in der Regel überwiegend als „normale“ Drogenkonsumenten einzustufen.

Das bedeutet, dass Art, Anzahl und Menge der konsumieren Substanzen zu einem großen Anteil über Verfügbarkeit der Droge, vorhandene Geldmittel und persönlichen Möglichkeiten in der Beschaffung der Substanz gesteuert sind.

So wird von dieser Patientengruppe hauptsächlich Alkohol konsumiert, gefolgt von Cannabis.

Betrachtet man allerdings die Altersgruppe der jüngeren DD Pat., so steht der Cannabismissbrauch an erster Stelle.

Die Behandlung dieser Patientengruppe gestaltet sich überwiegend schwierig, da die Therapie - Compliance in dieser Patientengruppe besonders instabil ist. Hieraus resultiert im Vergleich zu Pat. ohne Drogenproblematik ein ungünstigerer Verlauf der schizophrenen Erkrankung, geprägt von fortgesetztem Drogenkonsum, häufigeres Wiederauftreten der schizophrenen Psychose und mehr stationäre Wiederaufnahmen.

Als Erfolgsversprechend haben sich Behandlungsansätze erwiesen, in denen sich ein Team um beide Erkrankungen kümmert.

Patienten mit DD sind längst keine Randgruppe mehr und stellen eher die Regel als die Ausnahme in unserem Versorgungssystem dar.

Wer mit DD konfrontiert ist hat schon mit einer der beiden Krankheiten eine stattliche Aufgabe zu bewältigen. Umso schwieriger wird es, wenn beide zusammentreffen.

Fest steht, dass an zwei Fronten gekämpft werden muss, und eine Behandlung mit einigen Schwierigkeiten behaftet ist.

Die zusätzliche Suchtstörung beeinflusst bzw. kompliziert den Verlauf der Psychose erheblich.

Mittel bis langfristig kommt es bei den DD Pat. zu einer Zunahme der sogenannten Positivsymptomatik, (Halluzinationen. in versch. Form, formelle und inhaltliche Denkstörungen)  
zu vermehrten Klinikaufenthalten,  
zu einer erhöhten Suizidrate und  
zu einer verminderten oder fehlender unregelmäßiger Einnahme von Medikamenten.

Ein Teil der Patienten setzt den Substanzkonsum gezielt ein,  
zur Verbesserung der psychotischen Symptomatik,  
zur Stimmungsstabilisierung oder  
zur Linderung medikamentös bedingter Nebenwirkungen.

Nach neuen Studien treten Erkrankungsrezidive bei komorbidien Patienten im Durchschnitt nach fünf Monaten auf,  
im Vergleich zu zehn Monaten bei einer suchtmittelabstinenter Kontrollgruppe.

Wichtig ist deshalb ein spezifisches therapeutisches Konzept, das auf die Besonderheiten und Bedürfnisse dieser Patienten eingeht und Strategien beinhaltet, die sich in der Versorgung von Suchtpatienten und Patienten mit Schizophrenie bewährt haben.

Deshalb sind die Behandlungsschwerpunkte auf Stationen mit Pat. für DD:

Psychotherapie

Verhaltenstherapie

Gruppentherapeutische Angebote u. a. zur Stressbewältigung

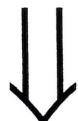
Verbesserung sozialer Kompetenzen

Förderung der Kommunikationsfähigkeit

Kognitive Trainingseinheiten

Weitere Behandlungselemente liegen in den Bereichen Beziehung, Wohnung, Arbeit, Freizeit und nicht zuletzt die Gebiete Sport, ET und AT.

# **Psychische Störungen und Sucht**



Psychische Störung tritt als direkte Folge von Substanzkonsum auf und bildet sich nach mehrwöchiger Abstinenz zurück.

Psychische Störung bestand vor Substanzkonsum und bleibt trotz Abstinenz bestehen oder wird indirekt infolge psychosozialer Veränderungen gefördert oder ausgelöst.



**Substanzintoxikation**

**Doppeldiagnose**

**Substanzentzug**

**Substanzindizierte Störung**

Die Behandlung und der Umgang mit Doppeldiagnosen gestaltet sich als äußerst schwierig und stellt eine therapeutische Herausforderung dar.

Da die Notwendigkeit eines differenzierten, zum Teil einander widersprechenden therapeutischen Vorgehens bedingt ist.

Es setzt die Erfahrung in der Behandlung mit der Suchtmittelabhängigkeit und

Die Erfahrung in der Behandlung der gleichzeitig bestehenden psychischen Störung voraus.

In der anschließenden Tabelle sieht man, und zwar bezogen auf die  
therapeutische Haltung  
Setting  
Methoden und der  
Umgang mit Suchtmittelkonsum

was die wesentlichen Unterschiede bei der gleichzeitigen Behandlung von Abhängigkeit und Psychose sind und was die Arbeit so schwer macht.

# Sucht und Psychose

## Psychosebehandlung



Therapeutische  
Haltung

• Verständnis für die Sucht und die Psychose  
• Empathie  
• Fürsorglichkeit  
• Schutz vor Überforderung



Setting

• Einrichtungen mit geschützten Räumen  
• Einrichtungen mit geschützten Räumen  
• Einrichtungen mit geschützten Räumen

Individuumszentriert



Methoden

• Psychologische Therapie  
• Psychologische Therapie  
• Psychologische Therapie

Stabilisierend

Neuroleptische Prophylaxe

Substanzmissb. ist Nebenthema



Umgang mit Sucht-  
mittelkonsum

Mitunter sporadische Über-  
wachung des Suchtmittel-  
konsums

## Funktion des Suchtmittels und Grundsätze der therapeutischen Behandlung

Diagnose	Funktion des Suchtmittels	Therapeutische Haltung
Suchtmittelabhängigkeit	Ersatz für ungestillte Bedürfnisse	Konfrontation, Weckung von Interesse für sich selbst, Vermeidung von Bewertung, Nutzung der Gruppe
Depression	Anregung, Lockerung, Abschwächung quälender Gefühle und Gedanken	Annehmen, zur Mitarbeit gewinnen, Motivation zu verstärkenden Aktivitäten
Angst	Reduktion der Angst Gefühl, freier, mutiger, ungehemmter zu sein	Ermunterung, sich der Angst zu stellen, Begleitung beim Gang durch die Angst
Psychose des schizophrenen Formenkreises	Abschirmung, Abminderung der Produktivsymptomatik, umgekehrt: spüren von Lebendigkeit bei Minusssymp.	Stabilisierung, Erarbeitung von Strategien im Umgang mit der Störung
Borderline – Persönlichkeitsstörung	Selbstzerstörung im Rahmen der Erkrankung, Überbrückung der Spanne zwischen Wunsch nach Unabhängigkeit und Wunsch nach Symbiose, Erklärung von Schwierigkeiten in sozialen Kontakten	Verständnis, Konfrontation und Integration, Erarbeitung des Umgangs mit der Störung

Narzissstische Persönlichkeitsstörung	Überbrückung der Spanne zwischen eigenem Erleben und Wunsch von außen wahrgenommen zu werden. Möglichkeit sich nicht als mittelmäßig und durchschnittlich fühlen zu müssen	Bestätigung, Entdecken der positiven Seiten des Patienten. Nutzung der Gruppe
Vermeidend – Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	Herstellung von Kontakt, Gefühl von Zugehörigkeit	Stützung, Bewusstmachung von Stärken
Dependente Persönlichkeitsstörung	Ersatz für konkrete Begleitung, Identität der Abhängigkeit von Beziehungen und der Abhängigkeit von Alkohol	Förderung, Bewusstmachung der eigenen Stärken, Erlaubnis Erwachsen werden zu dürfen
Posttraumatische Belastungsstörung	Vermeidung, das Trauma intensiv wahrzunehmen	Stützung, Begleitung, Vorbereitung einer spezifischen Traumatherapie

Was kann man abschließend festhalten:

Patienten mit Doppeldiagnosen, (z.B. Depression, Angststörungen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung) und substanzgebundenem Suchtverhalten (z.B. Alkoholabhängigkeit, Drogenabhängigkeit), sind im klinischen Alltag nach wie vor eine Herausforderung. Ihr Vorkommen ist hoch, die Unsicherheit in Diagnostik, Indikation und auch in der Behandlung groß.

Als erfolgversprechend haben sich Behandlungsansätze erwiesen, in denen sich ein Team um beide Erkrankungen kümmern kann.

D. h. schauen was zunächst im Vordergrund der Behandlung steht, also, worauf muss als erstes geschaut werden was muss ich als erstes Behandeln.

Dem entsprechend werden mit Pat. versch. Therapieschwerpunkte besprochen und festgelegt, aber auch bestimmte Bausteine/Inhalte weggelassen.

Beispiel und Vorstellung der Station 35.

# **Basisqualifikation Sucht**

(Abhängigkeitserkrankungen besser verstehen:  
Professionelle Pflege und Behandlung)

**Thema: Beziehungsarbeit in der  
Suchtkrankenpflege**

**Seiferling Theo  
FguK/PSL  
Station 35**

## **Beziehungsarbeit in der Suchtkrankenpflege**

Ein wichtiger Behandlungsfaktor in der Psychiatrie ist die Beziehungsgestaltung.

Für eine professionelle psychiatrische Krankenpflege unter dem Aspekt „Beziehung“ sind versch. Voraussetzungen wichtig.

<Eine empathische Grundhaltung (was heißt dass?)

<Interesse am psychisch kranken Menschen

<Bereitschaft, sich selbst mit seiner Fachlichkeit und Persönlichkeit einzubringen.

Dabei sollten Gefühle und Handlungen thematisiert werden, um eine gute Beziehungsgestaltung zu ermöglichen.

Unabhängig von der Form der Pflegeorganisation

(z.B. Bezugspersonenpflege, Bereichspflege etc.) findet Beziehung immer statt.

Entweder im kurzen aktuellen Kontakt, oder im längerfristigen Prozess.

Die Fähigkeit der Pflegeperson, dies für die Genesung der Patientin zu nutzen, stellt die Qualität der psychiatrischen Krankenpflege dar und ist ein Teil im therapeutischen Prozess.

Die Bezugspersonenpflege oder auch Bezugspflege ist eine Möglichkeit, Beziehung zu gestalten. Sie beruht auf einer im voraus definierten und verbindlichen Zuordnung bestimmter Pflegepersonen zu Patientinnen. Hierbei wird die Verantwortung für die Gestaltung des Pflegeprozesses sprich Anamnese, Pflegeplanung Pflegevisite auf die jeweilige Bezugsperson übertragen.

## **Lt. Pflegeleitlinie sollte auf folgende Punkte geachtet werden!!!**

- <Paarbildung bei der Zuständigkeit
- <Max, 3 Pat.
- <Gleiche Zuordnung bei Wiederaufnahme
- <Pflegeperson die nächsten Tage im Dienst

### **Was will man mit der Bezugspflege erreichen:**

Durch eine pflegerische Beziehungsgestaltung sollen die Patienten umfassend und ganzheitlich wahrgenommen werden.

Mit ihren Bedürfnissen in den Pflegeprozess eingebunden werden.  
(Z. B. ermöglichen bestimmter Anliegen, Neigungen, wie Joggen, Baden etc.)

Vertrauen erlangen, um eine tragfähige Beziehung herzustellen.

Eigene Ressourcen und Fähigkeiten erkennen um ggf. Unterstützung der Pflegeperson in Anspruch zu nehmen, um eine Genesung zu erreichen.

Eigenverantwortung erlangen/wiedererlangen und Hilfe zur Selbsthilfe erhalten.

Im Rahmen der Bezugspersonenpflege sollte jedem Patient eine pflegerische Bezugsperson zur Verfügung stehen. (Vertretung)

Die Gestaltung und der Umfang der Beziehungsarbeit orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten.

## **Pflegerische Beziehungsarbeit bedeutet:**

Patient wird als Person mit seinen Stärken und Schwächen wahrgenommen.

Hierbei finden die gesunden und kranken Anteile gleichermaßen Berücksichtigung.

Er wird mit seinen Bedürfnissen, Vorstellungen und Zielen in die Gestaltung des Pflegeprozesses mit einbezogen.

Er erfährt Unterstützung und Begleitung im Behandlungsprozess um eine größtmögliche Selbstständigkeit zu erlangen.

Er findet in der Pflegeperson eine fachlich und sozial kompetente Ansprechpartnerin.

Wertfreie und empathisch Haltung.

Patient motivieren, aktiv an der Erstellung von Pflegezielen und an der Gestaltung des Pflegeprozesses mitzuarbeiten.

Die Pflegeperson sollte dabei offen, vertrauensvoll und kritische Ansprechpartnerin sein, um die Patienten in ihrer Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit zu fördern und unterstützen.

Sie übernimmt die Verantwortung für eine tragfähige Beziehung.

Sie sucht den Kontakt und setzt sich mit seiner Problematik auseinander.

Die Bezugspflege stellt einen wechselseitigen Prozess dar, die den Genesungsprozess der Patienten fördert

Die Pflegeperson trägt maßgeblich die Verantwortung für die Gestaltung der Beziehung und entwickelt ein Gespür für das richtige Maß von Nähe und Distanz.

Sie bezieht den Patienten als mündigen Partner unter Berücksichtigung seines Umfeldes in den Pflegeprozess mit ein.

**Pflegerische Beziehungsarbeit bedeutet für den Behandlungsprozess folgendes:**

Das gemeinsame Gestalten von alltäglichen Situationen ist Teil einer ganzheitlich multiprofessionellen Behandlung.

Der Patient erfährt hierdurch Kontinuität, Vertrauen und Sicherheit.

Das Erleben und der Umgang mit Krisensituationen.

Durch ihre Wahrnehmung, Bewertung, Berichterstattung und Dokumentation leistet die Pflege gemeinsam mit den anderen Berufsgruppen einen wichtigen Beitrag zur Behandlung.

Diese Voraussetzungen schaffen Vertrauen und ermöglichen dem Patienten sich auf die Behandlung einzulassen und aktiv mitzuarbeiten.

## **Transparenz:**

Die Bezugspflegeperson ist dem Patienten und dem Team bekannt. (Aushang Tafel)

Der Patient weiß, wann die Bezugsperson für ihn ansprechbar ist (Wopl aushängen)

Die Bezugspflegeperson nimmt aktiv Kontakt zum Patienten auf.

Sie stellt sich als Bezugspflegeperson vor, erläutert die Vorgehensweise und teilt mit, wann sie für den Patienten ansprechbar ist (z.B. durch Aushang der Stationsbesetzung).

Darüber hinaus hält sie den Kontakt von sich aus aufrecht.

## **Weiter Aufgaben der Pflegekraft:**

Die Bezugspflegeperson erhebt die notwendigen Daten zur Erstellung des Pflegestatus. (Aufnahme.- Folgestatus).

Sie erstellt zusammen mit dem Patienten und in Abstimmung mit der Gesamttherapieplanung die Pflegeplanung.

Sie überprüft in regelmäßigen Abständen mit dem Patienten die Beurteilung der Pflegeplanung und passt sie bei Bedarf an. (Pflegevisite)

Sie bereitet den Patienten auf eine bevorstehende Entlassung/Verlegung vor und sorgt für die entsprechenden Maßnahmen. (Entlassmanagement 06).

Im täglichen Stationsablauf sollte die Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen sowie die Betreuung der Patienten bei Abwesenheit der Bezugsperson an die jeweilig zugeteilte Pflegeperson (stv.) übertragen werden.

Bei längerer Abwesenheit der Bezugspflegeperson (Urlaub, Erkrankung, etc.) ist im voraus schon eine Vertretung zu benennen, welche die Aufgaben der Bezugspflegeperson fortführt.

Durch eine kontinuierliche Vertretungsregelung kann eine Sicherstellung des Informationsflusses gewährleistet werden.

Die Patientin wird über die Vertretung frühzeitig informiert.

## **Zusammenfassung und Erläuterung zur Organisation der Bezugspersonenpflege:**

Bei der Bezugspersonenpflege wird der Patienten über den gesamten Aufenthalt auf der Station einer festen Bezugspflegeperson zugeordnet.

Diese Bezugspflegeperson sollte möglichst die verbindliche Ansprechperson für den Patienten und die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen sein.

Sie bespricht und plant die Gestaltung des Pflegeprozesses in Abstimmung mit dem Patienten. Das ganze mit dem Blick auf die Gesamttherapieplanung. (MPT).

## **Bezugspersonenpflege am Beispiel der Station 35**

Die Bezugspersonenpflege findet im Rahmen der Begleitung der Patienten statt.

Es wird angestrebt eine tragfähige, kongruente Beziehung entstehen zu lassen, die den Patienten während seiner gesamten Behandlung begleitet.

**Qualifikation der MA:**

Vorraussetzung für die Qualifikation ist die Ausbildung GuK. Besteht eine Qualifikation zur KPH, so wird vorausgesetzt dass eine Nachqualifizierung durch entsprechende FB stattfindet. (Z.B. Bezugspflege, Beziehungsarbeit in der psychiatrischen Krankenpflege).

### **Zuordnung der Patienten zur Bezugsperson:**

Auf einen Mitarbeiter/in kommen in der Regel 2-3 Patienten, Ausnahmesituationen sind personelle Engpässe.

Die Zuordnung von Patienten erfolgt an alle Mitarbeiter/innen der Station, bis zu einem VK-Anteil von 50%,

Die stv. PSL ist gleichfalls integriert, übernimmt aber max. 2 Patienten. Die PSL übernimmt eine supervidierende Funktion.

Mitarbeiter/innen mit einer KPH Qualifikation werden von Mitarbeiter/innen mit höherer Qualifikation b. B. unterstützt.

Bei Urlaub, Krankheit vom Pflegepersonal übernimmt die vorher festgelegte Vertretung die Bezugspflege.

Neu aufgenommene Patienten kommen am Tag der Aufnahme auf die Liste „Bezugsperson“, sodass für alle Mitarbeiter/innen transparent ist, bei welchem Patienten noch eine Zuordnung ansteht.

Die Zuordnung erfolgt im Rahmen der Übergabe. Anhand einer Stecktafel wird für alle (Patienten und Personal) klar, wie die Zuteilung aussieht.

Bei wiederholter Aufnahme erhalten Patienten möglichst die gleiche Bezugsperson.

Spätestens nach 2 Tagen nimmt die Bezugsperson Kontakt zum Pat. auf.

Dem Patienten wird mit Beginn der Behandlung und für die gesamte Dauer jeweils ein Mitarbeiter/in der therapeutischen Berufsgruppe (Arzt, Psychologe) und eine aus der Pflege fest zugeordnet.

Gemeinsam sollen sie, in Abstimmung mit dem Patienten und dem übrigen Team (MPT – Team), sich für die Durchführung/Umsetzung der geplanten Maßnahmen verantwortlich zeigen. (Entsprechend der jeweiligen Profession).

**Weitere Aufgaben der Bezugsperson sind u. a. die Schaffung eines therapeutischen Milieus.**

**Wie könnte dies aussehen?**

Es ist ein Setting in dem eine bewusste Strukturierung der Umwelt vorgenommen wird, d. h. eine gezielte und beabsichtigte therapeutische Maßnahme.

Erstellung einer zeitnahen Infosammlung. (Folgeerhebung)  
Bei behandlungsrelevanten Defiziten, erstellen einer Pflegeplanung und Anwendung der Pflegestandards zusammen mit dem Patienten.

Aufnahmegerespräch, mit Vorstellung und übermitteln der Hausordnung und des Wochenplanes. Besprechen des Therapieplanes.

Zwischengespräche und Abschlussgespräch, wobei das Abschlussgespräch möglichst mit Pat./Therap./Pflegeperson stattfinden sollte.

Regelmäßige Kontaktaufnahme und Überprüfung der Pflegeplanung.

Zeitnahme Dokumentation.

Gespräche bei Bedarf mit den Therapeuten vermitteln.

Bezugspat. begleiten (z. B. Ämter, Besichtigung WGs oder Verlegung in eine andere Einrichtung).

Entlassplanung.

## **Grenzen der Bezugspflege:**

Es kann mit dem Patienten geklärt werden, welche Möglichkeiten die Station bietet und wo ihre Grenzen sind.

Wie die Behandlung am erfolgversprechendsten gestaltet werden kann.

Es gibt sicher Grenzen und Aspekte in der Beziehungsarbeit, die beide unfähig machen diese zu bearbeiten. Ist so eine Grenze erreicht , sollte sich das Pflegepersonal aus der Beziehung ziehen und eine andere Pflegekraft die Beziehungsarbeit übernehmen.

Es gibt aber sicher auch andere Behinderungsaspekte, die den Beziehungsprozess negativ beeinflussen, die aber bei genauer Betrachtung durchaus lösbar sind.

## **Kommunikation:**

Absprachen erfolgen im Rahmen der Besprechung von Behandlungsziele/-perspektiven (MPT-Team). Grundsätzlich muss aber in der Dokumentation erkennbar sein, mit welchen Schritten, Behandlungsziel, Maßnahmen und Planung der einzelnen Professionen erfolgen.

Die Kommunikation mit den Fachtherapeuten erfolgt im Rahmen der Übergaben und Besprechungen und wird durch die Dokumentation fixiert.

Die erarbeiteten Therapieziele muss jede Berufsgruppe für sich umsetzen um den allgemeinen Therapieplan zu erfüllen.

Die Besprechung des Therapieplans (Therapiefokussierung) findet 1X wöchentlich statt.

Im Rahmen der Supervision kann die Beziehungsarbeit mit Patienten thematisiert werden.

## **Faktoren in der Betrachtung pflegerischer Beziehungen in der Psychiatrie**

### **1. Motivationsfaktor der Person als Patienten**

Der größte Teil der Patienten kommt zunächst einmal fremdmotiviert in die Klinik. Auch wenn wir davon ausgehen, dass beim Patienten ein Leidensdruck vorliegt, ist die Erkenntnis zur Behandlungsnotwendigkeit krankheitsbedingt oft nicht gegeben, was z.B. durch Unterbringungsmaßnahmen oder externe Interventionen bestätigt wird. Der Patient tritt uns daher mit sehr individuellen Ängsten und Vorbehalten gegenüber, die einen Beziehungsaufbau erschweren können.

### **2. Beziehungsstörung der Person**

Einen großen Teil psychischer Erkrankungen beruhen auf Beziehungsstörungen oder beinhaltenden Symptome, die zur Unfähigkeit führen, Beziehungen adäquat zu leben. Unklare Abhängigkeiten in Beziehungen, unklare Kommunikationsmuster oder Missbrauch von Beziehungen unterschiedlichster Art prägen das Bild von psychiatrischen Erkrankungen. Patienten können oft Beziehungen, so wie wir sie als gesunde Menschen verstehen, nicht leben. Er ist mit Ihnen überfordert oder aber benötigt eine derart intensive Beziehung, welche an die Grenzen der Pflegekraft stößt. Zwischen diesen beiden extremen sind alle Qualitäten möglich.

### **3. Eigenmotivation der Pflegenden**

Ein grundlegendes Anliegen einer Pflegekraft ist und sollte sein, dem anvertrauten Patienten hilfreich zur Seite zu stehen. Aus diesem Grunde muss und will Sie in Beziehung zum Patienten treten. Im Zeitalter der „Bezugspflege“ gilt die Beziehungsfähigkeit eines Mitarbeiters als Qualitätsmerkmal pflegerischen Handelns. Abzuwägen bleibt aber immer der Beziehungsbedarf und -wunsch des Patienten selbst. Die Gefahr der Frustration beim Pflegenden ist groß, lässt der Patient eine Beziehung nicht zu oder bricht sie ab.

#### **4. Reflektionsfähigkeit der Pflegekraft**

Der adäquate Umgang mit Nähe und Distanz ist grundlegend für eine professionelle Beziehungsarbeit. Dies darf sich aber nicht nur auf die Frage des DU oder SIE beschränken. Vielmehr muss jede Pflegekraft in der Lage sein, die Grenzen der Beziehungsfähigkeit beim Patienten und bei sich selbst zu erkennen. Wie weit darf ich mich in die Beziehung einbringen. Wo haben eigene Erfahrungen, Probleme, Wünsche, Bedürfnisse, Stressfaktoren einen Einfluss auf die Beziehung zum Patienten? Gibt es Probleme in der Beziehung zum Patienten sollte die Pflegekraft in der Lage sein, eigene Anteile zu erkennen und sie zu korrigieren oder abzugeben.

#### **5. Beziehungsdefizit vs. Beziehungsangebot**

Die Aufnahme in ein Krankenhaus bedeutet trotz allen Bemühungen der gemeindenahen Versorgen und Einbindung des Umfeldes ein Beziehungsdefizit beim Patienten. Familie, Verwandte, und Freunde stehen dem Patienten nicht in der Form zur Verfügung wie bisher. Nicht selten sind Beziehungen durch die Erkrankung und der Begleitumstände abgebrochen. Mit diesem „Beziehungsverlust“ muss der Patient jetzt erst einmal umgehen. Gleichzeitig wird ihm von für ihn fremden Personen eine Beziehung angeboten, manchmal auch gegen seinen Willen.

#### **6. Professionelle Grenzen der Beziehung**

Die Beziehung zum Patienten kann und darf sich nur auf den professionellen Rahmen beschränken. Die Pflegekraft muss in der Lage sein, diese Grenze zu setzen, im Sinne des Patienten und zu ihrem eigenen Schutz. Engere, privatere Beziehungen können die Behandlung stören. Sicher gibt es Ausnahmen, in denen es bereits vor der Behandlung persönliche Beziehungen gab. Immer sollte aber geprüft werden, welchen Einfluss diese auf die Behandlung haben. Für Patienten sind diese Grenzen oft nicht erkennbar. Bedingt durch das, manchmal krankheitsbedingte Bedürfnis nach weitergehenden Beziehungen, kann es bei der Abgrenzung zu Unverständnis bei den Patienten kommen. Hier gilt es, dem Patienten in für ihn verständlicher

Weise diese „professionelle“ Distanz als Notwendig zu erklären und ihm deutlich machen, dass dies keine persönlichen Gründe hat.

## **7. Beziehungskonkurrenz der (Berufsgruppen) Teammitglieder**

Multiprofessionelles Denken vs. Berufsgruppendenken spielen in der Beziehungsarbeit mit dem Patienten sicher eine große Rolle. Konkurrenzkampf zwischen den Berufsgruppen aber auch zwischen Pflegenden dürfen heute eigentlich keine Rolle mehr spielen und wären auf der Teamebene zu klären.

Für den Patienten kann es jedoch auch im multiprofessionellen Team unüberschaubar werden, zu wem er wann welche Beziehung hat. Behandelnder Arzt, Bezugspflegekraft, Psychologe und Fachtherapeut bieten viele diverse Beziehungsmöglichkeiten. Wem kann und soll der Patient was anvertrauen? Beispielhaft Patienten mit Borderline-Störungen und Drogenabhängigen bietet diese Vielfalt an Beziehungsebenen ein Spielfeld.

Daher ist es wichtig dem Patienten offen und überschaubar zu vermitteln, wer wann für ihn ansprechbar ist und es muss selbstverständlich sein, dass ein gleicher Informationsstand aller Beteiligten über und zum Patienten besteht.

Gespräch ging für beide Teilnehmerinnen scheinbar erfolgreich zu Ende. In der Nachbesprechung der Übung konnten wir ein Videoband benutzen, das während des Gesprächs mitgeschritten worden war. Mehrere Sequenzen des Gesprächs wurden genau untersucht, und als die Szene mit dem Schlüsselwort „Kämpfen“ kam, reagierte die Beraterin auch in der Nachbesprechung nicht darauf. Sie mußte von den anderen Teilnehmern darauf aufmerksam gemacht werden. Nach intensiver Diskussion der Szene kam dann unter anderem den Satz der Beraterin: „... ich muß ja auch soviel kämpfen“. An dieser Stelle wurde ihr dann klar, warum sie auf den Kampf der Klientin nicht eingehen konnte. Es war selbst ihr aktuelles Thema, und sie war selbst so beschäftigt mit sich, daß sie sich nicht mehr mit der Klientin darüber auseinandersetzen konnte. Wir haben anschließend die Kampfplätze der Beraterin bearbeitet, damit sie künftig bei ähnlichen Situationen angemessen reagieren kann, und nicht selbst abwenden muß. Aktuelle Themen wie Lebenthemen beeinflussen also Wahrnehmung und Interventionen am Patienten. Deshalb ist es innerhalb der kongruenten Beziehungspflege wichtig, für das aktuelle Thema und das Lebenthema gleichermaßen sensibilisiert zu sein. Versuchen sie also, Ihre Insel der Glückseligkeit mit dem inneren Letztsatz „Was will ich eigentlich?“ aufzumachen. Betrachten Sie es einfach, und sumieren Sie darüber nach. Jedoch nicht im Sinne von Gestaltungstherapie und Deuten von Farbwahl oder Anordnung von Objekten usw., sondern versetzen Sie sich in Gedanken in Ihr Bild, und lassen Sie Phantasien und Gefühle aufsteigen.

## 10.5 Wie wirklich ist die Wirklichkeit

Kennen Sie das? Sie unterhalten sich angeregt eine längere Zeit mit einer anderen Person. Sie verfechten sich prächtig. Jedoch am Ende des Gesprächs stellen Sie erstaunt fest, daß Sie either zwei verschiedene Dinge gesprochen haben. Sie sind erstaunt und verwirrt, der Gesprächspartner ebenso. Es kommen Sätze wie: „Ja, aber wir haben doch gesagt ...“, „Sie haben doch gemeint, daß ...“ usw.

**Fazit:** Sie haben längere Zeit über das gleiche Thema, aber in verschiedenen Wirklichkeiten miteinander gesprochen.

Erinnern Sie sich an den Anfang des Wahrnehmungskapitels? Dort haben wir die Bedeutung von Begriffen und Themen in den verschiedenen Wirklichkeiten dargestellt. Jetzt wollen wir versuchen darzustellen, wie schwierig es ist, die eigene völlig klare Wirklichkeit beim Gesprächspartner abzubilden. Iemandem zu erzählen, was man sieht, kann schon ganz schön schwierig sein. Noch schwieriger aber ist es, die Wirklichkeit eines anderen Menschen zu erfassen. Die Durchführung dieser Übungen ist jedoch allein nicht möglich. Sie brauchen einen Partner, der das mit Ihnen versucht. Betrachten Sie als erstes die Abbildung 10.3. Dies ist Ihre Wirklichkeit. Diese Wirklichkeit sollen Sie nun einem Partner so erklären, daß sie sich auf einem Blatt abbilden. Der Partner soll alles das aufmalen, was Sie sehen. Sie müssen sich also möglichst klar und präzise ausdrücken. Der Partner darf natürlich nicht sehen, was Sie sehen, und Sie sollten nicht sehen, was er zeichnet. Setzen Sie sich also am besten Rücken an Rücken, und beginnen Sie. Wenn Sie damit fertig sind, sehen Sie sich das Ergebnis zunächst nicht an. Seien Sie Geduldig. Sie sollen ja auch etwas davon haben. In Abbildung 10.4 des

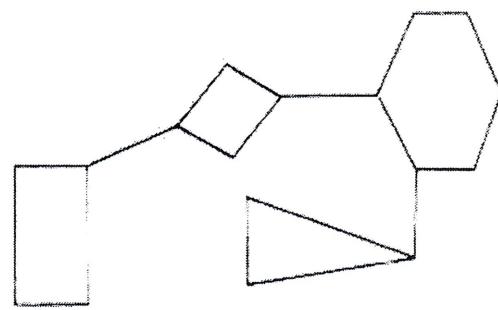


Abb. 10.3 Wie wirklich ist die Wirklichkeit (A)

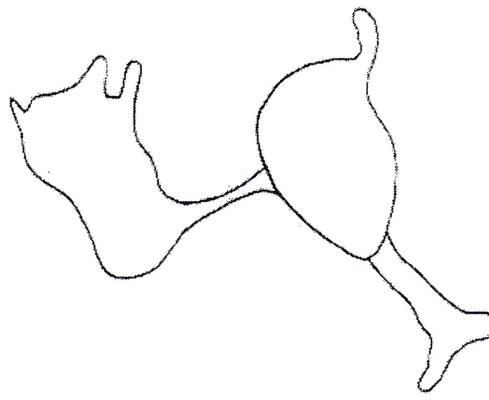


Abb. 10.4 Wie wirklich ist die Wirklichkeit (B)

ter mit Ihnen umgehen. Saur sagt hierzu „Jetzt kann es leicht sein, daß Du Dich fragst, ob es für uns überhaupt noch eine Hoffnung im Leben gibt, wenn diese vier verkuppelten Kommunikationsformen alles sind, was wir haben. Natürlich sind sie es nicht. Es gibt eine fünfte Reaktionsform, die ich kongruent oder fließend genannt habe ...“ (Saur, 1993, S. 95).

Diese Art der Gesprächsführung wird im nächsten Kapitel behandelt, und sie bildet eine Grundlage der praktischen kongruenten Beziehungsarbeit.

#### 11.4 Einweg- und Zweiewegkommunikationen

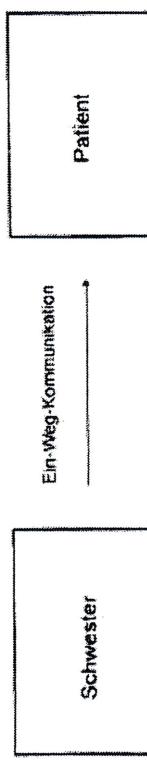
Kennen Sie diese Szenerie?

Sie kommen in ein Patientenzimmer und erklären einem Patienten die Vorbereitung zu einer Operation oder zu einer Untersuchung. Dieser hört Ihnen aufmerksam zu, ist sehr beeindruckt von Ihrem Wissen und nickt bestätigend auf Ihre Frage, ob er alles verstanden habe. Sie verlassen zufrieden das Zimmer. Die Stunde der Untersuchung naht und was passiert? Der Patient hat nicht alles, aber fast alles falsch gemacht und weiß von nichts. Dinge, die Sie sehr deutlich gesagt haben, sind dem Patienten völlig fremd. Was ist geschehen? Ein alltägliches Ereignis, viele haben es schon erlebt. Die Funktionsweise dieses Phänomens ist sehr schön in einer Übung im Buch „Praxis der Gruppendynamik“ von Klaus Antoni (Antoni, 1976) erklärt.

In dieser Übung erhält eine Person A ein Blatt auf dem mehrere zusammenhängende Quadrate in einer bestimmten Folge und Stellung zueinander aufgemalt sind. Diese Person gegenüber sitzen mehrere Personen B, welche nun durch die erste Person A kommuniziert, die Personen B dürfen nicht nachfragen, jedoch, daß nur Person A kommuniziert, die Personen B dürfen nicht nachfragen. Sie können sich nur auf das verlassen was sie hören. Dies ist das Prinzip der Einweg-Kommunikation. Hat Person A alles was sie auf ihrem Blatt sieht erklärt, müssen die Personen B einschätzen, wieviel der Figuren (Quadrat(e)) ihrer Meinung nach auf ihrem Blatt richtig sind. Anschließend erhält Person A ein weiteres Blatt auf dem wieder Quadrate in einer bestimmten Folge und Stellung aufgemalt sind. Sie muß erklären, was sie vor sich sieht. Nur besteht jetzt die Möglichkeit für Rückfragen. Hier herrscht das Prinzip der Zweieweg-Kommunikation. Nach Beendigung der Erklärung folgt wiederum zuerst eine Einschätzung der Anzahl der richtigen Quadrate durch die Personen B.

Anschließend werden die Ergebnisse beider Übungen verglichen. Das Ergebnis der Übereinstimmung und der Einschätzung ist in jedem Fall im zweiten Teil der Übung besser, denn hier bestand ja die Möglichkeit zur Zweieweg-Kommunikation.

Das Arbeitsergebnis und die Identität und Klarheit von Zielen ist in der Zweieweg-Kommunikation wesentlich höher. Für die Pflegepraxis bedeutet dies, daß die Schwester sich der Vorteile der Zweieweg-Kommunikation und der fakultativen Auswirkung auf die Beziehungsarbeit bewußt sein muß. Sie muß standig beim Patienten rückfragen, ob und wie er die vernehmbaren Inhalte des Gesprächs verstanden hat.



Kennen Sie diese Szenerie?

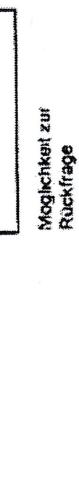
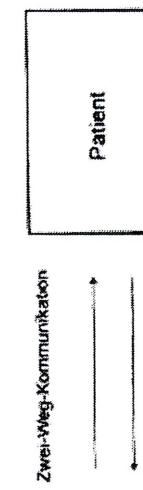


Abb. 11-1 Einweg/Zweieweg-Kommunikation

#### 11.5 Sachinhalt von Botschaften

Diesen Abschnitt beginnen wir nicht mit einer Geschichte. Die folgende Übung spricht für sich selbst. Auch sie beschreibt banale Alltagssituationen, die jedoch eine professionelle Beziehungsarbeit sehr stark beeinträchtigen können. Nachdem Sie die Übung gemacht haben, werden wir den Bezug zur Pflegepraxis untersuchen. Lesen Sie bitte die folgende Situationbeschreibung aufmerksam durch und versuchen Sie, die Sachaussage festzuhalten. Wenn Sie glauben, daß Sie die Sachaussagen verstanden haben, sehen Sie weiter. Sie finden einen Fragebogen, auf dem neun Aussagen zum Sachinhalt der Geschichte genannt sind.

Ihre Aufgabe ist es, nach drei Kriterien zu urteilen:

- richtig (= R)
- falsch (= F) und
- das geht nicht aus dem Text hervor (= ?)

Lesen Sie bitte folgende Situationbeschreibung aufmerksam durch. Frau Martin spricht mit ihrem Kollegen Wolfgang über ihre Urlaubsprobleme. Sie und ihr Mann hätten dieses Jahr eine längere Reise unternommen wollen. Dafür müßten allerdings zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

Sie selbst müßte eine Woche zusätzlichen Urlaub erhalten – selbstverständlich unbezahlt – und zeitlich müßten ihre beiden Urlaube zusammenfallen.

Der Vorgesetzte Ludwig habe ihr Ersuchen vorerst abgelehnt. Sie gebe aber nicht ohne weiteres nach. Schließlich habe sie im all den Jahren noch kein größeres Entgegenkommen von der Firma verlangt.

Als Frau Martin kurz darauf zu Herrn Walter gerufen wird, sieht Wolfgang auf ihrem Schreibtisch den Prospekt eines Reisebüros offen liegen, in dem Anlagen über eine Safari-Reise in Westafrika angekündigt sind (Quelle: Managementtraining einer Weiterbildung zur Stationsleitung).

## II Kommunikation

95

Sie selbst müßte eine Woche zusätzlichen Urlaub erhalten – selbstverständlich unbezahlt – und zeitlich müßten ihre beiden Urlaube zusammenfallen,

nicht ohne weiteres nach. Schließlich habe sie im all den Jahren noch kein größeres Entgegenkommen von der Firma verlangt.

Als Frau Martin kurz darauf zu Herrn Walter gerufen wird, sieht Wolfgang auf ihrem Schreibtisch den Prospekt eines Reisebüros offen liegen, in dem Anlagen über eine Safari-Reise in Westafrika angekündigt sind (Quelle: Managementtraining einer Weiterbildung zur Stationsleitung).

### Behauptungen:

#### Behauptungen:

1. Herr Wolfgang hatte seine Kollegin nach ihren Urlaubsplänen befragt.

2. Die Martins wollen dieses Jahr eine längere Urlaubsreise unternehmen.

3. Sie interessieren sich für eine Safari in Westafrika.

4. Frau Martin hat ein Gesuch für eine Woche zusätzlichen Urlaub geschrieben.

5. Ihr Vorgesetzter hat ihr Ersuchen vorerst abgelehnt.

6. Frau Martin will die Angelegenheit an höhere Vorgesetzte weiterleiten.

7. Es ist das erste Mal, daß Frau Martin besondere Urlaubswünsche anmeldet.

8. Frau Martin arbeitet noch nicht sehr lange in der Firma.

9. Kurz nach dem Gespräch über ihre Urlaubsprobleme wird sie in dieser Angelegenheit zu Herrn Walter gerufen.

Beurteilen Sie nun die Aussagen, indem Sie ein Kreuz in das entsprechende Kästchen machen!

Nun wollen wir uns an die Überprüfung ihrer Antworten machen. Sie können dazu nochmals den Text betrachten

### Behauptungen:

R    F    ?

□    □    ☒

□    □    ☐

R    F    ?

□    □    ☐

□    □    ☐

□    □    ☐

□    □    ☐

□    □    ☐

□    □    ☐

□    □    ☐

□    □    ☐

□    □    ☐

□    □    ☐

□    □    ☐

### Diese Behauptung ist eindeutig richtig!

3. Sie interessieren sich für eine Safari in Westafrika.

*Ich verrate Ihnen ein Geheimnis. Ich selbst habe das Kreuz auf dem Prospekt gemacht und meine Pausfrau, die auch in Frau Martins Büro paßt, hat ihm dort liegen lassen.*

*Hat Frau Martin wirklich ein Gesuch geschrieben oder wurde nur ihr Ersuchen abgelehnt?*

5. Ihr Vorgesetzter hat ihr Ersuchen vorerst abgelehnt.

*Das ist eindeutig richtig!*

6. Frau Martin will die Angelegenheit an höhere Vorgesetzte weiterleiten.

*Wilt sie das tatsächlich oder will sie nur nicht nachgeben?  
Wie sie das tun will, wissen wir nicht.*

7. Es ist das erste Mal, daß Frau Martin besondere Urlaubswünsche anmeldet.

*Frau Martin hat bisher nur noch kein größeres Entgegenkommen verlangt!*

8. Frau Martin arbeitet noch nicht sehr lange in der Firma.

All die Jahre sind sehr eine lange Zeit.

9. Kurz nach dem Gespräch über ihre Urlaubsprobleme wird sie in dieser Angelegenheit zu Herrn Walter gerufen.

*Wir wissen nicht, was Frau Martin mit Herrn Walter bespricht (Aber unter uns gesagt, die beiden haben ein Fechtelmechel.)*