Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Winter 2019

imc | FH KREMS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

#kremsgenial studieren

Bachelor-Studium

Gesundheits- und Krankenpflege

- 2.300 Praxisstunden sind fester Bestandteil des Studiums.
- In der Regel können unsere Absolventinnen und Absolventen aus 2-3 Jobangeboten wählen.
- 98% unserer Absolventinnen und Absolventen empfehlen uns weiter.
- 30% der Studierenden absolvieren einen Teil ihres Praktikums im Ausland.

www.fh-krems.ac.at

THEMENHEFT - Teil1 „SELBSTREFLEXION“

05 **Gefühlsarbeit in der Ausbildung**
Colombine Eisele

11 **Selbsterfahrung en passant**
Thomas Holtbernd

17 **Psychiatrische Pflege und Selbsterfahrung**
Johannes Kirchhof M.A.

23 **ART© - Affektresonanztraining in der Pflegeausbildung**
Mag.ª Ewa Zemann

33 **Bedürfniswahrnehmung in der Pflegeausbildung durch Selbstempathie**
Gerhard Schossmaier

41 **Neue Formen der Wissensvermittlung**
Johann Steinberger

53 **Persönliches wird beruflich**
Gisela Hajek

65 **Selbstpflege – Basis für gelingende Beziehungen**
Prof.in Dr.in Angelika Zegelin

71 **Empathisch zu sich selbst sein empCARE – ein Beitrag zur Gesundheitsprävention**
Ludwig Thiry M.A.

77 **Achtsamkeit und Selbsterfahrung in der Ausbildung**
Mag.ª Gerlinde Zöchling

THEMENHEFT - Teil 2 „HERAUSFORDERNDES VERHALTEN“

87 **Herausforderndes Verhalten anders als gedacht**
Christoph Müller

93 **Finanzielle Benachteiligung der Behandlung und Pflege herausfordernder Patientinnen und Patienten**
Ramon Krüger

101 **Curatio humana – Quo vadis?**
Jonathan Gutmann

107 **Rezensionen**

IMPRESSUM

Medieninhaber
Markus Golla, BScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at
ATU62723645

Herausgeber
Markus Golla, BScN

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat
Markus Golla BScN & Mag. Katrin Schützenauer

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Markus Golla, BScN

Webseite & kostenfreies PDF Abo
www.pflege-professionell.at

Printausgabe
bestellbar über www.pflege-professionell.at

Druckerei der Printausgabe
Facultas Verlags- und Buchhandels AG,
Stolberggasse 26, A-1050 Wien

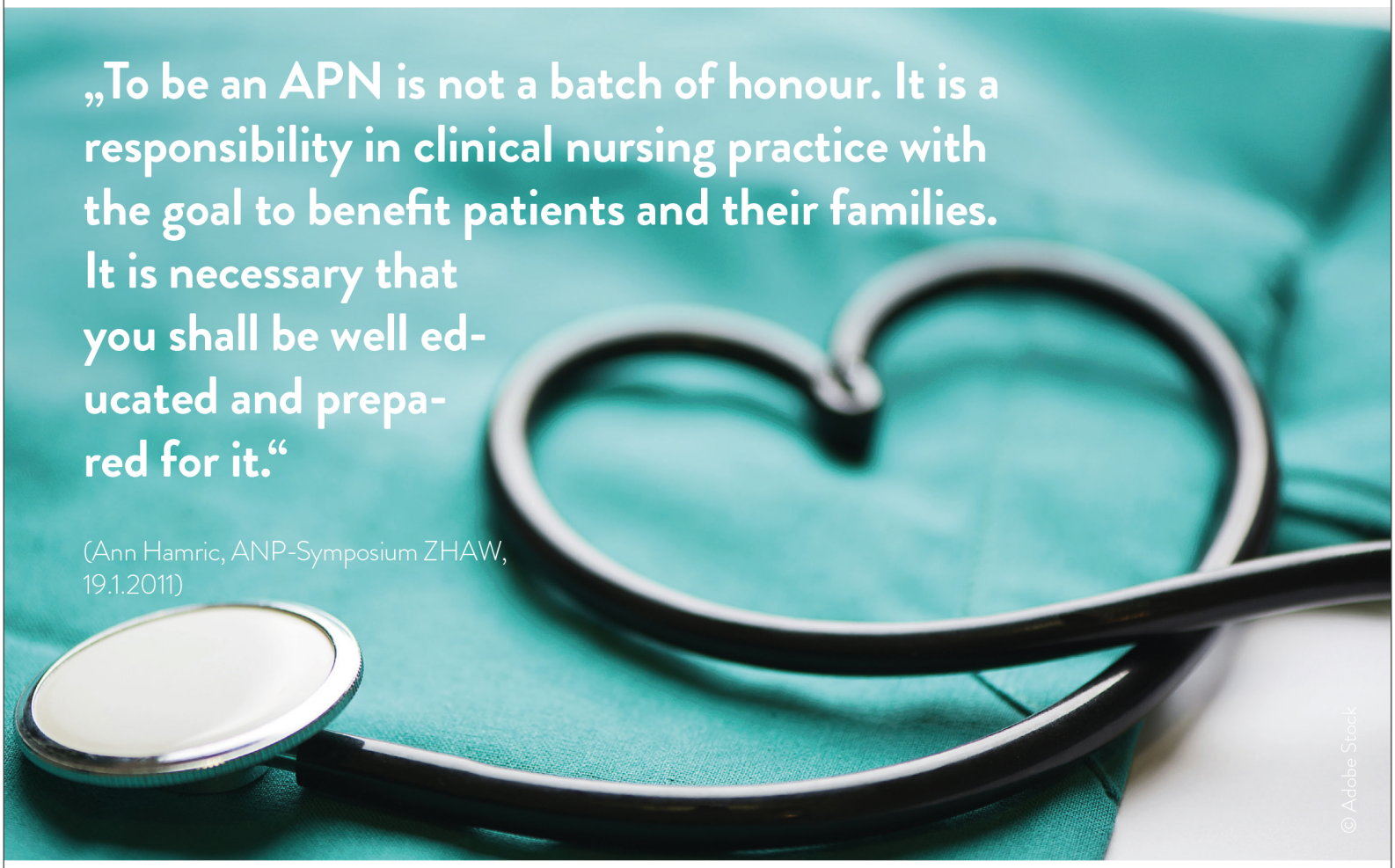
Kontakt
office@pflege-professionell.at
0043/6764908676

Titelbild (C) lassedesignen
(C) 2019 Markus Golla, BScN

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen, für deren Inhalte sie auch selbst die Haftung übernehmen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.

PDF Version: ISSN 2517-9780
Printversion: ISSN 2518-0258

akademie
für weiterbildung
der FHOÖ



10. ANP-Kongress
Den Kompetenzen verpflichtet!

21. – 22. April 2020, Linz

Jubiläumskongress: Einladung zum Dinner am 21. April 2020 abends in die Redoutensäle

ReferentInnen in alphabetischer Reihenfolge:

Anja Albers, MSc, APN (DE)
Jeanine Altherr, MScN (CH)
Sonja Beckmann, PhD, RN (CH)
Stella T. Calo (DE)
Dr. Anneke De Jong, MScN (NL)
Dipl. Pflegewirt Sebastian Dorgerloh (DE)
Nicole Feldmann, MScN (DE)
Sonja Freyer, MSc (DE)
Ursula Frohner (AT)
Markus Golla, BSc (AT)
Johannes Hainzl, Acad. APN (AT)
Ann B. Hamric, PhD, RN, FAAN (USA)
Dr. Christian Heering, RN, MSc (CH)
Anke Kampmann, MSc (DE)
Andrea Kapounek, MSc (AT)
Mag. Claudia Kastner-Roth (AT)
Manuela Kröll (AT)
Daniela Lehwaldt, PhD, MSc (IRL)
Claudia Leoni-Scheiber, MMSc, PhDc (AT)
Natalie Lottersberger, Bac (AT)
Christine Merzeder, PhD, MSc, MAS (CH)
Franziska Moser, BA, MA (AT)
Mag. PhDr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS (AT)
Esther Pausch, BA (DE)
Wendy Preston RGN, BSC(hons), Msc, Pgcert, HE (UK)
Matthias Prommersberger, Cand. MSc ANP (DE)
MMag. Dr. Elisabeth Rappold (AT)
Mag. Paul Resetarics, MSc (AT)
Ines Schindler (AT)
Univ.Prof. Dr. Elisabeth Seidl (AT) - angefragt
Claudia Siebenhaar, MScN (CH)
Martina Spalt, BSc (AT)
Christa Tax, MSc (AT)
Prof. Dr. Markus Zimmermann (DE) - angefragt

In Kooperation mit: swissANP Advanced Nursing Practice – Interessengruppe des SBK / Groupe d'intérêt commun ASI / Gruppi d'interesse ASI; ANP Forum

www.fh-ooe.at/anp2020

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

als Pflegenden ist es uns quasi in die Wiege gelegt, uns um unsere Mitmenschen zu sorgen. Mit manchmal atemraubender Fachlichkeit bleiben wir keine Antwort schuldig. Ganz egal, ob der uns gegenübersitzende Mensch körperlich angeschlagen oder seelisch aus der Balance geraten ist. Wir haben für die Notlagen des Du Interventionen parat.

Bekanntlich gibt es neben der Fremdsorge immer auch die Selbstsorge. Da fällt es uns schwer, die nötige Zeit und Energie aufzubringen, um uns um das Ich zu sorgen. In den vergangenen Jahren hat der Begriff der Achtsamkeit an Bedeutung gewonnen. Die Achtsamkeit für das Selbst muss mit Leben gefüllt werden.

Mit diesem Themenschwerpunkt zu den Themen Selbstreflexion und Selbsterfahrung wird versucht, die Sorge um das Selbst in seinem Facettenreichtum vorzustellen. Für die eine oder den anderen wird es eine neue Erfahrung sein, den Fokus auf die eigene Person zu richten.

Dies hat nichts mit Egoismus zu tun. Es hat damit zu tun, dass Sie den einen oder anderen Rettungsring brauchen, um den persönlichen und vor allem den beruflichen Alltag zu überleben. Die Aufgaben, mit denen wir konfrontiert werden, können uns an Grenzen bringen. Insofern will ich Sie gerne ermutigen, einmal im Nachdenken und Nachfühlen über sich selbst an Punkte zu kommen, die Ihnen vielleicht manchmal ganz fremd sind.

Gönnen Sie sich die Zeit und die Muße, den eigenen Werkzeugkasten noch besser zu rüsten. Fachlichkeit hat halt auch damit zu tun, nach den eigenen dunkleren Flecken zu schauen. Sie haben es sich verdient.

Dies glaubt Ihr

Christoph Müller
Redakteur

Christoph Müller

QR-Code / Link zu
www.pflege-professionell.at

Gefühlsarbeit in der Ausbildung

Vorbereitung auf den pflegerischen Alltag

Gefühle werden in einer modernen Gesellschaft häufig als Schwäche interpretiert. Rationales Verhalten gilt als professionell und seriös. Zudem will keine Person als schwach und damit auch angreifbar gelten. Im pflegerischen Handlungsfeld gestaltet es sich ähnlich: noch vor 25 Jahren wurden Gefühle wie Ekel abgelehnt. Pflegepersonen, die zugaben, sich zu ekeln, wurde eine Nichteignung für den Beruf attestiert. Dabei spielt auch die berufsgeschichtliche Tradition eine Rolle: „Gute Krankenpflege muss sich im Dienst in jedem Augenblick geistig und körperlich in der Gewalt haben […]“ (Alter, 1931, S.633f zitiert nach Bischoff, 1997, S.90). Dabei sollte gerade die bürgerliche Frau Pflege ausüben, da sie aufgrund der Fähigkeit, Gefühle zu empfinden für pflegerische Tätigkeiten besonders geeignet war.

Der Begriff der Gefühlsarbeit [1] wird von professionellen Pflegepersonen im Zusammenhang mit dem Konzept des Carings und des Mit-Fühlens gebracht, nicht jedoch auf sich selber als Pflegeperson bezogen. Erstmalig hat Arlie Hochschild „Gefühlsarbeit“ beschrieben, als etwas, was helfen soll, die äußere Haltung zu wahren. (vgl. Bohn, 2015, S. 41). Für Pflegepersonen bedeutet dies, dass das Ziel der fürsorglichen Pflege und Wohlbefinden des zu Pflegenden zu erhalten, auch in belastenden Situationen gewährleistet werden muss.

Von Pflegenden wird erwartet auf hohem Niveau fachpraktische und emotionale Arbeit zu leisten und im Besonderen in belastenden Situationen die eigenen Gefühle zu regulieren. Denn Gefühle wie Ekel und Angst als angeborene, nicht verlernbare Emotionen (vgl. Pernlocher-Kügler, 2010, S.6) müssen in entsprechenden Si-

(C) MarekPhotoDesign.com

tuationen trotz allem unterdrückt werden, so dass das zentrale pflegerische Ziel, die Förderung des Wohlbefinden des zu Pflegenden, erreicht werden kann und dieser nicht beschämt wird. Pflegepersonen müssen also die eigenen Gefühle regulieren, insbesondere wenn sie authentisch handeln wollen (vgl. Bohn, 2015, S. 41). Dabei ist diese Gefühlsregulierung aber eine implizite unbewusste Fähigkeit, die im Laufe der beruflichen Tätigkeit entwickelt wird. Über eigene Ekel- oder Schamgefühle wird nicht gesprochen, es gilt noch immer als ein Tabu und wird als Schwäche ausgelegt. In Ausbildungssettings findet das Thema Gefühlsarbeit wenig Platz. Jedoch wurde in den letzten 25 Jahren begonnen, die von Pflegepersonen im Rahmen ihrer professionellen Tätigkeit empfundenen Gefühle zu beleuchten und auch Konsequenzen, wie z.B. ein Burnout-Syndrom oder moralischen Stress zu beschreiben (z.B. Kleinevers, Krey, Pernlocher-Kügler, Zettl,…). Trotzdem fällt Pflegepersonen die Wahrnehmung und Verbalisierung von eigenen Gefühlen schwer, wobei dies jedoch Grundlage einer erfolgreichen Gefühlsarbeit darstellt. (vgl. Bohn, 2015, S. 41). Bohn verwendet in diesem Zusammenhang die Begriffe Emotionsmanagement, Gefühlsmanagement und Gefühlsregulierung synonym.

Die wenig beachtete Leistung eines mehr oder weniger gelungenen Emotionsmanagements jeder einzelnen Pflegeperson, wird in vielen pflegerischen Alltagsituationen täglich geleistet, unter anderem wenn eigene Gefühle unterdrückt und umgewandelt werden, um ein neues Gefühl zu erzeugen, das dem Pflegebedürftigen gezeigt wird, z.B. in ekelerregenden Situationen (vgl. Bohn, 2015, S. 41 f). Ein „funktionierendes Gefühlsmanagement ist […] wichtig, damit die Pflegenden rechtzeitig Abstand zu belastenden Gefühlen bekommen. Denn erst durch die Regulierung der eigenen Gefühle sind sie in der Lage, ihre emotionale Balance besser aufrechtzuhalten und Gefühle des Ekels, des Mitleids oder der Scham abzuspalten“ (Rastetter, 2008; zitiert nach Bohn, 2015, S. 41 f). Die Bedeutung einer gelingenden Gefühlsarbeit wird deutlich, wenn die Folgen einer unzureichenden Gefühlsregulierung betrachtet werden: Ge-

fühle informieren uns über unsere Bedürfnisse, z.B. weisen Ekelgefühle auf das Grundbedürfnis nach Schutz hin. Wird das Gefühl für längere Zeit übergangen, wird das Bedürfnis „frustriert“ und „Angst, Aggression und psychische und/ oder körperliche Beschwerden sind Reaktionen darauf“ (Pernlocher- Kügler, 2010, S.16). Insoweit zielt professionelle Gefühlsarbeit auf ein Gefühlsmanagement: als professionelle Pflegeperson empfinde ich in der Arbeit mit den zu Pflegenden Gefühle, die ich situationsbedingt reguliere, mir aber der Gefühle bewusst bin. Eine andauernde Unterdrückung insbesondere von „negativen“ Gefühlen, wie Angst, Wut, Ekel oder Scham kann in einem Burn-out-Syndrom gipfeln (ebd.)

Im Sinne der Gesundheitsförderung ist es wichtig, bereits Lernende [2] zu Beginn Ihrer Auseinandersetzung mit pflegerischen und bezugswissenschaftlichen Inhalten im Rahmen von geplanten und organisierten Lernsituationen mit Gefühlsarbeit zu konfrontieren. So wird Ihnen die Chance gegeben in einem geschützten Rahmen, z.B. Schamkompetenz (vgl. Bohn, 2015, S.30) zu erwerben und ein für sich passendes Emotionsmanagement zu entwickeln. Dabei kann die Entwicklung einer „Gefühls-“ oder „Emotionskompetenz“ ein Element des pflegerischen Handelns und damit der Pflegekompetenz sein. Berufliche Handlungskompetenz als leitendes Ziel pflegerischer Berufsausbildungen wird in „situationsgerechte[r] Bewältigung beruflicher Herausforderungen“ (Kraske et al., 2016, S.191) greifbar. Dies beinhaltet auch die situative Regulierung eigener Gefühle in Pflegesituationen. Dazu ist ein gelungener Lerntransfer vorauszusetzen, der basierend auf individuellen Mustern einer/s jeden/r Lernenden zum Ziel hat, fachliche Grundlagen und Basiskompetenzen aufzunehmen, zu verarbeiten, zu speichern und zu organisieren, um die betrieblichen Aufgabenstellungen von Planung bis Evaluation, lösen zu können. Das für praktisches Handeln bedeutsame Wissen wird laufend ergänzt durch die Auseinandersetzung mit der Theorie (Marschelke, 2014, S.95). Dies umfasst auch die Beschäftigung mit für Gefühlsarbeit und Emotionsmanagement wichtigen Konzepten und Modellen. Neue Informationen werden in individuelle Lernmuster integriert, die von Giesecke (2004, S. 56ff). als „angelernte, vorgeprägte Vorstellungen“ beschrieben werden, „mit denen wir neue Informationen und Erlebnisse […] verständlich machen und erklären“. Neues explizites, aber auch implizites Wissen wird an bereits vorhandenes explizites und implizites Wissen angeknüpft. Im Kontext mit einer Auseinandersetzung mit Gefühlen in pflegepraktischen Handlungssituationen werden Erfahrungen gemacht, die Giesecke (vgl. 2004, S. 57f) als ein Lernen, das die Muster verändert, beschreibt. Meistens ist es ausreichend, neue Informationen mit der eigenen individuellen Methode zu deuten, in die Lernmuster zu integrieren und nicht Interpretationsmuster zu modifizieren. Bildungsangebote aus Aus-, Fort- und Weiterbildung können hier ansetzen und vorhandene Lernmuster nutzen, um im Sinne einer erfolgreichen Gefühlsarbeit nicht nur über Gefühle explizites Wissen zu Verfügung zu stellen, sondern auch auf Verhaltensebene Gefühlsarbeit in Form von implizitem Wissen für das praktische Handeln zugänglich zu machen.

Auch als Aspekt einer sich bildenden Pflegeidentität kann dem Thema Gefühlsarbeit ausbildungsrelevante Bedeutung beigemessen werden. Bohrer/ Walter (2015) führen ihre pflegedidaktischen Studien zusammen und beschreiben berufliche Identität als Ergebnis des Selbstständigwerdens, der Selbstbehauptung und der Position als Lernende. Dabei wird die Selbstbehauptung beeinflusst durch „erlebte Pflege“ und den „Modellpersonen“. Insoweit wird die Auseinandersetzung mit Gefühlen, Gefühlsregulierung und Emotionsmanagement von Lernenden von den Vorbildern im beruflichen Umfeld geprägt. Ergänzend geschieht auch Anpassung und Abgrenzung der Lernenden, also die fraglose Übernahme von Gefühlen, Haltungen und Handlungsweisen bzw. ein bewusstes Lossagen (ebd. S.26). Ein beobachtetes, erfolgreiches Gefühlsmanagement speziell im ersten Ausbildungs-/Studienjahr hat einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf eine sich entwickelnde Pflegeidentität, die im Laufe an andere Lernende weitergegeben und vorgelebt werden kann.

Bohn (2015, S.29 f) schreibt im Zusammenhang mit der Schamkompetenz, dass von Pflegenden eine hohe soziale, kommunikative und emotionale Kompetenz gefordert wird. Dazu gehört das Erkennen und Wahren von Grenzen und ein notwendiges Maß an Sensibilität. Die Erlangung von Empathie kann jedoch nur stattfinden, „wenn die berufliche Qualifikation auch über die Gefühlsebene und nicht ausschließlich über einen kognitiven Zugang erfolgt“. (Bohn, 2015, S.29) Um dies leisten zu können, sollten Pflegepersonen diese Gefühlsphänomene verstehen und auch partiell selber „wiederbeleben“. Auf das Ausbildungssetting umgelegt, bedeutet dies jedoch, dass der/die PflegepädagogIn sich in der Vorbereitung bereits

educa verlag

Juristische Literatur für die Gesundheits- und Sozialbranche

Inkl. neuer Rechtslage 2019

Praxisbuch zum Recht in der Palliative Care

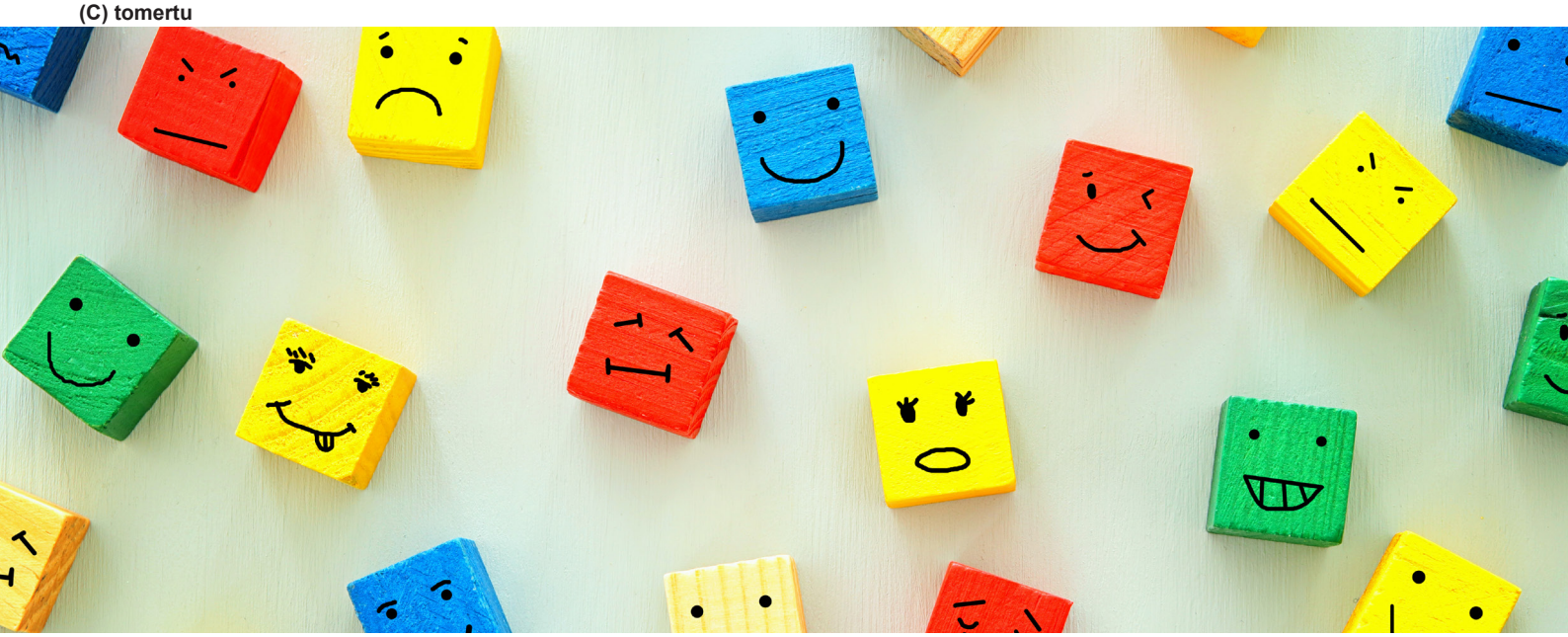
Behandlungsentscheidungen, Patienten- und Berufsgruppenrechte, Therapie und Betreuung am Lebensende, Strafrechtliche Aspekte, rechtlicher Umgang mit Sterbenden und Toten für:

- (Not) Ärzte
- Pflegepersonal, Sanitäter
- Hebammen, Physiotherapeuten
- Patienten, Angehörige, Vertreter ...

€ 32,–

Buch erhältlich unter:
www.educa-verlag.at

(C) tomertu



auf das Gefühl einlassen und es für sich „wiederbeleben“ und nachempfinden muss. Und natürlich kann es schmerzhaft sein und wehtun, sich mit eigenen Gefühlen auseinanderzusetzen, die unweigerlich wieder ins Bewusstsein kommen, wenn an spezielle Situationen aus der eigenen Berufsgeschichte gedacht wird. Dieses „Wiederbeleben“ ist wichtig, um die Themen der Gefühlsarbeit authentisch mit den Lernenden des Pflegeberufs zu gestalten. Zudem werden in der Rolle der/s PflegepädagogIn ebenso Gefühle erlebt, die im Kontext von Unterrichtssituationen reguliert werden müssen, z.B. ein Gefühl der Wut, aufgrund eines herausfordernden Verhaltens eines/r Lernenden. Die Rolle einer/s LernbegleiterIn beinhaltet hier sehr stark das Verhalten als Vorbild. Ein reflektierter und bewusster Umgang mit Gefühlen in bestimmten Situationen wirkt authentisch und professionell. In weiterer Folge ist natürlich ein Ziel der Gefühlsarbeit in einer Lernsituation, die Bewältigung von erlebten Gefühlen bzw. daraus resultierende Lösungen zu finden. Kriseninterventionen im Kontext der Trauer können an dieser Stelle als Beispiel angeführt werden.

Tatsächlich stellt sich aber ein Perspektivenproblem: Im Zuge der Ausbildung werden Pflegephänomene bearbeitet, die im Sinne der Patientenorientierung den betroffenen Pflegebedürftigen fokussiert. Es wird zumeist im Sinne der Wissensvermittlung und Erwerb einer Fachkompetenz strukturiert, der Schwerpunkt auf pflegerische Interventionen bei Angst, Trauer oder Krise gesetzt und im Zuge des Pflegeprozesses dargestellt. Diese Gefühle können und dürfen jedoch auch professionelle Pflegepersonen situativ in Beziehung mit dem Pflegebedürftigen empfinden. Tatsächlich geschieht hier eine Gefühlsregulierung bei erfahrenen Pflegepersonen, die Lernende bewusst entwickeln und trainieren können. Kollegen als Vorbilder sind in diesem Zusammenhang sehr hilfreich, insbesondere wenn diese Gesprächsbereitschaft signalisieren und so auch dazu beitragen, berufliche Handlungskompetenz, Pflegekompetenz und Pflegeidentität entstehen zu lassen.

Gefühle didaktisch-methodisch aufzubereiten ist eine Herausforderung für alle PflegepädagogInnen. Fachkompetenz und damit explizites Wissen vorzubereiten und zu lehren ist im Verhältnis die einfachere Aufgabe, auch mit dem Ziel der Erbringung von Prüfungsleistungen. Natürlich ist es ein Weg, die Themen basierend auf Literatur aus Pflegewissenschaft und Bezugswissenschaften (Psychologie, Soziologie) mit Hilfe einer didaktischen Reduktion nach Klafki zu entwickeln. Die Beschäftigung soll jedoch das Thema spürbar machen. Das bedeutet, dass nicht nur Faktenwissen dargestellt wird, sondern auch der Versuch erlaubt sein soll, das jeweilige Gefühl zu reflektieren und auszudrücken. Die Vorbereitung muss sich an zwei Säulen orientieren: zum einen das fachlich-explizite Wissen, zum anderen das emotionale-implizite Wissen. Dabei entwickeln Lernende im Zuge ihres Lernprozesses Reflexionskompetenz, ebenso wie PflegepädagogInnen eine hohe Reflexionskompetenz entwickelt haben müssen, um die Gefühlsarbeit der Lernenden führen, begleiten und unterstützen zu können.

Literatur

Bischoff, C. (1997). Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert (3. Auflage). Frankfurt am Main: Campus.

Bohn, C. (2015). Macht und Scham in der Pflege. Beschämende Situationen erkennen und sensibel damit umgehen. München: Ernst Reinhardt.

Bohrer, A. & Walter, A. (2015). Entwicklung beruflicher Identität-empirische Erkenntnisse zum Lernen in der Berufspraxis. In Pädagogik der Gesundheitsberufe, 2, S.23-31.

Giesecke, Hermann (2004). Einführung in die Pädagogik (7. Auflage). Weinheim: Juventa.

Kraske, M., Niemann, B. & Fehling, P. (2016). Kompetenzentwicklung über Selbstreflexion. Der SeRPA© in der praktischen Pflegeausbildung. PADUA, 11(3), S. 191-195

Marschelke, E. (2014). Wie man den Abgrund zwischen Theorie und Praxis vermeidet. Pflegezeitschrift, 67 (2), S. 94- 97.

Pernlocher- Kügler, C. (2010). Ekel und Scham bei der Arbeit mit dem menschlichen Körper. Norderstedt: GRINVerlag.

Fußnoten

[1] Unterschiedliche Begriffe werden für diesen Umgang mit Gefühlen verwendet. So wird über Gefühlsarbeit, Emotionsmanagement und Gefühlsregulierung geschrieben, jedoch existiert keine einheitliche Definition für die pflegewissenschaftliche Disziplin.

[2] Im Folgenden wird der Begriff Lernende für Auszubildende und Studierende in allen Pflegeberufen verwendet

Der vorliegende gekürzte Beitrag ist erschienen in Eisele, C. (2019). Pflegepersonen im Fokus – Gestaltungsmöglichkeiten für einen tabufreieren Umgang mit Gefühlen in der Pflege. Wien:facultas

Autorin

Colombine Eisele
Diplom-Pflegepädagogin (FH)
Campus Rudolfinerhaus, Wien
c.eisele@campus-rudolfinerhaus.ac.at

(C) Annibell82

(C) Thomas Holtbernd

Selbsterfahrung en passant
Mein gedeuteter Alltag

Menschen, die in psychosozialen und therapeutischen Berufen arbeiten, können den Fragen um ihre Stärken, Schwächen und Eigenarten im Kontakt mit den Patienten / Klienten / Kunden kaum ausweichen. In der Ausbildung haben sie vielleicht Selbsterfahrungsseminare besucht und nehmen Supervision in Anspruch, um möglichst gut in ihrer Arbeit zu sein. Schwierigkeiten mit dem Gegenüber werden nach den Anteilen befragt, die durch die eigene Persönlichkeit mitbedingt sind. Oder es werden Strategien überlegt, wie man mit seinen Stärken und Schwächen bestimmte Konstellationen und Psychodynamiken am besten bewältigt und sich vor Überlastung schützt. Projektionen und Gegenprojektionen werden analysiert. Manchmal wird durch Videoaufnahmen und Feedback ein Verhalten kritisch überprüft. Ein gewolltes Verhalten oder eine Technik werden eingeübt und die berufliche Kompetenz verbessert. So selbstverständlich wie Selbsterfahrung den meisten erscheint, so wenig ist tatsächlich klar, was Selbsterfahrung genau sein soll. Was ist das Ziel der Selbsterfahrung und wem dient sie?

Zunächst kann man die Frage stellen, was Selbsterfahrung von Erfahrung unterscheidet. Erfahrung beruht auf Wahrnehmung, erklärt diese jedoch nicht. „Bloße Wahrnehmung mit den Sinnen kann uns täuschen. Bloße Herleitung aus Begriffen kann uns in realitätsferne Konstrukte verstricken. Es ist die Erfahrung, durch die uns das Wirkliche unter seinen Anspruch stellt.“ (Richard Schaeffler 2019, S. 24) Erfahrung ist eine Verarbeitung dessen, was wir wahrgenommen haben. Es kann eine Anreicherung von Wissen über unsere Umwelt sein, es kann ein Kennenlernen von durch die Wahrnehmung bedingte Eindrücke sein. Und es kann die Einsicht darin sein, dass etwas von außen uns nicht unberührt lässt. Bei einem Sonnenuntergang kann ich einfach nur beschreiben, was ich sehe. Wenn ich die richtigen Worte finde, kann sich ein anderer, der diesen Sonnenuntergang nicht sieht, sehr genau die Far-

ben und alles Weitere vorstellen. Ich werde jedoch die Güte meiner Beschreibung daran messen, wie sehr der andere die Stimmung des Sonnenuntergangs nachempfinden kann. Dieses Zusätzliche der reinen Wahrnehmung dürften wir wohl mit Erfahrung meinen. Es ist etwas, was uns über die reinen Fakten und Daten angeht oder wie Richard Schaeffler schreibt „unter seinen Anspruch stellt“.

Dabei lassen sich äußere Eindrücke zwischen mehreren Menschen noch recht gut überprüfen. Man kann eine gemeinsame Deutung dessen finden, was man wahrgenommen hat. Wie allerdings der Einzelne empfindet, was er in sich wahrnimmt, lässt sich nicht objektivieren, es ist eben subjektiv. Ich kann von meinem Empfinden nur erzählen, wobei die Berichte von meinem Innenleben einem Transferproblem unterliegen. Ich kann gar nicht „objektiv“ wiedergeben, was ich erlebe, ich muss in Worte fassen, was mir wichtig erscheint und weiß, dass dadurch eine bestimmte Deutung vorgegeben wird, ich nehme Rücksicht darauf, dass der andere es versteht, ich habe vielleicht die Befürchtung, dass etwas missverstanden wird. Ich erzähle von etwas, worauf der andere keinen Zugang hat und doch weiß ich, dass es einen Einfluss von außen auf meine Deutungen geben kann, die meine Gefühle dazu verstören können. Eine klare Unterscheidung von Erfahrung und Selbsterfahrung gibt es daher nicht. Meine Selbsterfahrung ist nicht unabhängig von den Erfahrungen, die ich gerade in einer Gruppe oder einer Umgebung mache. Und meine Erfahrung kann durch meine Selbsterfahrung gesteuert sein. Die Frage danach, wie ich eine Wahrnehmung verarbeite und wie sie auf mich wirkt, ist immer notwendig, wenn ich ernsthaft über Erfahrung nachdenke. Wenn überhaupt kann man den Begriff Selbsterfahrung nutzen, um den Schwerpunkt meiner Auseinandersetzung mit Erfahrung zu benennen, nämlich die in mir bedingten Möglichkeiten, Erfahrungen zu machen und die Art und Weise, wie ich sie verarbeite.

Was ist Erfahrung, wenn es das Ereignis dazu nicht gibt?

Beginne ich, über eine Erfahrung zu berichten, so habe ich diese Erfahrung bereits gemacht und in mein Konstrukt verwoben. Es kann sein, dass ich diese Erfahrung als sinnvoll verstehe oder dass sich diese Erfahrung gar nicht in mein Sinngefüge einpassen lässt. Beim Erzählen, dem Worte finden, dem Versuch, etwas Gewesenes verständlich zu schildern, mache ich bereits wieder Erfahrungen. Ich habe die richtigen Worte gefunden, beim Erzählen hat sich etwas als erklärbar erwiesen und die Nachfrage eines Gegenübers hat meine Perspektive etwas verändert und die Erfahrung erscheint vielleicht in einem ganz anderen Licht. Was ist jetzt konkret meine Erfahrung? Und was ist das Ereignis, auf das sich meine Erfahrung bezieht?

Obwohl es offensichtlich zu sein scheint, was ein Ereignis ist, ergeben sich bei näherer Analyse erhebliche Schwierigkeiten, ein solches genauer zu bestimmen. Der Philosoph Slavoj Zizek nimmt für seine Erörterung über das Ereignis einen Krimi von Agatha Christie zur Hilfe. Elspeth McGillicuddy fährt mit dem Zug zu ihrer Freundin. Es kommt ein Zug entgegen, Elspeth McGillicuddy sieht im Abteil des anderen Zugs, wie eine Frau erwürgt wird. Hat sie richtig gesehen? Es war nur ein kurzer Augenblick und die Sicht behindert. Ein Ereignis ist „etwas, das anscheinend von nirgendwo kommt, ohne erkennbare Gründe, eine Erscheinung ohne feste Gestalt als Basis.“ (Zizek 2014, S. 8)

Wenn etwas geschieht, dann ist es irgendwann vorbei. Wenn es vorbei ist, geschieht es dann nicht mehr? Kann überhaupt etwas ein Ereignis sein, was nur ein Geschehen im Augenblick ist? Die Tatsache, dass wir von einem Ereignis reden, beruht darauf, dass das Ereignis Auswirkungen hat. Entweder sind wir direkt betroffen oder wir haben etwas wahrgenommen und erzählen davon. Somit ist ein Ereignis nicht beendet, wenn es vorbei ist. Es gehört sogar wesentlich zum Ereignis, dass es weiter geschieht. Was jedoch weiter geschieht, ist schon mehr als das Ereignis selbst. Derjenige, der mitbekommt, dass gerade etwas geschieht, nimmt es subjektiv wahr und erzählt vom Ereignis das, was ihm wichtig und wesentlich erscheint. Wird diese Erzählung eines einzelnen wiederum weitererzählt, dann kann die Erzählung so entfremdet sein, dass gar nicht mehr das ursprüngliche Ereignis erzählt wird. Wird dieses dann weiter erzählt, wird etwas für ein Ereignis gehalten, was so gar nicht passiert ist. Gab es dieses Ereignis dann vielleicht gar nicht?

Im Rückblick ist nicht mehr zu entscheiden, ob es das Ereignis überhaupt gegeben hat. Etwas, was vergangen ist, wird nicht mehr erfahren, es kann nicht realiter abgeglichen werden. Auch wenn zum Beispiel bestimmte Symptome auf ein Trauma verweisen, Psychoanalytiker Träume und frei Assoziiertes auf real erlebte Erfahrungen hindeuten, Berufserfahrungen uns sicher sein lassen, dass ein bestimmtes Ereignis stattgefunden hat, können wir nur eine Wahrscheinlichkeit über be-

stimmte Aspekte des Geschehenen annehmen. Ein Zweifel am Ereignis bleibt immer, weil es nicht mehr in der Gegenwart erlebt werden kann. Die Vorstellungen davon, dass man mit einer Zeitmaschine in die Vergangenheit fährt, zeigen, wie eng das Gedachte über das Ereignis mit dem Ereignis selbst zusammenhängt. Wäre es möglich, in die Vergangenheit zurückzugehen, dann wäre dies ein Eingriff in das Ereignis. Das würde jedoch bewirken, dass die Ausgangsbasis, von der aus man in die Vergangenheit zurückging, nicht mehr so existiert wie zum Zeitpunkt, als man von dort in die Vergangenheit zurückging. Umgekehrt bedeutet dies, damit ich eine sichere Position im Jetzt habe, werde ich an den Erzählungen vom Ereignis festhalten wollen.

Würde die Erzählung von einem Ereignis jedoch nicht mehr verändert werden dürfen, dann hieße dies auch, dass nichts weiter geschehen könnte. Denn wenn etwas Neues geschieht, dann hat dies Auswirkungen auf die Erzählungen von früher Geschehenem. Dies bedeutet, dass eine Erzählung immer die Verbindung von mehreren Ereignissen ist. Somit gibt es ein einzelnes Ereignis gar nicht. Das, was geschehen ist, kann in seiner wahren Form nicht mehr festgestellt werden. Und da das Ereignis als solches gar nicht existieren kann, besteht im Erzählen das Ereignis. Dies ist jedoch keine Erinnerungsarbeit im Sinne eines Einsammelns von Fakten, sondern kreatives Verbinden mehrerer Geschehnisse, die alle gleichberechtigt sind. Die Suche nach einem Ursprung wäre die Auflösung des Ereignisses.

Erfahrung kann somit als ein bewusstes jedoch noch nicht ausdrücklich reflektiertes Empfinden und Fühlen beschrieben werden. Sobald das Empfinden und Fühlen reflektiert wird, bin ich gezwungen zu überlegen, wie ich erzähle und welche Muster meiner Erzählung auszumachen sind. Ich definiere den Bericht über ein Ereignis als eine Ich-Erzählung, die grundsätzlich kritisch zu bewerten und auf seine Strukturelemente hin zu überprüfen ist.

Selbsterfahrung oder Icherzählung

Wenn das Berichten einer Erfahrung eine Ich-Erzählung ist, so wäre diese von der Selbsterfahrung zu unterscheiden. Das Ich kann als eine bewusste Instanz benannt werden, die die Identität ausmacht. Von diesem Pol aus findet die Zustimmung zum Wirklichen statt, unabhängig davon, ob es sich auch um Dunkles, Bedrohliches oder „Böses“ handelt. Das Ich hat die Freiheit, die Wirklichkeit nicht moralisch deutend, sondern kritisch differenzierend zu betrachten. Das Selbst ist so eine Art Spannungsbogen vom Pol Wahrnehmender zum Pol Wahrgenommenes. Selbsterfahrung ist nicht etwas, was als Erfahrung eines Ichs zu denken ist. Identitätserfahrungen wären etwas anderes. Selbsterfahrung ist unspezifisch und zunächst auch nicht zuortbar. Mit einer schwachen Identität lassen sich kaum Selbsterfahrungen machen, weil Freiheit im oben genannten Sinne das Ich bedrohen würde und mögliche Erfahrungen moralisch ausgeschlossen würden.

Selbsterfahrung bedeutet demnach, dass etwas wahrgenommen wird, was zum eigenen Leib gehört. Erfahre ich, dass mein Atmen mit Stärke verbunden sein kann, erlebe ich die Berührung mit einem Außen, das aber auch ein Teil von mir ist, wenn es auch nur das Bild davon in meinem Inneren ist. Selbsterfahrung ist nicht die Arbeit an der eigenen Identität oder dem Ich, sondern das Wissen um Ich-Erzählung und dem Geschehen, was sich aus der Dynamik von Ich-Erzählung und Ereignis ergibt. Die Befürchtung, dass Selbsterfahrung, wie auch Supervision und eigene Therapie das Ich oder die Identität verändern könnten, ist dann berechtigt, wenn Machtgefüge oder Personen suggerieren, dass die eigene Wahrnehmung keinen Einfluss auf die Deutung der Erfahrung haben könnte. Dann wäre die Ich-Instanz in Frage gestellt, die durch die Freiheit bestimmt ist, das Wahrgenommene in einen bestimmten Zusammenhang einzuordnen und so eine Kohärenz zu schaffen, die das Ich bestätigt und die Identität stabilisiert. Reflektierte Erfahrung oder Selbsterfahrung ist die Analyse der Ich-Erzählung, die als leibliche Erfahrung erklärt und selbstkritisch befragt werden kann. Anders verhält es sich allerdings bei psychischen Auffälligkeiten wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Patienten mit diesem Krankheitsbild ist eine Ich-Erzählung meist gar nicht möglich, weil ihre Mentalisierungsfähigkeit limitiert ist und sie in einen „Als-ob-Modus“ schalten (s. Heedt 2019, S.12).

Selbsterfahrung als bewusste reflektive Ebene

Wer mit sich sorgend umgeht, wechselt auch im Alltag häufig auf eine reflektive Ebene. Während des Tuns fragt man sich, ob es nützlich und hilfreich ist, ob es mir guttut, was ich gerade tue. Menschen, die dies nicht tun, befinden sich scheinbar plötzlich in einer unmisslichen Situation oder wissen nicht, wie sie eine Situation mitsteuern können. Sie gehen nicht, wenn es am Schönsten ist,

DEM PROJEKTIL IST ES EGAL WEN ES DURCHBOHRT.

UNS AUCH – WIR RETTEN.

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN

seit 25 JAHREN

Unsere Prämisse ist das Leben, unabhängig von Herkunft, Gesinnung oder Religion. Frei von politischen oder wirtschaftlichen Einflüssen. 100% unabhängig.

Jetzt per SMS spenden an
0664 660 1000

sondern weil sie nichts verpassen wollen erst dann, wenn sich die Stimmung umgekehrt hat. Die reflektive Ebene bedeutet nicht, dass man sich ständig befragt und analysiert. Am Beispiel des Flaneurs lässt sich recht gut erklären, wie die immer mitlaufende reflektive Ebene zu verstehen ist. Dem Flaneur gelingt eine gelungene Balance zwischen Selbstbeobachtung und unbeschwertem Durchstreifen der Stadt. Selbsterfahrung geschieht nebenbei, en passant. Wer die Frage internalisiert hat, wie er seine Erfahrung strukturell einschränkt, wird sich ansprechen lassen wie es der Flaneur tut. Es gibt kein gesetztes Ziel des Flanierens, außer vielleicht, dass man zum Essen zurück sein will. Der Flaneur lässt sich treiben, ist dabei jedoch nicht Teil einer Stadt.

Der Flaneur will erkunden, nutzt das Gehen zum Denken, nicht wie der Italiener, der bella figura macht und sich wie auf einer Theaterbühne präsentiert. Der Flaneur genießt das planlose Spazierengehen, er streift umher. Die Figur des Flaneurs steht für eine Form der Lebenskunst, für das genussvolle Beobachten der kleinen Dinge, die das Denken entzünden können. Der Literaturnobelpreisträger Peter Handke hat dieser Art des Beobachtens und Durchstreifens als Auseinandersetzung mit anderen Künstlern und deren Werken in dem Buch „Das Ende des Flanierens“ folgenden Satz vorausgestellt: „Die Texte in diesem Buch sind Gelegenheitsarbeiten. Aber ich kann für die Worte einstehen und vertraue darauf, daß eine Sache die andere gibt.“ (Handke 1980, S. 5)

Der Flaneur, der Herumstreunende braucht dabei die Achtungslosigkeit der anderen, um sich erhaben fühlen zu können, da er etwas sieht, was die anderen nicht beachten. Es ist die Besonderheit an einer Fassade, die Farbe einer Tür, die Kombination bestimmter Formen und Farben. Gerne würde der Flaneur sein Denken anderen mitteilen. Doch er ist auch der einsame Wolf, der durch die Straßen streift und in seine Einsamkeit verliebt ist. Der Flaneur ist ein Stadtführer, der lediglich darauf hinweist, wie man eine Stadt entdecken kann und dem Geister zu folgen scheinen statt reale Touristen.

Ein angestrengtes Suchen nach Attraktionen, nach einem Kleinod oder einem Juwel dagegen verführt dazu, ein Eroberer zu sein, der seine Fundsachen abhakt. Das Herumstreunen und Entdecken folgt dem Gesetz des Zufallens. Ein Giebel, der schmucklos ist, kann durch das durch ihn ausgelöste Denken zu einer neuen Entdeckung führen, zu einer ungewohnten Denkkombination. Das Herumstreunen und Beobachten ist absichtslos. Es ist eine Übung, den gewohnten Sehmustern durch den Zufall etwas entgegen zu setzen. Die Gegenstände, Häuser, Menschen, Tiere, Pflanzen und Bäume werden als bedeutungslos auf Reset gestellt und der Flaneur lässt sich auf das ein, als was diese wahrgenommenen Objekte erscheinen. So ergeben sich ungewohnte Bedeutungen und immer wieder neue Denkbewegungen. Übungen im Rahmen der Selbsterfahrung sind ebenso ein Herumstreunen, ein absichtsloses Entdecken, ein Neu- und Umdenken durch kleine Beobachtungen, die als bedeutend für das Ganze erkannt werden. Es ist ein Flanieren in den eigenen Räumen oder Erfahrungen mit seinem Leib. Das ist ein einsamer Vorgang, der als erster Schritt gewagt werden muss. Das Feedback eines Gegenübers kann sich nicht auf die Beobachtungen und Empfindungen beziehen, sondern nur auf das davon Erzählte, die Einsamkeit wird nicht aufgelöst. Damit eine solche Rückmeldung dienlich ist, muss der Feedbackgeber den Empfindungen des Anderen gegenüber gleichgültig sein. Ebenso muss der Feedbackempfänger den Äußerungen des Anderen gegenüber gleichgültig sein. Selbsterfahrung gelingt nur, wenn ich selber mein Ich nicht in Frage stelle und andere durch ihre Gleichgültigkeit meinem Selbst gegenüber, also meinen Ich-Erzählungen, gleichgültig sind. Durch diese Gleichgültigkeit wird mein Ich nicht zur Disposition gestellt, weil keine wertenden oder moralischen Äußerungen getätigt werden. Dem Ich werden so weder Inkompetenz noch moralische „Fehler“ zugewiesen. Die Instanz des Ichs bleibt unberührt, ihr wird die Freiheit zugestanden, sich für eine Handlung und deren Bewertung zu entscheiden. Die Gleichgültigkeit in den kritischen Äußerungen macht so wiederum

neue Erfahrungen möglich, da keine Handlungs- oder Deutungsvariante als „falsch“ deklariert wird. Konkret kann dies zum Beispiel bedeuten, dass mir jemand in einer Selbsterfahrungsgruppe ein Wort anbietet, das ihm zu meinen Berichten einfällt. Er folgt seinen eigenen Assoziationen, teilt sie mir absichtslos mit und ich kann dieses Wort ausprobieren, ich kann es schmecken, ohne dass mir der andere schon vorgibt, wie es schmecken könnte. Mein Repertoire wird so erweitert und ich bin besser in der Lage, Selbsterfahrung als ein Spüren der Wirkungskräfte meines Ichs zu empfinden.

Selbsterfahrung oder Bildung

Selbsterfahrung kann nur indirekt der beruflichen Kompetenz dienen. Die beschriebene Gleichgültigkeit wäre aufgehoben, wenn Selbsterfahrung ergebnisorientiert verstanden würde. Nicht der „bessere“ Umgang mit Patienten kann Ziel von Selbsterfahrung sein, sondern die Erweiterung des Repertoires, davon erzählen zu können. Das Feld zwischen Ich und Außen ist aufgeklärter, es gibt Hinordnungen auf Sinn. Letztendlich wäre Selbsterfahrung ein chaotisches und selbstzerstörendes Unterfangen, wenn nicht vorher schon bestimmt wird, auf was hin gedacht und gedeutet wird. Selbsterfahrung ist kein Selbstzweck und auch keine Schulung zur Förderung beruflicher Fertigkeiten. Selbsterfahrung kann dazu dienen, seine Arbeit besser zu machen und sich gut zu fühlen. Das Eigentliche der Selbsterfahrung ist die Arbeit daran, das eigene Wesen zu erkennen und zu verwirklichen. Wieso ergreife ich nicht die Freiheit, meine Erfahrungen einfach nur zu betrachten, Möglichkeiten der Weiterentwicklung zu entdecken und nicht durch moralische Verbote zu behindern? Kann ich bestimmte Erfahrungen aufgrund meiner Persönlichkeitsstrukturen machen oder nicht machen? Also „von den Bedingungen, die wir selber erfüllen müssen, wenn es möglich sein soll, daß die Sache uns diese ihre Aspekte zeigen soll.“ (Schaeffler 2019, S. 24) Selbsterfahrung ist das Bemühen darum, dass sich mein Ich mit seinen unterschiedlichen Aspekten zeigt. Letztendlich kann dies Bildung genannt werden und zwar im Sinne einer Persönlichkeitsbildung. Diese wiederum führt zur Freiheit, wie Romano Guardini es formuliert: „Sie macht den Menschen frei für sein eigenes Wesen; …“ (Guardini 2001, S. 114) Bildung betrifft das Selbst, also die Frage, wie das Ich in sich Bilder schafft, Einstellungen für das soziale Verhalten entwickelt, Tugenden ausbildet, damit das Ich Affekte kontrollieren und sein Handeln selbstkritisch reflektieren kann. Bildung vermittelt die grundlegenden Einsichten und das notwendige Handwerkszeug, um in seinen Tätigkeiten den Bezug zum gelungenen Leben oder zur Lebenskunst in jeder Situation herstellen zu können. Selbsterfahrung ist ein Teil dieser Bildung, es ist das konkrete Einüben der Fähigkeit, sich objektiv in den Blick zu nehmen. Eine gute Bildung würde das Ich jedoch so stark motivieren, sein Selbst zu formen, also Tugenden und Fähigkeiten zur Umsetzung des Ichs zu etablieren, dass Selbsterfahrung als gesonderter Bereich überflüssig erschiene und etwas provokativ formuliert könnte man feststellen, wer eine hohe Selbstbildung hat, der muss keine Selbsterfahrungsseminare besuchen.

Literatur:

Guardini, R. (2001). Briefe über Selbstbildung. Mainz: Matthias-Grünewald.

Handke, P. (1980). Das Ende des Flanierens. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Heedt, T. (2019). Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das Kurzlehrbuch. Stuttgart: Schattauer.

Schaeffler, R. (2019). Das Gute, das Schöne und das Heilige. Eigenart und Bedingungen der ethischen, der ästhetischen und der religiösen Erfahrung. Freiburg / München: Karl Alber.

Zizek, S. (2014). Was ist ein Ereignis? Frankfurt am Main: S. Fischer.

Autor

Thomas Holtbernd
Diplom-Psychologe, Diplom-Theologe, Philosoph, Coach, Gestalttherapeut
holtbernd@t-online.de

Psychiatrische Pflege und Selbsterfahrung

Skepsis und Potential

Selbsterfahrung ist für die meisten therapeutischen Berufe verpflichtend in den Ausbildungscurricula festgeschrieben. Um Menschen in psychischen Krisen begleiten oder in belastenden Konflikten unterstützen zu können, ist das Wissen um eigene Kompetenzen, Grenzen und Motive die Grundlage, um im Prozess der therapeutischen Beziehung authentisch wirken zu können und weder den Klienten noch sich selbst zu überfordern oder gar zu schädigen. In der psychiatrischen Pflege ist das Thema nicht neu, die jüngeren Pflegepersonen kommen aber jetzt überwiegend zum ersten Mal mit der Thematik in Berührung. Bei Älteren findet sich häufig eine skeptische Haltung, die sich aus unterschiedlichen Beweggründen zusammensetzt.

In der psychiatrischen Pflege gab es in den achtziger Jahren unter engagierten Pflegepersonen Bemühungen, auf dem Weg vom Irrenwärter direkt ins therapeutische Lager zu wechseln. Die Möglichkeit boten Kurse und Weiterbildungen, die man mit einem Zertifikat in Co-, Milieutherapie oder ähnlichem abschließen konnte. Selbsterfahrung war in den meisten Fortbildungen fester Bestandteil. Die Inhalte der sich entwickelnden Fachweiterbildungen orientierten sich in Richtung der Sozialpsychiatrie. Zu dieser Zeit versuchte man, stark beeinflusst durch die Bemühungen zur Deinstitutionalisierung in Folge der Psychiatrie Enquete, das Image des kontrollierenden Anstaltspflegers abzustreifen. Auf den Stationen gab es jetzt auch Sozialarbeiter und Psychologen, das heute bekannte multiprofessionelle Team formierte sich. Familien-, Gruppen- und Milieutherapie, das Aufkommen von Supervision waren Anzeichen grundlegender Veränderung, in der jeder seine Rolle und Aufgabe finden musste. Innerhalb der Pflege wuchsen die Differenzenüber den richtigen Weg der weiteren Entwicklung. Die Hüter der Sicherheit und Ordnung auf den Stationen, der massive Einsatz von Neuroleptika und Zwangsmaßnahmen auf der einen Seite, Öffnungsbemühungen und idealistische Streiter, denen Überengagement vorgeworfen wurde und die oft am Widerstand scheiterten und in wenigen Jahren „ausbrannten“, auf der anderen Seite. KollegInnen, die sich auf den Weg gemacht hatten, durch entsprechende Fortbildungen ihre therapeutischen Kompetenzen auszubauen, begegnete man mit Skepsis. In diesen Weiterbildungen war Selbsterfahrung ein fester Bestandteil. Wenn die Teilnehmer dann durch tiefergehende Reflektion ihre bisherige Arbeitsweise in Frage stellten sahen das die anderen Pflegepersonen nicht selten als Angriff auf deren pflegerische Praxis. Die eigenen Motive und Handlungsweisen selbstkritisch zu betrachten erzeugte häufig eine Abwehr, die mit einer grundlegenden Skepsis gegenüber Selbsterfahrung einherging. „Selbsterfahrung ist eben nicht für jeden das Richtige… Was er da wohl über sich rausgefunden hat? … In die eigenen Abgründe sollte man nicht blicken und ähnliches mehr hörte man zu dieser Zeit häufig. Das Diktum der Unverstehbarkeit von psychotischem Erleben von Carl Jaspers galt zu dieser Zeit noch und war die Grundlage für eine entsprechend distanzierte Haltung. Die PatientInnen wurden beobachtet, versorgt, gesichert. Vor einem Gespräch über das innere Erleben und die Bedeutung des psychotischen Erlebens wurde gewarnt: Was man da auslösen könnte, das kriegt man nicht mehr unter Kontrolle… Hier gab es Parallelen zu den eigenen unbewussten oder verdrängten Gefühlen. Skepsis gegenüber aufdeckenden Verfahren zur Erkenntnis der eigenen Motive oder blinden Flecken war ist und ist bis heute weit verbreitet.

In den folgenden Jahren, der „Decade oft he Brain“, wurde viel zu den biologischen Ursachen psychischer Erkrankungen geforscht. Bildgebende Verfahren ließen vermuten, mit den gezeigten strukturellen Veränderungen den Nachweis erbracht zu haben. Die atypischen Neuroleptika wurden als Meilenstein in der Entwicklung der pharmakologischen Behandlung gefeiert und versprachen für jede Störung und Krankheit eine passgenaue Hilfe. Die Behandlung konzentrierte sich stark auf das Krankenhaus, die Rolle der Pflege tendierte zum Status des ärztlichen Assistenzberufs. Therapeutische Wirkung im klinischen Setting wurde überwiegend den Medikamenten, verhaltenstherapeutischen Interventionen und den aufkommenden Spezialtherapien zugesprochen. Die Pflege konnte allenfalls durch strukturgebende Maßnahmen wirksam werden

Nach dem Abflauen der Euphorie um die Atypika und in Folge des Antikorruptionsgesetzes nahm der Einfluss der Pharmaindustrie ab. Forschungserkenntnisse aus Modellprojekten der integrierten Versorgung und Hometreatment mündeten in veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen. In der Folge weitete sich der Blick auf andere Wirkfaktoren, Krankenhausbehandlung ist nicht mehr der einzige Weg zur Genesung. Das soziale Miteinander, „eingebunden sein“, einen Sinn jenseits von Leistung und Funktion zu finden sind Themen, die in der Betreuung und Behandlung zunehmend eine Rolle spielen. Salutogenese, Empowerment und Recovery sind die Begriffe, die vor allem in der psychiatrischen Pflege Verbreitung finden und in der Folge die Basis für ein anderes Selbstverständnis der Berufsgruppe bilden können.

Bedarfsgerechtigkeit in der Gestaltung der Versorgung fordert der Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens 2014. Hierbei müssen der objektive Bedarf (Erfordernisse aus den Mortalitätskriterien) und der subjektive Bedarf (Bedürfnisse und Präferenzen der einzelnen PatientInnen) gleichermaßen berücksichtigt werden. Dies kann die psychiatrische Pflege als Steilvorlage für die Beschreibung eines klaren Aufgabenbereiches für sich reklamieren. Pflegemodelle wie das Gezeitenmodell (Barker, Buchanan-Barker 2013) zielen ex-

(C) WavebreakmediaMicro

akt auf die subjektiven Anteile, auf die persönlichen Bedürfnisse und Ziele ab.

Viele Menschen in helfenden Berufen weisen in ihrer Biographie belastende Erlebnisse auf oder haben kritische Phasen durchlebt, die auch zu der Entscheidung für diesen Beruf beigetragen haben. Sich dieser Dinge bewusst zu werden, um aus einem besseren Selbstverständnis und Selbstakzeptanz heraus sich auch besser auf andere Menschen in kritischer Situation einstellen zu können, ist das Ziel von Selbsterfahrung. Personenorientiertes Arbeiten verlangt nach der Einbringung des Selbst, um in eine wirksame Beziehung eintreten zu können.

Pflegepersonen, die sich in Weiterbildung befinden, werden sich in größerer Anzahl auf die Entdeckungsreise des eigenen Selbst einlassen und die Chancen für die eigene Entwicklung nutzen wollen. Andere werden zögern oder auch vielleicht ganz für sich ausschließen, dieses Wagnis einzugehen. „Seelenstriptease“ oder „Hosen runter lassen“ sind die mit dieser Einstellung verbundenen Begrifflichkeiten, die auch heutzutage noch gelegentlich zu hören sind.

Eine Möglichkeit die eigenen Handlungsweisen, Gefühle und Gedanken in Bezug auf Beratung und Betreuung zu reflektieren und ergründen biet das Arbeitsbuches von John McLeod (Beraten Lernen, 2011).

Die Fähigkeit sich selbst zu akzeptieren und zu bejahen sind die Eckpfeiler therapeutischer Arbeit. Wenn diese nicht vorhanden sind, wird die helfende Beziehung ihren Nutzen einbüßen. Es ist unmöglich, einem Klienten Akzeptanz, Empathie und Echtheit auf tiefstem Niveau anzubieten, wenn man sich selbst nicht auf dieselbe Art begegnen kann (Mearns, Thorne & McLeod 2013, S. 75).

Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten müssen in der Ausbildung festgelegte Stundenkontingente zur Selbsterfahrung durchlaufen. Am Beispiel des Ausbildungsinstituts „Akademie für Verhaltenstherapie“ in Köln werden Umfang und Inhalte skizziert:

„Das Psychotherapeutengesetz schreibt mindestens 120 Stunden Selbsterfahrung vor. Bei uns erhalten Sie davon 115 Stunden in einer festen Gruppe von in der Regel nicht mehr als 10 Teilnehmern. Zusätzlich haben wir 5 Stunden Einzelselbsterfahrung für besondere Eckpunkte der Ausbildung vorgesehen. Diese fünf Stunden können Sie frei über den gesamten Ausbildungsverlauf hinweg nutzen.“

Zur Vertiefung und Erweiterung

Personaler-, Methoden-, Ressourcen und Beziehungskompetenz werden folgende Inhalte angeboten:

- persönliche Stärken erkennen und im therapeutischen Setting anwendbar machen können
- Bewusstwerdung von Wirkungen (erwünschte/unerwünschte) auf Patienten durch die eigene Persönlichkeit
- Erkennen der Beeinflussbarkeit der Patienten (und der Therapeuten) und damit Übertragungs- /Gegenübertragungsprozesse
- Prozesse der Problemaktualisierung und Problemexposition
- Das Entdecken von blinden Flecken
- Das Wahrnehmung von Körpersprache und Körpergeschichte
- Das Kennenlernen der Patientenrolle und der Anwendung von therapeutischen Anwendungen „am eigenen Leibe“
- Das Entdecken der eigenen impliziten Schemata (Muster), Grundhaltungen (Oberpläne), Systeme und Regeln
- Einnahme der Transgenerationenperspektive
- Verständnis für und Erfahrungen im Gruppensetting
- therapeutische Grundkompetenzen wie Empathie, Echtheit und Wertschätzung
- (evtl. verborgene) Motivationen zur Auswahl des Berufs (Verhaltenstherapie)

Ärztliche Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer Weiterbildung ebenso zur Selbsterfahrung verpflichtet:

- 35 Doppelstunden Balintgruppenarbeit oder interaktionsbezogene Fallarbeit
- 150 Stunden Einzel- und Gruppenselbsterfahrung entweder in Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bzw. in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren. Die Selbsterfahrung muss im gleichen Verfahren erfolgen, in welchem auch die 240 Psychotherapiestunden geleistet werden.

Die Teilnahme an Balintgruppen gehört in Deutschland seit mehr als 40 Jahren zum verpflichtenden Bestandteil ärztlicher und psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildungen. Nach der vom ungarischen Psychoanalytiker Michael Balint entwickelten Methodik stellen Ärztinnen und Ärzte in einem moderierten Gruppenprozess eigene Fallvignetten aus ihren Behandlungen vor, um Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung besser verstehen zu lernen und diese im Sinne einer zielorientierten Diagnostik und Therapie nutzbar machen zu können (Deutsches Ärzteblatt 2018).

So kann bei den primär psychotherapeutisch arbeitenden Berufsgruppen von einem vertieften Prozess der Selbstreflexion ausgegangen werden, der zu einer Beziehungsgestaltung zu Menschen in schwierigen Lebenssituationen befähigt.

Im Rahmen der Ausbildung zur Krankenpflege sind Inhalte zur Entwicklung von Beratungskompetenzen verankert, eine Verpflichtung zur tiefergehenden Auseinandersetzung mit den eigenen Motiven, Erfahrungen und Grenzen dagegen nicht. Viele Krankenpflegeschulen veranstalten aber spezielle Seminare zum Umgang mit Sterbenden, wo eigene Erfahrungen reflektiert werden. Im Rahmen des Unterrichtes werden auch verschiedene Kommunikationsmodelle vorgestellt und erprobt. Die „Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg“ wird heute zum Beispiel nicht mehr nur zum Erlernen konfliktreduzierender Gesprächsführung genutzt, sondern dient als Mittel um Pflegende vor Belastungen durch unempathische Äußerungen zu schützen. So bieten sich im Verlauf der Ausbildung und auch später in der beruflichen Praxis immer wieder Gelegenheiten das eigene Handeln und die zu Grunde liegenden Erfahrungen zu hinterfragen und sich so weiter zu entwickeln. Für die psychiatrische Pflege, die für sich selbst reklamiert vor allem durch die Beziehung zu den PatientInnen wirksam zu sein, ist kein strukturierter Weg vorgegeben, der zu dieser Arbeit befähigt. Eine Zwangsverpflichtung zur Selbsterfahrung für alle Pflegenden in der Psychiatrie würde wegen der genannten Vorbehalte und Ängste vermutlich auf Wiederstand stoßen. In den Weiterbildungen sollten sie aber in geeigneter Form ihren Platz finden. Das Arbeitsbuch von McLeod könnte zu einer Vertiefung genutzt, oder all denen zur Verfügung gestellt werden, die sich im Rahmen ihrer Tätigkeit in der Bezugspflege immer wieder auf den Prozess der Beziehungsgestaltung einlassen. Im Folgenden werden exemplarisch zwei Übungen aus dem Arbeitsbuch vorgestellt.

„Geschichte einer hilfreichen Beziehung“

Diese Übung soll dazu führen, sich der eigenen Stärken und Begabungen in Beratungssituationen bewusst zu werden (S. 30, „1. Auf Lebenserfahrungen aufbauen“). In der Erinnerung an eine Situation, in der man hilfreich beratend tätig war, soll geschildert werden…

- Was zum Ereignis geführt hat, welcher Hintergrund dazu geführt hat der Person beizustehen
- Welche Ziele hierbei verfolgt wurden
- Was ich gesagt und getan habe
- Was in den einzelnen Stadien des Prozesses durch den Kopf ging
- Wie die eigenen Gefühle in Bezug auf das eigene Handeln war
- Was das Ergebnis gewesen ist – wie alles geendet hat

Dabei sollen die eigenen Handlungen nicht erklärt oder interpretiert werden. Bei der angeleiteten Betrachtung eines Beratungsprozesses werden die verschiedenen Ebenen der Handlung, der Emotion und der eigenen kognitiven Bewertung herangezogen. Diese Praxis führt bei den eigenen Klienten im Idealfall dazu, eigene Einflussmöglichkeiten zu sehen und aus Ohnmacht und Hilflosigkeit herauszufinden. Durch die getrennte Betrachtung der Ebenen wird deutlich, dass Gefühle das Ergebnis von bestimmten Handlungen und deren Bewertung sein können und sich hieraus Handlungsoptionen ergeben. Das Ziel hierbei ist, dass die PatientInnen Selbstwirksamkeit erleben. Wenn sie spüren, dass bestimmte Schritte die sie im Rahmen der Therapie unternommen haben, zu kleinen Veränderungen führen, entsteht langsam wieder - oder vielleicht auch erstmals - ein Vertrauen in eigene Möglichkeiten.

Durch die angeleitete Betrachtung wird das eigene Vorgehen transparenter und Motive für das eigene Handeln werden sichtbar. Diesen Effekt in der Reflektion des eigenen Beratungsprozesses erlebt zu haben, stärkt die eigene Kompetenz in der Anwendung dieser basalen therapeutischen Technik.

Eine weitere Übung zielt darauf ab, „die Rolle von Therapie und Beratung in der eigenen Lebensgeschichte“ zu beleuchten. Personen, die Beratung oder Psychotherapie aufsuchen, sind oft an einem wichtigen Entscheidungspunkt in ihrem Leben stecken geblieben. Sie sehen sich mit einer Zwangslage konfrontiert, Entscheidungen treffen zu müssen. Um dies verstehen zu können ist es hilfreich, ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie es ist, wichtige Entscheidungen zu treffen (McLeod, 2011, S. 48).

Bei der Übung wird vom Geburtsjahr aus eine Linie gezogen, bis zum ersten kritischen Augenblick einer Entscheidungssituation. Diese werden veranschaulicht mit Pfadgabeln, die die alternativen Handlungsoptionen darstellen. Es soll hierbei um Entscheidungen gehen, die eine bedeutende Auswirkung auf das weitere Leben hatten. An jedem Entscheidungspunkt wird das entsprechende Alter eingetragen. Die Skizze soll bis zum heutigen Datum reichen.

Wenn die Skizze jetzt als Ganzes betrachtet wird, welche Muster und Themen werden deutlich? Gibt es Gemeinsamkeiten der Pfade, die nicht gewählt wurden? In welchem Ausmaß und in welchen Bereichen hat Beratung die eigenen Lebensentscheidungen beeinflusst? (McLeod, ebenda)

Bei der Durchführung dieser Übung im Rahmen des Unterrichts in einer Fachweiterbildung Psychiatrie wurde die unmittelbare Wirkung deutlich. Einzelne Teilnehmer sprechen davon, es sich unnötig schwer gemacht zu haben in ihrem Leben. Andere sind emotional betroffen bei der Erkenntnis, sich immer den vorgegeben Entscheidungen Anderer untergeordnet zu haben, bis sie sich schließlich mühsam davon befreit hätten.

Zahlreiche Übungen über verschiedene Kapitel verteilt, lassen einem die Möglichkeit, das zurzeit passende Thema auszuwählen und Schritt für Schritt den eigenen Werdegang zu reflektieren und den eigenen Beratungsstil zu entwickeln.

So eignen sich verschiedene Kapitel, wie „Auf Lebenserfahrungen aufbauen“ und „Sinn geben: Die Konstruktion eines Rahmens zum Verstehen“ sicherlich besonders gut, um praktische Erfahrungen theoretisch zu untermauern. Ob diese Art von Selbstreflektion mit dem Arbeitsbuch von McLeod im Ergebnis einer durch einen erfahrenen Therapeuten geleiteten Selbsterfahrung gleichkommt sei dahingestellt. Sie ist aber sicherlich eine Methode die eigenen

Autor

Johannes Kirchhof, M.A
Cmmunity Mental Health, B.A. Psychiatrische Pflege, Teamleitung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln - johannes.kirchhof@uk-koeln.de

Beratungskompetenzen weiter zu entwickeln und auch größere Klarheit über die eigenen Motive, Stärken und ausbaufähigen Potentiale zu erlangen. Der Gewinn für das eigene Selbstverständnis und die gewonnene Authentizität in der therapeutischen Interaktion liegt auf der Hand.

Quellenverzeichnis

Akademie für Verhaltenstherapie Köln (2019) Selbsterfahrung. Gefunden unter: https://www.avt-koeln.org/psychotherapieausbildung/selbsterfahrung.html

Ärztekammer Nordrhein (2019) 27. Gebiet Psychiatrie Psychotherapie Gefunden unter: https://www.aekno.de/aerzte/weiterbildung/weiterbildungsordnung-2014/abschitt-b-gebiete-facharzt-und-schwerpunktkompetenzen/gebiet-27-psychiatrie-und-psychotherapie-wbo

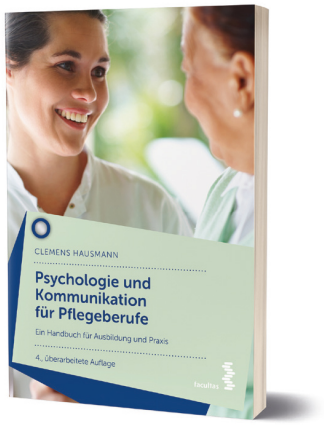
Barker, P. Buchanan- Barker, P.(2013). Das Gezeitenmodell Der Kompass für eine Recovery- orientierte, psychiatrische Pflege. Bern: Verlag Hans Huber

Deutsches Ärzteblatt50/2018 Balintgruppen: Arzt-Patient-Beziehung gestalten. Gefunden unter: https://www.aerzteblatt.de/archiv/203894/Balintgruppen-Arzt-Patient-Beziehung-gestalten

McLeod, J. (2011) Beraten Lernen. Tübingen: dgvt- Verlag

Mearns, D. Thorne, B. McLeod, J. (2013) Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie in der Praxis. 2016 Köln: GwG- Verlag

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2014) Bedarfsgerechtigkeit als Kriterium der Gesundheitsversorgung. Gefunden unter https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=477



4., überarbeitete Auflage
facultas 2019, 344 Seiten, broschiert
EUR 29,90 (A) / EUR 28,90 (D) / sFr 36,60 UVP
ISBN 978-3-7089-1871-6

Clemens Hausmann

Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe

Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis

Psychologie und Kommunikation sind zwei Grundpfeiler der Gesundheits- und Krankenpflege. Dieses Buch gibt einen fundierten und praxisnahen Überblick über alle wichtigen Bereiche im Pflegealltag: Grundlagen der Psychologie, die psychische Seite von Krankheit und Behinderung, Kommunikation und Gesprächsführung sowie Stressmanagement und Psychohygiene. Chronische Krankheiten, Psychoonkologie, Psychotrauma, Behinderung, psychosoziale Unterstützung, Kommunikation in Krisen- und Notfallsituationen, Konfliktmanagement sowie Mobbing und Burnout finden spezielle Berücksichtigung.

Erhältlich im Buchhandel sowie unter
facultas.at

facultas

ART© - Affektresonanztraining in der Pflegeausbildung

ART© Affektresonanztraining begann 2010 als Projekt zur Schulung der empathischen Kommunikation an der Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege am Wiener Otto-Wagner-Spital (SZB). Die damals bestehende Ausbildung zur/zum psychiatrischen Gesundheits- und Krankenschwester/ psychiatrischem Gesundheits- und Krankenpfleger umfasste sechs Semester, die in Theorie- und Praxisblöcke aufgeteilt waren. Eine zentrale Forderung in der Berufsbeschreibung zur psychiatrischen Krankenpflege bezog sich auf die bei den Auszubildenden vorausgesetzte Fähigkeit, sich mit der eigenen Persönlichkeit auseinanderzusetzen sowie mit den eigenen und den Gefühlen anderer Personen umgehen zu können. Die Beobachtungen des Schulteams zeigten, dass diese Fähigkeiten nicht ausreichend vorhanden waren. Die Auszubildenden hatten Schwierigkeiten ihre Emotionen zu beschreiben, gar zu benennen und wendeten die Fachsprache nur im geringen Maß an. Daher war die weiterführende Überlegung, an den kommunikativen Eigenschaften der Auszubildenden zu arbeiten, sie dazu zu animieren, die Fachsprache, vor allem in Bezug auf den Ausdruck der Emotionen, zu erweitern und diese auch in Bezug auf eigene Gefühle anzuwenden.

Um diese Aspekte verstärkt in die Ausbildung zu bringen, wurde das Projekt (damals Supervisions-Projekt, ab 2016 Affektresonanztraining ART©) ins Leben gerufen. Es wurde ein Konzept entworfen, das die gesamte Ausbildungszeit von sechs Semestern umfasst. Dieses Konzept wurde stets evaluiert und mit wachsenden Erfahrungen des Kernteams verändert und angepasst:

- Zur Evaluierung der Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen wurde ein Fragebogen erstellt, der in den ersten zwei Jahren des Projektes angewendet wurde. Um allgemein gültige Aussagen treffen zu können, entschied sich das Team danach für den Gießen-Test II
- Für den zweiten Teil der Schulung, im zweiten Ausbildungsjahr, entwickelte Johann Steinberger 2010 eine eigene Methode zur Schulung der Fremdwahrnehmung basierend auf Forschungsergebnissen zu Themen Beobachtung, Bindungstheorie und Mentalisierungstheorie (Steinberger et al., 2013)
- Gerhard Schoßmaier erstellte 2014 ein eigenes Konzept, das auf der Haltung des GfK-Modells von Marshall Rosenberg

Abbildung 1: ART (C) Quelle: Zemann et al. 2016

basiert und zusätzlich spezielle Elemente beinhaltet, die als ART I definiert werden können

In den beiden ersten Semestern liegt der Schwerpunkt von ART© I auf der Introspektion, die durch Selbstempathie nach der GfK in Gruppen geschult wird. In diesem ersten Jahr geht es um das Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse und um die Gefühlsreaktionen in diversen Lebenslagen, besonders im Zusammenhang mit den ersten Erfahrungen in der praktischen Ausbildung. Im zweiten und dritten Semester wird der Fokus von ART© II auf die Fremdreflexion gelegt. Dafür kommen Theorien wie „Patientenbeobachtung", Theorie of Mind und Mentalisierung in Verwendung, die entsprechend der Anforderungen und des modularen Aufbaus der Ausbildung angepasst wurden.

Das Modul ART© III im dritten Ausbildungsjahr soll eine Möglichkeit bieten, das Erlernte in die Praxis umzusetzen. Angedacht werden Fallbesprechungen, bei denen sowohl eigene wie auch fremde Anteile der Interaktion analysiert werden. Anhand der Besprechungen wird eine Neustrukturierung der Denkvorgänge ermöglicht, um die Überzeugungen zur Selbstwirksamkeit zu verstärken.

Projektbeschreibung

Das Projekt wurde zunächst für eine dreijährige Ausbildung entwickelt. Auf Grund der gesetzlichen Änderungen der Pflegeausbildung in Österreich, wurde das Konzept auch auf eine einjährige und zweijährige Ausbildungsdauer angepasst. Daher wird im Folgenden der modulare Aufbau der Schulung, bestehend aus ART©I, ART©II, ART©III, beschrieben.

ART©I:

Fünfmal je vier Unterrichtseinheiten in Kleingruppen zu max. zehn Personen. Die Sitzungen werden von einer Trainerin oder einem Trainer für gewaltfreie Kommunikation begleitet. Sie finden in Kleingruppen zu max.10 Personen, in 10-14 tägigen Abständen während der praktischen Ausbildung statt. Die Themenbereiche, die im Rahmen der Sitzungen erarbeitet werden, sind z.B. zu erkunden, was die eigenen Stärken oder Ressourcen sind. Die Gruppen werden angeleitet zu erkennen, was die Unterschiede zwischen Bedürfnissen und Strategien sind. Sie lernen zu unterscheiden, was es bedeutet zu beobachten oder zu interpretieren. Sie setzen sich also mit der eigenen Realität auseinander, mit den eigenen Gefühlen und lernen die Grenzen zwischen eigenen und fremden Welt zu erkennen, bzw. zu ziehen.

Die am Ende des Moduls erlangten Fertigkeiten sollten sein:

- Empathisch mit sich selbst und für anderen umgehen versuchen
- Eigene Anteile in der Interaktion reflektieren
- Das eigene Erleben in Ich-Botschaften ausdrücken
- Wertschätzung von sich selbst und Anderen kommunizieren
- Erkennen, was Ursache und Auslöser von Gefühlen sein kann
-

ART©II:

Die Schülerinnen und Schüler erhalten zu Beginn des Schuljahres eine theoretische Einführung in die Mentalisierungstheorie. Die Klasse wird in Kleingruppen zu maximal fünf Personen aufgeteilt. Jede Gruppe wird von einem Supervisor/ einer Supervisorin begleitet. Die Auszubildenden werden über die Aufgaben informiert, die sie zu erfüllen haben, bevor sie in die Gruppensitzungen kommen. Die Aufgaben bestehen darin, während des Praktikums jede Woche eine Stunde lang zu beobachten (das Setting können sie sich selbst aussuchen), danach ein Beobachtungsprotokoll zu verfassen und dieses zur Gruppensitzung mitzunehmen. Je nach zeitlichen Ressourcen sollen alle Protokolle mit der Supervisorin/ dem Supervisor besprochen werden. Diese Art der Gruppensitzungen basiert auf der Annahme, dass sich die Fähigkeit zur Mentalisierung in Abhängigkeit von Bindungs- und Beziehungserfahrungen entwickelt (Fonagy, 2009). Fonagy beschreibt, dass Winnicott der Vorstellung der Bindungstheorie am nächsten kam, in dem er erkannte, wie wichtig das psychologische Verstehen des Kindes durch die Bezugsperson für die Entfaltung des wahren Selbst ist. Er beschreibt, dass sich das psychische Selbst entwickeln kann, „…indem eine Person sich selbst im mentalen System einer anderen als denkend und fühlend wahrnimmt" (Fonagy, 2009).

Während der Sitzungen im zweiten Ausbildungsjahr wird auf viele Themen Bezug genommen. Einerseits sind des Themen, die theoretische Grundlage von ART©II bilden, wie Bindungstheorie, TOM, psychodynamisches Verstehen, Dualistisches- und Strukturmodell, Abwehrmechanismen, Krankheitsmodelle, Entwicklungstheorien, explizit Mentalisierungstheorie nach Fonagy und Theorien zu emotionalen Aspekten der Persönlichkeit (Spiegelneurone). Andererseits werden neue Strategien erarbeitet, die die praktische Umsetzung des theoretischen Wissens darstellen. Dabei wird auf die

mentalisierungsorientierte Beobachtung von Patientinnen und Patienten sowie deren Interaktion mit anderen Menschen Wert gelegt. Die Beobachtungen dürfen aber nicht als isolierte Szenarien angesehen werden, weil sie im Kontext von vorhandenen Strukturen einer Organisation stattfinden. Daher wird dieser Kontext von bewussten und unbewussten Prozessen in Gruppen und Institutionen in der Reflexion inkludiert.

Die verfolgten Ziele der Sitzungen bewegen sich zwischen den individuellen Aspekten einer Begegnung Pflegekraft – Patientin/Patient mit ihren inneren Bedürfnissen und den sozialen Prozessen und gruppendynamischen Phänomenen einer Institution.

Am Ende dieser Ausbildungsphase sollen die Auszubildenden auf folgende Kompetenzen zurückgreifen können:

- Kompetenz zur Beobachtung und passiver Präsenz aufgrund der mentalisierenden Haltung
- Kompetenz mit den eigenen expliziten und impliziten Gefühlen zu arbeiten
- Kompetenz zur Interaktion und Intersubjektivität
- Kompetenz zum Aufbau einer hilfreichen Beziehung/Bindung
- Kompetenz im Umgang mit Affekten (Angst, Wut, Zorn, Begehren) und daraus resultierenden Internen und externen Konflikten
- Kompetenz, einen Entwicklungsraum zu gestalten und ein Identifikationsmodell zur Mentalisierung anzubieten
- Kompetenz, Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen zu erkennen und zu reflektieren
-

ART©III:
In der dritten Phase der Schulung können die Schülerinnen und Schüler die erworbenen Fertigkeiten in angeleiteten Fallbesprechungen einsetzen und erproben.

Folgende Themen können sich sowohl auf Situationen mit Patienten und Patientinnen, Teammitgliedern, sowie auch auf Persönliches beziehen:

- Krisensituationen
- Suizidalität
- Gewalt und Aggressivität
- Beziehungsstörungen
- Grenzen setzen, Grenzen erkennen
- Selbstreflexion
- Reflexion des Verhalten der Anderen
- Angst (eigene Angst und die Angst der Anderen)
- Psychosoziale Situation der Patienten/ Patientinnen

Forschungsfragen

1. Kann durch die Schulung die kognitive und emotionale Empathiefähigkeit und Reflexionsfertigkeit bei Auszubildenden in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege gesteigert werden?
2. Kann bei der beschriebenen Personengruppe durch Schulung die Sozialbezogenheit und soziale Kompetenz positiv beeinflusst werden?
3. Führt die Schulung bei der definierten Personengruppe zur Entwicklung einer sozial verträglichen Selbstkontrolle?

Hypothesen

1. Wir nehmen an, dass durch die Schulung die Empathie zunimmt. Für Empathie wird folgende Definition verwendet: „Empathie ist die Fähigkeit zu kognitiven Verstehen und affektiven Nachempfinden der vermuteten Emotion eines anderen Lebewesens“ (Altmann, 2015).
2. Wir nehmen an, dass durch die Schulung die Reflexionsfähigkeit zunimmt. Als Reflexionsfähigkeit definiert Fonagy (Fonagy et al., 2011) die Fähigkeit, die innere und äußere Realität wahrzunehmen und gleichzeitig die Unterschiede zwischen „Ich“ und „Du“ zu erkennen.
3. Wir nehmen an, dass durch die Schulung die Sozialbezogenheit positiv beeinflusst wird. Das sozialbezogene Leben und Verhalten wird durch die Skala Dominanz (Skala 2) des Gießen-Tests II erfasst, welche einen dominanten vs. gefügigen Beziehungsstil des Probanden abbildet. Dadurch wird seine Positionierung in sozialen Bindungen ersichtlich.
4. Wir nehmen an, dass durch die Schulung das Ausmaß der zwanghaften Selbstkontrolle sinkt. Eine zwanghafte Selbstkontrolle verhindert die Möglichkeit, sich in Andere einzufühlen, da sich das Denken und Wahrnehmen, also sowohl die kognitiven wie auch die affektiven Anteile des Selbst, vor allem auf das „Ich“ konzentrieren, um sich vor möglichen Gefahren zu schützen.

Überprüfung der Wirksamkeit und Datenanalyse

Das ART© wurde mittels des Gießen-Tests II auf seine Effektivität überprüft. Dieser Test beinhaltet Fragebögen zum Selbstbild, Idealselbst und Fremdbild. Der Fragebogen zum Selbstbild und Idealselbst wurde im ersten Ausbildungsjahr angewendet, weil sich hier die Schulung auf die Introspektion konzentriert. Im zweiten Ausbildungsjahr beziehen sind die Inhalte auf die zwischenmenschli-

che Interaktion, daher kommt der Fragebogen zum Fremdbild zur Anwendung. Bei Ausbildungsabschluss werden Fragebogen zum Selbst- und Idealselbst noch einmal ausgeteilt, um die Gesamteffektivität auswerten zu können. Diese erfolge im Programm SPSS 21.

Erklärungen zu Hypothesen und ihrer Überprüfbarkeit durch den Gießen-Test II

Überprüfung der Hypothese 1 „Zunahme der Empathie“: Skala 5, 6, 1

Dabei werden sowohl die Empathie gegenüber Anderen, wie auch die Selbstempathie verstanden. Die Fähigkeit zur Empathie wird mittels der Skalen Soziale Resonanz (Skala 1), Durchlässigkeit (Skala 5) und Soziale Potenz (Skala 6) im Gießen-Test II erfasst.

Die Skala 1 - Soziale Resonanz erfasst die eigene Wirkung des Probanden auf die Umgebung, bildet also ein isoliertes Bild des Selbst als Ausgangspunkt der Wertung ab, ohne eine Interaktion mit der Umgebung zu berücksichtigen.

Skala 5 - Durchlässigkeit und Skala 6 - Soziale Potenz behandeln hauptsächlich psycho-soziale Beziehungen. Ändert sich die soziale Resonanz, so korrelieren Durchlässigkeit und soziale Potenz negativ mit dieser Veränderung.

Überprüfung der Hypothese 2 „Zunahme der Reflexionsfähigkeit“: Skala 4, 5, 6

In weiterem bedeutet das, Wahrnehmungen, Gedanken und Emotionen als Handlungsursachen und –folgen zu registrieren. Die Reflexionsfähigkeit wird durch die Skalen Grundstimmung (Skala 4), Durchlässigkeit (Skala5) und Soziale Potenz (Skala 6) im Gießen-Tests II erfasst.

Skala 4 – Grundstimmung erfasst die Neigung zur Selbstreflexion. Skala 5 - Durchlässigkeit basiert auf Eriksons Theorie zu Urvertrauen vs. Urmisstrauen. Aus dem Unvertrauten entwickeln sich Offenheit, Durchlässigkeit nach Außen und Innen, Voraussetzungen für die unbeschwerte Aufgeschlossenheit für die eigenen Gefühle (Gießen-Test II, S.31)

Skala 6 - Soziale Potenz korreliert positiv mit Skala 4 und Skala 5 und beschreibt die Fähigkeit Bindungen aktiv zu gestalten, was eine Reflexionsfähigkeit voraussetzt.

Diese Fähigkeit ist in der Arbeit der psychiatrischen Pflege wesentlich, um sich gegenüber den Emotionen der zu Pflegenden abzugrenzen und gleichzeitig das eigene Handeln zu hinterfragen.

Unter Reflexionsfähigkeit wird die Fähigkeit verstanden, die innere und äußere Realität wahrzunehmen und gleichzeitig die Unterschiede zwischen „Ich“ und „Du“ zu erkennen. Damit kann die Möglichkeit, Neugier für das Fremde in mir und um mich zu entwickeln, erworben werden (Fonagy, 2011). Zusammenfassend kann sie auch als das Registrieren von Wahrnehmung, Gedanken, Emotionen als Handlungsursachen und –folgen (interpersonale Erfahrung) erfasst werden.

Überprüfung der Hypothese 3 „positiver Einfluss auf die Sozialbezogenheit“: Skala 2

Eine Auseinandersetzung mit konflikthaften Situationen, die bei Betreuung psychisch Erkrankten oft vorkommen können, bedarf einer intensiven Reflexion der Problemlagen, um konstruktive Lösungsmöglichkeiten erarbeiten zu können. So ist soziale Kompetenz eine der wichtigen Fähigkeiten der professionellen psychiatrischen Pflege.

Hypothese 4 „Sinken der zwanghaften Selbstkontrolle“: Skala 3, E, M

Sinkt die zwanghafte Selbstkontrolle auf ein sozial verträgliches Maß, so lässt sich die Fertigkeit zur Reflexion und Fremdempathie beeinflussen. Die Fähigkeit zur Kontrolle und Selbstkontrolle wird durch die Skalen Kontrolle (Skala 3), sowie Einstellungsskalen (Skala M und Skala E) erfasst. Bei der Skala 3 - Kontrolle wird zwischen Unterkontrolliertheit vs. Überkontrolliertheit unterschieden, wobei es dabei nicht um den Umgang bzw. emotionelle Kommunikation mit anderen Menschen, sondern um den intrapsychischen Individualbereich (Gießen-Test II, S. 28) geht.

Skala M erfasst die emotionale Indifferenz gegenüber dem Fragebogen, was durch eine zwanghafte Selbstkontrolle verursacht sein könnte. Dies bringt den Probanden dazu, die Items des Tests als für ihn mehr oder weniger bedeutungslos zu erleben. Skala E weist auf agierende Momente hin, was auf ein geringes Maß an Selbstkontrolle hindeutet. Skala E und Skala M korrelieren negativ miteinander.

Populationsbeschreibung

Durch die Untersuchung der Mittelwerte des Selbstbildes im Prätest konnte eine Erfassung der Population stattfinden. Es handelt sich um insgesamt 8 Klassen mit 199 eingeschlossenen Fällen. Es finden sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Klassen, wie auch angenommen werden kann. Doch unerwartet sind die

Unterschiede zwischen den Klassen 1,2 und 3 zu den Klassen 4-8 ausgeprägter. Dies ist umso erstaunlicher, da alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer die gleichen Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung, auf Grund eines standardisierten Aufnahmeprocederes, hatten. Die Unterschiede der Ausgangslage werden folgend im Detail beschrieben.

Skala 1 – links: negative soziale Resonanz – rechts: positive soziale Resonanz

Die Skala beschreibt, wie die Probanden ihre Wirkung auf die Umgebung empfinden. Es wird angenommen, dass das Maß der sozialen Bestätigung, sprich positiv erlebter Selbstwirksamkeit auf die Umgebung, mit der Möglichkeit korreliert, die eigenen Interessen im Leben durchzusetzen. Eine weiterführende Interpretation laut Gießen-Test II beschreibt bei Personen mit einer hohen sozialen Resonanz eine narzisstisch gefärbte soziale Interaktion. In Verbindung damit treten Züge der rollenhaften Erlebnisform der hysterischen Struktur hervor. Dabei ist zu beachten, dass die Skala ein isoliertes Bild des Selbst abbildet, ohne eine Interaktion mit der Umgebung zu berücksichtigen. Dagegen zeigen unausgelesene Neurotiker mit unterschiedlichsten Beschwerdebildern eine Tendenz, ihre soziale Resonanz negativ zu einzuschätzen. (Zemann et al., 2015)

In angegebenen Fällen sind die Klassen 1-3 in der Skala 1 im T-Wert über 50 (rechts), daher sind sie als positiv einzustufen. Diese Klassen sind also in ihrer Meinung über sich selbst als positiv sozial resonant zu beschreiben. Sie finden sich anziehend, beliebt, geachtet, in ihrer Arbeit geschätzt und durchsetzungsfähig. Die Klassen 4-8 weisen wesentlich niedrigere T-Werte auf, was darauf hinweist, dass sie sich wenig bzw. negativ sozial resonant erleben. Sie finden sich wenig attraktiv, missachtet und nicht durchsetzungsfähig. Die Unterschiede sind in Abbildung 2 dargestellt.

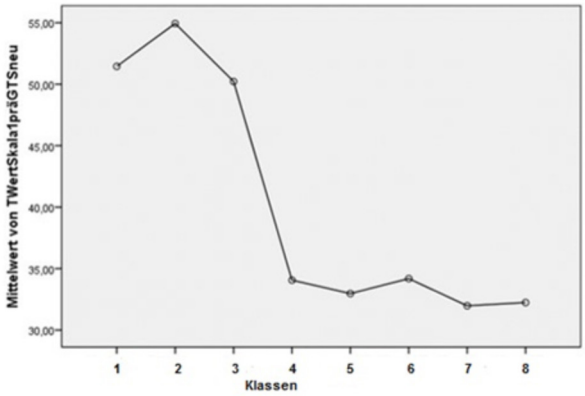


Abbildung 2: Skala 1 soziale Resonanz

Skala 2 - sozialbezogene Leben und Verhalten, links: dominant – rechts: gefügig

Die zwei Gegenpole der Skala erfassen entweder dominantes oder gefügiges Verhalten. Ein dominantes Verhalten zeigt sich durch Ungeduld und Eigensinnigkeit aus. Die Probanden neigen dazu in Auseinandersetzungen zu geraten. Gleichzeitig sind sie in einer engen Kooperation schwierig.

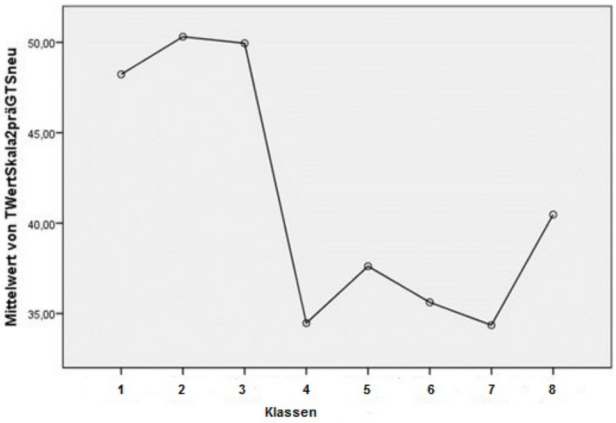


Abbildung 3: Skala 2 Dominanz

Die Gefügigen dagegen geraten selten in Konfliktsituationen. Sie sind eher gefügig und untergeordnet. Sie zeigen sich durch viel Geduld aus. Die Skala beschreibt also psychosoziale Abwehrformen und Strategien, die die Probanden in sozialen Kontakten einsetzten. Sie erfasst deutlich eine primär sozialbezogenen/partnerschaftliche Dimension des Erlebens und Verhaltens.

Im T-Wert der Skala 2 gibt es weitere Bestätigung der Überlegung, dass die ersten drei Klassen sich in ihrem Selbstbild deutlich von den weiteren Klassen unterscheiden. Zwar weist nur eine Klasse einen Wert über 50 auf, doch die Differenz zu den Werten der Klassen 4-9 ist beträchtlich. Dies lässt vermuten, dass die Klassen 1-3 ehe Richtung sich als gefügig erleben (Zahlenwert ca. 50) tendieren, das bedeutet fügsam, geduldig, unterordnend, sie sind in enger Kooperation unkompliziert. Dagegen sind die Klassen 4 bis 8 eigensinniger, dominierender und ungeduldiger, als die Klassen 1-3. Die Unterschiede sind in Abbildung 3 ersichtlich.

Der Gießen-Test II beschreibt die Korrelation der Skala 2 mit Skala 1 als negativ.

Skala 3 – Kontrolle, links: unterkontrolliert – rechts: zwanghaft

Skala 3 beschreibt das Maß der Kontrolle über die Lebenssituation. Sie zeigt die Beziehung zwischen der Es- und der Über-Ich-Organisation. Die Items dieser Skala beziehen sind nicht auf den Umgang bzw. der emotionalen Kommunika-

tion mit anderen Menschen. Hier wird eher der intrapsychischer Bereich der Probanden erfasst. Dabei soll der soziokulturelle Aspekt der mitteleuropäischen Gesellschaft nicht außer Acht gelassen werden, der mit den Normen von Ordentlichkeit, Pünktlichkeit und Wahrheitsliebe einhergeht. Der Vergleich zwischen den einzelnen Klassen weist keine überwiegende Tendenz auf. Die Unterschiede sind in Abbildung 4 ersichtlich.

Skala 4 – Grundstimmung, links: hypomanisch – rechts: depressiv

Skala 4 beschreibt die Grundstimmung und zeigt die wichtige Beziehung zwischen Stimmungslage und der Hauptausrichtung der Aggressionsentfaltung. Eine nach Innen gerichtete Aggression (kann auch als internalisierende Aggression bezeichnet werden) zeichnet eine negative – depressive – Stimmungsfärbung. Das entspricht der psychoanalytischen Interpretation der Depression als einer nach innen gerichteten Aggression. Die depressiven Neigungen gehen mit besonderen Persönlichkeitsmerkmalen, wie Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit, einher. Gleichzeitig sind die Probanden stark zur Selbstreflexion und Selbstkritik neigend. Die Probanden, die hypomanische Stimmungslage aufweisen, sind weniger ängstlich und eher unabhängig. Sie sind selten bedrückt, neigen selten zur Selbstreflexion oder Selbstkritik. Da alle Werte der Berechnung rechtsbündig sind, können alle Klassen als depressiv in der Grundstimmung beschreiben werden (siehe Abb. 5)

Skala 5 – Durchlässigkeit, links: durchlässig – rechts: retentiv

Skala 5 behandelt vorwiegend psychosoziale Beziehungen. Sie erfasst eine Dimension zwischen den Polen Durchlässig und Retentiv. In ihr stellen sich fundamentale Qualitäten des Kontakterlebens und des Kontaktverhaltens dar. Sie spricht sehr frühe orale und anale Kategorien an und stellt die Kategorien Urvertrauen und Urmisstrauen, sowie Autonomie und Scham/Zweifel, gegenüber. Es wird davon ausgegangen, dass sich aus dem basalen Vertrauen Offenheit, Durchlässigkeit nach außen und innen entwickeln. Werden dabei die sozialen Kontakte als positiv erlebt, entsteht eine unbeschwerte Aufgeschlossenheit für die eigenen Gefühle. Aus dem Urmisstrauen entwickelt sich Angst vor einer feindlichen Umwelt. Eine Öffnung nach außen könnte bedeuten, dass man ausgebeutet und missbraucht wird. Daher wird an dem festgehalten, was man in sich hat. Die Folge kann eine Isolation sein, doch entsteht dabei keine Gefahr, kaputt gemacht zu werden.

Die Auswertung dieser Skala zeigt wieder, dass es einen großen Unterschied zwischen den Klassen 1-3 und 4-8 gibt. Die Klassen 1-3 zeigen sich aufgeschlossen und offen ausdrückend. Sie geben eher viel von sich Preis. Sie können Emotionen intensiver erleben. Dagegen sind die Klassen 4-8 retentiv. Sie sind verschlossen, zurückhaltend, auch im emotionalen Ausdruck. (siehe Abb. 6)

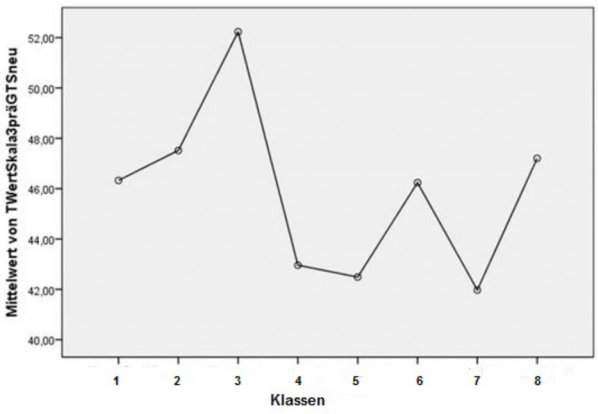


Abbildung 4: Skala 3 Kontrolle

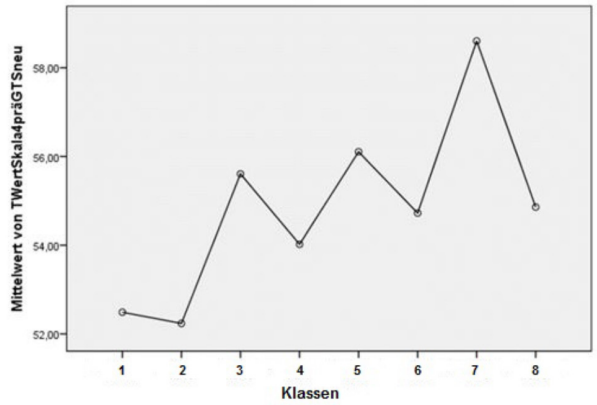


Abbildung 5: Skala 4 Grundstimmung

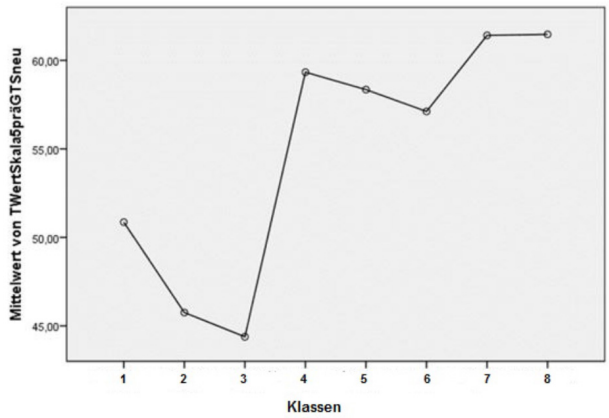


Abbildung 6: Skala 5 Durchlässigkeit

Skala 6 – Soziale Potenz, links: sozial potent – rechts: sozial impotent

Die Skala 6 variiert zwischen sozialer Potenz und sozialer Impotenz. Als wesentliches Merkmal der sozialen Potenz wird Einfallsreichtum und kreative Originalität gesehen. Dieses Merkmal wird durch weitere Faktoren, wie Selbstvertrauen, Liebesfähigkeit, aktiv konkurrierender Haltung und Möglichkeit zur Gestaltung einer Dauerbindung verstärkt. Die sozialimpotenten Probanden werden als phantasiearm, kaum konkurrierend, ungesellig und kaum fähig zu einer Dauerbindung beschrieben.

Klassen 1-3 zeigen sich bei der Auswertung als sozial potent, dagegen sind die Klassen 4-8 stark sozial impotent. In der Abbildung 7 ist der Unterschied deutlich zu erkennen.

Skalen E (Extremankreuzungen) und M (Mittelankeuzungen)

Die Skalen E und M korrelieren negativ miteinander. Die Skala E weist auf agierende Momente und auf ein geringes Maß an Selbstkontrolle hin. Die Gründe dafür können Angst und das Gefühl der Hilfslosigkeit sein, die den Probanden dazu bewegen, jedes Item als besonders bedeutungsvoll zu erleben.

Die Tendenz zu Mittelankreuzungen (Skala M) kann als Anzeichen für emotionale Indifferenz gegenüber dem Fragebogen gedeutet werden. Diese Indifferenz kann unterschiedliche Ursachen haben: zwanghafte Selbstkontrolle, die nicht gemerkt wird (diese bringt den Probanden dazu, die Items des GT als für ihn mehr oder weniger bedeutungslos zu erleben) oder auch hypomanisch-verleugnende Haltung (in der typischen Selbstüberschätzung werden die affektiven Angebote der Iteminhalte für ihn selbst als bedeutungslos angesehen). Die Abbildungen 8 und 9 zeigen die negativen Korrelationen und Unterschiede der Klassen. Der Klassenvergleich zeigt auf, dass die Klassen 1-3 höhere Anzahl der Extremankreuzungen (Skala E) haben, als die Klassen 4-8.

Dabei sticht die Klasse 5 als besonders emotional indifferent heraus.

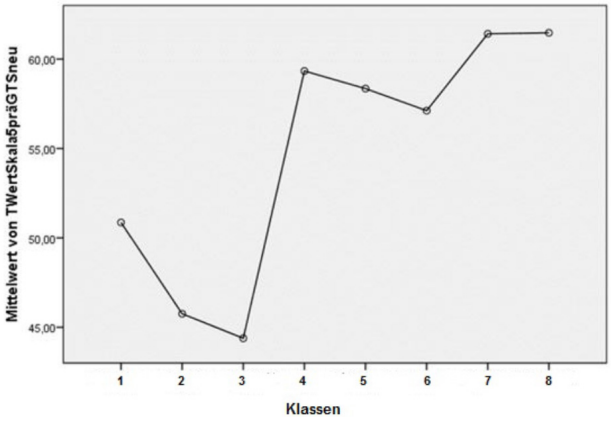


Abbildung 7: Skala 6 soziale Potenz

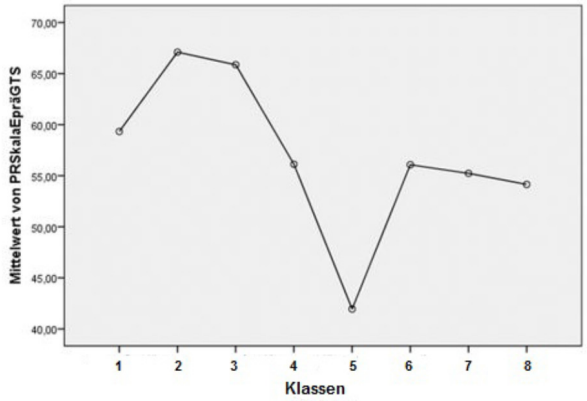


Abbildung 8: Skala E Extremankreuzungen

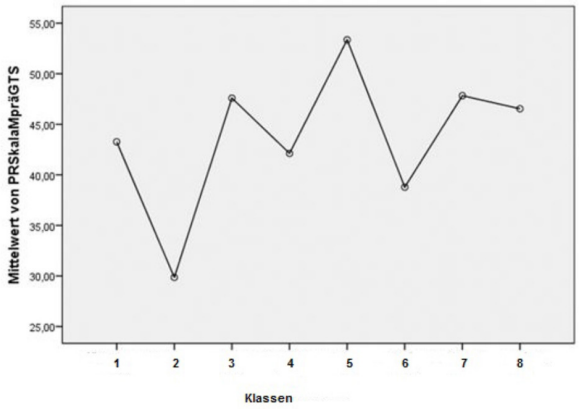


Abbildung 9: Skala M Mittelankreuzungen

Interpretation des Selbstbildes in Bezug auf Klasse 3 und Klasse 5

Da bei der Auswertung des Fragebogens Selbstbild des Gießen-Tests II große Unterschiede zwischen den einzelnen Jahrgängen festgestellt wurden, ergabt sich für die Forschungsgruppe die Frage, welches Bild von sich selbst haben die Auszubildenden (Selbstbild) von zwei besonders auffallenden Jahrgängen: **Klasse 3 und Klasse 5**, beziehungsweise wie würden sie gerne gesehen werden (Idealselbstbild).

Klasse 3: Diese Auszubildenden sind in ihrer Meinung über sich selbst als positiv sozial resonant zu beschreiben. Sie finden sich anziehend, beliebt, geachtet, in ihrer Arbeit geschätzt und durchsetzungsfähig. In der Skala 2 ist der Zahlenwert 50, es kann also nicht deutlich interpretiert werden, dass es hier eine Tendenz Richtung gefügig oder dominant gibt. Die Auswertung der Skala 3 zeigt, dass sich die Auszubildenden dieser Klasse eher zwanghaft erle-

ben. Sie sind übereifrig, ordentlich und stetig. In der Grundstimmung, wie schon beschrieben, sind die SchülerInnen depressiv. Sie sind in psychosozialen Beziehungen offen und anderen nahe. Sie sind kreativ, haben Selbstvertrauen und sind zu einer dauerhaften Bindung fähig.

Klasse 5: in der Skala 1 weisen die Berechnungen niedrige T-Werte auf, was darauf hinweist, dass sich die Auszubildenden wenig bzw. negativ sozial resonant erleben. Sie finden sich wenig attraktiv, missachtet und nicht durchsetzungsfähig. Das dominante Verhalten zeichnet sich durch Ungeduld und Eigensinnigkeit aus. Die Probanden neigen dazu in Auseinandersetzungen zu geraten. Gleichzeitig sind sie in einer engen Kooperation schwierig. In der Skala 3, die das Maß der Kontrolle über die Lebenssituation beschreibt, erleben sich die SchülerInnen unterkontrolliert. In der Grundstimmung sind die Auszubildenden dieser Klasse depressiv. Im Kontaktverhalten und Kontakterleben, die durch die Skalen 5 und 6 beschreiben werden, sind die SchülerInnen retentiv und sozial impotent. Sie sind verschlossen und zurückhaltend, auch im emotionalen Ausdruck. Die sozialimpotenten Probanden werden als phantasiearm, kaum konkurrierend, ungesellig und kaum fähig zu einer Dauerbindung beschrieben. Tendenz zu Mittelankeuzungen bei dieser Gruppe kann als Anzeichen für emotionale Indifferenz gegenüber dem Fragebogen gedeutet werden.

Vorläufige Ergebnisse der Datenanalyse

Die hier präsentierten Ergebnisse der Datenanalyse betreffen die Auswertung des Fragebogens zum Selbstbild im Prä- und Posttest. Durch den Prä- und Postvergleich kann die Effektivität der Schulung in Bezug auf die durch die Standardskalen und Skalen E und M beschriebenen Merkmale der Persönlichkeit und des sozialen Verhaltens aufgezeigt bzw. bewertet werden. Für die Auswertung wurden Klassen 1 bis 3 herangezogen.

Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Standard- und Einstellungsskalen - Vergleich von zwei Messzeitpunkten

In einem ersten Schritt der Datenanalyse wurden die Standardskalen 1 bis 6 und die Einstellungsskalen E und M zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten miteinander verglichen. Der Vergleich bezog sich dabei auf die Mittelwerte (T-Test bei abhängigen Stichproben). Die Auswertung der Fragebögen zeigt, dass sich die Auszubildenden in allen Skalen (Standard- und Einstellungsskalen) zu beiden Testzeitpunkten im Normbereich bewegen (T-Werte zwischen 40 und 60, PR zwischen 25 und 75), d.h. in Bezug auf ihre Persönlichkeit keine Überschreitungen der Normwerte aufweisen.

Die Ergebnisse aller Skalen korrelieren zwischen den zwei Testzeitpunkten sehr hoch miteinander. Die Auszubildenden schätzen sich in Bezug auf ihr Selbstbild zu den zwei Testzeitpunkten tendenziell sehr ähnlich ein. Es finden Veränderungen der Selbsteinschätzung in fast allen Standard- und Einstellungsskalen statt, wobei die Signifikanz ausschließlich in der Einstellungsskala E hoch ist. (Siehe Abb. 10)

Folgende Veränderungen der Standardskalen sind beobachtbar:

- Die Soziale Resonanz (Skala 1) bleibt nahezu unverändert, sie nimmt ganz leicht ab in Richtung Negative Soziale Resonanz.
- Die Dominanz (Skala 2) nimmt leicht zu, die Probanden erleben sich als weniger gefügig d.h. dominanter und selbstwirksamer.
- Die Kontrolle (Skala 3) nimmt wesentlich in Richtung Unterkontrolliertheit ab, was bedeutet, dass die Auszubildenden sich als weniger zwanghaft wahrnehmen.
- Die Grundstimmung (Skala 4) verändert sich kaum, es ist eine leichte Abnahme der Selbsteinschätzung im Bereich der Depressivität zu erkennen (in Richtung Hypomanie).
- Die Durchlässigkeit (Skala 5) verändert sich geringfügig in Richtung mehr Durchlässigkeit und weniger Zurückhaltung
- Die Soziale Potenz (Skala 6) verändert sich leicht im positiven Bereich.

In den Einstellungsskalen M und E zeigen sich folgende Veränderungen:

- Die Emotionale Indifferenz (Skala M) nimmt zwischen den zwei Meßzeitpunkten ab, was darauf hinweist, dass die emotionale Indifferenz auch gegenüber dem Fragebogen abnimmt und auf ein höheres Maß an Differenziertheit hinweist.
- Die Selbstkontrolle (Skala E) nimmt zwischen den zwei Meßzeitpunkten in einem hohen Ausmaß zu, sodass die Kriterien für Signifikanz erfüllt werden. Dies bedeutet, dass sich die Auszubildenden zum zweiten Meßzeitpunkt als wesentlich kontrollierter und weniger agierend einschätzen.

Die Veränderungen in den beiden Einstellungsskalen M und E zei-

gen, dass eine Veränderung bei den Auszubildenden zwischen den zwei Messzeitpunkten stattgefunden hat. Diese zeigt sich darin, dass sie sich nach der Schulung mehr auf den Inhalt des Fragebogens einlassen können und sich differenzierter mit der Aufgabenstellung auseinandersetzen.

Interpretation in Bezug auf die Veränderungen in der Persönlichkeit

Die in der Hypothese 1 angenommene Verstärkung der Fähigkeit zur Empathie weist nur eine geringe positive Veränderung auf. Die der Empathie zugeordneten Skalen 1 und 6 verändern sich minimal, dafür ist die Veränderung in Skala 5, welche die Durchlässigkeit beschreibt, deutlicher ausgeprägt. Dies bedeutet, dass die Auszubildenden sich auf die sozialen Beziehungen intensiver einlassen können.

Die Reflexionsfertigkeit, die in der Hypothese 2 beschrieben wird, erfährt insofern eine Veränderung, dass das Urvertrauen (Skala 5) zunimmt, was sich in der Folge positiv auf die aktive Gestaltung der Beziehungen äußern könnte.

Wie in der Hypothese 3 beschrieben, wird das sozialbezogene Erleben und Verhalten durch die Skala Dominanz (Skala 2) erfasst. Die ausgewiesene Veränderung in dieser Skala zeigt, dass die Auszubildenden in ihrem sozialen Verhalten dominanter auftreten, was darauf hinweist, dass sie sich besser und klarer in sozial anspruchsvollen Situationen positionieren und durchsetzen können.

Die Auswertung der Skalen Kontrolle (Skala 3) sowie der Einstellungsskalen E und M zeigt, dass die Auszubildenden nach der Schulung weniger zwanghaft agieren, sich differenzierter wahrnehmen und ausdrücken und sich offener auf das Gegenüber einlassen können, dabei jedoch die Neigung zu unkontrolliertem Handeln abnimmt.

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren 1	TWertSkala1präGTSneu & TWert-Skala1postGTSneu	51	,595	4,172
Paaren 2	TWertSkala2präGTSneu & TWert-Skala2postGTSneu	50	,738	9,603
Paaren 3	TWertSkala3präGTSneu & TWert-Skala3postGTSneu	53	,646	1,734
Paaren 4	TWertSkala4präGTSneu & TWert-Skala4postGTSneu	52	,621	8,821
Paaren 5	TWertSkala5präGTSneu & TWert-Skala5postGTSneu	51	,607	2,311
Paaren 6	TWertSkala6präGTSneu & TWert-Skala6postGTSneu	52	,302	,029
Paaren 7	PRSkalaMpräGTS & PRSkalaMpostGTS	58	,550	,000
Paaren 8	PRSkalaEpräGTS & PRSkalaEpostGTS	58	,450	,000

Abbildung 10: Korrelation und Signifikanz der Ergebnisse

Schlusswort

ART © stellt eine neuentwickelte Intervention in der Ausbildung für die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege dar. Der Bedarf an der Intervention wird durch die Erhebung (siehe Selbstbild im Prätest) der Persönlichkeitsmerkmale der Ausbildungseinsteigerinnen und -einsteiger ersichtlich. Die Ergebnisse der Intervention zeigen im Prä-/Postvergleich einen Effekt im Sinne einer Veränderung.

Eine weitere Erkenntnis aus der Untersuchung ist eine relativ geringe Veränderung, die an den Auszubildenden anhand der statistischen Ergebnisse der Skalen 1-5 zu erkennen ist. Trotz der intensiven Auseinandersetzung mit eigener Emotionalität, mit Interaktion und Selbstwirksamkeit etc. kann nur ein geringes Maß an Veränderung gemessen werden. Die Veränderung ist ein lebenslanger, langsamer Prozess, der während der Ausbildung eingeleitet werden kann, die Zeit der Umsetzbarkeit kann aber nicht bestimmt werden. Diese Erkenntnis soll in der Planung von pädagogischen wie auch pflegerischen Tätigkeiten berücksichtigt werden.

Limitationen

Die Interventionen dürfen nicht als isoliert angesehen werden. Im Verlauf der drei Ausbildungsjahre werden die Auszubildenden mit unterschiedlichen Inhalten in Form von theoretischen Vorträgen konfrontiert, sie begeben sich auch in das Arbeitsumfeld, indem sie Praktika absolvieren. Diese Maßnahmen tragen zu einen Veränderung bei, die subjektiv sowohl vom Lehrerinnen- und Lehrerteam und vom ART©-Forschungsteam beschrieben werden, als auch von den Auszubildenden selbst (Informelle Gespräche). Da beim dargestelltem ART ©-Projekt nicht mit einer Kontrollgruppe gearbeitet wurde, können keine Vergleiche zwischen der Population, die die Intervention erlebt hat und der Po-

pulation, die diese nicht im Schulungsprogramm hatte, festgestellt werden. Dies könnte ein neues Forschungsfeld ergeben.

Literatur

Allen G. Jon, Fonagy Peter (Hrsg.) (2009): Mentalisierungsgestützte Therapie, Das MBT-Handbuch – Konzepte und Praxis; Klett-Cotta Verlag

Allen G. Jon, Fonagy Peter, Bateman W. Anthony (2011): Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis; Klett-Cotta Verlag

Altmann Tobias (2015): Empathie in sozialen und Pflegeberufen. Springer-Verlag, Wiesbaden

Bolm Thomas (2009): Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT) für Borderline-Störungen und chronifizierte Traumafolgen; Deutscher Ärzte-Verlag

Fonagy Peter (2009): Bindungstheorie und Psychoanalyse, Klett-Cotta Ver-lag. 3.Auflage

Fonagy Peter, Gergely György, Jurist L. Elliot, Target Mary (2011): Affekt-regulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst; Klett-Cotta Verlag. 4.Auflage

Fonagy Peter, Target Mary (2011): Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung; Klett-Cotta Verlag. 3.Auflage

Fritsch Gerlinde Ruth (2012): Der Gefühl- und Bedürfnisnavigator; Gefühle und Bedürfnisse Wahrnehmen. Junfermann Verlag. Paderborn. 2. Auflage

Lackinger Fritz, Dammann Gerhard, Wittmann Bernhard (Hrsg.) (2008): Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz, Praxis der Übertragungsfokussierten Psychotherapie; Schattauer Verlag

Peplau Hildegard E. (1995): Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Recom Verlag. Basel/Eberswalde (Übersetzung aus Originalausgabe: Interpersonal Relations in Nurcing (1988))

Rosenberg Marshall B. (2007): Gewaltfreie Kommunikation: eine Sprache des Lebens. Junfermann Verlag. Paderborn. 7.Auflage

Sieberth, Wolfgang, Steinberger Johann (2013): Beobachtung: ein mentalisierungsgestütztes Pädagogikkonzept. In: Ernstson Sven, Meyer Christine (Hrsg.) (2013): Praxis geschlechtersensibler und interkultureller Bildung. Springer Verlag. Wiesbaden

Steinberger J., Sieberth W., Zemann E., (2013): P2: Ein mentalisierungsgestütztes Pädagogik-Konzept in der Ausbildung für Krankenpflegepersonal In: Heilberufe Science 2013. Springer-Verlag. Wien

Zemann E., Gundacker C., Schossmaier G., Steinberger J., Totzauer G. (2017): Affektresonanztraining ART© in der speziellen Grundausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege am Otto-Wagner-Spital der Stadt Wien. Österreichische Pflegezeitschrift 1/2017

Zemann, E., Steinberger J., Schossmaier G., Gundacker C. (2015): Empathische Kommunikation – ist sie erlernbar? Theorie und Praxis – Praxisprojekt. In: Schoppmann S., Stefan H., Hegedüs A., Finklerburg U., Needham I., Schulz M., Guntner C., Hahn S. (Hrsg.) (2015): „Sprachen“. Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in Praxis – Management – Ausbildung – Forschung. Kongressband 12, Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien, Verlag Berner Fachhochschule.

Autorin

Mag.ª Ewa Zemann

Diplom der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege (1994), Diplom der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege (2000), akademische Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege (2005), Trainerin für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement (2009), Magistra der Pflegewissenschaft (2012). Stellvertretende Direktorin der Schule für allgemeine und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Fachbereichsleitung Theoretische Ausbildung. Berufspraxis im akuten und subakuten Bereich der Psychiatrie, in der Suchtkrankenpflege sowie in der forensisch-psychiatrischen Pflege.

Kontakt: ewa.zemann@wienkav.at

Bedürfniswahrnehmung in der Pflegeausbildung durch Selbstempathie

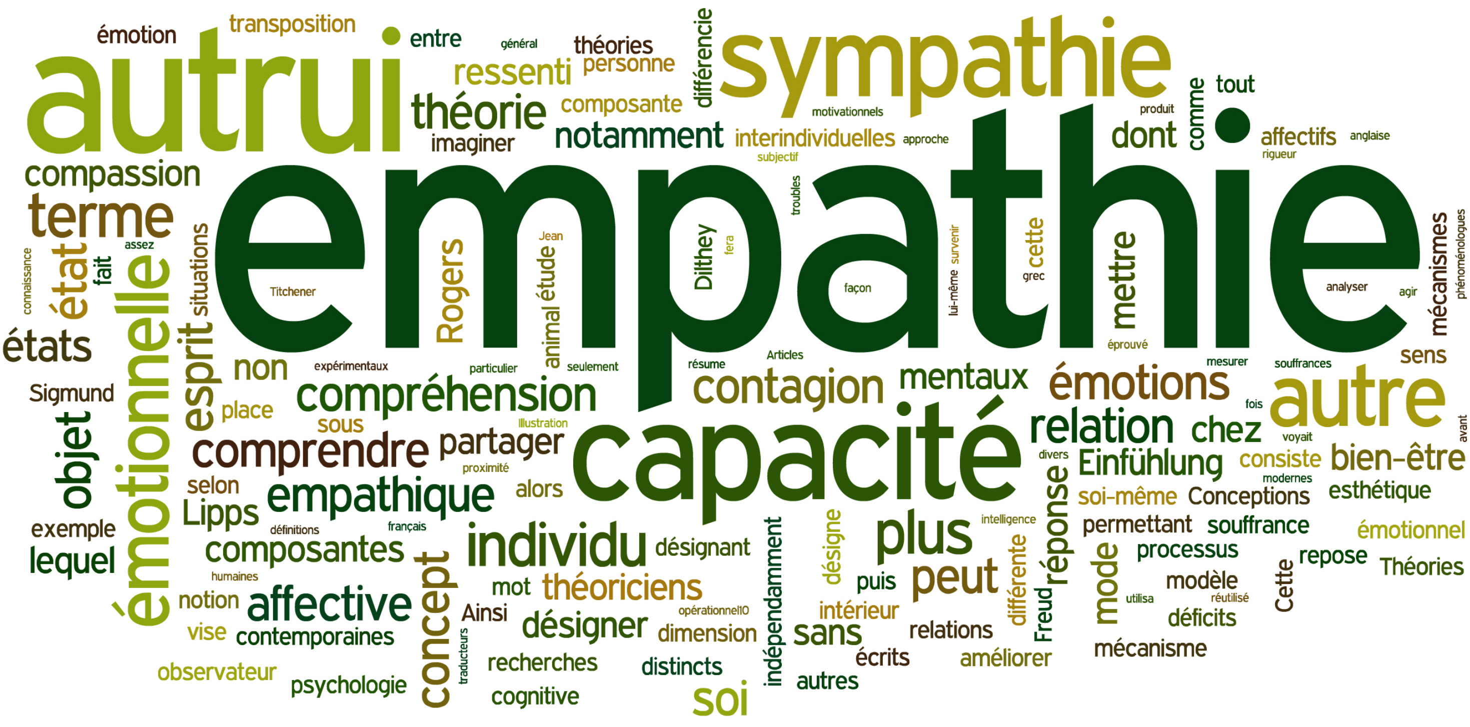
Das zentrale Tätigkeitsfeld von Pflegepersonen ist die Betreuung von Menschen, die ihre Bedürfnisse in unterschiedlicher Weise nicht ausreichend erfüllen können. Besonders im psychiatrischen Setting und in der Langzeitpflege enstehen im Rahmen des Pflegeprozesses interpersonale Beziehungen, in denen die Pflegeperson bewusst die Gefühle und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person wahrnehmen muss. (Peplau, 1995, S. 17)

Die Grundlage für eine bedürfnisorientierte Pflege liefert zumeist die Bedürfnispyramide von Abraham Maslow. Dem zufolge wird das menschliche Verhalten von den hierarchisch strukturierten Bedürfnissen geleitet. Maslow beschrieb, dass der Mensch von Natur aus gut ist und dass Destruktivität sowie Gewalt wesentliche Reaktionen auf Frustrationen bei der Bedürniserfüllung darstellen.

Da die Erfüllung von Bedürfnissen allen Menschen als Motivation für ihr Handeln dient, hat dies sowohl für die pflegenden, als auch für die pflegebedürftigen Menschen Gültigkeit.

In der Beziehung zwischen Pflegepersonen und PatientInnen äußern sich die Bedürfnisse sowohl in offenen, als auch in verdeckten Wünschen. Aus diesem Grund ist die Selbsterkenntnis ein wesentliches Hilfsmittel für Pflegepersonen, dass diese Beziehungen professionell und therapeutisch wirksam werden. (Peplau, 1995, S. 32)

Therapeutisch wirksam zu sein bedeutet vor allem, den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person Aufmerksamkeit zu schenken. Wenn dies geschieht, wird die Pflege als soziale Kraft eingesetzt, die den Betroffenen hilft, ihre Bedürfnisse zu erkennen, die für Ihn selbst aus unterschiedlichen Gründen im verborgenen liegen. Diese verborgenen, nicht erfüllten Bedürfnisse, lösen im Menschen Spannungen aus. Der Mensch ist bestrebt, Handlungen zu setzen, die zur Reduktion dieser Spannungen führen sollen (Peplau, 1995, S 112). Da dieses Schema unbewusst abläuft, habe diese Handlungen oftmals Symptomcharakter im Sinne von psychopathologischen Phänomenen, wie beispielsweise Vermeidungsverhalten, Selbstverletzung, Zwangs-



(C) andyller

handlungen, verbale und/oder körperliche Übergriffe und sozialer Rückzug. Deshalb ist es notwendig, in der Pflegeausbildung die Bedürfnisorientierung zu fördern, damit Pflegende die Haltung entwickeln können, sich professionell den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen zuzuwenden. (Peplau, 1995, S. 112)

Nicht erfüllte Bedürfnisse

Traditionellerweise wird an Pflegepersonen der Anspruch gestellt, dass sie sich in auf die Bedürfnisse der pflegbedürftigen Menschen konzentrieren müssen. In den Ausbildungscurricula zur Gesundheits- und Krankenpflege wird ebenfalls fast ausschließlich auf die pflegebedürftigen Personen fokussiert. Daher wird in der Ausbildung selten darauf geachtet, dass Pflegepersonen auf die Wahrnehmung ihrer eigenen Bedürfnissen trainiert werden. Dies hat in der praktischen Tätigkeit zur Folge, dass sie ihre Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigen. Dazu kommt eine Personal- und Ressourcenverknappung und ein immer größerer Tätigkeitsbereich, wodurch die Bedürfniserfüllung bei den Pflegepersonen in einen Mangel gerät.

Diese nicht erfüllten und nicht wahrgenommen Bedürfnisse treten dann als Urteile über Andere oder sich selbst zu Tage. Damit kommen Pflegepersonen in ein Spannungsfeld zwischen den eigenen nicht wahrgenommenen, verdeckten Bedürfnissen und dem therapeutischen Auftrag. Dies kann im schlimmsten Fall zu Erkrankungen („Burnout“) bei Pflegepersonen und Aggression bzw. Gewalt in der Pflege führen.(Sears, 2012, S. 51 f.)

Aus der Erfahrung zeigt sich, dass es ohne Training nicht möglich scheint, seine Bedürfnisse bewusst zu benennen und in diesem Bewusstsein Handlungsentscheidungen zu treffen. Das ist in Alltagssituationen, für deren Bewältigung ausreichend automatisierte Copinstrategien zur Verfügung stehen auch selten notwendig. Pflegende kommen jedoch auf Grund der Ausnahmesituationen, in denen sich pflegebedürftige Menschen und deren Zugehörige befinden oftmals in ein Entscheidungsdilemma, bei dem unbewusste, nicht erfüllte Bedürfnisse ein großes Hindernis für zufriedenstellende Handlungsenscheidungen darstellen. Meist handelt es sich dabei um Bedürfnispaare, die auf den ersten Blick als Gegenpole erscheinen. Wenn eine Seite unbewusst so stark überwiegt, dass die andere in Mangel gerät. Werden die beiden Bedürfnispole gleichzeitig und bewusst als sich ergänzend wahrgenommen, besteht die Möglichkeit neue Strategien zu entwickeln, die beide Seiten berücksichtigen. Die klassischen Bedürfnispaare bei Pflegenden, welche Dilemmasituationen auslösen, sind Nähe und Distanz, Fürsorge und Selbstbestimmung, Sicherheit und Freiheit sowie Struktur und Gestaltungsfreiraum.

„Nur wenn Menschen sich ihrer selbst bewusst werden und im Sinne Rosenbergs auch gewaltfrei mit sich selbst umgehen, also nicht länger ihre Gefühle und Bedürfnisse ingnorieren, sind sie in der Lage, sich den Gefühlen und Bedürfnissen anderer Menschen mitfühlend zuzuwenden.“ (Fritsch, 2012, S7)

Aus diesen Gründen wurde im Rahmen der speziellen Grundausbildung für psychiatrische Gesundheits- und Krankepflege an der Schule im Otto Wagner Spital Wien, bereits 2010 begonnen, nach Wegen zu suchen, um die Selbst- und Fremdreflexiven Fähigkeiten von Auszubildenden zu fördern. Seit 2013 wurde dieser Teil der Ausbildung in Projektform strutkuriert als Affektresonanztraining ART© implementiert und wird seither laufend evaluiert und weiterentwickelt (Zemann et. al, 2017, S. 25).

„ … ist ein Trainingsprogramm zur Förderung der Wahrnehmung von Gefühlen … den dahinterliegende Bedürfnissen sowie der bewussten kognitiven Verarbeitung, mit dem Ziel die reflexive Kompetenz und Empathiefertigkeit von Menschen in Pflege-, pädagogischen und therapeutischen Berufen zu stärken. Die Basis dafür ist das Modell der gewaltfreien Kommunikation und das Konzept der Mentalisierung.“ (Zemann E. et al., 2017, S 26)

Das Trainig teilt sich in drei, ineinander greifende Module. Im Modul 1 wird die Fähigkeit und Fertigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstempathie auf Grundlage des Modells der gewaltfreien Kommunikation (GFK) nach Marshall B. Rosenberg geschult und trainiert. Erstmals beschrieben wurde die GFK bereits 1963 von Marshall B. Rosenberg. Er war Gründer und Leiter des „Center for Nonviolent Communication“ in den USA und er war weltweit als Konfliktmediator anerkannt und tätig.

Die Wurzeln der GFK liegen in der humanistischen Psychologie und der klientenzentrierten Gesprächstherapie von Carl Rogers. Verändert hat sich der Fokus auf

die zentralen Bedürfnisse und Gefühle, die in der Haltung der GFK grundsätzlich alle Menschen verbinden. Dieser Ansatz wurde deshalb für das erste Modul gewählt, da die Haltung und die Ethik der GFK eindeutig in Einklang mit dem Ethikkodex des International Council of Nursing, dem auch die deutschsprachigen Berufsverbände angehören, stehen. Zudem bieten die klaren Strukturen und Werkzeuge, die hilfreich sind, an der Haltung und an der Technik zu arbeiten.

Sich in sich selbst einfühlen

Grundsätzlich hilft die GFK im Umgang mit drei Herausforderungen in der zwischenmenschlichen Kommunikation:

- Die eigenen Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen, ohne andere Menschen dafür verantwortlich zu machen
- Ehrlich auszudrücken, was mich bewegt, ohne zu beschuldigen oder zu kritisieren
- Empathisch einfühlen, was in dir vermutlich vorgeht, ohne Beschuldigungen oder Kritik zu hören (Rosenberg, 2007, S. 25)

Um den Ansprüchen in der Kommunikation nach außen gerecht werden zu können, ist es notwendig, sich zunächst in sich selbst einfühlen zu können, ohne zu beschuldigen oder zu kritisieren. Solange wir selbst mit uns gewalttätig umgehen, wird es schwierig sein, auf Andere empathisch zu reagieren. (Rosenberg, 2007, S. 149)

„Die bedeutenste Anwendung der GFK liegt vermutlich in der Entwicklung von Selbst-Empathie“ (Rosenberg, 2002, S. 149)

In den Aus- und Weiterbildungen im Berufsfeld der Pflege wird der Begriff Empathie in unterschiedlicher Art und aus unterschiedlichen Perspektiven verwendet. Bischof-Köhler beschreibt Empathie als einen Prozess „… bei dem ein Beobachter an dem Gefühl oder der Intention einer anderen Person teilhat und dadurch versteht, was diese Person fühlt oder beabsichtigt“ (Altmann, 2015, S. 7). Dabei wird die Empathie als primär emotionaler Vorgang beschrieben.

Andere Definitionen (Kohut, 1984) differenzieren affektive und kognitive Aspekte. Die kognitive Komponente der Empathie fasst das intellektuelle Verstehen und Nachvollziehen-Können der Situation einer anderen Person zusammen (vgl. Altmann, 2015, S. 7). Diese kognitiven Aspekte der Empathie lassen sich mit der Mentalisierungskonzept von Peter Fonagy beschreiben und erklären. Wir mentalisieren, wenn wir uns bewusst werden, was in einem anderen Menschen oder was in uns selbst vorgeht. Fonagy hat es auf die prägnante Formel gebracht: „Having mind in mind“ (Allen et al., 2008, S. 3). Frei übersetzt bedeutet dies: „Denke über dein Denken nach“.

Der Aspekt der Mentalisierung ist zentrales Thema im ART© - Modul 2. Aus diesem Grund wird hier auch nicht genauer darauf eingegangen.

Der Empathie-Begriff der GFK bedeutet grundsätzlich ein respektvolles Verstehen der Erfahrungen anderer Menschen. Diese erfordert eine Leere der Empfangskanäle, um Präsenz aufrecht zu erhalten. Dies ist nur möglich, wenn der Verstand „leer“, das heißt frei von Bewertungen und Urteilen, ist. Der Fokus liegt darauf, was der andere Mensch gerade fühlt und welches unerfüllte Bedürfnis im Moment vorhanden ist (Rosenberg, 2007, S. 113ff).

Um diese Ansprüche erfüllen zu können, werden folgende Fähigkeit

Selbstverantwortung

- Innere Klarheit bekommen, wenn Schuldgefühle und Wut im Zusammenhang mit moralischen Urteilen bzw. Vorurteilen vorhanden sind
- Bewusstes Wahrnehmen der eigenen Gefühle und Bedürfnisse
- Bewusstwerden der persönlichen Freiheit und des eigenen Handlungsspielraums

Grundannahmen der GFK:

1. Jeder Mensch ist für sich selbst verantwortlich:
   - für die Gedanken, denen er/ sie Kraft und Glauben schenkt,
   - für die Worte, die er/ sie spricht,
   - für die Gefühle, die er/ sie fühlt
   - für die eigenen Bedürfnisse
   - für die Strategien, die gewählt werden, um bestimmte Bedürfnisse zu befriedigen

2. Selbstverantwortung ist ein Lernprozess, der nicht früh genug beginnen kann.

3. Die GFK kann beim Erlernen von mehr Selbstverantwortung und der deutlichen Trennung zwischen dem ICH und dem DU sehr hilfreich sein.

Die Grundhaltung der GFK, dass Menschen Handlungen setzen, um sich ihre Bedürfnisse zu erfüllen, egal ob Sie diese bewusst wahrnehmen oder nicht, deckt sich eindeutig mit der Sichtweise von Peplau in ihrem Modell der psychodynamischen Pflege (Rosenberg, 2007, S. 73; Peplau, 1995, S. 101 ff). Während bei Peplau die Wichtigkeit dieser Beziehungsdynamik für die Entwicklung des pflegebedürftigen Menschen beschrieben wird, beschreibt Rosenberg konkret den Kommunikationsaspekt für die Gestaltung dieser Beziehungen. Daraus kann geschlossen werden, wenn pflegerische Beziehungen sinnvoll und gesundheitsfördernd wirken sollen, ist primär die Selbstempathie der Pflegenden von enormer Bedeutung.

ART© 1. Modul: Affektresonante, bedürfnisorientierte Selbstempathie

Dieser Teil des Trainings soll den Umgang (Reaktion=Resonanz) mit den intensiven, teils heftigen Gefühlszuständen (=Affekte) erleichtern, indem es darauf fokussiert, welche Bedürfnisse hinter diesen Affekten stehen. Der Begriff der Selbstempathie im Sinne der GFK, bedeutet einen Prozess zu durchlaufen, in dem wir uns Selbst auf die gleiche Weise zuhören, wie wir es bei anderen tun. Es geht darum, auf das zu hören, was in unserem Inneren vorgeht, welche Gefühle und Bedürfnisse sich hinter unseren Gedanken und Handlungen verbergen. Dabei wird versucht, Strategien zu entwickeln, wie unsere Bedürfnisse erfüllt werden können und gleichzeitig die Bedürfnisse Anderer respektiert werden (Larsson & Hoffmann, 2013, S. 78).

Da Selbstempathie im Alltag und auch für die meisten Menschen in Ihrer Persönlichkeitsentwicklung kaum Thema ist, wird der „Abstand vom Kopf zum Herzen“ der „längste halbe Meter der Welt.“ Daraus lässt sich ableiten, dass Selbstempathie in der Pflegeaus- und Weiterbildung eine wesentliche Grundlage für empathische, authentische Beziehungen im Rahmen des Pflegeprozesses darstellt.

Abbildung 1: Einbettung der Selbstempathie und 4-Schritte im GFK-Grundmodell

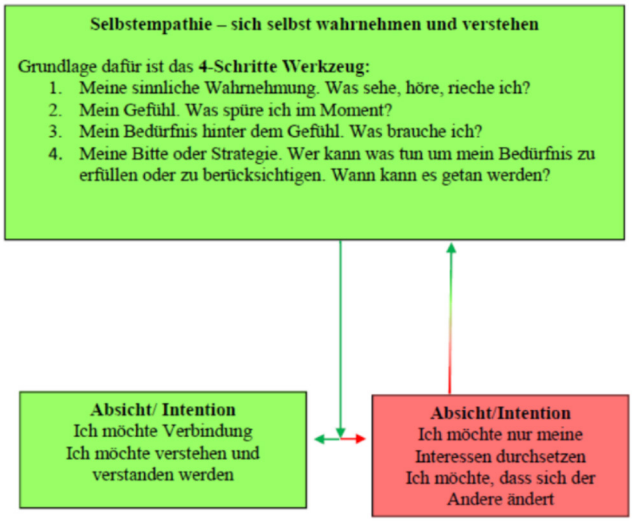


Abbildung 2: Der Kommunikationsflow mit Fokus auf die Selbstwahrnehmung (eigene Grafik)

Diese Selbstempathie wird im ART© Modul 1 gezielt trainiert und gefördert.

Allgemeines zum Trainingssetting

Im Grundmodell der GFK werden die vier Schritte in er Reihenfolge Wahrnehmung – Gefühl – Bedürfnis – Bitte beschrieben. Dies erfordert einiges an Übung, um beispielsweise Wahrnehmungen und Gefühle von Bewertungen und Beschuldigungen oder Bedürfnisse von Strategien zu unterscheiden. Daraus ergibt sich aus pädagogischer Sicht, die Notwendigkeit bei den Kompetenzen der Auszubildenden anzuknüpfen. Im Unterschied zu Seminaren, die sich ausschließlich mit der GFK beschäftigen, werden im ART© 1 Übungen die aus anderen personenzentrierten Ansätzen, sofern Sie der Ethik der GFK nicht widersprechen, ebenfalls durchgeführt.

Im Folgenden werden unterschiedliche Übungen aus Trainingsprogrammen der aus anderen personenzentrierten Ansätzen, deren Grundhaltung mit der Haltung der GFK vereinbar ist, beschrieben. Diese Übungen sind von unterschiedlichen Autoren, aus Seminaren und teilweise selbst entwickelt. Alle beschriebenen Übungen wurden bereits im Rahmen des ART© - 1. Modul in verschiedenen Gruppen durchgeführt und evaluiert.

Die Reihenfolge stellt keine Wertung dar. Auf Grund der Haltung im Sinne der GFK gibt es keine

Bewertungen im Sinne von „richtig und falsch“. Alle Übungen zielen darauf ab, im Hier und Jetzt das „Selbst“ wahrzunehmen und ins Bewusstsein zu bringen. Auf gruppenspezifische und individuelle Unterschiede müssen Lehrpersonen im Setting spontan reagieren. Es ist ein hoher Grad an Selbstbestimmung der teilnehmenden Auszubildenden und Individualität notwendig. Dies erfordert von Lehrpersonen ein hohes Maß an Flexibilität, Selbstreflexion, vertieftes Wissen und Fertigkeiten in Bezug auf personenorientierte Interventionen und Gruppenleitung.

Lehrpersonen als Trainerinnen und Trainer

Trainerinnen und Trainer sind Personen, die Lernprozesse fördern und moderieren. Sie gestalten Lernräume, in denen sie lernbereite und -interessierte Personen anleiten, begleiten, beraten und ihnen helfen, ihre eigenen Lernerfahrungen zu machen. Die Wissensvermittlung bleibt dennoch auch Bestandteil des methodisch-didaktischen Konzepts eines Trainers bzw. einer Trainerin. Lehren und Begleiten sind somit keineswegs als Gegensätze, sondern als eine, einander ergänzende, didaktische Einheit zu sehen. Der Tätigkeitsschwerpunkt liegt dabei klar auf dem Einüben von Fertigkeiten.

ART© 1 – Trainerinnen und Trainer müssen über die entsprechende Grundhaltung im Sinne der GFK und eine Vielzahl von Kompetenzen (=Fähigkeiten und Fertigkeiten) verfügen, um die Prinzipien des Trainings umsetzen zu können.

1. Fachkompetenz

ART© 1 - TrainerInnen benötigen:

- Vertiefte Kenntnisse über die GFK, Kenntnisse über die Schlüsselunterscheidungen, nachgewiesene Praxisanwendung und Erfahrung mit der GFK (z.B. Trainerausbildung des CNVC, Fachverband Gewaltfreie Kommunikation oder Gewaltfreie Kommunikation Austria)
- Kenntnisse und Anwendungserfahrung über Modelle, die sich zur Selbstreflexion eignen und der Ethik der GFK nicht widersprechen. Modelle, die dies erfüllen, sind The Work (Byron Katie), das innere Team (Schulz von Thun), Achtsamkeit (Jon Kabat-Zinn), Innere Reise (Klaus Lange)
- Wissen und Erfahrung über Gruppendynamik, Gruppenleitung und Konfliktmanagement (z.B. aus Mediationsausbildungen, Coaching, Supervision usw.)

2. Methodenkompetenz

ART© 1 – TrainerInnen brauchen Erfahrung in der Anwendung von zumindest zehn unterschiedlichen Übungen. Dies erfordert eine praktische Eigenanwendung (muss die Übung selbst als Teilnehmer miterlebt und reflektiert haben) und Erfahrung sowie Übung in der Anleitung anderer Personen in unterschiedlichen Settings. Die Erfahrung zeigt, je mehr Übungen von der Trainerpersönlichkeit flexibel eingesetzt werden können, umso lebendiger und authentischer wird das Trainingssetting.

3. Personale Kompetenz (Haltung)

ART© 1 – TrainerInnen müssen selbst bereit sein, den Weg der Selbstempathie zu gehen und alle Übungen, die Sie in den Gruppen anleiten wollen, auch selbst durchzuführen. Das wahrscheinlich wesentlichste ist die persönliche Haltung auf den Grundlagen ethischen Selbstverständnisses des Fachverbandes Gewaltfreie Kommunikation.

Menschenbild

ART © 1 - TrainerInnen anerkennen die Gleichwertigkeit aller Menschen aus dem Verständnis heraus, dass Menschen in jeder Handlung versuchen, ihre Bedürfnisse bestmöglich zu erfüllen. Mögliche Differenzen auf der Handlungsebene werden Gegenstand einer Konfliktklärung. Dabei vertrauen wir auf die Konfliktlösungskompetenz jeder einzelnen Person. Wir bewerten Situationen und Auseinandersetzungen nicht nach moralischen Kategorien von falsch oder richtig sondern danach, inwieweit sie die Bedürfnisse der Beteiligten beachten und respektieren

Konfliktdynamik

Konflikte entstehen niemals auf der Ebene der Bedürfnisse, sondern auf der Ebene von Handlungen, Meinungen und Positionen. Wir versuchen in jedem Konflikt, die Verbindung und Verständigung im Feld der Bedürfnisse und Gefühle zu bestärken. Das macht es möglich, auf der Handlungsebene gemeinsam neue Verhaltensmöglichkeiten zu schaffen, die für alle Beteiligten zufriedenstellend sind. Es ist immer möglich alle vorhandenen Bedürfnisse und Emotionen zu berücksichtigen, indem sie wahrgenommen und anerkannt werden.

Verantwortung und Entscheidungsfreiheit

Jede Person ist für die eigenen Konflikte insofern verantwortlich, als es ihr obliegt, sie aufrichtig anzusprechen und in einem Konfliktgespräch gleichzeitig die Verbindung zum Gegenüber zu betonen. Die persönliche Verantwortung liegt auch darin, auf andere Menschen in Streitfällen

vorrangig empathisch und aufrichtig zu reagieren. Ist das subjektiv zunächst nicht möglich, steht die (begleitete) Selbst-Empathie zur Verfügung, um die Empathie und/oder Aufrichtigkeit nach außen zu ermöglichen. Wir betonen dabei die Wichtigkeit einer Balance von Aufrichtigkeit und Empathie. Ganz besonders liegt uns daran, dass die Selbstverantwortung und Entscheidungsfreiheit jedes Menschen gewahrt wird. (www.fachverband-gfk.org/ethischesselbstverstaendnis.html, letzter Zugriff am 17.07.2017)

4. Soziale Kompetenz

Die soziale Kompetenz von ART © 1 - TrainerInnen zeig sich darin, dass Sie die Ansprüche des ethischen Selbstverständnisses in Ihrer Selbstverantwortung praktisch umsetzen. Es bedeutet, im Sinne der GFK nach außen entweder empathisch zu reagieren und entgegengebrachte Urteile, Angriffe und Bewertungen in Gefühle und Bedürfnisse des Gegenübers zu übersetzen. In der Aufrichtigkeit der Mitteilung fokussieren sie auf die eigenen Gefühle und Bedürfnisse, ohne dabei andere zu Verurteilen. Sollte dies in bestimmten Situationen nicht möglich sein, reflektieren sie im Sinne der Selbst-Empathie.

Empfehlungen für das Trainingssetting und Beispiele für Übungen

Ausbildungen im gehobenen Dienst für Gesundheits-und Krankenpfleger(innen) mit sechs Semestern (ursprünglich dreijährige Grundausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege):

- Ein bis zwei Wochen vor dem ersten Praxiseinsatz oder zu Beginn des zweiten Semesters (wenn ein Praktikum erst zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen ist) à zwei Unterrichtseinheiten für Information und Einführung
- Über den gesamten Praxiszeitraum oder im zweiten Semester à Fünf Mal vier Unterrichtseinheiten (20 UE) im Abstand von zwei bis drei Wochen. Die Trainingseinheiten können sowohl während der Praxis als auch während der Theorie abgehalten werden. Auf Grund der höheren Wahrscheinlichkeit von emotionaler Betroffenheit der Studierenden, ist die Durchführung des Trainings während der praktischen Ausbildung vorzuziehen

Einjährige Sonderausbildung für psychiatrisch Pflegende und Pflegeassistenzausbildung:

- Ein Drei bis fünf Ausbildungswochen à zwei Unterrichtseinheiten für Information und Einführung
- Fünf mal vier Unterrichtseinheiten (20UE) im Abstand von zwei bis drei Wochen über die restliche Theorie und das erste Praktikum. Auch hier gilt der Grundsatz, so viele Einheiten wie möglich während des Praktikums.

Organisatorische Empfehlungen

- Optimale Größe der Gruppen ist zehn bis zwölf Personen
- Wenn dies organisatorisch nicht möglich ist: mindestens acht Personen, höchstens 15 Personen. Außerhalb dieses Rahmens wird das Training von den Teilnehmern als unangenehm und wenig hilfreich bezeichnet
- Die Gruppen sollen über den gesamten Ablauf unverändert bleiben
- Die TeilnehmerInnen sollten sich Ihre Gruppe im Rahmen der organisatorischen Möglichkeiten aussuchen können
- Notwendig ist ein Raum für die gesamte Gruppe, in dem auf die Gruppengröße abgestimmt ein Sesselkreis möglich ist. Weiters sind, je nach Gruppengröße, zwei bis fünf weitere Räume für Kleingruppen und Einzelreflexionsübungen notwendig
- Medienausstattung: Flipchart, TV-Gerät oder PC/Beamer für kurze Videosequenzen

Übungen mit dem GFK-Tanzparkett („Giraffentanzparkett“)

Das GFK-Tanzparkett wurde von Gina Lawrie und Bridget Belgrave, beide zertifizierte Trainerinnen des CVCN, entwickelt. Durch verschieden angeordnete Karten im Format DIN-A4 („Tanzparkett“) werden unterschiedliche GFK-Prozesse auf dem Boden dargestellt. Jede Karte steht für einen Schritt im „Tanz“ der Kommunikation. Diese Schritte können in beliebiger Reihenfolge verwendet werden und dienen zur Unterstützung einer authentischen, flüssigen und bewussten Kommunikation. Es gibt insgesamt neun „Tänze“, die jeweils dazu dienen, das Bewusstsein und die Geschicklichkeit in einem bestimmten Bereich der GFK zu schulen. Es gibt vier „Innen-Außen-Tänze“, um den Dialog im Rollenspiel zu üben, und fünf „Innen-Tänze“ für transformative innere Prozesse. (vgl. Belgrave u. Lawrie, 2014)

Der Fokus im ART© 1 liegt dabei auf vier der sogenannten „Innen-Tänzen“.

Selbsteinfühlungstanz: Das Ziel dabei ist, Zeit für Selbstfürsorge zu nehmen, innere Klarheit zu finde und bewusst die eigene Kraft wahrnehmen. Dieser wird im ART 1 als Grundlage immer geübt.

Die weiteren „Tänze“ werden flexibel und anlassbezogen verwendet:

- Der Ärger/Scham-Tanz: Transformieren von Ärger, Scham und Schuld um wieder mit sich selbst in Verbindung zu kommen, das heißt seine Bedürfnisse die unter diesen Zuständen liegen bewusst zu machen.
- Erzieher/Entscheider-Tanz: Ziel ist das Erforschen von Handlungen, die die bedauert werden, sodass man sich wirklich selbst annehmen kann.
- Ja/Nein Tanz: Hilfestellung über innere Konflikte und Unsicherheiten hinaus Entscheidungen zu treffen, die nicht bedauert werden müssen. (vgl. Belgrave u. Lawrie, 2017)

Beim Training mit den „Innen-Tänzen“ ist grundsätzlich darauf zu achten, dass im Vorfeld erlebte Situationen der Auszubildenden in der Gruppe gesammelt werden. Die Auswahl des „Falles“ erfolgt durch die Gruppe. Die Aufgabe des Trainers ist es, die Auswahl zu moderieren. Dabei ist Bedürfnisorientierung das oberste Prinzip. Es sollen beim Training die Bedürfnisse aller beteiligten berücksichtigt werden.

In den ersten Trainingseinheiten wird die falleinbringende Person vom Trainer oder der Trainerin begleitet, die restlichen TeilnehmerInnen haben die Aufgabe, zu versuchen, sich in die Person einzufühlen und auch mögliche Gefühle und Bedürfnisse als Angebot zu verbalisieren. Der Trainer hat dabei die Aufgabe, geduldig zu sein, um der Gruppe Zeit zu geben. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass die falleinbringende Person ausreichend Zeit bekommt, in sich hinein zu spüren. Es gibt im Ablauf kein „richtig“ und „falsch. Der Trainer leitet die Person lediglich auf Basis der gemachten Aussagen zum jeweiligen Bodenanker.

Die Entscheidung über das Ende der Übungssequenz trifft die Falleinbringende Person, wenn sie meint, dass es auf Bedürfnisebene passt oder wenn ein wichtiges Bedürfnis gegen ein Weitermachen spricht.

Nach jedem „Tanz“ wird in der Gruppe reflektiert, was konkret in diesem Prozess passiert ist, welche Bedürfnisse erfüllt wurden welche nicht, welche Erkenntnisse ergeben sich daraus usw. Die Sequenz wird beendet, indem die falleinbringende Person die Möglichkeit bekommt, den Prozess für sich noch einmal nach den Inputs der Gruppe, zu verbalisieren.

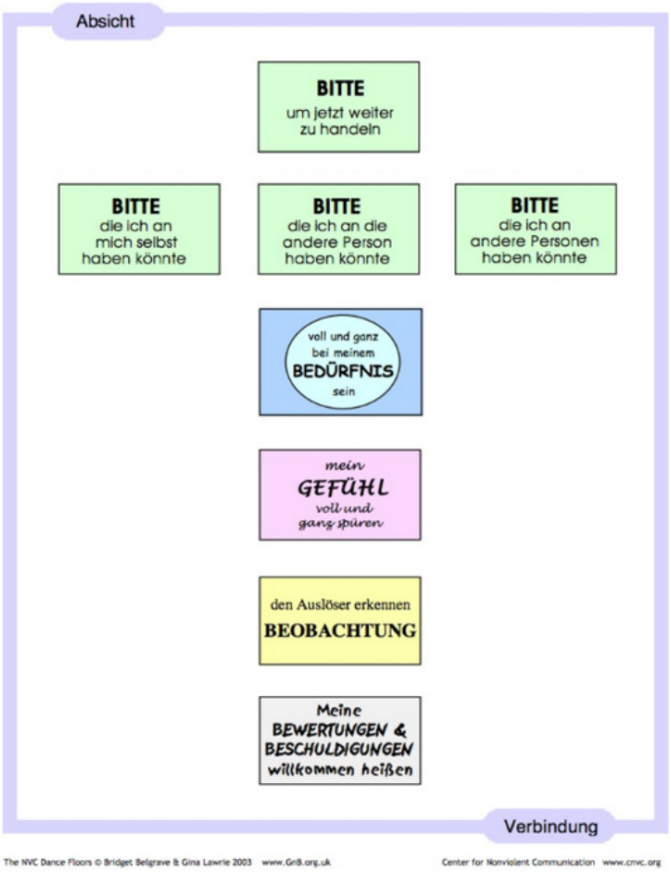


Abbildung 3: Selbsteinfühlungstanz, Quelle: Belgrave u. Lawrie, 2017

Nach zwei bis drei Anwendungen kann auch schon begonnen werden, dass sich die teilnehmenden Auszubildenden in Kleingruppen gegenseitig begleiten. Wesentlich dabei ist, dass immer auf die Freiwilligkeit der teilnehmenden Personen geachtet wird und nach jedem „Tanz“ die Möglichkeit zur Reflexion des Prozesses mit einem Trainer oder Trainerin besteht.

Außer dem GFK-Tanzparkett in den unterschiedlichen Variationen werden Arbeitsblätter zu Einzelreflexionen verwendet. Diese sind im Aufbau dem GFK-Tanzparkett ähnlich und werden auch anlassbezogen auf konkret erlebte Situationen verwendet.

Wenn seitens der Gruppe keine konkreten Erlebnisse zu besprechen sind, werden in erster

Reflexionsübungen zu Gefühlen und Bedürfnissen sowie Übungen zum Unterscheiden von Beobachtungen und Bewertungen durchgeführt. Dafür werden Reflexionsanleitungen in Form von Arbeitsblättern verwendet und abwechselnd in Einzel- oder Partnerreflexionssequenzen mit anschließender Reflexion der jeweiligen Übung in der Gruppe gearbeitet.

Wesentlich für die Übungen ist, dass sie mit der vorhin beschriebenen Ethik der GFK in Einklang stehen.

Evaluierung und Conclusio

Am Ende der letzten Einheit wurde in jeder Trainingsgruppe mit der offenen Frage „Welche Auswirkungen hatte das ART 1 für Sie persönlich in Ihren unterschiedlichen Lebenssituationen?“ die subjektive Sicht der Teilnehmerinnen erhoben. Aus den Aussagen entstanden die Kategorien „subjektiv angenehme“, „subjektiv keine“ und „subjektiv unangenehme“ Auswirkungen.

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass für die Auszubilden die positiven Aspekte überwiegen. Die subjektiv angenehmen Auswirkungen zeigen sich in erster Linie in einem „besseren“ Umgang mit sich selbst, einer bewusst erlebten inneren Ruhe und dadurch erlebten verbesserten Interaktion in Konflikt- und Krisensituationen.

Als subjektiv unangenehm wurde beschrieben, dass es bei der Veränderung der persönlichen Haltung auch unangenehme Rückmeldung aus dem sozialen Umfeld gibt. Das deckt sich auch mit meinen eigenen Erfahrungen. Die Rückmeldungen sind jedoch als weiteres Lernfeld nutzbar. Letztlich haben subjektive Veränderungsprozesse immer auch Auswirkungen auf das soziale Umfeld, die für dieses auch beängstigend sein können. Um auch quantitative Ergebnisse zu erlangen, wird in den nächsten Lehrgängen versucht, eine mögliche Veränderung mittels der Self-Compassion Scale (Neff, Whittaker & Karl, 2017, S 1f) in der deutschen Version (SCS-D) von Hupfeld und Ruffieux 2011 (Harrer, 2017) zu messen.

Literatur

Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2011). Mentalisieren in der Psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.

Belgrave, B. & Lawrie, G. (ohne Jahresangabe). NVC-Dance-Floors - Einleitung und Bodenanker. http://nvcdancefloors.com/ (Letzter Zugriff am20.10.2017)

Fritsch, G. R. (2012). Der Gefühl- und Bedürfnisnavigator - Gefühle und Bedürfnisse Wahrnehmen (2. Auflage). Paderborn: Junfermann.

Fritsch, G. R. (2012). Praktische Selbst-Empathie – Herausfinden; was man fühlt und braucht (4. Auflage). Paderborn: Junfermann.

Harrer, M. E. (ohne Jahresangabe). Selbst-Mitgefühl - Self-Compassion Scale – Validierte deutsche Version (SCS-D). www.achtsamleben.de/self-compassion-scale/ (Letzter Zugriff am 19.07.2017)

Larsson, L. & Hoffmann K. (2013): 42 Schlüsselunterscheidungen in der GFK - Für ein tieferes Verständnis der Gewaltfreien Kommunikation. Paderborn: Junfermann.

Neff, K. D.,Witthaker, T. A. & Karl, A.. Examining the Factor Structure of the Self-Compassion Scale in Four Distinct Population: Is the Use of a total Score Justified? In Journal of Personality Assessment, www.tandfonline.com/loi/hjpa20 (Letzter Zugriff am 19.07.2017)

Peplau, H. E. (1995). Interpersonale Beziehungen in der Pflege - Ein konzeptuelle Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Kassel: Recom.

Rosenberg, Marshall B. (2007). Gewaltfreie Kommunikation – Eine Sprache des Lebens. Paderborn: Junfermann.

Rüther, C. (ohne Jahresangabe). Skript zum Jahrestraining und zur Trainerausbildung in „Gewaltfreie Kommunikation“ (GFK) nach Marshall Rosenberg, Version 1.3. http://www.gfk-training.com/wp-content/uploads/2015/01/jahrestraining-skript-neu1.3.pdf (Letzter Zugriff am 17.07.2017)

Schulz von Thun, F. (2006). Das „Innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation - Miteinander reden 3. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Sears, Melanie (2012). Gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Paderborn: Junfermann.

Weckert, A. (2011). Empathie in der Pflege - Lässt sich eine einfühlsame Grundhaltung erlernen? In Die Schwester Der Pfleger, 50, 540-543.

Weckert, A. & Oboth M. (2017). Der Tanz auf dem Vulkan - Gewaltfreie Kommunikation und Neurobiologie in Konfliktsituationen. Paderborn: Junfermann.

Zemann, E., Gundacker, C., Schossmaier, G., Steinberger, J. & Totzauer, G. (2017). Affektresonanztraining ART© in der speziellen Grundausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege am Otto-Wagner-Spital der Stadt Wien. In Österreichische Pflegezeitschrift, 70 (1), 26 – 28.

Autor

Gerhard Schoßmaier

1996-1999 Diplom der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, 2001 Weiterbildung Pflege und Betreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2005-2007 Universitätslehrgang für Lehrerinnen und Lehrer in der Gesundheits- und Krankenpflege, 2014 Trainerausbildung für gewaltfreie Kommunikation, 2017-2018 Weiterbildung f. basales und mittleres Pflegemanagement, derzeit Masterstudium Pflegepädagogik (Uni Graz, Abschluss Februar 2020), Berufserfahrung in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und in verschiedenen anderen Pflegebereichen psychiatrischer Einrichtungen, Lehrtätigkeit in Schulen und FH für Pflegeberufe, Vortragstätigkeit auf nationalen und internationalen Kongressen mit psychiatrischen und ausbildungsbezogenen Inhalten, Fachbuchautor

(C) fizkes

Neue Formen der Wissensvermittlung

An der Schnittstelle von Selbsterfahrung und Lerntheorien zur Kompetenzentwicklung

2010 startete ein innovatives Ausbildungskonzept für Student_innen im Otto-Wagner-Spital in Wien zur Förderung reflexiver Fähigkeiten und zur Schulung von Empathie. Die Student_innen absolvierten die psychiatrische Krankenpflegeausbildung mit einer Ausbildungsdauer von sechs Semestern. In den ersten beiden Semestern liegt der Schwerpunkt unseres Trainings auf der Selbsterfahrung, in den Semestern 3 und 4 auf der Schulung der Empathie in der Begegnung mit Patient_innen und in den Semestern 5 und 6 auf der intersubjektiven, relationalen Supervision und der Prozessgestaltung (Hajek, 2019; Zemann et al. 2017; Steinberger et al. 2013; Sieberth, Steinberger, 2013).

Dieser Artikel beschäftigt sich mit dem Ausbildungszeitraum der Semester 3 und 4, mit der Fragestellung: Wie transformieren sich Erkenntnisse und Wissen im Sinne der Selbsterfahrung in die Kompetenz für empathisches, mentalisierendes, intersubjektives und relationales Begegnungswissen?

Affektreflektives Training von Ausbildungsgruppen A.R.T. (Semester 3 und 4)

Mit der Bedeutung der Schnittstelle für die Lehre von psychischen Phänomenen wie Empathie und dem Verstehen von nicht sichtbaren Phänomenen gleichzeitig mit den Mitteln, die gelehrt bzw. vermittelt werden sollen, kämpfen viele Ausbildungen. Die seelischen Mechanismen wirken in einer Permanenz der Begegnung und sollen doch vermittelt werden, indem sie nur durch sich selbst vermittelt werden können. Die Betrachtung von psychischer Dynamik kann nur aus der Psychodynamik, die im Moment der Betrachtung vorherrscht, erfolgen. Indem ich sie sichtbar mache, verändere ich die Dynamik, die sich in einem permanenten dynamischen Prozess befindet.

Die Sprachbedeutung entscheidet die Formulierung und die Sichtweise der Situation. Wir sind in jeder Situation psychische Wesen, die Sprache in Form von Technik brauchen, um etwas sichtbar zu machen und etwas über sich und andere in Erfahrung zu bringen, das sich in Form von Selbst(erfah-

rung) und anderen (Supervision) entfaltet.

Wenn sich die Vorstellung der Trennung als Leitgedanke durchsetzt, so überwiegt der Gedanke der Technik in der Begegnung und legt den Fokus auf eine naturwissenschaftliche Sicht der Vermittlung. Wenn sich die Wertigkeit auf das psychische Dasein verlagert, fehlt die Referenz der Beschreibung der psychischen Phänomene und damit eine Trennung bzw. die Einnahme einer Metaposition zum emotionalen Erleben. Benennung und Vorstellung von Technik frieren die zu erdenkenden Phänomene für einen Moment ein. Diese werden betrachtbar bzw. er-denkbar. Alle diese Erlebnisse von Denkmöglichkeiten erfolgen immer eingebettet im Fluss des dynamischen, von Gefühlen und Affekten begleiteten unsichtbaren psychischen Erlebens.

Ausbildungen unterliegen immer der Gefahr, Student_innen in ihrer Konformität im Sinne der Institution zu unterstützen und sie in eine infantile Position zu manövrieren (Kernberg, 1996, 2014, 2016, 2017; Scharff, 2000, 2014, 2017). Wenn sich der Fokus auf den Punkt der Selbsterfahrung verlagert, erfolgt verstärkt eine Atmosphäre der Regression, die sich wiederum in einer Pendelbewegung zur kognitiven metapsychologischen Ebene ausgleichen lässt. Die Flexibilität dieser Pendelbewegung zeichnet eine dynamisch arbeitende Lerngruppe aus, der es gelingt, beide Komponenten des affektiven Lernens zu verwenden.

Die Trennung von Selbsterfahrung und Supervision im Sinne von formalisierter Technikbegegnung mit den Patient_innen eröffnet eine Lücke, in der sich in jeder Begegnung zwischen Menschen ein Lern- bzw. Selbsterfahrungsfeld eröffnet und sich die eigene Involviertheit dadurch entfaltet. Wer nun lehrend und lernend ist, verwischt in dieser Bedeutung und wird als gemeinsames Erleben erfahren.

Das von uns konzipierte Ausbildungsprogramm umfasst ein mehrkanaliges Entwicklungssystem für die Student_innen, das auf einer Form von „Beobachtung“ beruht, bei dem es um die Schulung von Empathie im Sinne einer Entwicklung einer inneren mentalisierenden, intersubjektiven, relationalen Haltung geht. Diese kognitive, emotionale, interpersonelle, relationale und mentalisierende Wissensvermittlung nutzt damit ein vielschichtiges System, in dem Beobachtungen diskutiert und emotional weiterentwickelt werden. Es braucht kognitives Wissen und Theorien, um einen Referenzrahmen für Vorstellungen um und über etwas zu haben.

Die pädagogische Vermittlung erfolgt mittels affektiver Gruppen-Lernerfahrungen, die auf der Reflexion von Prozessen in der Gruppe ein Kontinuum von Erfahrungslernen bieten. Durch die Verbindung von Kognition und Affekt kommt es zu neuen Lernerfahrungen, die sich emotional tiefer verankern und damit zu neuen Erfahrungen führen.

Erfahrungen konstituieren sich durch Affekte. Sie bilden eine motivationale Struktur und damit den Motor zur Ausbildung einer Organisation des Selbst bzw. des Ichs auf der Ebene des mentalen Apparates neurologischer Abläufe in Beziehungen und in Gruppen. Beziehungserfahrungen bilden die Grundlage unserer inneren Struktur und beeinflussen die Funktionsweise unserer Psyche als Organisatorin unserer Beziehungen (Scharff, Scharff, 2014, 2000).

Dieses Erfahrung-Sammeln durch das Eingebettet-Sein in Beziehungen, geleitet durch Affekte, wird zu einem gemeinsamen Strang von Verstehen verwoben. Lernprozesse des Verstehens bilden wiederum ein Erfahrung-Sammeln und unterliegen damit ebenfalls wieder einer reflektierenden Ebene. Wie lernen wir, und was erleben wir beim Lernen?

Lernen entwickelt sich in einem intellektuellen Klima, in dem die

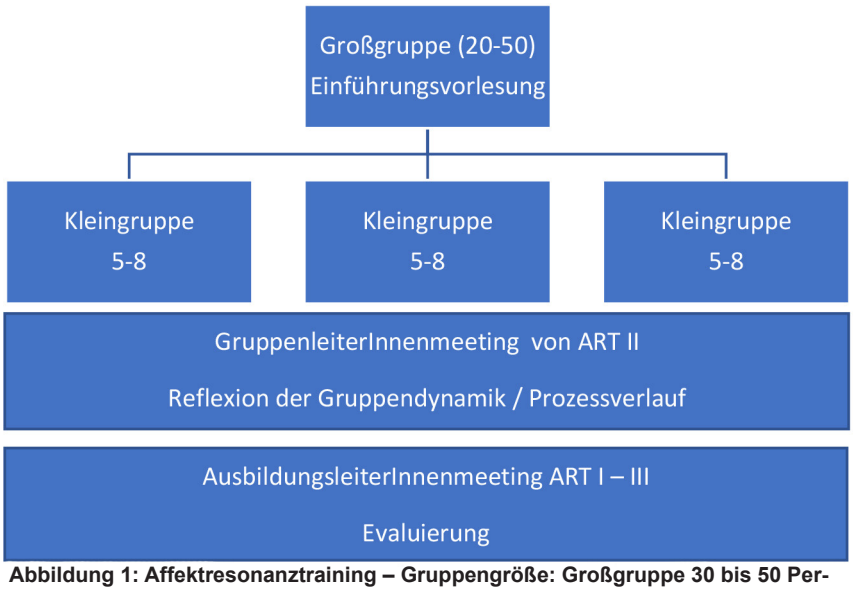


Abbildung 1: Affektresonanztraining – Gruppengröße: Großgruppe 30 bis 50 Personen, vier bis sechs Kleingruppen mit fünf bis acht Teilnehmer_innen

affektiven Resonanzen mit den kognitiven Theorien in Verbindung stehen. Konzepte werden dadurch gelebt und über das eigene Erleben verstanden. Die Student_innen müssen die Möglichkeit haben, beschriebene Phänomene selbst an sich wahrzunehmen und sie durch eine abstrahierende Theorie in eine Verallgemeinerung führen zu können. Die Kompetenz der Student_innen zeigt sich an der Fähigkeit, sich in der Kleingruppe auf den affektiven Prozess einzulassen und Verstehensprozesse fördern zu können.

Gruppe

Im Konzept von A.R.T. wird die Gruppe als affektiver Nährboden für das Lernen von Empathie bzw. deren Schärfung verwendet. Die Gefühle, die in der Gruppe von den Teilnehmer_innen erlebt werden, bilden die Basis für das kognitive Verstehen des dargebrachten Materials bzw. der geschilderten Szenen. Die kognitiven Inhalte, die von der Gruppenleitung und den Gruppenmitgliedern gebracht werden, bilden sich als sekundäres Verstehen heraus und richten sich immer nach den affektiven Inhalten. Wobei sich die meisten Gruppenmitglieder mit einem affektiv aufgeladenen Inhalt am kognitiven Material wieder beteiligen.

Die Gruppe bietet einen sicheren Raum für alle Teilnehmer_innen, um sich mit den oft belastenden Gefühlen zu konfrontieren und sie im Sinne des Verstehens zu äußern und als bedeutungsvoll zu erleben. Die Gruppe erzeugt einen Resonanzboden für die impliziten Gefühlswelten, die sich durch das dargebrachte Material entfalten, und generiert als Gruppe wieder eine eigene Sicht bzw. explizite Einflussnahme auf die vorgelesene Beobachtung. Die Student_innen erleben sich nicht einsam mit ihren Gefühlen und Wahrnehmungen, sondern fühlen sich durch die Peer-Gruppe aufgehoben. Die verwendeten Begriffe mit den Affekten und erlebten Gefühlen werden in der Gruppe zum Leben erweckt. Jede und jeder Teilnehmende wandelt die Erkenntnis in eine tiefe, persönliche Lernerfahrung um. Das kognitiv präsentierte Material und die diskutierten Theorien werden nicht nur intellektuell verstanden, sondern auch auf einer emotionaleren, tieferen Ebene des Selbst verankert.

Die Bereitschaft, es als Lernerfahrung zu verankern, hängt von der Fähigkeit der Gruppe ab, Affekte zu containen und damit eine Spannung zum Lernen zu halten, aber sich nicht von den Affekten wie Angst, Wut, Scham überfluten zu lassen. Kognitives Lernen bewegt sich in einem Raum der Aufrechterhaltung von Spannung, die in Neugier mündet und dem Schutz vor überbordenden Affekten, nicht in einen „Fluchtmodus“ getrieben zu werden (Bion, 2001).

Die Peer-Gruppe ermöglicht es, sich gegenseitig Worte zu schenken, um die eigenen Gefühle zu formulieren und damit wahrnehmen zu können. Es entsteht ein Gefühl von Freiheit, seinen Affekten nicht mehr so stark ausgeliefert zu sein, seine Emotionen formulieren zu können, sie in Worte zu abstrahieren. Dies ermöglicht Entscheidungsgewalt über sich zu gewinnen. Es reduziert die Scham, nicht allein mit seinen Gefühlen zu sein und diese am Ende eines Lernprozesses als Geschenk zu erleben. Mit meinen erlebten Gefühlen kann ich mich und den anderen verstehen und auch bewusster erleben.

Diese Form der Lernerfahrung, von der Gruppe gehalten zu werden, ermöglicht es den Student_innen, eine Fähigkeit zu entwickeln, sich authentischer den Patient_innen gegenüber zu erleben, damit auch empathischer und verstehender reagieren zu können. Die Studierenden können nun mehr Sicherheit für sich generieren, indem sie die von Patient_innen auf sie zugetragenen Affekte als nicht mehr angstauslösend im Sinne von Unaushaltbarkeit erleben. Am Ende der Lernerfahrung durch die Gruppe steht eine Sicherheit an klinischen Fertigkeiten, wie man sich authentisch auf die Begegnungen mit Patient_innen einstimmt und damit eine Erfahrung von Selbstwirksamkeit für die Student_innen erlebbar wird. Sie erleben durch die Möglichkeit ihrer Haltung, ihrer Fähigkeit von Containment auf die Situation mit den Patient_innen durch die Veränderung der erlebten Affektivität Einfluss zu nehmen.

In der Gruppe verliert die Trennung zwischen den Modalitäten von Lernen und Lehren an Bedeutung. Es wird als gemeinsamer Prozess der Entwicklung betrachtet. Wissen entwickelt sich als Wachstumsprozess aller Beteiligten. Die Gruppenleitung entwickelt sich in einem permanenten Austauschprozess mit der Gruppe in ihrem eigenen Erleben. Lernen und Wachstum sind in dieser Form eine Haltung von einem gemeinsam kreierten Prozess der Erfahrungen, tief in einem Kontinuum verankert. Ob es sich um einen Prozess von Selbsterfahrung handelt, sich Neugier von einzelnen Gruppenteilnehmer_innen gegenüber eigenem neurotischem Verhalten oder Leiden entfaltet, obliegt der Gruppe. Diese entscheidet, welcher Fokus und

damit Deutung und Rückschlüsse auf das Hier und Jetzt gelegt werden. Die Gruppenleitung bestimmt mit Hilfe der Gruppe die Konstruktion der Bedeutung gegenüber dem Erlebten und kreiert somit die gemeinsame Realität – ob es eine Reaktion der Gruppe, des Einzelnen, dessen Sorge oder eine Reaktion der Patient_innen darstellt. Das Psychische entfaltet sich in jeder Begegnung. Wir bestimmen gemeinsam die Bedeutung.

Die Kleingruppe bildet den Eckpfeiler des Erfahrungslernens. Die Gruppenteilnehmer_innen haben die Aufgabe, den Gruppenprozess zu beobachten und ihn reflektierend in den Prozess der Gruppe wieder zurückzuführen. Sie sollen einen flexiblen Denkprozess zwischen Involviertsein in die Gruppe durchlaufen und diese Erfahrungen wiederum auf einer Metaebene reflektieren, somit wiederum Rückschlüsse auf den Gruppenprozess generieren können.

Jede einzelne Person in der Gruppe hat die Aufgabe, in der Kleingruppe ihre Gefühle zum dargebrachten Material zur Diskussion zu stellen, anderen dadurch zu ermöglichen, davon berührt zu werden und wiederum durch ihre Äußerungen den Verstehensprozess mitzugestalten, sich dadurch selbst gewahr zu werden und eine Vorstellung von Bedeutung und Selbstwirksamkeit in der Gruppe zu entwickeln.

Die Lern- und Erfahrungsgruppe ist in einen größeren Kontext eines Ausbildungsinstituts eingebettet. Durch diese enge Beziehung fließen die Erfahrungen von Lehrinhalten und „affektivem Beteiligtsein“ in das Gruppengeschehen ein. Sie wird sehr stark durch die Atmosphäre der Ausbildungsinstitution und auf einer kleineren Ebene von der Haltung der Jahrgangsleiterin der Ausbildungsgruppen, die nicht in A.R.T. II und III (Semester 1/2 und 5/6) involviert ist, beeinflusst. Die Haltung der Leitung und die Haltung der Lehrgangsleiterin haben großen Einfluss auf die Gruppe und bestimmen damit die Bereitschaft der Student_innen, inwieweit sie bereit sind, sich auf diese Form des Lernens einzulassen. In unserem Ausbildungsinstitut stellt diese Unterrichtsform einen kybernetischen Prozess dar, der dem Lernen innewohnt und entscheidend zur zukünftigen Gestaltung der Ausbildungsrichtung beiträgt.

Zu Beginn von A.R.T. II wird mit dem gesamten Ausbildungslehrgang gearbeitet. In der großen Gruppe von 30 bis 40 Student_innen werden in einem vierstündigen Zeitrahmen die Konzepte von Konstruktion, Dekonstruktion, Beobachtungssituationen, relationaler Perspektive, Intersubjektivität und Mentalisieren gestreift. Später werden diese Konzepte in der Kleingruppe von fünf bis acht Teilnehmer_innen weiter ausgeführt. Diese Konzepte begleiten die Gruppenteilnehmer_innen bis zum Ende ihrer Ausbildung und versuchen, den Studierenden eine Sprache für die Formulierung von psychischen Phänomenen anzubieten.

Beim Vortrag in der Großgruppe reagieren die Student_innen sehr oft mit einer regen Diskussion über die für sie neuen Denkzugänge, die sich mehr der Geisteswissenschaft annähern und dadurch einen Modus Operandi von Auslegung aufweisen, sich aber dadurch sehr stark von den naturwissenschaftlich geprägten medizinischen Fächern entfernen. Bereits die erste Dekonstruktion in der Großgruppe kann mögliche Verunsicherungen auslösen, aber auch Gefühle von Freiheit, im Sinne einer Zuwendung zu neuen Denkräumen. Die Student_innen werden bereits in der Großgruppe dazu motiviert, sich mit Gedanken, Fragen und ihren Gefühlen an dem Vortrag zu beteiligen. Sie lernen in dieser Sequenz, den Mut zu haben, die Vortragende zu unterbrechen und einen gemeinsamen Prozess zu gestalten. Dieser Prozess kann verstärkt von Angst begleitet werden, die sich durch Kommentare äußern kann, die von konkretistischen Überlegungen geleitet werden. Student_innen erleben sehr oft auch Gefühle von Scham, speziell in der Vorstellung „durchschaut“ und „analysiert“ zu werden. In dieser offenen Begegnungsdynamik wird Frustration gegenüber dem Lernen, der Institution und anderem offenbar. Lernerfahrungen aus einer schulischen Vergangenheit, die als traumatisierend erlebt wurden, greifen nun Raum in einer offenen Dynamik.

In der Großgruppe bekommen die Student_innen durch die gemeinsame Verwobenheit mit der Vortragenden eine Idee von der gemeinsamen Konstruktion und Dekonstruktion von Wirklichkeit. Die Moderation fordert die Gruppe durch das Vermitteln von unterschiedlichen Zugängen zum Verstehen von seelischen Phänomenen auf. Es geht auch darum, sich vor der Identifikation mit einer „richtigen“ Meinung zu schützen. Theorien unterschiedlicher Verstehenskonzepte ermöglichen erst, einen Referenzpunkt füreinander zu entwickeln und damit ihre Vorzüge und Schwächen zu offenbaren. Durch diese Denkformen verlieren die Student_innen die

Scham, sich in ihren Äußerungen mit falsch und richtig beschäftigen zu müssen. Sie werden mutiger darin, ihre Gedanken reflektiv zur Diskussion zu stellen.

Am Ende dieser Großgruppensequenz bekommen die Student_innen einige verschriftlichte Handlungsanweisungen für die Rahmenbedingungen der Protokolle und eine Zeitstruktur für die Beobachtungssequenzen in den jeweiligen Praktika, die sie absolvieren werden. Die genauere Aufarbeitung und Fragen zu den Handlungsanweisungen werden in die Kleingruppen verlegt.

Beobachtung

Die primäre Aufgabe der Beobachtung besteht darin, den Student_innen eine Möglichkeit zu bieten und sie darin zu fördern, ihre innere Welt zu erweitern, um diese dadurch reicher und vielfältiger erleben zu können. Diese neu gewonnenen inneren Welten eröffnen den Studierenden ein größeres Repertoire des Verständnisses von Intersubjektivität und Relationalität, mit dem sie diesbezügliche Erkenntnisprozesse weiterentwickeln können. Außerdem lernen die Student_innen, mit der Kränkung umzugehen, so dass es keine objektive Beobachtung der Realität gibt und somit auch keine objektive Wahrheit. Vor diesem Hintergrund gibt es keine „richtige" Beobachtung. Die Student_innen sollen gefördert werden, an ihren Beobachtungen Interesse zu entwickeln und somit zu einem Verständnis der Intentionen anderer zu kommen.

Die Gruppenleitung führt die Student_innen in einem prozesshaften Geschehen in ihre gemeinsame innere Wahrnehmungswelt und lässt sie wiederum ein subjektives Verständnis der Realität konstruieren – als gemeinsame Ko-Konstruktion. Diese Ko-Konstruktion bezieht sich sowohl auf die innere Welt als auch auf die äußere Welt der Student_innen. Die Dichotomisierung der Welt ist nur ein Konstrukt, das in der Begegnung konstruiert wird. Empathie und das Verstehen des Gegenübers entwickeln sich nicht in der Suche nach einer „wahren" (naturwissenschaftlich begründeten) Objektivitätskriterien genügenden Realität, sondern das Erkennen erfolgt über die Aufnahme von affektiven Reizen, von denen wir uns berühren lassen und über deren mentale Konstruktion wir Verständnis entwickeln (Hoffman, 1998). Dadurch, dass ich zunächst im Ungewissen über die Bedeutung der in mir ausgelösten Szene bin, beginnt sich eine Möglichkeit und Fähigkeit zum Aushalten einer Beobachtung in mir zu manifestieren. Ungewissheit ist an den Affekt Angst gekoppelt und lässt uns in inneres Enactment gleiten, was nun zu einer äußeren Handlung führen könnte (Mitchell, 2005).

Wie weit kann ich mich einer Mikroszene stellen und diese halten, d. h., meine inneren Gefühle be-halten. Wie viel Enactment brauche ich, um die Beobachtung er-tragen zu können? Erst durch die Fähigkeit meiner Beobachtung, eine Subjektivität beschreiben zu können, gewähre ich den Patient_innen einen Raum von Autonomie und somit eine Freiheit bzw. einen Frei-Raum, in dem sich Entwicklung ausbreiten kann. Die Gruppenleitung vermittelt über die eigene Subjektivitätsvorstellung, dass ihre Interpretation des Materials und ihre dazu geäußerten Gefühle keiner im wissenschaftlichen Sinne verstandenen Wiederholbarkeit entsprechen, sondern im Sinne der gadamerschen Vorstellung von „Vor-Urteilen" getragen sind, die wir aus unserer „Tradition" heraus erdenken. Dieses stellt den Referenzpunkt unserer Interpretationen dar und befindet sich immer im Fluss der Veränderung (Gadamer, 2010; Orange, Atwood, Stolorow, 2001).

Die Kompetenz der Student_innen entwickelt sich als innere Vorstellung von der Gleichberechtigung ihrer Beobachtung mit derjenigen der Gruppenleitung und deren Autorität. Diese innere Veränderung ist wiederum der rückführende Nährboden für die Entwicklung der Patient_innen. Die Gruppenleitung hat verschiedene Modelle bzw. einen theoretischen Bezugsrahmen zur Interpretation ihrer Affekte und damit wiederum eine Rückschlussmöglichkeit zum Verstehen der Implizität der Patient_innen. Die Student_innen sollen lernen, dass es verschiedene Bezugsrahmen zum Verstehen des psychischen Erlebens gibt. Es handelt sich dabei um Metaphern wie die medizinische, psychoanalytische (intersubjektiv, relational) und systemische Nosologie. Die Entwicklung beginnt für den Menschen im Verstehen von subjektiven Zuschreibungen unserer inneren Wahrnehmungswelt. Je mehr Metaphern ich für das Verstehen zur Verfügung habe, desto mehr Raum an Verstehen kann ich mir eröffnen. Nicht alles ist beliebig bzw. kann zum Verstehen unseres Selbst herangezogen werden. Dieser Überprüfung unterziehen wir unsere kognitiven, von der Logik beherrschten Denkmuster und erkennen in einem mehrschichtigen Zusammenspiel, ob eine Theorie für uns passt oder wir sie ablehnen. Hieraus kann ein Common Sense entstehen, der wiederum kultur- bzw. paradigmatisch

gebunden ist.

Die Student_innen sollen lernen, über Theorien, die ihnen angeboten werden, einen inneren Referenzpunkt des Verstehens zu bilden. Erst über Strukturen des inneren Verstehens können wir unseren impliziten Reichtum aus der Tiefe des Erlebens schöpfen. Erfahrene Kliniker_innen können ihre Theorien verändern, auflösen und wiederum neu zusammensetzen und somit etwas Eigenes kreieren und damit die Subjektivität des Verstehens der Implizität des Menschen nutzen.

Die Gruppenleitung lehrt die Student_innen, dass ihre Beobachtungen Einfluss auf ihr Material haben. Es gibt kein Nicht-Beeinflussen einer Situation. Beobachtung verändert diese. Speziell die Intention der Student_innen verändert die Beobachtung. Diese hat immer die Gruppe dabei, die mit ihr beobachtet und das Material der Beobachtung beeinflusst. Jedes Gespräch über das Protokoll verändert das Verstehen über die beobachtete Szene. Jedes Hinsehen beeinflusst das Ergebnis im Sinne von Heisenberg (Mitchell, 2005; Kunzke, 2011; Pohlmann, 2013).

Ich gestatte der Szene, in mich einzudringen, eine intime Begegnung in mir zuzulassen. Durchlässigkeit stellt in der Bedeutung von Empathie die Fähigkeit dar, sich eigene Bilder zu generieren, die die Emotionalität des Gegenübers wiederum spiegeln. Der Blick in mich stellt sich der intersubjektiven Totalität einer zu gestaltenden Begegnung bzw. der Konstruktion einer gemeinsamen Realität, in der wir uns verstanden fühlen (Mitchell, 2005).

Bei unserer Form des Unterrichtes geht es nicht darum, die Studierenden zu lehren, was eine „richtige“ Beobachtung und Interpretation ist, sondern zu vermitteln, wie über die Erweiterung des eigenen inneren Erlebens eine Vorstellung über das Geschehen in der Beobachtung entwickelt werden kann. Die Leitungskompetenz liegt nicht in einer hochkomplizierten Vermittlung von Theorien, um die Patient_innen zu verstehen, sondern manifestiert sich darin, den Studierenden die Möglichkeit zu eröffnen, über das eigene Verstehen einen Raum von Subjektivität für das Interpretieren und die Akzeptanz der eigenen Begrenztheit zu ermöglichen. Die Gruppenleitung „biete(t) eine Sicht von Wissen und Autorität … eines Experten für gemeinschaftliche und selbstautorisierende Selbstreflexion an, für die Entwicklung von Konstruktionen, die von Nutzen sind, um das

(C) Antonioguillem

Pflege im Mabuse-Verlag

Marion Roddewig

Kollegiale Beratung für Gesundheitsberufe

Ein Anleitungsprogramm

2018, 166 Seiten, 29,95 Euro,
ISBN 978-3-86321-402-9

Kollegiale Beratung ist ein systematisches Gespräch, in dem KollegInnen sich nach einer vorgegebenen Gesprächsstruktur wechselseitig zu beruflichen Fragen und Schlüsselthemen beraten und gemeinsam Lösungen entwickeln. Dieses Buch enthält ein Programm zum Erlernen von Kollegialer Beratung, das speziell für Gesundheitsberufe entwickelt und von einer Langzeitstudie begleitet wurde. Es enthält eine Reihe von praktischen Handlungsanregungen und kann autodidaktisch genutzt werden.

Dr. med. Mabuse

ist die unabhängige und kritische Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe.
Lesen Sie alle zwei Monate Spannendes zu medizinischen und pflegerischen, zu ethischen und sozialen Themen.
Im Abo: sechs Ausgaben pro Jahr für nur 47 Euro (inkl. Porto)!

Die letzten Schwerpunktthemen:

- Impfen
- Gleichgewicht
- Demenz
- Sprache
- Global Health
- Sexualität

Mehr zu unseren Büchern und der Zeitschrift finden Sie unter www.mabuse-verlag.de

Erleben des Patienten zu verstehen“ (Mitchell, 2005, S. 289 f.).

Das Leiten und Moderieren der Ausbildungsgruppe erfolgt durch einen mehrdimensionalen Vermittlungsaustausch. Die Gruppenleitung ermuntert immer wieder, über das Geschehen in der Gruppe eine reflektierende und mentalisierende Position einzunehmen. Warum reagiere ich mit diesen Gefühlen auf das vorgebrachte Material? Welche Rückschlüsse auf die Geschichte lassen die Inhalte dieser Reflexion zu, um damit die beschriebene Situation besser verstehen zu können? Die Student_innen lernen gezielt, mit ihren Affekten zu arbeiten, um die Situation zu interpretieren und auch über den Prozessablauf nachzudenken. Warum zum Beispiel reagiert die Gruppe mit diesen Affekten auf das dargebrachte Material, und wie lässt sich das wiederum auf die Situation rückschließen? Der Prozess stellt sich im Moment als permanenter Fluss dar, in dem jedes Nachdenken über eine Reaktion des oder der Einzelnen und der Gruppe wiederum eine kognitive bzw. affektive Veränderung darstellt. Zu jeder Reaktion kommt ein anderer Gedanke, der wiederum einen Affekt berühren kann.

Die Theorie, die sich aus Modellen der Relationalen Psychoanalyse, der Intersubjektivität, der Work Discussion, des Mentalisierungskonzepts, der Säuglingsforschung und der Feldtheorie zusammensetzen kann, wird primär von der Gruppenleitung eingebracht. Diese dekonstruiert gleichzeitig die Theorie und weist darauf hin, dass sie auf ihrem Wissen beruht und dies wiederum relativ ist. Wir brauchen Theorien, um dem Nichtsprachlichen eine Sprache und damit erst einen kognitiven Zugang geben zu können. Sonst könnten wir keinen Austausch darüber finden und würden von den Gefühlen, die die Patient_innen in uns auslösen, weggeschwemmt werden (Boynton, 2002).

Die Student_innen sollen verstehen, dass Theorien als eine Form von Metapher zu betrachten sind. Sie sind Verstehensmodelle, um Nicht-Sichtbares in Sichtbares zu verwandeln und stellen keine Wahrheiten dar, sondern können nur als Unschärfe betrachtet werden, wie es Heisenberg (2011) darlegte. Seelische Dynamik ist nur durch Metaphern darstellbar, da es sich um Bewegung handelt. Jede Theorie, die wir als Wahrheit betrachten, führt uns von der reflektiven Ebene des Verstehens weg und bringt den Gegenstand zur Erstarrung und somit auch unser Denken. Zusammengefasst bedeutet dies, dass Denkmodelle über das psychische Geschehen keine Wahrheit abbilden können, da sie das, das sie erfassen möchten, damit aussperren und zerstören.

Wer sich nicht in Frage stellen kann, kann nichts in Frage stellen und damit auch keine Frage formulieren, die das konkretistische Denken in eine implizite relationale Welt überführt. Die Gruppenleitung hat als Identifikationsfigur die Aufgabe, sich selbst immer wieder bzw. ihre Theorien in Frage zu stellen und somit dazu beizutragen, einen Raum zu eröffnen, in dem sich Kreativität entfalten kann und in dem sie die Möglichkeit des freien Gedankenspiels und Äußerns von Gedanken bietet. Ihre Gedanken zu äußern, ohne sie einer Zensur zu unterlegen, ist für die Student_innen nicht möglich. Unsere Schulkultur vermittelt eine Haltung, die normativ „Falsches“ von „Richtigem“ unterscheidet. Damit identifiziert, bedeutet es eine innere Zensur, der mein Gedanke unterliegt – ob er „gescheit“ ist, dazu passt und ich dafür Anerkennung bekomme. Hier ist das Erfahrungslernen von immenser Bedeutung, das damit beginnt, eine Möglichkeit für die Student_innen zu bieten, sich mit der Leitung zu identifizieren.

Die Gruppenleitung unterzieht sich selbst dem Prozess der Veränderung und Entwicklung. Sie lernt ebenso wie die Student_innen durch Erfahrung. In regelmäßigen Abständen treffen sich die Gruppenleiter_innen, um aus ihrer Sicht die Gruppenarbeit zu reflektieren. Diese Transparenz ermöglicht es auch ihnen, sich über eine Situation der Konkurrenz und des Leistungsdruckes reflexiv bewusst zu werden.

Der Beobachtungsraum eröffnet sich durch das Beobachten einer Patientin oder eines Patienten sowie einer Szene. Jede Form des Hinsehens beruht auf Intersubjektivität. Damit wird der Beobachtungsraum geschaffen und gleichzeitig beeinflusst. Meine Beobachtung gestaltet und verändert die Szene und bleibt somit unscharf in Bezug auf Objektivität. Mentalisieren bedeutet nun: „Ich kann das sehen, das meine Mutter in mir gesehen hat bzw. wie sie mich gesehen hat.“ Sich einen Raum des Sehens zu öffnen, hängt mit der Fähigkeit des In-sich-Blickens zusammen. Das intersubjektive Beobachtungsfeld wird aus vielen Erfahrungswelten kreiert. Diese Welten beruhen auf der Erfahrung in der Begegnung mit anderen Bezugspersonen. Meine Mutter sieht mich, also bin ich. Indem ich gesehen werde, kann ich meine Mutter sehen.

Die Genauigkeit der Beobachtung

führt uns zur Individualität unserer Wahrnehmung und zur Einsamkeit durch Unverbundenheit mit den Realitäten von anderen Menschen. Der Wunsch des Menschen liegt darin, dass die eigene Wahrnehmung von anderen Menschen verifiziert wird. Kann es uns destabilisieren, reagieren wir mit Erregung und mit Angst. Wenn wir diese Instabilität des Organismus erdenken, dann fühlen wir uns verrückt, zweifeln an unseren Sinnen. Wirklichkeit und Realität bestehen aus Konstruktion und Beeinflussung.

Vorbereitung zu einer beobachtenden Haltung

In der Kleingruppe wird nun die Aufgabenstellung für die Student_innen besprochen. Welche Haltung brauche ich bzw. zu welcher Haltung möchte ich mich entwickeln, um „sehend“ zu werden? In der ersten Kleingruppensitzung kommen Themen zum Tragen wie: „Wie werde ich eine gute Beobachterin oder ein guter Beobachter? Mit welchen Ängsten und Phantasien könnte ich konfrontiert werden?“ Viele Phantasien der StudentInnen drehen sich um die Vorstellung, dass ein Notfall passiert – dürfen sie nun eingreifen oder „müssen“ sie weiter beobachten? Wie komme ich zu einer „haltenden“, containenden, gleichschwebenden Aufmerksamkeit? Wie richte ich meinen Fokus weg vom Enactment und dorthin, „alles“ zu beobachten und „gleichwertig“ zu betrachten?

Die Fragestellung nach der Hilfeleistung und der Verweigerung einer solchen weist sehr stark auf die Bedürfnisse der Student_innen hin, sich in der konkretistischen Welt zu bewegen und dort Antworten zu erhalten. Die Gruppenleitung kann auf die meisten Fragen keine Handlungsanweisung geben, da sich damit die Dynamik weg vom Innenleben in eine mögliche, nicht verstehbare Handlungswelt verlagert. Es wäre eher ein Hinweis, über den Affekt nachzudenken, der zu dieser Frage geführt hat, um die psychische Bedeutung darin zu ergründen.

Eine Haltung einzunehmen, in der meine Passivität, mein Enactment, meine Affektanflutung unter das Umgebungsniveau kommen, ist für die Student_innen eine der schwierigsten Aufgaben, die sie zu bewältigen haben. Viele betrachten es nicht als schwierig, zu beobachten, etwas, das sie ja permanent in ihrem Leben begleitet. Eine „teilnehmende“ Beobachtung erleben sie als Erleichterung der Aufgabe. Das Einnehmen einer ruhigen Beobachterposition im Raum fällt den meisten sehr schwer. Dies wird erst im Erproben dieser Rolle sicht- und verstehbar für die Student_innen. Viele betrachten Handeln als Tätigkeit, die sozial anerkannt ist und Beobachten als ein Nichtarbeiten. Am Beginn unseres Ausbildungsprojektes reagierten einige Stationen mit Angstphantasien auf die Student_innen. Sie äußerten Ängste, dass die Patient_innen auf diese paranoid reagieren könnten. Diese Befürchtung hat sich seit dem Start des Projektes im Jahre 2010 kein einziges Mal bewahrheitet. Die Ängste liegen auf Seiten der Abteilung und nicht bei den Patient_innen. Eine weitere Sorge von Seiten der Student_innen liegt in der Bemerkung, dass sie auf einer Praktikumsstelle seien, in der es nichts zu beobachten gäbe.

Die Schnittstelle liegt oft in der Fragestellung von „Abwehr“ gegenüber der Ausbildungssituation, in der sich nach drei Semestern viele affektiv aufgeladene Themen angesammelt haben, und in den Ängsten, die sich durch die mögliche Beobachtungssituation ergeben könnten. Eine weitere Angst liegt in der Vorstellung, die Beobachtung zu Papier zu bringen, wobei es nicht um eine „objektive“ Symptome beschreibende Beobachtung geht, sondern um eine phänomenologische Beobachtung mit all den dazu erlebten Gefühlen. In manchen Gruppen wird auch viel über „Wie schreibe ich“ gesprochen, um die Student_innen dazu zu motivieren, Material durch sich zu gewinnen.

Eine Haltung für die Beobachtung besteht in der Universalität einer jeden Beobachtung und der damit verbundenen Sicht und dem Verstehen einer Szene bzw. der Interaktionen, die ich wahrnehme. Es gibt damit keine falsche bzw. richtige Beobachtung. Entwicklungsfortschritte zeigen sich an der Veränderung, wie die Student_innen nun auf die Protokolle regieren, indem sie von konkretistischen Interpretationen zum Äußern von Gefühlen und Gedanken kommen.

Je stärker ich meine Affekte in die Beschreibung verwebe, desto mehr lösen sich meine Grenzen zwischen krank und gesund auf. Menschen werden individueller durch die Beobachtung, aber sie kommen mir näher durch meine Gefühle, die durch die Beobachtung ausgelöst werden. Da das Verstehen über mich geht, erschließt sich das Verstehen nur über mich und führt auch zu den Ängsten von Ähnlichkeit des Erlebens mit den Patient_innen, die ich beobachte.

Exploration der Gefühle der Student_innen, die sie gegenüber dem Material haben ((Ü 2))

Je offener und kollegialer die Stimmung in der Gruppe ist, desto

mehr können die Student_innen von ihren Gefühlen einbringen und somit mehr Tiefe zum Material entwickeln. Die Gruppenleitung fragt vorsichtig nach den Phantasien, Gefühlen, Stimmungen, Wahrnehmungen der Studierenden, die sich im Laufe des Gruppengeschehens immer wieder mit ihren Gedanken einbringen und somit auch in der Reflexion dieses Geschehens eine Vorstellung von Prozess und Entwicklung bekommen, die sich einerseits im Material abzeichnet, sich andererseits aber auch über die Gruppe und über sie als Einzelpersonen erschließen lässt. Die Gruppe konstruiert gemeinsam eine Realität, wobei das Material als Basis dieses Prozesses dient, und die Student_innen lernen, dass sich das Material jedes Mal verändert, wenn es in den Fokus der Gruppe bzw. der Einzelnen kommt. Es kann nur dynamisch hingesehen werden bzw. die Dynamik des Hinsehens verändert permanent den Prozess des psychischen Verstehens des Materials. Hier kommt es zur Schnittstelle zwischen der Dynamik und dem Ort des Materials.

Natürlich berührt diese Form des Arbeitens auch tieferliegende Konflikte der Student_innen, was wiederum ein sehr taktvolles Vorgehen von Seiten der Gruppenleitung erfordert. Je länger die Gruppe zusammenarbeitet und sich ein Raum für Exploration eröffnet, desto mehr werden persönliche Narrative von Seiten der Teilnehmer_innen vorgebracht. Hier beginnt die Schnittstelle zwischen Selbsterfahrung und der Möglichkeit des Verstehens dem Material gegenüber. Es ist wichtig, dass die Gruppenleitung eine Verbindung zwischen den Gefühlen der Student_innen und dem bearbeiteten Material herstellt. Die Gruppe sollte nicht zu einem Pool der Selbsterfahrung werden. Sie unterliegt manchmal dem regressiven Wunsch nach Selbsterfahrung, was den Fokus vom Beobachtungsmaterial ablenkt und die Gruppenleitung in eine überhöhte bzw. mütterlich-väterliche Position hievt, womit der kollegiale Aspekt der Zusammenarbeit aufgegeben wird. Hier herrscht eine narzisstische Verführung gegenüber der leitenden Person vor. Die Student_innen sollen am Ende des Prozesses verstehen, dass sie in sich blicken müssen, um beobachten zu können bzw. die Beobachtung einer Interpretation zuführen zu können. Das implizite Wissen wird zu einem expliziten Wissen. Diese Umwandlung kann nur durch die Student_innen und die Gruppe erfolgen. Die Studierenden und die Gruppe dienen als Katalysator des Verstehens auf der bewussten Ebene.

Die Gruppenleitung sollte sich als Person vermitteln können, um nicht mystifiziert zu werden und um in ihrem Wissen nicht delphische Ausmaße zu bekommen. Je orakelhafter sie mit ihrem Wissen auftritt, desto mehr fördert sie die Regression der Gruppe. Die Student_innen werden dadurch auch in ihrem kreativen Prozess behindert und in eine masochistische Haltung gegenüber ihren Beobachtungen bzw. Interpretationen gedrängt. Die Gruppenleitung muss die immer wieder auftretende Idealisierung ihrer Person in eine kreative, wohlwollende und kollegiale Beziehung umleiten. Hier ist es im Sinne der Mentalisierung wichtig, die Interpretationen und Wahrnehmungen aller Gruppenteilnehmer_innen als wichtig und bedeutungsvoll für das Material zusammenführen zu können. Die Gruppenleitung soll die Kommunikation unter den Gruppenmitgliedern fördern und herausfordern, um damit ihren Leitungsstatus in Frage zu stellen und von der „Guru-Funktion“ entbunden zu werden, die sich in hierarchischen Institutionen schnell entwickeln kann.

Protokolle

Die Student_innen entscheiden selbständig über die Situation, die sie beobachten und dann später protokollieren. Sie lesen sie vor und färben durch ihre Prononcierung das Protokoll in ihrem Sinne ein. Die Gruppe legt den Fokus auf das Gesamtprotokoll, und später werden dann einzelne Sequenzen besprochen und immer wieder Rückschlüsse zwischen diesen beiden Ebenen gezogen.

Beobachtungskompetenz

Im Laufe des gemeinsamen Arbeitens in der Gruppe sollten die Student_innen in der Lage sein, über die Beobachtung Hypothesen zu entwickeln, die ein plastisches und integriertes Bild wiedergeben können. Sie sollten auch eine Vorstellung von der Entwicklung von Szenen bekommen und woher sie eventuell entstanden sind, also integriertes Denken auf einer Gesamtebene entwickeln können.

Zusammenfassung

Die Aufgabe der einzelnen Studierenden besteht im Erbringen eines Protokolls pro Gruppentreffen. Ein bis vier Mal pro Semester lesen sie ihr Protokoll vor und stellen es den anderen Gruppenteilnehmer_innen für eine Diskussion zur Verfügung. Jedes Gruppenmitglied beteiligt sich an der Diskussion über die gelesene Präsentation. Die Student_innen bringen ihre Gefühle und Assoziationen zum Material ein. Sie sind beherrscht von emotionalen, intellektuellen und persönlichen Reaktionen. Alle Beteiligten bemühen sich, ob ihrer dargebrachten

Statements in ein gemeinsames Gespräch zu kommen. Die Gruppen reflektieren auch den Metaprozess des Gruppengeschehens und dessen Entwicklung zum dargebrachten Material. Diese Kleingruppe nimmt in der Ausbildung eine Sonderstellung ein, da sie die Intimität einer Peergruppe bzw. Kernfamilie birgt. Durch diese Gruppengröße können alle erlebten Gefühle, Vorstellungen, Kulturaspekte gemeinsam erlebt und verarbeitet werden. Die Kleingruppe ermöglicht erst ein emotionales, geteiltes Lernen, in dem klinisches Beobachtungsmaterial affektiv betrachtet und erfahrbar gemacht werden kann. Sie bietet auch den Raum, um eine Vorstellung von der eigenen Selbstwirksamkeit zu bekommen – welchen Einfluss kann die einzelne Person auf die Gruppe nehmen? Es kann nachgedacht werden über den Einfluss von Theorien auf die Gruppe und vice versa. Konzepte werden von und durch die Gruppe gelebt und so auf einer emotionalen Ebene als Lernerfahrung verankert. Die Gruppe lebt die Theorien und das Geschehen in der Gruppe wird durch die Metapher von Theoriegebäuden erdenkbar und diskutierbar gemacht und somit auch wieder einer Veränderung unterzogen. Die Verankerung von Konzepten auf einer tieferen, emotionaleren Ebene wird für die StudentInnen später als haltungsbildende Erkenntnis für die Begegnung mit den Patient_innen zur Verfügung stehen und wiederum Einfluss nehmen auf ihre Interventionen.

In den Gruppen passiert auf unterschiedlichsten Ebenen eine Lernerfahrung mit Fokus auf der Empathie-Förderung. Theorie, Reflexion und Erkenntnis werden in einem gemeinsamen, erlebbaren Raum entwickelt.

In den Treffen mit den Gruppenleiter_innen werden die Gruppenerfahrungen und die dargebrachten Konzepte wiederum einer Evaluierung unterzogen und somit auf ihre Anwendbarkeit überprüft. In den Gruppenbesprechungen mit den Institutsleiter_innen und allen Projektverantwortlichen werden auf einer strukturelleren Ebene Nachjustierungen des Programms besprochen. Das Unterrichtsprojekt unterliegt einem Veränderungsprozess, durch den es auch einen integrativen Faktor auf die Ausbildungsinstitution ausübt.

Literatur

Bion, W. R. (2001). Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. Stuttgart: Klett-Cotta.

Boynton, R. S. (2002). Return of the Repressed. The strange case of Masud Khan. In Boston Review. Online verfügbar unter http://bostonreview.net/books-ideas/robert-s-boynton-return-repressed (Letzter Zugriff am 28.10.2018).

Gadamer, H. G. (2010). Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Tübingen: Mohr Siebeck.

Hajek, G. (2019). Persönliches wird beruflich – Selbsterfahrung in der Pflege. In Pflege Professionell Nummer, Seiten.

Heisenberg, W. (2011). Physik und Philosophie. Stuttgart: Hirzel.

Hoffman, I. Z. (1998). Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process. A Dialectical-Constructivist View. Hoboken: Taylor and Francis.

Kernberg, O. F. (1996). Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates. In The International journal of psycho-analysis 77 (Pt 5), S. 1031–1040.

Kernberg, O. F. (2014). Liebe und Aggression. Eine unzertrennliche Beziehung. Stuttgart: Schattauer.

Kernberg, O. F. (2016). Psychoanalytic education at the crossroads - Reformation, change and the future of psychoanalytic training. New York: Routledge.

Kernberg, O. F. (2017). Psychoanalytic Supervision - The Supervisor's Tasks. In The Psychoanalytic Quarterly 79 (3), 603–627. DOI: 10.1002/j.2167-4086.2010.tb00459.x.

Mitchell, S. A. & Kierdorf, T. (2005). Psychoanalyse als Dialog – Einfluss und Autonomie in der analytischen Beziehung. Gießen: Psychosozial.

Orange, D. M., Atwood, G. E.; Stolorow. R. D. & Vorspohl, E. (2001). Intersubjektivität in der Psychoanalyse – Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

Scharff, J. S. & Scharff, D. (2000). Tuning the therapeutic instrument. Affective learning of psychotherapy. Northvale, NJ: Aronson.

Scharff, J. S. & Scharff, D. (2014). Das affektbasierte Modell für die Ausbildung in psychoanalytischer Theorie und klinischer Praxis der psychoanalytischen Psychotherapie und Psychoanalyse. In Psyche 68 (11), 1132–1163.

Scharff, J. S. & Scharff, D. (2017). Group affective learning in training for psychotherapy and psychoanalysis. In The International journal of psycho-analysis, 98 (6), 1619–1639. DOI: 10.1111/1745-8315.12638.

Sieberth, W. & Steinberger, J. (2013). Beobachtung – Ein mentaliserungsgestütztes Pädagogikkonzept (S. 183–194). In S. Ernstson und C. Meyer (Hg.). Praxis geschlechtersensibler und interkultureller Bildung. Wiesbaden: Springer.

Steinberger, J., Sieberth, W. & Zeman, E. (2013). P2 – Ein mentalisierungsgestütztes Pädagogik-Konzept in der Ausbildung für Krankenpflegepersonal. In HBScience, 4 (S2), 30. DOI: 10.1007/s16024-013-0189-5.

Zemann, E., Gundacker, C., Schossmaier, G., Steinberger, J. & Totzauer, G. (2017). Affektresonanztraining ART© in der speziellen Grundausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege am Otto-Wagner-Spital der Stadt Wien. In Österreichische Pflegezeitschrift ÖPZ (1), 26–28.

Autor

Johann Steinberger
Psychotherapeut in eigener Praxis, Universitätslektor an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien und Mitarbeiter im Wiener Forensisch-Therapeutischen Zentrum, Diplomierter Gesundheits-und Krankenpfleger - johann.steinberger@drei.at

better care

Pflegen Sie Ihr Fachwissen

Die Reihe »better care« stellt in konzentrierter und strukturierter Form zentrale Themen der psychiatrischen Pflege dar. Jeder Band liefert fachlich fundiertes Handwerkszeug und unterstützt Pflegefachpersonen in ihrem eigenständigen Handeln. Beispielhafte Alltagsituationen und hilfreiche Downloadmaterialien zur Pflegeanamnese, Pflegeplanung und Überprüfung der Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen unterstützen die Nutzung des Handlungswissens auch praktisch.

Michaela Hans
Hoffnung vermitteln im Pflegeprozess
160 Seiten inkl. Downloadmaterial
25,00 €
ISBN 978-3-88414-936-2
eBook 19,99 €

Michael Löhr, Michael Schulz, André Nienaber
Safewards
192 Seiten inkl. Downloadmaterial
25,00 €
ISBN 978-3-96605-043-2
eBook 19,99 €

Anja Maria Reichel
Traumasensible psychiatrische Pflege
155 Seiten inkl. Downloadmaterial
25,00 €
ISBN 978-3-88414-699-6
eBook 19,99 €

Psychiatrie Verlag

www.psychiatrie-verlag.de

Persönliches wird beruflich Selbsterfahrung in der Pflege

Selbsterfahrung in der Pflege führt zu einer Erweiterung des persönlichen und des professionellen Handlungsspielraumes. Emotionalität, Empathie und Wahrnehmung werden, gleichsam einem Instrument, genauer und stimmiger zu nutzen. Selbsterfahrung bewirkt Fragen, wie auch den Blick dorthin zu lenken, wo Verstrickung ist. Dort, wo immer wieder die gleichen Muster sich verwirklichen oder innere Gesetze Einhaltung fordern, wird deutlich warum - und was davon bleiben soll oder verändert werden will. Selbsterfahrung bewirkt Bewusstwerdung und Reduktion von psychodynamischer Symptomatik, Verbesserung des Wohlbefindens und weniger Bedarf an medizinischen Kontakten, d.h. wie Einsle und Härtling (2015) betonen, insgesamt geringere Gesundheitskosten.

Gute Praxis in der Pflege hängt auch von der Fähigkeit ab, kindliche Reaktionen zu erleben, ohne dabei aufzuhören, eine erwachsene Person zu sein. Diese Fähigkeit kann gestärkt und gefördert werden (Quinodoz, 2003). Dafür braucht es in der Regel Training, Supervision und Selbsterfahrung. So kann Offenheit, Nachdenklichkeit, Rücksichtnahme, Aufmerksamkeit und kreatives Denken in herausfordernder Arbeitsumgebung möglich werden (Evans, 2006). Über Mechanismen wie Bindung oder Identifikation lassen wir uns von Gefühlen oder Zuständen anderer anstecken. Durch das Einlassen lernen wir Empathie, Mit-Gefühl wie auch Abgrenzung und entwickeln so ein möglichst kohärentes Ich. Während des Prozesses der Selbsterfahrung werden eigene Konflikte, schreibt Steinberger „ … wieder reaktiviert, und sie unterliegen damit einer ständigen Selbstkontrolle. Die Fähigkeit der Mobilisierung der eigenen Konflikte bzw. Affekte, Gedanken, Gefühle aus der Vergangenheit ist der Kernpunkt, um die PatientInnen zu verstehen, sie ist die Grundlage für Empathie“ (Steinberger, in Druck)

Selbsterfahrung zieht gegen den Glauben an Geschwindigkeit. Sie braucht Zeit[1], um ihre Wirksamkeit zu entfalten, braucht einen sicheren und klaren Raum, in dem die Knoten und Verstrickungen entlang der Lebensgeschichte sichtbar werden. Es werden dabei meist keine neuen Erinnerungen generiert. Häufiger bekommen Erinnerungen eine andere Bedeutung, einen anderen Bezug. Das Netz wird neu geknüpft. Im Rahmen von Selbsterfahrung werden, betont Quinodoz (2003), scheinbar unvereinbare Anteile wie Angst nicht mehr nachvollziehbar zu sein, überschwemmt zu sein oder die eigenen Grenzen nicht mehr halten zu können, bewusst, zugänglich und nutzbar gemacht. Dies ist auf Seite der Pflege wichtig, da durch das persönliche und unmittelbare Erleben, wie auch in pflegender Position, immer eigene Erfahrungen und Dynamiken getriggert werden. Alte, ungesunde Beziehungsmuster und Erfahrungen von Patient_innen werden, je schwerer aktuelle psychische Störungen sind, umso intensiver wiedererlebt (Evans, 2006). Patient_innen offenbaren damit existenzielle Bedürfnisse, Fähigkeiten und auch Ängste von sich, die ohne Entzifferung Gefahr laufen, ins Leere zu weisen. Diese Zustände, Handlungen oder Szenen zu verstehen und mit oder in ihnen zu arbeiten, ohne als Pflegeperson dabei sich selbst verloren zu gehen, gilt als Ziel. Besonders Menschen, deren Bedürftigkeit, Wut oder sogar Hass vielleicht auch Angst und Verlorenheit eine Intensität angenommen hat, die für sie schier unaushaltbar geworden sind, brauchen ein Gegenüber, das damit umgehen kann. Somit ist Verstehen eine der Grundlagen, um beziehungsorientiert zu arbeiten.

Beziehung ist ein hochwirksamer Faktor

Verlauf wie auch Intensität von psychischen Störungen sind am besten vorhersagbar, wenn unterschiedliche Informationsquellen zusammengeführt werden. Um die Chance einer Vorhersage zu maximieren, braucht es Kenntnis wie Verständnis der Historie und des aktuellen Zustandes mit so viel Tiefe und Komplexität wie möglich (Evans, 2006). Das wirksamste Werkzeug, dass Menschen in pflegenden Berufen diesbezüglich zur Verfügung haben, ist die Pflege-Patienten-Beziehung (Aiyegbusi & Kelly, 2015). Wahrnehmung und Gestaltung von Beziehung ist mittlerweile ein anerkannt hochwirksamer Faktor in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Lange Zeit wurde im Gesundheitssystem Beziehung als Bestandteil des Settings zwar inhaltlich wahrgenommen und durchaus geschätzt. Jedoch erst über die systematische Erforschung von psychodynamischen Prozessen wurde deutlich und unübersehbar, wie zentral Beziehung ist.

Krankenpfleger_innen erleben die meisten ihrer interpersonalen Kontakte im offenen sozialen Raum, wo unbewusste Prozesse ob der Menge an gleichzeitigen Informationen schwieriger zu beobachten sind. Die emotionale Wirkung dieser Interaktionen wird durch die Schnelligkeit, mit der sie sich entfalten, wie auch durch ihre Komplexität häufig als unvorhersehbar erfahren (Aiyegbusi, 2009). Wer Kraft und Präsenz dieser unbewussten Prozesse nicht ausreichend wahrnimmt, läuft viel schneller Gefahr, von Patient_innen als Statist_in in reinszenierte Rollen gedrängt zu werden (Aiyegbusi, 2009). Psychoanalytische Grundfertigkeiten wie Übertragung, Gegenübertragung, Containing zu nutzen und auch kompliziertere psychodynamische Vorgänge wie „projektive Identifizierung“ (Frank, 2007; Goretti, 2008; Klein, 1952; O‘Shaughnessy, 2003) zu erkennen, sind somit eine starke Basis für beziehungsorientiertes Arbeiten. Mit Übertragung ist schlicht gemeint, dass PatientInnen alte Erwartungen und Gefühle auf Menschen die Beziehung anbieten - übertragen. Die Idee, dies sich nutzbar zu machen, um Leid zu lindern, geht schon auf Freud (Freud & Breuer,

(C) Coloures-Pic

1895) zurück. Gegenübertragung bezeichnet, was Patient_innen in den betreuenden Menschen auslösen (Segal, 2008). Melanie Klein (1952) beschreibt darauf aufbauend, dass Kleinkinder unaushaltbare Gefühle auf wichtige Andere projizieren, manchmal sogar so, dass diese Bezugsperson, sich unbewusst mit diesen Gefühlen identifiziert und bewusst zu der Annahme gelangt, es seien die eigenen Gefühle. Die Identifikation bedeutet dann, dass das die ursprüngliche Angst des Babys zur Angst der Mutter wurde, die wiederum ihre (übernommene) Angst das Baby spüren lässt. Somit wirken diese schrecklichen Zustände im Kind wie bestätigt (projektive Identifizierung). Auf Klein geht auch die wichtige Beobachtung zurück, dass Kinder erst üben und lernen müssen eine innere Akzeptanz dafür aufzubauen, andere zu lieben und gleichzeitig auch zu hassen. Bion (1992) konnte dann weiterdenkend sein Container/Contained-Modell formulieren: Containing bedeutet im Moment des Geschehens, die Projektionen der PatientInnen erst einmal aufzunehmen und bei sich zu behalten, nicht mit zu agieren. Es bedeutet, in aushaltbaren und verstehbaren Dosierungen den Patient_innen zu helfen, diese Übertragungen und Projektionen langsam ins Bewusstsein zu heben und dort zu halten. Kinder (auch später als Erwachsene) internalisieren Rückmeldungen, Reaktionen und Zusammenhänge zu und über ihr Verhalten und formen daraus ihre subjektive Welt. Was geschieht, wie dies verstanden werden kann, welche Lösungen sichtbar und greifbar werden, dies hängt, je kleiner und abhängiger ein Mensch ist, umso mehr von den Bezugspersonen und deren inneren Möglichkeiten ab. Können diese Bezugspersonen nicht genug Halt anbieten (containen), so entwickeln sich im Kind Zusammenhänge, die manchmal, bleiben sie unverstanden, ein Leben lang psychisches Leid hervorrufen können.

Qualität der Überforderung

Patient_innen ist es oft schwer, Hilfe anzunehmen. Die Kombination aus dem akuten, existenziellen Bedürfnis nach Hilfe, dass untrennbar mit dem Zweifel verbunden ist, ob ihnen überhaupt geholfen werden kann, ist eine allzu häufige Lebenserfahrung (Aiyegbusi & Kelly, 2015). In emotional überfordernden Situationen kann es für PatientInnen schwierig sein, zwischen innerer und äußerer Wirklichkeit zu unterscheiden. Sind die dann folgenden Projektionen besonders gewaltvoll oder grausam, ist dies ein wichtiger Hinweis darauf, dass Patient_innen ihre Fähigkeit zu symbolisieren verlieren und sich in einer akuten Überforderung befinden. In diesen Zuständen verschwimmen Erinnerungen oder Erfahrungen und aktueller Affekt (Evans, 2006). PatientInnen spüren so intensive Zustände, dass diese nicht mehr oder noch nicht in Worte passen. Sie agieren diese aus und zeigen sich szenisch, interpersonell. Dies kann das gesamte Team, d.h. alle Berufsgruppen, immer wieder sehr fordern bis überfordern. Patient_innen, die unter schweren Persönlichkeitsstörungen leiden, neigen dazu häufig multiple Affekte gleichzeitig zu aktivieren. Ein ungeschultes Gegenüber kann dies überwältigen und verwirren. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass durch Selbsterfahrung auch die erlebte Intensität wie auch Qualität der Überforderung, Verwirrung etc. auf Seite der Pflege verstanden werden kann, folgend möglichst genau zugeschrieben werden kann was in wem gerade passiert (Bolm, 2009)

Aiyegbusi und Kelly (2015) beobachten, dass je unangepasster, schwieriger und akuter PatientInnen erlebt werden, umso weniger rufen sie folgend positive Gefühle oder zumindest Empathie hervor. Ohne empathisch, reflexive Grundhaltung ist eine genügende Abgrenzung zu den Patient_in-

nen genauso wenig möglich wie ein Auf-sie-zu-Gehen. Um sich zu schützen kann folgend eine Grundhaltung entstehen, die besagt, dass schwieriges Verhalten ohne Verständnis von Zusammenhängen oder Hintergründen behandelbar (kontrollierbar) ist. Nicht selten ist dann in Teambesprechungen ein Ruf nach erzieherischen Maßnahmen anstelle angemessener Behandlung hörbar (Aiyegbusi & Kelly, 2015; Evans, 2006). Wenn keine Fähigkeiten auf pflegerischer Seite entwickelt werden konnten, mit diesen persönlichen Verletzungen bzw. Angriffen konstruktiv umzugehen und diese attackierenden Projektionen zu verdauen, kommt es zu Wechselwirkungen mit klinischen Prozessen und Abläufen, die die Containingfunktion untergraben (Aiyegbusi, 2009). Folgend werden die beängstigenden Quellen – also die Patient_innen – rationalisiert und der Umgang mit ihnen sehr stark ritualisiert bzw. rigide mit ihnen umgegangen (Evans, 2006).

Patient_innen während bzw. nach schweren Zusammenbrüchen oder in akuten Ausnahme- und Überforderungszuständen sind zum Teil existenziell davon abhängig, von Menschen empfangen und behandelt zu werden, denen es möglich ist, in schwierigen emotionalen Situationen in ihrer Betreuungsfunktion zu bleiben. Selbsterfahrung hilft hier selbstreflexiver, innenschauender bzw. intersubjektiv denkend zu bleiben (Evans, 2006; Steinberger, Sieberth, & Zeman, 2013; Zeman, Gundaker, Schossmaier, Steinberger, & Totzauer, 2017). Unverarbeitete Traumata entwickeln reaktiviert eine oft ungeheure Kraft und werden von Patient_innen auf und in das Pflegepersonal projiziert. Patient_innen versuchen damit unbewusst, ihre eigene heftige Angst zu reduzieren. Häufig erleben sie die jeweilige Institution als kalt, desinteressiert und verständnislos (Aiyegbusi & Kelly, 2015). Menschen mit schweren psychischen Störungen neigen dazu, innere Zustände (Gefühle, Affekte, Einfälle) nicht ‚bei sich behalten zu können', nicht darüber sprechen zu können, sondern agieren diese zum Teil sehr intensiv aus (Aiyegbusi, 2009). Kommen viele Vorwürfe und Beschwerden der Patient_innen, so müssen diese von den Empfangenden eingeordnet

3., überarbeitete Auflage
facultas 2020, 200 Seiten, broschiert
EUR 24,90 (A) / EUR 24,20 (D) / sFr 30,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1594-4
e-ISBN 978-3-99030-947-6 (e-Pub)

Ulrike Lenthe

Transkulturelle Pflege

Kulturspezifische Faktoren erkennen – verstehen – integrieren

Oft kommen heute Pflegepersonen und Pflegebedürftige aus unterschiedlichen Ländern und Kulturen, der Pflegealltag ist multikulturell geprägt. Sprachbarrieren und die Unkenntnis fremder Kulturen können zu Missverständnissen führen, die den Pflegeerfolg ernsthaft gefährden.
Dieses Buch vermittelt Kenntnisse über kulturspezifische Orientierungssysteme. Es zeigt, warum Fremde anders empfinden, urteilen oder handeln und wie Pflegepersonen sie in ihrer kulturell geprägten Lebenswelt als Persönlichkeit wahrnehmen und ihnen mit Wertschätzung begegnen können. Mit gebündeltem Hintergrundwissen aus Kulturwissenschaft, Religionsgeschichte, Sozialanthropologie, Migrationsforschung und Politikwissenschaft beantwortet dieses Buch Fragen, an denen heute niemand mehr vorbeigehen kann, der an interkultureller Zusammenarbeit interessiert ist.

Erhältlich im Buchhandel sowie unter
facultas.at

facultas

werden. Betrifft es das Gegenüber oder ist es persönlich, betrifft es die strukturellen Möglichkeiten der Institution oder alles zusammen? Eine häufige Abwehrreaktion wird es zu viel, ist der Rückzug in strukturelle und prozedurale Prozesse um einen (scheinbar) sichereren Rahmen zu schaffen. Dadurch wird das Team jedoch emotional unerreichbar und getrennter von den Patient_innen. Dies kann Gefühle der Isolation in einer unzureichenden, entkräftenden und manchmal sogar retraumatisierenden Umgebung in Patient_innen auslösen (Aiyegbusi & Kelly, 2015). Zusätzlich kann Angst davor, dass Patient_innen selbst- und/oder fremdgefährdend sind, wie auch Fehler oder Fehleinschätzungen von Seitens des Teams, eine Kultur des Sich-gegenseitig-Beschuldigens, der Paranoia sowie einer verstärkten Verteidigungshaltung, anstelle von Offenheit und Austausch, entstehen lassen (Evans, 2006). Ein weiterer unangenehmer Nebeneffekt, der durch eine nicht psychodynamisch geschulte Umgebung oft gefördert wird, sind Schuldgefühle in Patient_innen. Auf der Seite des Krankenpflegepersonals sind diese gerade genannten Faktoren bzw. Arbeitskultur jedenfalls deutliche Risikofaktoren für ein Burnout bzw. führt zu Demoralisierung bis hin zu innerer Emigration/ Kündigung (Evans, 2006).

Es kann angenommen werden, argumentieren Aiygebusi und Kelly (2015), dass das kontinuierliche Sein mit Menschen, die akut heftigen emotionalen Schmerz erleben und ausströmen, belastend und auch beängstigend erlebt wird. Dem ausgesetzt zu sein kann auch heftige innere Zustände in den Begleiter_innen auslösen, die ohne professionelle Schulung und Wissen als sehr störend wahrgenommen werden können und dementsprechend häufig abgewehrt werden müssen (Aiyegbusi, 2009). So kann es zu den schwierigsten Situationen in pflegenden Berufen werden, angegriffen, herabgesetzt oder sogar bedroht werden. Es braucht die Entwicklung oder Stärkung der inneren Kapazität, auszuhalten, jedoch auch innerlich beweglich zu bleiben. Manchmal ist Kontaktaufnahme oder Nähe für Patient_innen fast nur über Schmerz und Aggression möglich (Aiyegbusi & Kelly, 2015). Wenn durch so eine Begegnung eigene unverarbeitete Traumata in den Pflegenden spürbar werden, kann Sadomasochistisches-aufeinander-Bezugnehmen des Personals einen Versuch darstellen, die jeweiligen eigenen Gefühle wieder unter Kontrolle zu bringen. D.h., unbewusste Einladungen von akut und schwer erkrankten Patient_innen, in deren Dynamik einzutreten, können dementsprechend heftige, sadomasochistische Projektionen beim Pflegepersonal auslösen. Werden diese als solche erkannt, können diese Projektionen wichtige Hinweise liefern, wie verinnerlichte Beziehungen dieser PatientInnen organisiert sind und dementsprechend darauf reagieren.

Psychoanalytisch gedacht bedeutet masochistische Aggression, Berliner (1947) folgend, Leiden, um geliebt zu werden. Leiden bedeutet dann eine Bezugnahme zu einem wichtigen Anderen und stellt damit Nähe her. Leiden kann hier aber auch einen Autonomieaspekt, mehr -sehnsucht, in sich tragen. Die schmerzerfüllte Person fühlt (phantasiert) sich dann unter Umständen gleichgestellter (‚ich halte das aus'). Wenn Patient_innen keinen anderen Weg sehen als den Sadismus einer wichtigen Bezugsperson zu akzeptieren, so machen sie ihn sich mehr der weniger zu eigen. Um diese Bezugsperson nicht zu verlieren, entsteht ein inneres Arrangement, um den Sadismus irgendwie aushaltbar zu gestalten. Masochismus ist hier der verinnerlichte, davor erfahrene Sadismus einer anderen wichtigen Bezugsperson, der sich gegen sich selbst zu wenden beginnt. So wird Misshandlung als Zuwendung und Aggression als Liebe umgedeutet. Masochismus bedeutet dann, eine Person zu lieben, die Misshandlung, Desinteresse oder Leid gegeben hat. Masochismus bedeutet dann, dass durch die Erfahrungen wie sich Zuwendung, Aufmerksamkeit oder Liebe anfühlt, über die mächtigen Mechanismen der Introjektion, Identifikation und den entstehenden verinnerlichten Gesetzgebern (Über-Ich), der Sadismus des geliebten Anderen zu etwas wird, dass Ich-Synton erlebt wird und libidinös aufgeladen wird (Berliner, 1947).

Es ist feststellbar, dass es, je mehr Mangel in einem System vorherrscht, umso autoritärer und kontrollierender wird es in dem Versuch die Risiken zu minimieren (Evans, 2006; Kernberg, 1998). Für Menschen in großen Institutionen, in denen die Anzahl der Interaktionen und informelle Machtverhältnisse unüberblickbar und nicht nachvollziehbar sind, ist es oft schwer im Arbeitskontext, sich ein ausreichendes Gefühl von individueller Identität zu bewahren. Die Kraft der Großgruppendynamik bewirkt häufig Gefühle des Ausgeliefertseins, Anpassungsdruck und Fremdbestimmtheit (Platen, 1998; Schindler, et al., 2016). Institutionalisierte Gesundheitssysteme sind hierfür mit ihrer Abwehr von Angst oder Besorgnis ein aktuelles Beispiel. Es ist laut Evans (2006) zu beobachten, dass Institutionen, die sich mit Gesundung auseinandersetzen, diese Mangel- oder

Minderwertigkeitsgefühle in Omnipotenzphantasien verschieben, wie sehr oder wie schnell die Risiken eines Zusammenbruchs schmälern, Gewalt oder Selbst/ Mord verhindert werden können. Die Gefahr, dass magische Lösungen (z.B. zehn Therapieeinheiten oder acht Wochen Kur bei schweren oder chronischen Störungen) bzw. Hass und Abwehr sich in den Vordergrund drängen, ist laut Evans (2006) besonders groß, wenn aufkommende Angst oder Überforderung Patient_innen - und denjenigen in die Schuhe geschoben wird, die den heftigen Zuständen der PatientInnen am meisten ausgeliefert sind - und das ist üblicherweise die Pflege.

Autonomie und gute Praxis

Das Vermögen, gut für andere da zu sein, inkludiert die innere Akzeptanz und Fähigkeit oder Einsicht, von anderen abhängig zu sein. Dies konstruktiv zu verinnerlichen, ist für pflegende Berufe ein wichtiger Schritt zur Autonomie und guter Praxis. Hier liegt Potential zur Stabilisierung, Verbesserung und auch Heilung (Evans, 2006). Um die eigenen Empfindungen möglichst genau retro- und prospektiv wahrnehmen zu können, braucht es Konzepte wie das Affekt-Resonanz-Trainings (ART), durch das selbstreflexives wie auch fremdreflexives Verhalten geübt werden kann (Sieberth & Steinberger, 2013; Steinberger, in Druck; Steinberger, Sieberth, & Zemann, 2013; Zemann et. al., 2017). Im deutschsprachigen Raum leistet hier das Team um Johann Steinberger seit mittlerweile zehn Jahren in der Wiener Krankenpflegeschule am Otto Wagner Spital Pionierarbeit. Im Rahmen der Ausbildungen ist Selbsterfahrung im Sinne eines Affekt-Resonanz-Trainings ein integraler Bestandteil der Ausbildung. Durch dieses Training, bestehend aus Selbsterfahrung sowie einem zweistufigen Supervisionskonzept, werden deutliche Verbesserungen von Empathie-Fähigkeit gemessen, eine größere Offenheit wie Intensität in der aktiven Gestaltung von Beziehungen. Zusätzlich konnte festgestellt werden, dass durch das Affekt-Resonanz Training Wahrnehmung wie auch Kommunikation differenzierter wurden (Zemann et.al., 2017).

In pflegenden Berufen wird viel mit und auch in Körpern gearbeitet, gedacht, gespürt und kommuniziert. Das Unbewusste formt den Großteil der Wahrnehmung unseres Seins und Wollens. Um sich selbst und die Welt verstehbar zu machen, muss die Menge an Information reduziert und in Kategorien verpackt werden. Menschen sehnen sich nach Kategorien wie Gemeinsamkeit und auch nach Getrenntheit, um einander wieder nahe sein zu können. Unbewusste Kommunikation geschieht schnell, komplex und ohne Maske der Angepasstheit. Beziehung etabliert sich rapide und gibt doch manchmal für Jahre Rätsel auf. Gleich dem lebensformenden Rhythmus des Herzens und des Blutes gibt es in jeder und jedem eine psychische Melodie, die unaufhaltsam klingt und wirksam ist. „Wie ansteckend Gähnen sein kann wissen wir, aber wie…“, frägt sich Hustvedt (2018), „…verhält es sich mit Gefühlsansteckungen, die seit langer Zeit schon aus verschiedensten Kontexten und anderen Teilen der Welt belegt sind?“ (S. 337f). Unbewusste Kommunikation spricht und empfängt auf allen Kanälen zugleich. Es fällt schwer, Körper und Psyche/ Geist simultan sprechen zu lassen. Meist gibt es im Beschreiben eine Hinwendung mehr zu der einen oder anderen Position. In dem Versuch, das sogenannte biopsychosoziale Modell als Referenzort für Erklärungen heranzuziehen, wird das Bemühen lesbar, die scheinbar unterschiedlichen Systeme zusammenhängend oder gar gemeinsam, gleichzeitig zu denken.

Berührung wie auch Sprache, letztlich jedes In-Verbindung-Treten, lösen Erinnerungen aus. Konkrete körperliche Berührung in einem vertrauensvollen Setting, das zur Öffnung einlädt, bewirkt tiefe psychische Resonanz, die, kann sie besprochen werden, wichtige Veränderungen auslösen kann (King, 2011). Sensorische Berührung braucht im Zusammenhang mit Selbsterfahrung jedoch die Übersetzung vom Affekt in Sprache mit all den Interpretationsmöglichkeiten sowie Bewusstsein der Vielschichtigkeit, Verwobenheit dieser Vorgänge. Darauf reagierend entwickelte sich das therapeutische Credo, dass reflektierendes, emotionales, möglichst offenes Miteinandersprechen eine sinnvolle und fassbare Reduktion sein kann. Beginnend in der Selbsterfahrung im eigenen Erleben und Aneignen, später dann im Rahmen von pflegerischen Handlungen bzw. des Weitergebens ist es wichtig, das erarbeitete Bewusstsein mit besonderer Achtsamkeit zu belegen. Quinodoz (2003) folgend kann Sprache einen Weg zu entwicklungspsychologisch sehr frühen körperlichen Erfahrungen eröffnen. Über den Weg des frei assoziierenden Sprechens ist es möglich zu vergessenen Erinnerungsspuren zu gelangen. Erinnerungen, die stark über den Körper ins Bewusstsein kommen, verweisen darauf, dass für sie noch keine oder keine ausreichenden Worte gefunden wurden. Dies kann als Hinweis darauf verstanden werden, wann sich Lebensgeschichtlich Irritation eingeritzt hat (es gab noch keine Worte) oder wie stark

5. / 6. März 2020
Wien
businesscircle.at/pflege

BUSINESS circle

Für Führungskräfte der Akut-, Langzeit- & mobilen Pflege

Pflege-Management Forum 2020

KEY NOTE - Ilona Kickbusch
Zukunftsszenarien für die Pflege

SCHWERPUNKTE

- (Digitale) Innovation – wie profitiert die Pflege
- Personalarbeit und Führung neu denken
- Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheits- und Berufspolitik

sie verdrängt werden musste (die Worte dürfen nicht wahr sein). Über das Phantasieren wie Erinnern im Rahmen einer sicheren Beziehung kann Affekt in symbolisches Denken transformiert wie auch neuronale Muster (re) aktiviert und verändert werden. In diesem Zusammenhang verweist Kradin (2004) auf eine Verbindung zwischen Placebo-Reaktionen und Bindungsfähigkeit eines Menschen. In seinem Modell setzt die physiologische Wirkung eines Placebos eine Verinnerlichung und Bewertung von interpersonellen bedeutsamen Erfahrungen voraus, die verdrängt wurde, d.h. unbewusst ist. Damit ist konkret gemeint, dass eine Begegnung oder ihre bestimme Art und Weise eine damit in Zusammenhang stehende somatische Reaktion auslöst. Babys vermögen körperliche von psychischen Zuständen zu Beginn noch nicht zu unterscheiden. Es kann sein, dass Babys körperlichen Schmerz fühlen und gleichzeitig erleben, sich gehasst zu fühlen oder Frustration von dem den ganzen Körper erfassenden Zustandes des Hungers noch nicht unterscheiden können (Quinodoz, 2003). Mit Hustvedt (2018) kann die Frage aufgeworfen werden, ob nicht eine schlichte klassische Konditionierung auch eine Form von Erinnern ist. Wo und wie wird aus einer Erinnerung eine somatische Reaktion (und umgekehrt)? Wo fließt Begehren, ein Gedanke in den Körper? Wo bedeutet eine körperliche Reaktion letztlich eine sich wiederholende Erzählung einer vergangenen Erfahrung? Sensorische wie auch memorierte Erinnerungen oder Bewertungen formen und geben Rahmen und Bezüge. Damit sind oder werden Erinnerungen aber auch so etwas wie ein Potential der Verwirklichung eines Lebensplanes (Lorenzer, 1983). Formulierte Erinnerungen helfen Zusammenhänge zu sehen, die einst gebildet wurden und die so gestärkt oder aufgelöst und neu verknüpft werden können.

„Sprache als Arznei“

Sprache ist das bevorzugte Medium für Selbsterfahrung. Es liegen signifikante Merkmale therapeutischen Sprechens, Hörens wie auch Handelns vor (Dorner, Plog, Teller, & Wendt, 2015; Ogden, 2008; Scarvaglieri, 2011). „Sprache als Arznei“ (Scarvaglieri, 2011) ist ein wirksamer Resonanzboden, durch den Zu-Sich-Kommen wachsen kann. Lorenzer (1983) ist sogar der Meinung, dass therapeutisches Sprechen mit einer „Sprachoperation“ (S. 98) gleichsetzbar sein kann. Sprache zeigt auch Zeitgeist. Es ist schon lange zu beobachten, dass menschliche Funktionen mit den modernsten Metaphern belegt werden. Wir befinden uns in Prozessen, haben Speicher, Kapazität und brauchen ein Update. Gerade im institutionalisierten Gesundheitswesen gibt es einen Sog hin zu einem technisierten Sprachgebrauch, der oft sichtlich durch seine Eleganz und Gebundenheit nützlich, für die Entstehung von Beziehung jedoch hinderlich ist, da sie dazu neigt, rigide zu werden und Metaphern, Phantasie und Intuition auszusperren (Kernberg, 1998). Worte wie Reaktionen als Bezeichnendes heben bestimmte Wirklichkeit hervor, lassen andere verschwinden und formen somit persönliche wie gesellschaftliche oder politische Prozesse (Gentile, 2017). Eine psychische ‚Technik‘ zu lernen und deren ‚Werkzeug‘ zu verwenden, wirkt klar, manualisiert, ist verstehbar und anwendbar. Dies hat unbestreitbar große Vorteile. Es gibt Sicherheit, ist standardisierbar, nachvollziehbar, lernbar, prüfbar - es ist sauber. Sauberkeit ist in Spitälern ein hohes Gut. „Die Anerkennung einer gemeinsamen Involviertheit und die damit verbundene Anerkennung der gemeinsamen Angst vor dem zu Entdeckenden wird durch die Vorstellung, eine richtige Theorie, eine richtige Technik zu haben, reduziert“, betont Steinberger (in Druck). Jedoch, argumentiert er weiter, ist Technik einem Rahmen gleichsetzbar, innerhalb dessen sich die jeweilige Vorstellung von Begegnung und Beziehung einbettet. „Technik und metapsychologische Vorstellungen bilden einen Referenzrahmen der Verschiebung und damit der Beschreibung von Nichtsichtbarem. Wiederholbarkeit und die Reduktion von Angst beruhen auf der Fähigkeit, zu abstrahieren, zu verallgemeinern, Sprache im generellen Sinn für das uns Beschäftigende zu finden“ (Steinberger, in Druck). Beziehung und Sich-Involvieren-Lassen sind Begriffe, die opponierend zu Technik und Werkzeug klingen. Selbsterfahrung soll, Scarvaglieri (2011) folgend, durch psychotherapeutisches Miteinander-Sprechen und In-Beziehung-Sein mentale Prozesse auslösen und dadurch Veränderungen bewirken. Sprache, die über Rationales und Informatives hinausgeht, weckt, gemäß Quinodoz (2003), vergrabene innere Bilder, Phantasien auf und lässt körperliche, psychische wie historische Erinnerungen (wieder)auferstehen. Steinberger (in Druck) führt diesbezüglich weiter aus, dass Sinneseindrücke, die wir ausgewählter Weise registrieren und auf die wir reagieren, sich immer verorten entlang des eigenen psychischen Verstehens wie auch in Resonanz von Klären und Deuten von Gefühlen. Er betont: „Diese Fähigkeit des Verstehens entwickelt sich durch das Benennen bzw. durch Sprache als Ver-

schiebung durch Benutzung von Metaphern (Sprache), um nicht der eigenen Impulsivität und der damit verbundenen Handlung ausgeliefert zu sein. Um „objektiv“ zu sein, müssen wir tief „subjektiv“ in unserem Verstehen sein. Ohne Beeinflussung entwickelt sich kein Verstehen und auch kein Einfluss auf die Konstruktion von Realität“ (Steinberger, in Druck). Worte legen etwas fest und helfen uns in Interaktion miteinander zu leben. Je nachdem, welche Worte wann oder wo gesprochen werden, treffen sie mit Wucht oder verpuffen im leeren Raum. Das Verwenden von Metaphern, Bildern und Analogien hilft dabei, in Kontakt mit der Symbolisierungsfähigkeit und -kapazität zu kommen (Quinodoz, 2003). Dies wiederum festigt und öffnet den eigenen inneren Raum.

Wichtig ist es, im Sprechen zu bleiben (hierzu gehört auch die Stille dann und wann), auch wenn sich schwierige, fordernde Situationen zwischen den Beteiligten aufspannen. Nur dann ist gesunde Abgrenzung und Containing, im Sinne von zwei Seiten einer Münze, möglich. Es braucht Bewusstsein dafür, was ausgesprochen wird und was nicht. Es braucht Klarheit, wer etwas formuliert und wer zuhört, was dies bedeuten und bewirken kann. Es braucht Aufmerksamkeit für Handlungen, die anstelle von Sprache etwas kommunizieren sollen. Es braucht Übung damit Sprache und sprechbar machen zu Handlungsfreiheit führen kann (Scarvaglieri, 2011). Um miteinander wirksam kommunizieren zu können, ist es wichtig Offenheit für das, was sich entfaltet, wie auch die Fähigkeit, sich verstehbar zu machen bzw. zu verstehen, zu entwickeln. Es braucht die Fähigkeit, in schwierigen Situationen manchmal viel aufzunehmen und in jeweils passenden Dosierungen wie Worten und Handlungen darauf zu reagieren (Containen) (Scarvaglieri, 2011). Es gilt also, Bewusstsein wie auch Fertigkeit für den Prozess des Zuhörens zu entwickeln. Erzählen und Hören ist kontinuierlichen Veränderungen unterworfen. Jedes Mal ist es möglich, andere Elemente einer Erfahrung zu beleuchten oder zu erkennen (Steinberger, in Druck). So kann eine rationale, bewusste Nuancierung lange im Vordergrund stehen, bis eine symbolische oder bislang unbewusste, unverknüpfte Seite oft mit großer Überraschung wahrnehmbar wird (Quinodoz, 2003). Es ist heilsam, einen gemeinsamen Austausch zu finden, in dem auch über Schwieriges, Heftiges und Ernsthaftes gemeinsam gelacht werden kann. „Wachstum…“, betont Steinberger (in Druck) auch, „… impliziert auch das Nachdenken über Gefühle von Hemmungen, Scham, Nichtwissen“. Er betont weiterhin: „…. es [ist] auch wichtig, die Fähigkeit zu entwickeln, neue Gedanken zulassen zu können und eine Anerkennung des Nichtwissens auch aushalten zu können“ (Steinberger, in Druck).

Pflegerische Begegnungen sind komplex und finden in unterschiedlichsten Kontexten statt. Die eigenen Vorstellungen und Grundhaltungen, von sich aus den Beruf zu dekonstruieren, hilft zu einem umfassenderen Erleben im Arbeitskontext. „Sich reflexiv mit komplexen Arbeitssituationen auseinanderzusetzen, sich selbst und anderen gegenüber akzeptierend positionieren, Mehrdeutigkeiten von Situationen anerkennen und verschiedene Lösungen für ein und dasselbe Problem erkennen können sowie dem Druck zum primären Handeln, um Lösungen zu generieren, standhalten“ (Steinberger, in Druck) wird als klares Ziel formuliert. Unverstandene und unaushaltbare Angst bewirkt die Suche nach einer einordnungsbaren Wahrheit (‚so ist es‘) und nach Wiederholbarkeit (‚so bliebt

(C) Alex Tihonov

es'), um die empfundene Wahrheit absichern zu können. Wenn jedoch Angst als Informationsträger verstanden werden kann und so eine Brücke für die sich entwickelnde Situation zwischen allen Beteiligten etabliert, bedeutet die Nutzbarmachung von Angst durch Verstehen und Zuordnung eine Chance, den Handlungsspielraum für letztlich alle Beteiligten zu erweitern. Selbsterfahrung bedeutet, die eigene Subjektivität zuzulassen, ernst zu nehmen, zu genießen, akzeptieren und zu nutzen, da die emotionale Wirkung im Arbeitsumfeld vielschichtiger und komplexer für wahrgenommen werden kann (Evans, 2006; Steinberger, in Druck). Damit zieht das Beziehungsfüge mehr hin zu Respekt, Empathie, Authentizität, Klarheit und Offenheit (Steinberger, in Druck).

Wenn gemeinsames Reflektieren in einer vertrauensvollen Umgebung in der Offenheit emotionale Selbstoffenbarung, Kritik und Diskussion konstruktiv ermöglicht wird, entwickelt sich bei den teilnehmenden Personen eine größere Dialogfähigkeit, mehr Raum für Diskussionen mit weniger Angst, Fragen zu stellen oder hinterfragt zu werden (Ghedin, et al., 2014). Je besser eigene schwierige Erfahrungen von Krankenpflegepersonal verarbeitet werden konnten, umso weniger ungesunde Wechselwirkungen sind in den Interaktionen zu erwarten (Aiyegbusi & Kelly, 2015). Je genauer das Verständnis oder auch die Akzeptanz sich selbst gegenüber ist, umso genauer kann zwischen eigenen Reaktionen auf Grund der eigenen Erfahrungen und dem was letztlich mehr mit dem Gegenüber zu tun hat, von diesem ausströmt, unterscheiden - und auch verstanden werden. Gleichzeitig hat jede Begegnung, jede Beziehung ihre einzigartige Qualität, die nur durch die Anwesenheit der jeweils teilnehmenden Menschen zu diesem Zeitpunkt entsteht. Das psychoanalytische Modell bietet hier einen konstruktiven Rahmen, um subjektive unbewusste Überzeugungen, Rollen oder Strukturen in sich wie den Patient_innen zu erkennen, zu verstehen und besser damit umgehen zu können. Es bewirkt also Akzeptanz, Veränderung und Wachstum (Aiyegbusi & Kelly, 2015). Steinberger dazu: „Der Einfluss auf die PatientInnen erfolgt durch die Erkenntnis, die die TherapeutInnen über sich gewinnen und dadurch eine andere Haltung gegenüber den PatientInnen entwickeln können" (Steinberger, in Druck). Wenn es gelingt, Verknüpfungen zwischen dem aktuellen Verhalten von Patient_innen und ihrer Lebensgeschichte herzustellen, wie heftig oder schwierig sie auch sein mögen, so können positivere Bewertungen und folgend Haltungen den Patient_innen gegenüber beobachtet werden (Aiyegbusi & Kelly, 2015; Evans, 2006). Nach dem Paradigma Privates aus Beruflichem heraus zu halten zeigt sich nun zusammenfassend, dass, wenn auf spezifische Weise Privates mit Beruflichem verknüpft wird, dies zu einer Stärkung wie auch Sicherheit von Beziehung und Handlungen in pflegenden Berufen führt.

Literatur

Aiyegbusi, A. (2009). The Psychodynamics of Forensik Mental Health Nusery. International Forum of Psychoanalysis, 18(1), 30-36.

Aiyegbusi, A., & Kelly, D. (2015). ‚This is the pain I feel!' Projection and emotional pain in the nurse-Patient relationship with people diagnosed with personality disorder in forensic and specialist personality disorder services: findings from a mixed methods study. Psychoanalytic Psychotherapy, 29(3), 276-294.

Berliner, B. (1947). On Some Psychodynamics of Masochism. Psychoanalytic Quarterly, 16, 459-471.

Bion, W. (1992). Lernen durch Erfahrung (5. Auflage). Wien: Suhrkamp.

Bolm, T. (2009). Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) für Borderline-Störungen und chronifizierte Traumafolgen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Dorner, K., Plog, U., Teller, C., & Wendt, F. (2015). Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Köln: Psychiatrie Verlag.

Einsle, F., & Härtling, S. (2015). Die Erforschung der Psychotherapie - Aktueller Stand und Themen für die Zukunft. Abgerufen am 6. Oktober 2019 https://www.psychotherapiewissenschaft.info/index.php/psywis/article/view/295/630

Autorin

Gisela Hajek
Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychoanalytikerin in Ausbildung unter Supervision, arbeitet in freier Praxis
gisela.hajek@ptbd.at

Evans, M. (2006). Making room for madness in mental health: the importance of analytically-informed supervision of nurses and other mental health professionals. Psychoanalytic Psychotherapy, 20(1), 16-29.

Frank, C. (2007). Projektive Identifizierung: Ein Schlüsselkonzept der psychoanalytischen Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Freud, S., & Breuer, J. (1895). Studien über Hysterie. Wien: Fischer.

Gentile, J. (2017). Tugging at the Umbilical Cord: Birtherism, Nativism, and the Plotline of Trump‘s Delivery. Contemporary Psychoanalysis, 53(4), 489-504.

Ghedin, S., Piredda, C., Rosario D‘addario, M., Petricola, F., Caldironi, L., & Marogna, C. (2014). Weaving Thoughts: Group Experience with Nurses in a Hospice. Journal of the American Psychoanalytic Association, 62(3), NP21-NP23.

Goretti, G. R. (2008). Projektive Identifizierung: Kleins »Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen« als Ausgangspunkt einer theoretischen Untersuchung des Konzepts . Internationale Psychoanalyse, 3, 64-192 .

Hustvedt, S. (2018). Die Illusion der Gewissheit. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Kernberg, O. (1998). Ideology, Conflict and Leadership in Groups and Organizations. Yale University Press.

King, A. (2011). Touch as Relational Affirmation. Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis, 5(2), 108-124 .

Klein, M. (1952). Some Theoretical Conclusions regarding the Emotional Life of the Infant. In: The Writings of Melanie Klein, Volume 8: Envy and Gratitude and Other Works (Vol. 8). London: Hogarth Press, London.

Kradin, R. (2004). The placebo response complex. Journal of Analytical Psychology, 49(5), 617-634.

Lambert, M. (2015). Effectiveness of Psychological Treatment . Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 3(2), 87-100. Abgerufen am 6.10.2019 Verfügbar unter http://www.resonanzen-journal.org.

Lorenzer, A. (1983). Sprsche, Lebenspraxis und szenisches Verstehen in der psychoanalytischen Therapie. Psyche, 37(2), 97-115.

Ogden, T. H. (2008). Träumerisches Sprechen . Internationale Psychoanalyse, 3, 198-218 .

O‘Shaughnessy, E. (2003). Eine invasive projektive Identifizierung: Wie Patienten in Denken und Fühlen des Analytikers eindringen. Jahrbuch der Psychoanalyse, 46(9), 9-28 .

Platen, A. R.-v. (1998). Die Großgruppen. Luzifer-Amor: Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse, 11(21), 85-91 .

Quinodoz, D. (2003). Words that touch. The International Journal of Psychoanalysis, 84(6), 1469-1485.

Scarvaglieri, C. (2011). Sprache als Symptom, Sprache als Arznei. Die linguistische Erfrorschung von Psychotherapie. Psychotherapie und Sozialwissenschaft, 13(3), 37-58.

Schindler, R., Spaller, C., Wirnschimmel, K., Tippe, A., Lamatsch, J., Margreiter, U., . . . Ertl, M. (2016). Das lebendige Gefüge der Gruppe: ausgewählte Schriften. Psychosozial-Verlag.

Segal, H. (2008). Gebrauch und Mißbrauch von Gegenübertragung. Jahrbuch der Psychoanalyse, 59, 9-22.

Sieberth, W., & Steinberger, J. (2013). Beobachtung: Ein mentalisierungsgestütztes Pädagogikkonzept (S. 183-194). In E. S, & C. Meyer, Praxis geschlechtersensibler und interkultureller Bildung. Wiesbaden: Springer.

Steinberger, J. (in Druck). Supervision als intersubjektiver, relationaler Prozess. Feedback - Zeitschrift für Gruppentherapie und Beratung, 4.

Steinberger, J., Sieberth, W., & Zemann, E. (2013). P2: Ein mentalisierungsgestütztes Pädagogik-Konzept in der Ausbildung für Krankenpflegepersonal. Wien: Springer.

Tschuschke, V. (2003). Kurzzeitpsychotherapie Theorie und Praxis . Wien: Springer.

Zemann, E., Gundaker, C., Schossmaier, G., Steinberger, J., & Totzauer, G. (2017). Affektresonanztraining ART© in der speziellen Grundausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege am Otto-Wagner-Spital der Stadt Wien. Österreichische Pflegezeitschrift, 26-28.

[1] Gemäß Lambert (2015) stellt sich eine nachhaltige Wirkung zwischen 20-50 Stunden ein. Tschuschke (2003) folgend können konkrete Konflikte acht bis zehn Stunden insoweit bearbeitet werden, als dass eine Entscheidung getroffen werden kann wie damit umgehen, Persönlichkeitswachstum mit nachhaltiger Wirkung beobachtet er ab 40 Stunden Selbsterfahrung.

Pflegediagnosen – handlich und kompakt

Marjory Gordon / Jürgen Georg

Handbuch Pflegediagnosen

Deutsche Ausgabe herausgegeben von Jürgen Georg.
Übersetzt von Michael Herrmann.
6., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2020.
656 S., 13 Abb., 8 Tab., Gb
€ 44,95 / CHF 55.90
ISBN 978-3-456-85794-7

Wer konkret wissen möchte, wie man eine Pflegeassessment macht und Pflegediagnosen erkennt, benennt und genau formuliert, kommt um Gordons smarten Klassiker der Pflegediagnostik nicht herum.

Wie schätzt man aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme und gesundheitliche Entwicklungspotenziale gekonnt ein und wie stellt man umfassende und genaue Pflegediagnosen? - Klar, mit dem weltweit verbreiteten und anerkannten Basisassessment nach den 11 funktionellen Gesundheitsverhaltensmuster von Marjory Gordon.

In der 6. Auflage ihres erfolgreichen Handbuches:

- beschreibt sie neben 235 NANDA-I-Pflegediagnosen weitere 28 praktisch relevante Pflegediagnosen mit ihren Definitionen, Merkmalen, Einflussfaktoren und Risikogruppen
- stellt sie ihr einzigartiges und umfassendes Basisassessment mit funktionellen Gesundheitsverhaltensmustern für Kinder, Erwachsene, Familien, Gemeinden und Akutkranke vor
- erklärt sie den Nutzen ihres Basisassessments anhand eines plausiblen Fallbeispiels
- beschreibt sie verständlich, was Pflegediagnosen sind und wie man Pflegediagnosen erkennt, stellt und dokumentiert
- bietet Gordon Pflegeziele und Ergebniskriterien sowie Pflegeinterventionen zu den jeweiligen Pflegediagnosen
- bietet sie zusätzlich 28 Pflegediagnosen von hoher praktischer Relevanz wie Intertrigo/-gefahr, Kontrakturgefahr und Schlaf-wach-Rhythmus-Umkehr
- gibt sie in einem ausführlichen Interview Auskunft zu Entwicklungen der Pflegediagnostik
- wird der im April 2015 verstorbenen Pflegewissenschaftlerin in einem Nachruf gedacht
- zeigt sie was Pflegediagnosen für Pflegedokumentation, Kommunikation, Leistungserstattung, Qualität, Fallmanagement, PBL, interdisziplinäre Behandlungspfade, Forschung und Theorieentwicklung bedeuten.

Unterscheiden und entscheiden – alle Pflegediagnosen und das weltweit beste Pflegeassessment der „funktionellen Gesundheitsverhaltensmuster“ in dem praktischen Handbuch zur Pflegediagnostik.

Selbstpflege – Basis für gelingende Beziehungen

Im Rahmen der Entwicklung einer „sprechenden Pflege“ und einer passenden Patientenedukation suchte ich nach Konzepten für Beratung. Zu den Themen Schulung und Information lagen bereits Umsetzungen vor, in Deutschland entstanden die ersten Patienteninformationszentren unter pflegerischer Leitung ab 1999. Die üblichen Beratungskonzepte entsprachen nicht der Pflege-Wirklichkeit, sie entstammten psychotherapeutischen oder pädagogischen Zusammenhängen, gingen von längerfristigen Begleitungen aus.

Notwendigkeit eines eigenen pflegeorientierten Ansatzes

Andererseits: Kranke und/oder pflegebedürftige Menschen haben Angst und Sorgen, sie brauchen Stützung und beruflich Pflegende sind ihre Hauptansprechpartner. Oft sind diese Gespräche „Nebenarbeit“, zersplittert, kurz, einmalig. Aus diesem Grund begann ich vor etwa 12 Jahren nach Hilfe aus der Psychologie zu suchen, nach bekannten Psychologen, die bereit waren, sich auf die Besonderheiten des Pflege- Settings einzulassen. Seitdem existiert eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit G.G.Bamberger, vielerorts bekannt durch seine Arbeit zur „Lösungsorientierten Beratung“. In einer zehnjährigen Arbeit wurde das Konzept entwickelt, eine Arbeitsgruppe zunächst aus Studenten, später Absolventen bis hin zu „fertigen“ PflegewissenschaftlerInnen engagierte sich. Unzählige Sitzungen, Recherchen, Diskussionen mit Gästen und vor allem die 8tägigen gemeinsamen Seminare liessen die Wittener Werkzeuge wachsen. Zunächst wurden pflegerische Beratungssituationen analysiert und die Sinnesgrundlagen sehen, hören, fühlen, sprechen und handeln ausgemacht. Klientenseitig wurden dann Achtsamkeit, Einlassung, Mitgefühl, Ermutigung und Berührung als erste Werkzeuge festgelegt (Patient Care). Diese Elemente überlappen sich und finden sich auch in vielen anderen Beratungsgrundlagen. Herr Bamberger hatte entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung.

Unter anderem riet er dazu, sich jeweils ein persönliches „Lieblingswerkzeug“ auszusuchen, dies würde die anderen ersetzen. Weiter wertete er die „en passant“ Beratungssituationen in der Pflege auf, ja, er meinte, dass sich alle Aspekte guter Beratung auch in Kurzgesprächen finden, eine Artikelserie in DSDP zeigt solche Beispiele, viele leser/lehrer bedankten sich. Bamberger meinte, dass sich die Pflegearbeit aufwerten lässt durch Gespräche, er selbst hat ja den Coachwalk erfunden, Beratung im gehen, auf Augenhöhe.

Selbstpflege ermöglicht Beziehungsaufnahme

Schon in den ersten Arbeitsmonaten warf er die Wichtigkeit von Selbstpflege ein – wir waren überrascht, es ging uns ja stets um Patienten/Angehörige/Bewohner. In sonstigen Berufen mit vielerlei Beziehungsarbeit gehört Selbstpflege zur „Arbeitshygiene“, Psychologen etwa nehmen Supervision in Anspruch, Beratungsexperten buchen kollegiale Beratung, Coaching usw.. In der Pflege scheint dies alles keine Rolle zu spielen, obwohl stets in existentiellen und widersprüchlichen Situationen mit hohem Entscheidungsdruck gearbeitet wird. Die Krankheitsquoten, Burn-Out-Geschichten und die Berufsausstiegsraten sprechen für sich. Inzwischen ist die Stärkung der Selbstpflege das wichtigste Ziel der Wittener Werkzeuge geworden – alle Teilnehmerinnen der letzten Seminare meldeten uns dies positiv zurück.

Entsprechend der Klientenwerkzeuge wurden dann Selbstachtung, Intuition, Selbst-Spürung, Selbstermutigung und Selbststärkung entwickelt. Herr Bamberger meinte, dass wir eigentlich alle Klientenwerkzeuge umgekehrt nutzen sollten: sie für den Anwender selbst erfahrbar machen. Trotzdem haben wir uns für andere Bezeichnungen entschieden um Verwechselungen zu vermeiden.

Sich selbst im Blick haben, die eigene Rolle zu reflektieren, warum reagiere ich wie……diese Aspekte werden im Werkzeug Selbstachtung bearbeitet. Im Lauf der Zeit wurden diese Inhalte ergänzt durch einen Impuls „Zum Wert der Pflege“, es zeigte sich, dass Pflegende oft sich selbst ihre eigene Arbeit nicht gut genug einschätzen („ich bin nur Krankenpflegerin“).

Verborgene Kraftquellen

Intuition ist ein „Schatz“ der Pflegearbeit, durch den steten Umgang mit unterschiedlichsten Menschen und Situationen können reflektierte Pflegende einen „7.Sinn“ entwickeln. Dieses Handlungswissen ist kein reines „Bauchgefühl“, es entsteht durch Erfahrung und führt zu guten Entscheidungen und auch zu passenden Prognosen. Erst in den letzten Jahrzehnten ist pflegerische Intuition bearbeitet und aufgewertet worden (Benner 2012).

Selbst- Spürung (extra getrennt geschrieben), meint sich auf das Eigene zu konzentrieren, sein „Selbst“ zu spüren, wie geht es mir hier und jetzt? Welche Bedürfnisse leiten mich? Mein Gegenüber merkt offenbar, ob ich wirklich präsent bin…und nur dann kann eine hilfreiche Begegnung stattfinden. Um zu sich selbst zu finden brauchen wir (wenigstens kurze) Auszeiten, Innehalten, ein Blick aus dem Fenster, ein tiefes Atmen bevor die Tür zum Krankenzimmer geöffnet wird. Das Kennenlernen von Entspannungsverfahren ist förderlich, einiges davon kann auch täglich eingesetzt werden.

Selbstermutigung besteht darin, sich selbst Mut zuzusprechen, innere Dialoge zu führen. Normalerweise sprechen viele Stimmen in uns, nun geht es darum, sich positiv einzustimmen im Sinne von „Du schaffst das“, die eigenen Kraftquellen und Stärken zu be-

tonen. Manche Menschen legen sich einen kurzen Satz, ein Mantra zu. Alle Selbstpflege-Werkzeuge helfen sowohl kognitiv (im Denken), als auch im Fühlen und schliesslich im Handeln. Die Hirnforschung zeigt, dass diese drei Bereiche enger zusammenliegen als bisher angenommen, über unsere Gedanken lassen sich Gefühle beeinflussen und umgekehrt, auch auf der körperlichen Ebene reagieren wir entsprechend. Die Forschungen zu Placebo-Effekten oder zur sich selbst erfüllenden Prophezeiung legen überzeugende Ergebnisse vor.

Kasten „Selbst“ – was ist das eigentlich?

Die Vorsilbe „Selbst..“ hat Konjunktur, Selbstbestimmung, Selbsthilfe usw. – dies mag auch an unserer individualistischen Gesellschaft liegen. Neuropsychologen sind sich einig, dass unser „Selbst“ im limbischen System entsteht, eine Verhaltenssteuerung die überwiegend aus Gefühlen gespeist wird. Daneben wirken unsere Grosshirnrinde, dass „rationale Ich“ und der Hirnstamm als vitale Garantie.

Das limbische System speichert schon vorgeburtliche alle Erfahrungen, ja manches wird auch generationell „weitergegeben“. Wir kommen alle mit unterschiedlicher genetischer Ausstattung auf die Welt, tragen auch viele Elemente unserer Vorfahren in uns. Unser Selbst entwickelt sich nun im Laufe des Lebens durch Interpretation aller Eindrücke – vieles davon geschieht unbewusst. Neuronale Netzwerke und/oder Transmitter-Cocktails bergen unsere Erfahrungen, sie können immer wieder aktiviert werden und beeinflussen unsere Reaktionen. In der Vergangenheit gab es viele Begriffe zur Bezeichnung unseres „Selbst“, ob Persönlichkeit, Charakter oder die eher philosophisch- religiöse Bezeichnung Seele. Durch populäre Bücher (u.a.Storch 2016) ist unsere emotionale Steuerung bekannter geworden. Wir alle sollten mehr über uns wissen, über unsere Gefühle und Ursachen unseres Verhaltens. Dann können wir auch mehr Verständnis für Andere aufbringen.

Sich stärken

Selbststärkung, dieses letzte der Selfcare- Instrumente beinhaltet, sich selbst etwas Gutes zu tun. In der Dienstzeit kurze Momente zu geniessen, eine Tasse Tee zu trinken, sich die Hände sorgfältig einzucremen, Witziges wahrzunehmen. Aber auch in der Freizeit Inseln zu suchen, sich wohltuend mit Menschen zu umgeben, sich selbst Geschenke zu gönnen, sich in die Wanne zu begeben, die „Beine hochzulegen“.

Innerhalb der Seminare gab es einen Austausch zu den Selbstpflege-Werkzeugen, dabei konnte jeder von anderen lernen, für viele scheint auch Bewegung wichtig, Spaziergehen, Naturerleben. Zur Selbststärkung gab es überraschende Tipps aus der Praxis, so wurde auf einer Intensivstation eine Schublade mit kleinen Süssigkeiten bereitgehalten, auf einer anderen Station schien nur das WC ein Ort der Ruhe zu sein, andere berichteten von Gängen durch das Aussen- Gelände oder gegenseitigen kurzen Nackenmassagen.

Werkzeug hört sich mechanistisch an, mit den Aufteilungen konnte aber erreicht werden, dass ein flexibler Einsatz, je nach persönlichen Vorlieben, umgesetzt wurde. Insgesamt zeigte sich , dass durch die Wittener Werkzeuge ein Prozess in Gang gesetzt werden konnte, ein Prozess, der letztlich zu einer geänderten Haltung führte. Hilfreich waren die zeitlich versetzten Treffen, etwa 4 Termine innerhalb eines Jahres, mit zahlreichen Aufgaben und Kontakten. Eine dauerhafte Umsetzung bedarf aber einer Verankerung vor Ort, es braucht engagierte Menschen verschiedener Ebenen die für Nachhaltigkeit sorgen.

Wichtig erscheint uns auch, dass Pflegende betriebliches Gesundheitsmanagement nachfragen, auf inhaltlich und zeitlich passende Angebote drängen. Oftmals werden Entspannungs-und Rückenschulungsangebote vorgehalten, Ernährungskurse, manchmal auch Resilienztrainings. In unseren Seminaren kamen Austauschrunden über die Pflegearbeit gut an, Möglichkeiten der Reflektion über problematische Erfahrungen (ohne Jammern !!) – leider wird dies nicht so oft angeboten.

Erst in den letzten zwei Jahren wurden innerhalb der Wittener Werkzeuge Inhalte zu TeamCare entwickelt, eigentlich führten unsere Follow-ups nach den achttägigen Grundseminaren dazu. In den Treffen wurde sehr deutlich, dass der Rahmen für alles im Umgang „Miteinander“ liegt. Pflege wird fast immer in Teams geleistet, hier liegt vieles im Argen. Leitungen können nicht gut führen, häufige Wechsel, Überforderung und sogar Feindseligkeiten kommen vor. Zur Umsetzung von Patienten- und Selbstpflege halten die Wittener Werkzeuge etliche Hilfen zu einer guten Teamarbeit bereit.

In den wichtigsten Pflege-Lehrbüchern sind die Wittener Werkzeuge (www.wittener-werkzeuge.de) kurz dargestellt, ein pflegeeigener Ansatz zur Kommunikation. Nun entsteht ein eigenes Buch dazu, es ist im Frühjahr 2020 im Hogre-

Pflege selbst bestimmt

5. Pflegesymposium Pflege Professionell

17./18.September 2020

fe-Verlag zu erwarten.

„Selbstpflege“ ist natürlich nicht nur für das Berufsleben wichtig, sondern für unser Dasein überhaupt. Menschen berichten oft über „Kraftorte“, an denen sie auftanken können. Das kann „etwas im Grünen sein oder am Wasser “, eine tolle Aussicht, ein Cafe, eine Kirchenbank und vieles Andere mehr.

Literatur:

Abt-Zegelin, A. (2009): Gespräche sind Pflegehandlungen. Die Schwester/Der Pfleger 48(4) 221-224

Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. Hogrefe, 2.Aufl.

Langner,B. (2018): Double-Care: Kommunikation im Pflegealltag. Pflegezeitschrift 71 1-2, 32-35

Storch, M. (2016): Machen Sie doch was Sie wollen. Hogrefe, 2.Aufl.

Teigeler, B. (2019): Pflegende brau-chen auch seelische Unterstützung. Die Schwester/Der Pfleger. 58 (2) 46-48

Autorin

Prof. Dr. Angelika Zegelin
Krankenschwester, Pflegewissenschaftlerin
Vorm. Universität Witten/Herdecke
angelika.zegelin@uni-wh.de

CURAPLUS FAMILY CARE
kinder.pflege.zuhause

Säuglinge, Kinder und Jugendliche pflegen, Familien begleiten.
CURAplus ist seit 7 Jahren auf die Pflege und Begleitung von schwerstranken und beatmungspflichtigen Kindern und Jugendlichen, sowie Erwachsenen spezialisiert.
Ab Herbst 2019 wird der Bereich der Familienpflege von der Intensivpflege abgekoppelt, um sich speziell den Jüngsten, sowie deren FAMILIEN zu widmen.

Vertrauen gewinnen, Sicherheit schaffen!
Unser Ziel ist es durch unsere Tugenden: Zuverlässigkeit, Expertise, Individualität und Vernetzung - betroffene Familien ein Umfeld zu schaffen, in dem sie durch Vertrauen und Expertenwissen, Sicherheit im Umgang, sowie einer zuverlässigen Pflege- und Betreuugssituation, eines sein können - FAMILIE.

Gleichzeitig geben wir Kinderkrankenpflegepersonen, sowie KollegInnen mit SAB Kinderintensivpflege, die Möglichkeit, ihren Job so zu leben, wie sie das gerne möchten. Ein sicherer Arbeitsplatz mit Vollbeschäftigung und Bezahlung deutlich über dem SWÖ-KV und flexible Arbeitszeitmodelle ermögliche eine familienzentrierte Arbeit für unsere Familien, in der die eigene Familie nicht zu kurz kommt.

Schenkt uns euer Vertrauen, geschätzte Familien. Werdet Teil eines innovativen Teams, liebe KollegInnen. Lasst uns die häusliche Pflege und Begleitung von Kindern/Jugendlichen und deren Familien gemeinsam weiterentwickeln und zusammen etwas großartiges entstehen lassen.

kinderpflege@curaplus.at 0676 / 61 26 605

www.CURAplus.at

rdb.at
wo MANZ auch findet

Jahresabonnement 2019 EUR 101,–
6 Hefte pro Jahr (inkl Versand im Inland)
Einzelheft EUR 20,20

www.oezpr.manz.at

Kennenlern-Abonnement 2019:
2 Hefte EUR 10,–

„The One and Only“: Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht

MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH
TEL +43 1 531 61 100 FAX +43 1 531 61 455 *bestellen@manz.at*
Kohlmarkt 16 · 1010 Wien www.manz.at

MANZ

(C) motortion

Empathisch zu sich selbst sein
empCARE – ein Beitrag zur Gesundheitsprävention

„Es geht darum, dass du nicht nur deine zehn Leute wäschst, sondern dich erinnerst, wer gestern geweint hat, und wahrnimmst, wer dich heute braucht. Wir müssen die Menschen emotional erreichen, sonst sperren sie sich und wollen sich nicht versorgen lassen oder verweigern das Essen.“ sagte der Altenpfleger Sandro Plett kürzlich in einem Interview mit der Zeitschrift brand eins (brand eins 02/2019). Unter dem Namen Sandro Pé sorgt er als er Blogger zu Pflegethemen für Aufsehen und versammelt auf verschiedenen sozialen Plattformen tausende Follower.

Seine Aussage zeigt anschaulich, dass gute Pflege einen empathischen Umgang mit den Menschen, die Pflege erhalten, erfordert. Empathie ist kein Add-On zu professioneller Fachlichkeit bei der Ausübung instrumenteller Unterstützung (Körper pflegen, mobilisieren, Nahrung anreichen), sondern integraler Bestandteil. Empathie ist die Voraussetzung für einen würdevollen Umgang miteinander auf Augenhöhe. Da, wo sie fehlt, sperren sich die Menschen und wollen sich nicht versorgen lassen. Die Konflikte, die daraus entstehen, können im schlimmsten Fall bis hin zu aggressiven und gewaltvollen Auseinandersetzungen gehen.

Wie schaffen es Pflegekräfte eigentlich über viele Jahre, empathisch zu pflegen? Woher nehmen sie die Kraft? Oder ist es nicht notwendig, sich irgendwann von dem ganzen Leid abzugrenzen? Und wer geht eigentlich empathisch mit den Pflegenden um? Diese Fragen stellten sich die Empathie-Forscher Marcus Roth und Tobias Altmann von der Universität Duisburg-Essen und riefen das Verbundprojekt empCARE ins Leben. Als Projektpartner fanden sie die Unikliniken Köln und Bonn und den ambulanten Intensivpflegedienst Aaron aus Köln. Ziel des Projekts, das vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wurde, ist die Entwicklung und Implementierung eines Trainingskonzepts für Pflegende. Diese können in den Trainings lernen, wie sie durch einen reflektierten Umgang mit Empathie über lange Dauer gleichzeitig

empathisch und gesund bleiben.

Da stellt sich nun die Frage worin sich ein unreflektierter von einem reflektierten empathischen Umgang mit Patienten im Krankenhaus oder Bewohnerinnen im Pflegeheim unterscheidet. Machen Sie dazu ein kleines Experiment. Stellen Sie sich folgende Situation möglichst detailliert vor.

Sie arbeiten als Pflegerin in einer Einrichtung, die langzeitbeatmete Menschen betreut. Sie haben Frühdienst und ein Kollege hat sich krankgemeldet. Es gibt keinen Ersatz. Sie haben also ein volles Pensum und heute ist auch noch eine Neuaufnahme geplant, was immer besonders aufwendig ist.

Zu den Bewohnerinnen gehört Frau Sauer. Sie lebt seit mehreren Jahren in der Einrichtung, weil die Versorgung in der Wohnung, in der sie 35 Jahre lebte, nicht möglich war. Sie ist dauerhaft bettlägerig und hat nach einer Darmoperation ein Colostoma. Seit einiger Zeit hat sich das Verhältnis zu den Pflegekräften verschlechtert. Sie klingelt häufig und wie die Pflegekräfte finden zu oft wegen irgendwelcher Kleinigkeiten. Sie haben sogar den Verdacht, dass Frau Sauer den Stomabeutel manchmal absichtlich von der Platte löst.

Heute Morgen gehört Frau Sauer zu Ihrer Pflegegruppe. Sie haben sich einen genauen Plan gemacht, wie Sie diesen Frühdienst bewältigen wollen, aber seit Dienstbeginn vor einer Stunde hat Frau Sauer schon zweimal geklingelt und Ihren Plan durcheinandergebracht. Sie haben gerade einem anderen Bewohner ans Waschbecken geholfen, als sich Frau Sauer erneut meldet. Als Sie ins Zimmer kommen, sehen Sie, dass Frau Sauer eine Tasse Tee ins Bett verschüttet hat, der Stomabeutel hat sich abgelöst und ein Teil des Stuhls ist ins Bett gelaufen.

Bevor Sie weiterlesen, überlegen Sie nun einen Moment und notieren Sie spontan:

Was denke ich? Was fühle ich?

Jetzt überlegen Sie und notieren wieder:

Was sage ich? Was tue ich?

Sie haben gerade die Eingangsübung eines empCARE Trainings gemacht. Wenn Sie geantwortet haben, wie es die Teilnehmerinnen und Teilnehmer typischerweise tun, stehen bei Gedanken und Gefühlen nun Formulierungen wie: „Auch das noch“; „Nicht schon wieder“; „Das macht die doch extra“. Die Gefühlsbezeichnungen schwanken wahrscheinlich zwischen Ärger, Wut, Ratlosigkeit und Verzweiflung. Die meisten Personen, die dieses Experiment machen, sagen zu der Bewohnerin: „Nicht so schlimm“; „Ich mach‘ das dann mal schnell weg“; „Das kommt schon mal vor“.

Manchmal kommt dabei ein leichter Sarkasmus ins Spiel, manchmal auch direkte Ablehnung: „Das musste aber doch jetzt nicht sein!“ Vergleichen Sie nun Ihre Gedanken und Gefühle mit Ihren Worten und Handlungen. In den meisten Fällen gibt es eine große Diskrepanz zwischen dem inneren Geschehen und der nach außen gezeigten Haltung. Der Arbeitssoziologe Friedemann W. Nerdinger spricht von emotionaler Dissonanz und hat dieses Phänomen als einen wichtigen Belastungsfaktor in Dienstleistungsberufen insbesondere der Pflege ausgemacht (Nerdinger, 2003, 185).

Pflegende überbrücken die emotionale Dissonanz oft mit einem „empathischen Kurzschluss“, einer unreflektierten empathischen Reaktion (Altmann, 2015, 26-31). Diese ermöglicht es, nach außen sozial akzeptierte Antworten zu geben, auch wenn die pflegende Person im Inneren negative Gedanken und Gefühle hat. Empathische Kurzschlüsse erscheinen als Beschwichtigungen („Das wird schon wieder“), vorschnelle Lösungen („Ich hole mal die Seelsorge“) und Belehrungen („Beim nächsten Mal melden Sie sich aber früher“). Empathische Kurzschlüsse dienen dazu, eine emotional herausfordernde Situation schnell abzufedern. Die Regulation der Gefühle der pflegenden Person steht dabei im Vordergrund. Sie erhält so in der akuten Situation ihre Handlungsfähigkeit. In der Geschichte von Frau Sauer bleiben deren Gefühle aber ebenso unbearbeitet wie die der Pflegerin. Auf lange Sicht führt dies neben den Folgen für Patientinnen und Patienten auch zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei den Pflegenden bis hin zu psychischen und körperlichen Belastungssymptomen. Im empCARE Training erlernen Pflegende Alternativen zum empathischen Kurzschluss. Ein Schwerpunkt liegt in der Wahrnehmung und Akzeptanz der negativen Gefühle, die in einer herausfordernden Situation bei den Pflegenden und bei der Person, die sie pflegen, aufkommen.

Negative Gefühle suchen im Verhalten nach Ausdruck und Entladung. Während die Pflegenden ihre Gefühle kontrollieren und

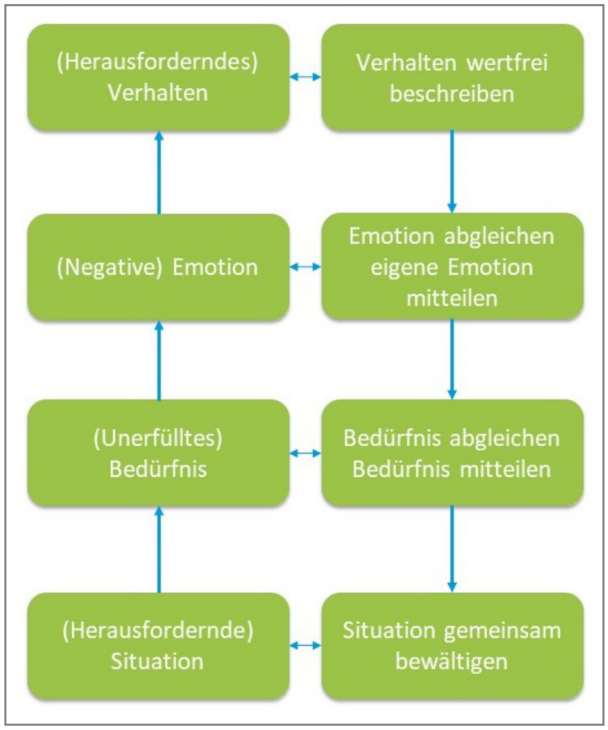


Abbildung 1: Gestaltung einer empathischen Interaktion

regulieren (sollen), äußern Patientinnen und Patienten sie durch Weinen, Rückzug oder auch durch Schimpfen und Verweigerung. Ursache für negative Gefühle und damit herausforderndes Verhalten ist immer, dass eine Person ein gerade besonders aktives Bedürfnis nur eingeschränkt befriedigen kann. Die Zusammenhänge zwischen Bedürfnissen, Gefühlen und Verhalten sind in der Abbildung 1 dargestellt.

Die Abbildung zeigt auch die Gliederung des empCARE Trainings. Im ersten Schritt lernen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, wie sie ihre Wahrnehmung des Verhaltens einer anderen Person von eigenen Vorerfahrungen, Wertvorstellungen und einer vorschnellen Interpretation entkoppeln können. Im zweiten Schritt befassen Sie sich damit, wie sie die Gefühle der anderen Person mit dieser abgleichen können und wie sie ihre eigenen Gefühle wahrnehmen und mitteilen können, ohne eine herausfordernde Situation weiter zu eskalieren. Im dritten Schritt geht es um die bei beiden Personen aktiven Bedürfnisse. In diesem Teil des Trainings ist ein sehr sorgfältiges Vorgehen erforderlich. Meistens sind sich die Beteiligten nicht von Anfang an über ihre Bedürfnisse im Klaren. Außerdem werden Bedürfnisse und Verhalten oft verwechselt. So beschreibt der typische Satz „Ich brauche jetzt erst mal eine Tasse Kaffee“ kein Bedürfnis. Vielmehr kann die Tasse Kaffee der Befriedigung ganz verschiedener Bedürfnisse dienen, wie Anregung, Pause, Gesellschaft oder anderes. Die Tatsache, dass ein Verhalten ganz verschiedene Bedürfnisse befriedigen kann, eröffnet Spielräume für die gemeinsame Bewältigung einer herausfordernden Situation, was im letzten Teil des Trainings eingeübt werden kann.

Entsprechend fortgebildete Leserinnen und Leser werden unschwer erkennen, dass die Logik der empCARE Trainings an die Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall Rosenberg angelehnt ist. Sie haben allerdings einige Besonderheiten, die auf die Interaktionsbeziehungen zwischen Personen, die Pflege erhalten, und denen, die pflegen, in spezieller Weise eingehen. So gehört es zum professionellen Auftrag von Pflegenden, ihre Patientinnen und Patienten bei der Klärung von Bedürfnissen und deren Befriedigung zu unterstützen (was nicht heißt, dass die Pflegenden persönlich jedes Bedürfnis ihrer Patientinnen und Patienten befriedigen könnten oder müssten). Menschen, die in einer gesundheitlich kritischen Phase hilflos, verzweifelt oder wütend sind, können manchmal ihre Bedürfnisse nicht klar erkennen. Die Unterstützungsarbeit der Pflegenden kann eine angespannte Situation entschärfen.

Gleichzeitig vernachlässigen viele Pflegende ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse. Sie flüchten sich eher in empathische Kurzschlüsse. Die Wahrnehmung und Akzeptanz eigener Gefühle und Bedürfnisse ist eine Herausforderung für sie. Deshalb ist dies ein besonderer Schwerpunkt des empCARE Trainings. Pflegende können in selbstreflexiven Einzelübungen, Gruppenübungen und Rollenspielen die Wahrnehmung ihrer Gefühle und Bedürfnisse erproben und einüben. Viele der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erleben es wie eine Befreiung, dass ihnen dies erlaubt wird.

Klassische Trainings in Gewaltfreier Kommunikation sind oft eher kognitiv ausgerichtet. So spielt zum Beispiel die begriffliche Unterscheidung von Bedürfnissen (Entspannung, Gesellschaft) und Verhalten (die Tasse Kaffee) eine große Rolle. empCARE Trainings sind hingegen sehr stark erlebnis- und erfahrungsorientiert. So gibt es natürlich Erläuterungen in klassischer Vortragstechnik über die Wirkung empathischer Arbeit und empathischer Kurzschlüsse auf die Beziehung zu Patientinnen und Patienten und auf die eigene Gesundheit. Die didaktische Gestaltung geht aber von der Überzeugung aus, dass die Reflexion eigener Gefühle und eigenen Verhaltens sowie das Erweitern von Verhaltensoptionen vor allem durch Nacherleben früherer Situationen und Erproben neuen Verhaltens im geschützten Raum eines Seminars erfolgen.

So konnte die Einbringerin des Beispiels von Frau Sauer im Semi-

educa verlag

Juristische Literatur für die Gesundheits- und Sozialbranche

Inkl. neuer Rechtslage 2019

Praxisbuch zum Recht in der Palliative Care

Behandlungsentscheidungen, Patienten- und Berufsgruppenrechte, Therapie und Betreuung am Lebensende, Strafrechtliche Aspekte, rechtlicher Umgang mit Sterbenden und Toten für:

- (Not) Ärzte
- Pflegepersonal, Sanitäter
- Hebammen, Physiotherapeuten
- Patienten, Angehörige, Vertreter ...

€ 32,–

Buch erhältlich unter:
www.educa-verlag.at

nar die Gefühle und Bedürfnisse der beiden Beteiligten rekapitulieren. Ihre spontane Gefühlsäußerung lautete: „Ich war sauer.“ Etwas differenzierter benannte sie die Gefühle Ärger, Frustration, Anspannung. Als aktive Bedürfnisse identifizierte sie Respekt, Effektivität, Selbstbestimmung und Verbindlichkeit. In einem angeleiteten Perspektivwechsel konnte sie als Gefühle von Frau Sauer Einsamkeit, Trauer und Lähmung identifizieren, die mit den unbefriedigten Bedürfnissen Gemeinschaft, Selbstbestimmung und Selbstausdruck verbunden waren. In dieser speziellen Konstellation fällt auf, dass beide ihre Selbstbestimmung durch die jeweils andere Person eingeschränkt sehen. Frau Sauer erlebt sich durch die Abläufe in der Einrichtung als fremdbestimmt. Obwohl sie formal Mieterin und damit immerhin Hausherrin ihres Zimmers ist, können die Pflegenden eintreten, wann immer es zu ihren Abläufen passt. Sie reagiert wahrscheinlich nicht einmal bewusst und gezielt, indem sie die Pflegenden zu sich „zwingt“, indem sie den Patientenruf nutzt. Unter den aktuellen Bedingungen erscheint das als einzige Möglichkeit, Einfluss auf das Geschehen zu nehmen. Sind solche Dynamiken erst einmal zu Tage gefördert, ist es meistens kein Problem mehr zu konkreten Absprachen darüber zu kommen, wie man gemeinsam weitermachen will. Im Seminar wurde dies in einem Rollenspiel nachvollzogen. Dabei übernahm die Einbringerin die Rolle von Frau Sauer und eine weitere Teilnehmerin die Rolle der Pflegerin. In einem Aushandlungsprozess fanden die beiden Wege, an welchen Stellen Frau Sauer mehr Einfluss auf das Tagesgeschehen erhalten sollte. Diese sagte ihrerseits zu, ihre Wünsche gebündelt vorzubringen und nicht in vielen kleinen Einzelschritten.

Die Entlastung für die Pflegerin besteht in diesem Fall nicht nur darin, dass Frau Sauer weniger klingelt und sie damit zeitlich entlastet wird. Die Pflegerin hat die Negativspirale aus gegenseitigen Vorwürfen und unreflektierten Interpretationen unterbrochen, sodass die beiden Beteiligten ihre Beziehung konstruktiv weiterführen können. Der wichtigste Entlastungseffekt kommt zustande, weil es der Pflegerin gelingt, auf die eigenen Gefühle und Bedürfnisse zu achten und sie in die Pflegeinteraktion zu integrieren. Dies ist für viele Trainingsteilnehmerinnen und –teilnehmer eine durchaus neue Erfahrung. So sagt ein Teilnehmer im Seminarverlauf zum Beispiel ganz spontan: „Endlich geht es mal um uns“, andere gaben in der Seminarevaluation auf die Frage „Was ist Ihr persönlicher Gewinn?“ Antworten wie „sich selbst mehr hören“, „wie schwer es ist, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und auszusprechen“ oder „eigene Gefühle wahrnehmen und Raum geben“. All diese Reaktionen zeigen, dass viele Pflegende im Arbeitsalltag den Kontakt, nicht nur zu ihren Patientinnen und Patienten, sondern auch zu sich selbst verloren haben.

Die Wirkung des empCARE Trainings wurde in einem aufwendigen Verfahren evaluiert, bei dem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einmal vor dem Training sowie zu vier Messzeitpunkten innerhalb von zwölf Monaten nach dem Training über ihre empathische Kompetenz, ihr Belastungserleben und ihre Einschätzung des Trainings befragt wurden. Die ersten Ergebnisse zeigen gegenüber einer Kontrollgruppe ohne Training eine Reduzierung von psychischen und physischen Belastungssymptomen und eine Verbesserung der empathischen Kompetenz. Welche entlastenden Effekte das Training erzielen kann, wird zusammenfassend vielleicht durch eine weitere Äußerung aus der Trainingsevaluation deutlich: „Eine Schlüsselsituation, die mich seit Jahren beschäftigt, konnte ich zum Teil aufarbeiten“. empCARE versteht sich als Beitrag dazu, dass Pflegende mit sich selbst empathisch umgehen, und das ist die Voraussetzung dafür, dass sie die Menschen erreichen, die sie pflegen. In Abwandlung der Worte von Sandro Pè ließe sich vielleicht zusammenfassen: „Die Pflegenden müssen sich selbst emotional erreichen, sonst sperren sie sich, wollen ihre Patienten nicht empathisch versorgen oder verweigern die Arbeit.“

Literatur

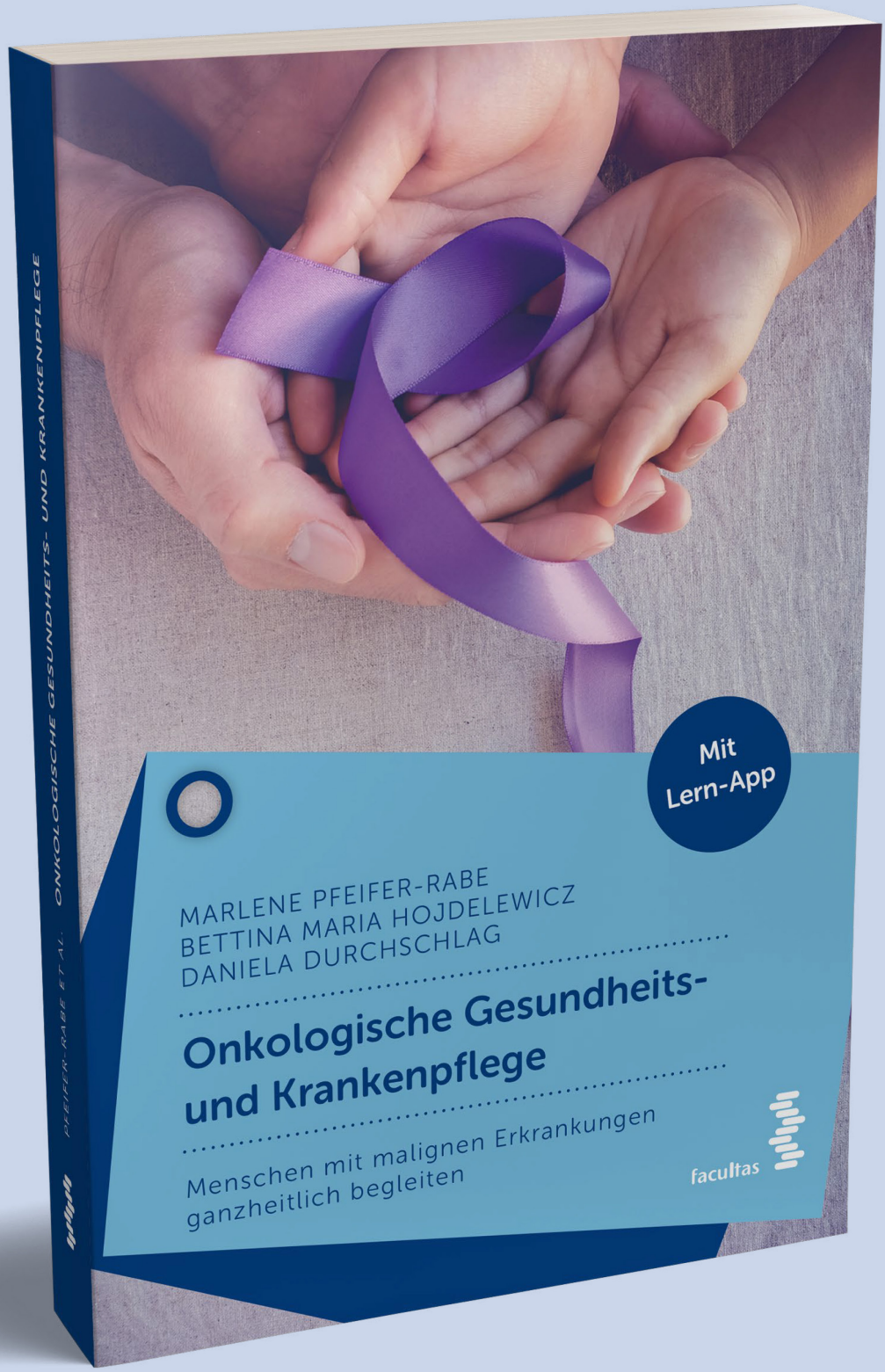
Altmann, T. (2015). Empathie in sozialen und Pflegeberufen - Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramm. Wiesbaden: Springer.

Nerdinger, F.W. (2003). Emotionsarbeit und Burnout in der gesundheitsbezogenen Dienstleistung (S. 181-197). In A. Büssing & J. Glaser, J. (Hrsg.). Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe.

Rosenberg, M. (2002). Gewaltfreie Kommunikation - Eine Sprache des Lebens (2. Auflage). Paderborn: Junfermann.

Autor

Ludwig Thiry M.A.
M.A. Erwachsenenbildung, examinierter Kranken-und Gesundheitspfleger, Leiter des Bildungszentrums am Universitätsklinikum Köln
ludwig.thiry@uk-koeln.de



facultas 2019, 216 Seiten, broschiert
EUR 24,90 (A) / 24,20 (D) / sFr 30,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1805-1

facultas

Achtsamkeit und Selbsterfahrung in der Ausbildung

Brauchbare Werkzeuge in der Gesundheit-und Krankenpflege?

Achtsamkeit hat sich im Laufe der Zeit zu einem Zentralbegriff für eine bestimmte Art von Entspannungstraining entwickelt. Was hat dieser Begriff nun konkret mit der Gesundheits- und Krankenpflege zu tun? Seit einigen Jahren verfolgt die Ausbildungsstätte der Gesundheits- und Krankenpflege des sozialmedizinischen Zentrums auf der Baumgartner Höhe in Wien eine Schwerpunktbildung im Bereich Selbstreflexions- und Selbsterfahrungsmöglichkeit. Dort wurde ein am Standort entwickeltes didaktisches Programm des „Affektresonanz gesteuerten Trainings“ (ART) im Unterricht implementiert und evaluiert. Diese Schulung hat das Ziel, mit Hilfe von Modulen Elemente der Gewaltfreien Kommunikation zu trainieren. Gleichzeitig hat dieses Unterrichtsmodul den Fokus auf der Reflexionsfähigkeit über Gesagtes oder Gedachtes in der Begegnung mit Menschen. Ergänzt wird dieses Angebot mit einem didaktischen Programm aus dem Achtsamkeitstraining. Auffallend ist allgemein, dass eine konstruktiv – kritische Betrachtung von Achtsamkeit in den letzten Jahren eine zunehmende Popularisierung erfahren hat. Oftmals wird sie mit Wirksamkeit und Leistungsoptimierung durch eine Art „Bewusstseinstraining“ in Zusammenhang gebracht wird.

Die oftmals gestellte Frage, was Achtsamkeit sei, kann je nach Zugang sehr unterschiedlich beantwortet werden. Für die Wissenschaft stehen theoriegeleitete Definitionen des Konstrukts Achtsamkeit im Vordergrund. Für ein persönliches Verständnis ist es die Erlebnis- und Erfahrungsebene, die eine zentrale Bedeutung hat. Im pädagogischen Bereich liegt der Schwerpunkt auf interpersonalen Aspekten. Mit diesem Verständnis wird nun auch die Bedeutung von Achtsamkeit für die

(C) Gerlinde Zöchling

Gesundheits- und Krankenpflege immanent, wenn der Kontext von Achtsamkeit mit einer Begrifflichkeit wie „Mitgefühl“ betrachtet wird. Achtsamkeit ist heute ein Thema der Wissenschaft. Seine Ursprünge liegen in der buddhistischen Psychologie und reichen über 2000 Jahre zurück.

Es ist für die westliche Wissenschaft nicht so einfach, diese aus einer geografisch wie zeitlich fernen Kultur stammenden Begriff angemessen und die wissenschaftliche Forschung zu integrieren. Kabat-Zinnhat hierfür eine Definition gefunden, die weltweit zitiert wird:

Mindfulnes is „the awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally to the unfolding of experience moment by moment“ (Kabat-Zinn, 2003, S.).

Es gibt für diese Definition von Shapiro et al (2006) eine Präzisierung und Zusammenfassung zu einem „Drei- Faktoren-Modell der Achtsamkeit“ (IAA Paradigma) (Valtl, 2018, S.).

- Intention (intention): bewusste Absicht (der Lenkung der Aufmerksamkeit)
- Aufmerksamkeit (attention): Die Ausrichtung auf ein selbstgewähltes Objekt im Hier und Jetzt
- Haltung (attidude): ein Set von Haltungen charakterisiert als freundlich, mitfühlend und nicht bewertend.

Achtsamkeit im Ausbildungsbereich der Gesundheits- und Krankenpflege

Mein persönlicher Ansatz für die Etablierung eines Achtsamkeitsschulung im Gesundheits-und Krankenpflegebereich ist das inhärente Potenzial von Achtsamkeit, die Wahrnehmung und Grundhaltung sich selbst und anderen gegenüber so zu schulen, dass ein anderer, bewusster und gesunderer Umgang mit sich selbst und anderen Lebewesen daraus resultieren kann. Die Pflege, die vor allem den Ansatz der Beziehungspflege verfolgt, benötigt dieses Know- How, wie Beziehung professionell mit anderen wahrgenommen, gestaltet und verarbeitet werden kann.

Diese geforderte emotionale Kom-

(C) Gerlinde Zöchling

(C) Gerlinde Zöchling

petenz der Achtsamkeit sollte jedoch kein „Add on für die Gesundheits- und Krankenpflege“ darstellen, sondern vielmehr ein Teil der Ausbildung sein, quasi ein Training, sodass der Achtsamkeit einübende Mensch seine Wahrnehmung in der achtsamkeitsbasierten Pflege kompetent nützen kann. Diese Veränderung der äußeren und inneren Wahrnehmung kann für den Auszubildenden wohltuend und für das gemeinschaftliche Miteinander förderlich sein. Dies wird mittels vielen wissenschaftlichen Studien belegt.

Für diese geforderte Bewusstseinskompetenz benötigen wir nicht nur ein Zeit- und Raumfenster im Ausbildungssystem, wo neben kognitiver Sach- und Fachvermittlung auch emotionale Lebens- und Kooperationskompetenzen gelehrt werden können. Für die Vermittlung von emotionalen Kompetenzen ist auch die gelebte Authentizität der jeweiligen Mentor_innen entscheidend, die ebenfalls geübt werden muss und nicht vorausgesetzt werden kann.

So wird im Rahmen der Unterrichtsmodule von Kommunikation und „Sich Beschäftigen“ der achtsame Dialog trainiert. Das Kommunikationsverhalten ist bereits fast in allen Ausbildungsjahrgängen Thema im Curriculum. Es wird meist mit dem Modell von Schulz von Thun mit all seinen Verschränkungen und den verschiedenen Aspekten von Kommunikation thematisiert. Die Methode des achtsamen Dialogs kann hier gut anschließen. Gleichzeitig eignet sich diese Übung, wie auch die „Stille- Übungen“, zur Achtsamkeitsarbeit.

Wer unterrichtet, der hat Kenntnisse, dass sich die Bitte um Aufmerksamkeit wenig zielführend zeigt, wenn die Auszubildenden nicht wissen, wie sie sich über einen längeren Zeitpunkt sich selbst so motivieren können, dass sie ihre Aufmerksamkeit auf spezielle Aufgaben fokussiert wird. Bislang wird in Schulen wenig dafür getan, die grundlegende Meta-Kompetenz der Selbstreflexion und Selbstregulation zu vermitteln. Es kann jedoch sehr lohnend sein, sich damit zu beschäftigen, wie die Aufmerksamkeit des Einzelnen selbsttätig gesteuert werde kann und weshalb Entspannung für Aufmerksamkeitssteuerung eine unverzichtbare Voraussetzung ist, vor allem wenn sie kombiniert wird mit Übungen zur Erhöhung der Stressresilienz. Auszubildende benötigen einen Erfahrungsraum, wie sie lernen können, sich selbst zur Aufmerksamkeit zu motivieren, zu erkennen, wodurch Aufmerksamkeit verhindert wird

und welche bedeutsame Rolle eine entspannte Wachheit für die gelingende Aufmerksamkeit hat. Nur so kann der Output für eine Empathie erfüllte Kommunikation mit Klienten und Klientinnen in der Betreuung funktionieren. Im Rahmen von verschiedenen Trainingseinheiten in Kommunikation und Entspannungstraining lernen Auszubildende nicht nur Techniken der Gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg, sondern es wird Wert darauf gelegt, diese Techniken in einer Selbstreflexion zu bearbeiten. So kann es gelingen, die Selbstkompetenz von Auszubildenden mittels gegenseitigen Austauschs über individuelle Verhaltensmuster zu ermöglichen. Darüber hinaus kann ein Perspektivwechsel genutzt werden, um ein Verständnis für individuelle Unterschiede zu erlangen. So kann mit speziellen Achtsamkeitsübungen die Wahrnehmung des eigenen Aufmerksamkeitsprofils geschult werden, um die persönlichen Strategien der Aufmerksamkeitssteuerung zu reflektieren. Sie nehmen wahr, welche Bedingungen die Aufmerksamkeit fördern kann und welche sie stören. So können auch Situationen ausprobieren und spüren, wie Entspannung und Aufmerksamkeitsfähigkeit korrelieren. Diese Fertigkeiten der Selbstkompetenz stellen ein wesentliches Tool für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege dar, wo Pflegepersonen oftmals mit sehr vielen Reizen und Wahrnehmungsinhalten konfrontiert sind und somit lernen, damit professionell umzugehen.

Ist die Distanz zwischen Pflegeperson und Erkrankten zu groß geworden, kann genau dies eintreten, was wir eigentlich verhindern sollten: nämlich der Verlust von Vertrauen und das Gefühl des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit und der Hoffnungslosigkeit. Die Beziehungsebene zwischen Pflegenden und betreuten Personen sollte partizipativ sein. Der Erkrankte sollte eingebunden und beteiligt werden. Nicht, weil es den neuen Trend darstellt, sondern weil es die Selbstwirksamkeitserwartung erhöht. Unser Gesundheitssystem belohnt in erster Linie das Handeln. Dies ist die Folge von standardisierten Abläufen und Abrechnungssystemen. Abwarten, Selbstfürsorge und Reflexionsübungen sind darin erst einmal nicht vorgesehen, weil sie verwaltungstechnisch nicht so leicht zu fassen sind wie Verordnungen und Messungen, wie Einfuhr- und Ausfuhrbilanzen.

Vorstellung eines prämierten Schulprojektes für Gesundheitsförderung

2015 wurde am Standort des sozialmedizinischen Zentrums der Baumgartner Höhe in Wien ein gesundheitsförderndes Schulprojekt namens „Mind full versus Mindful“ im Gesundheits- und Krankenpflegebereich gestartet und beim Wiener Netzwerk für gesundheítsfördernde Schulen eingereicht. Die Schule erhielt dafür im Herbst 2018 das Gütesiegel für Gesundheitsförderung im Schulbereich verliehen. Wenn wir Menschen in diesem Beruf ausbilden, dann muss bereits in der Ausbildung die Verbindung zur Mind-Body-Medizin in der Praxis verfolgt werden. Wir können nicht nur davon reden und erzählen, dass es für die Stressbewältigung hilfreich ist, wenn wir keine praktischen Übungen der Selbsterfahrung zur Verfügung stellen.

Im Mittelpunkt der konkreten Umsetzung steht bei diesem Projekt das aus dem Amerikanischen stammende Kürzel BERN (Esch, 2017, S.213). Es steht für

- stressreduzierendes Verhalten (Behavior)
- ausreichende Bewegung (Exercise)
- regelmäßige innere Einkehr und Entspannung (Relaxation) sowie
- achtsamer Genuss und gesunde Ernährung (Nutrition)

Bei diesem „achtsamen Schulprojekt“ wurden genau diese Säulen umgesetzt. Für die Etablierung gab es eine Kick-off Veranstaltung. Es wurde eine Gesundheitswoche im Stundenplan implementiert, um die Auszubildenden erstmalig mit den Basics dieser Säuleninhalte zu konfrontieren. So wird zum Thema Ernährung zum Beispiel ein Menü nach der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) gemeinsam in der Gruppe gekocht, um auch hier die stressbedingte Situation im Dasein der Auszubildenden, mit kurzen Schulpausen, eine Alternative in ihren Handlungsebenen zu Fastfood zu bieten. Nicht nur das gemeinsame Kochen auch der achtsame Genuss und der Beitrag zur gesunden Ernährung wird damit selbst erfahren. Die Auswahl der Speisen wurde so gewählt, dass Auszubildende sie im Schulalltag gut umsetzen können. Dazu zählt selbstverständlich nicht nur das Know How, sondern vielmehr das Vorhandensein des notwendigen Equipements, das von WieNGS als nachhaltige Projektförderung finanziert wurde. So konnte auf diesem Weg ein Reiskocher, eine Induktionsherdplatte und ein Smoothiemaker sowie eine Partypfanne angeschafft werden. Die Wahrnehmung der Thematik Ernährung kann gelingend im Bereich Schule umgesetzt werden. Die Ausbildungsinhalte sind neben theoretischen Inhalten von einer Förderung einer ganzheitli-

(C) Gerlinde Zöchling

chen und existentiell transformierenden Persönlichkeitsentwicklung geprägt. In vielfältiger Weise werden somit gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht nur kognitiv, sondern vielmehr praxisnah, also emotional und in persönlicher Erprobung, erfahrbar gemacht.

Erst aus der Selbsterkenntnis (dem „Selbst, das man in Wahrheit ist“ wo kommt das Zitat her?) kann von innen her ein authentisches, stimmiges und kreatives Verhalten erwachsen, das nicht äußerlich „angelernt“ und damit aufgesetzt wirkt.

Die Förderung von Offenheit und inneren Erfahrungen werden in der Ausbildungnmit diversen Angeboten der Bewegungsorientierung und sinnesberührender Selbsterfahrung ermöglicht. Die Kunst liegt darin, die Sinnhaftigkeit, so offensichtlich sie auch sein

(C) Gerlinde Zöchling

mag, dauerhaft in den Alltag zu integrieren. Alltagstauglichkeit der Mind-Body-Medizin hat in diesen Zusammenhang nichts mit Wellness zu tun. Vielmehr geht es um das Gesunde in uns alle, egal wo wir uns gerade auf dem Kontinuum zwischen gesund und krank befinden. Neben Freude, Zutrauen und Ausdauer sind zwei Aspekte bei der praktischen Umsetzung besonders hervorzuheben. Zum einen finden alle vier Säulen in unserem gewohnten sozialen Umfeld (Schule) statt. Dies heißt, der aktive Austausch mit Kollegen und Kolleginnen, das Annehmen von Unterstützung, das Einbeziehen von Mitmenschen ist ein wesentlicher Bestandteil und sollte daher stets berücksichtigt, gezielt gesucht und genutzt werden.

Zum zweiten ist da noch der Aspekt der Achtsamkeit. Dieser zieht sich wie ein roter Faden durch sämtliche Maßnahmen, Methoden und Empfehlungen. Die Achtsamkeit ist ein Bindeglied und bildet gleichzeitig ein Fundament, auf dem die vier Säulen fußen. Wenn es uns gelingt, mehr Achtsamkeit in allen vier Bereichen zu kultivieren, wenn wir es zu unserer inneren Haltung machen, dann wird es auch zu mehr Zufriedenheit und auch Gesundheit beitragen können. Meine Frage ist, wollen wir nicht die Verantwortung übernehmen, dass Auszubildende mehr Freude am Tun und auch ein Handwerkszeug für ihre Gesundheit selbstwirksam übernehmen wollen. Gerade im Pflegeberuf, wo derzeit ein bedrohliche Personalmangel herrscht, braucht es Werkzeuge, um Wörter wie Zufriedenheit, Selbstwirksamkeit und Resilienz nicht nur als leere Worthülsen zu verstehen, sondern diese als Trainingsform für die Akteure ermöglichen zu können. Wenn ich im Ausbildungsbereich von Stressbewältigung spreche, dann kann dies in den jeweiligen Situationen geübt werden. Es geht hier ganz konkret um die Frage der Kontrolle. Empfinden wir Kontrolle über unser Leben beziehungsweise die wichtigen Lebensentscheidungen, dann entscheidet dies, ob wir Stresssituationen als positiv oder negativ bewerten und auch wahrnehmen können. Die Säule der Bewegung wurde in diesem Schulprojekt mit der Wahrnehmung von „Gehen mit dem Stock“, sprich dem Training von Nordic Walking und mit Qi-Gong-Übungen, eingeübt. Dies bedarf nicht nur einer Instruktion zum richtigen „Stockgehen“, sondern benötigt auch eine Ermutigung, um nach der anfänglichen Euphorie nicht vom diebisch grinsenden Schweinhund einkassiert zu werden. Gerade die erste Säule im BERN-Konzept zeigt uns eine wesentliche psychologische Komponente. Bevor wir chronischen Stress reduzieren bzw. besser bewältigen können, müssen wir ihn als solchen erkennen. Dies klingt einfacher, als es im Alltag tatsächlich ist. Wenn wir einen gestressten Menschen bitten, sein Verhalten zu ändern, wird er uns seitenlange Erklärungen liefern, wieso das jetzt nicht gehe, weshalb das ohnehin eine schlechte Idee sei und er am besten so handeln möchte wie bisher.

Es zeigt uns, dass wir es im Schulalltag bereits als Rituale einführen müssen, um die bei Stress auch darauf zurückgreifen zu können oder auch zu wollen. Ein solches Ritual wird mit Qi-Gong-Übungen im Unterricht implementiert und im Rahmen diverser Achtsamkeitsübung gerne als Selbsterfahrungsübung angenommen. Zudem erhalten die Auszubildenden einen Arbeitsauftrag, eine Art Tagebuch zu führen, in dem sie ihre Glückmomente sammeln können - Momente, die ihnen im Leben Kraft und Energie geben. Dieses Tagebuch stellt eine persönliche „Glücksapotheke“ dar, die sie bei Tagen mit Stresssymptomen zur Hand nehmen können und sich selbst „Verschreibungen“ erteilen können. Denn es ist wissenschaftlich erwiesen, dass wir leider in Stresssituationen keinen Zugriff auf den Hirnbereich der Kreativität haben und damit nicht klarkommen können. Diese Selbstkompetenz, sich wahrnehmen zu können und gleichzeitig auch zu wissen, dass sie sich selbst einen Weg aus der Misere zeigen könne, dies erzeugt die selbsterfahrene Selbstwirksamkeit für die jeweilige Person.

Relevanz von Trainingseinheiten für das „Mitgefühl“

In den letzten zehn Jahren wurde in der Forschung die Bedeutung von „Mitgefühl“ im Kontext der Achtsamkeit empirisch nachgewiesen. Heute gibt es eine Vielzahl von Interventionsansätzen, vor allem von Mindful Self-Compassion(MSC) nach Kristin Neff und Christopher Germer, welche für den pädagogischen Bereich einsetzbar sind.

In Leipzig wurde der aufbauende Ansatz des ReSource Projects am Max-Planck-Institut auf zweifacher Weise betrachtet (Valtl, 2018, S. 6)

- Mitgefühl ist einerseits eine Emotion und Motivation und damit ein vorübergehender psychischer Zustand (state): es ist das Gefühl, das entsteht, wenn man das Leid eines anderen wahrnimmt und dadurch der Wunsch zu helfen ausgelöst wird.

(C) Gerlinde Zöchling

- Mitgefühl ist andererseits eine „Seinsweise“ und damit eine relativ beständige Persönlichkeitseigenschaft (trait): Es ist eine von Einfühlungsvermögen und Wohlwollen („Güte) getragene Einstellung zum Leben, die sich einüben lässt und die relativ unabhängig von vorübergehenden Emotionen ist.

Diese Untersuchungen wurden auch im Rahmen der Standford University von Jazairi (2018) im Anschluss an das Mitgefühlstraining mit vier Komponenten untermauert:

- Achtsamkeit, die darauf gerichtet ist zu erkennen, wann Leid vorliegt (kognitiv)
- emotionale Berührbarkeit gegenüber diesem Leid (affektiv)
- der Wunsch, dass dieses Leid gemindert werde möge (intentional)
- die Bereitschaft zu handeln, um dieses Leid zu mindern (motivational)

Achtsamkeit und Mitgefühl sind in diesen Ansätzen theoretisch und praktisch aufeinander bezogen, so dass dies auch als eine Art „Herzqualität von Achtsamkeit“ für den Pflegebereich aufgefasst werden könnte.

Wirkforschung zur achtsamkeitsbasierten Intervention

Wenn wir Achtsamkeit im Gesundheitsbereich einsetzen wollen, dann wird meist sofort eine Wirksamkeit gefordert und hier kann nur eine kurze Übersicht für diese Intervention gegeben werden. Es zeigten sich (Valtl, 2018) Effekte auf Gesundheit und Wohlbefinden. Die achtsamkeitsbasierten Interventionen reduzieren:

- Stresseffekte
- psychische Symptome (Depression, Angst, ...)
- Essstörungen und Substanzabhängigkeit
- Alterungsprozesse (auf Zellebene und im Gehirn)

Achtsamkeitsbasierte Interventionen verbessern:

- Subjektives Wohlbefinden und objektive physische Gesundheit
- Resilienz und Immunfunktionen
- Schlafqualität

Effekte im Leistungsbereich sind:

- die Aufmerksamkeit auf den drei Ebenen von selektiver Aufmerksamkeit (Fokus), andauernder Aufmerk-

samkeit(Vigilanz) und der exekutiver Aufmerksamkeit (Ausblenden von Ablenkungen)
- das Arbeitsgedächtnis
- die Impulskontrolle

Diese Effekte korrelieren mit einer Verbesserung der Executive Funktion - einer kortikalen Steuerleistung, die für effizientes Handeln und Lernen zentral ist und die sich erst relativ spät in der Adoleszenz entwickelt sowie durch Achtsamkeitstraining gefördert werden kann.

Effekte auf Emotionsregulation, Selbsterleben, Fürsorge und Beziehung

Achtsamkeitsbasierte Interventionen

- verbessern die Fähigkeit, Emotionen erleben, ausdrücken und ertragen zu können
- verbessern das Mitgefühl für sich und andere
- verbessern die Aggressionskontrolle und verringern emotionale Reaktivität
- erhöhen die Flexibilität des Verhaltens und verbessern die Entscheidungskompetenz
- erhöhen Beziehungskompetenzen und Beziehungszufriedenheit

Mittlerweile gibt es zahlreiche Forschungen, die diesen Nachweis von kurz- und langfristigen Wirkungen von Achtsamkeitsübungen belegen. Sie sind in der Übersicht über die Effekte aus einer Studie von Lyons/deLange (2016) zusammengefasst wurde. Die positiven Effekte für eine Implementierung von Achtsamkeit im Ausbildungsbereich sind nicht nur für Auszubildende hervorzuheben, sondern haben genauso für Lehrpersonen Geltung. So bedeutet Achtsamkeit eine zentrale Ressource zur Steigerung von Stressresilienz, Selbstfürsorge, soziale Kompetenz, Gesundheit und Zufriedenheit im Job. Allerdings ist eine Grundvoraussetzung damit verbunden, dass Lehrpersonen über eine gewisse Achtsamkeitspraxis mit theoretischen und praktischen Inhalten verfügen sollten.

Didaktische Umsetzung von Achtsamkeitsübungen

Mittlerweile gibt es international sehr viele Schulprogramme, die sich mit Ansätzen zum sozial-emotionalen Lernen (SEL) und achtsamkeitsbasierten Lernen befassen. Die meisten dieser Schulprogramme stammen aus der USA und verzeichnen dort große Erfolge. Die bekannteste Öffentlichkeitsarbeit in den USA hat aktuell das Projekt Mindful School (Oakland, Kalifornien), welches selbst von Lehrerbildungseinrichtungen unterstützt wird und eigene Forschungseinrichtungen gegründet hat, die sich mit Achtsamkeit in Pädagogik, Psychologie und Medizin und Gesellschaft befassen. In Österreich wurde Achtsamkeit im pädagogischen Kontext für den schulischen Bereich erstmalig in einem Kurskonzept von Helga Luger –Schreiner in Wien 2008 aufgegriffen. Mittlerweile finden wir einige Achtsamkeitsangebote in Ausbildungseinrichtungen, die sich alle zum Ziel gesetzt haben, eine achtsame Schule entwickeln zu wollen (Valtl, 2018, S.).

Auch die Universität Wien hat sich im Rahmen der Lehrerinnenbildung zum Ziel gesetzt, Achtsamkeit und Mitgefühl in das Curriculum der Lehramtsausbildung für Sekundarstufenlehrer_innen zu implementieren. Hier gäbe es für den didaktischen Bereich einen fundierten Informationsaustausch für Ausbildungsbereich in der Pflege oder gute Möglichkeiten, das Netzwerk Achtsame Pädagogik (NAP) als Kooperationspartner zu finden. Ausbildungsstellen in der Gesundheits- und Krankenpflege benötigen achtsamkeitsbasierte Kompetenzen nicht nur für ihre eigene Gesundheitskompetenz, sondern auch dafür, dass dieses emotional erfahrende Handwerkszeug den Multiplikator_innen im Gesundheitswesen einsetzen zu können. Niemand ist so nah am Menschen wie die Pflegenden. Hier ist es nötig, die recovery-basierte und empowerment-orientierte und achtsamkeitsbasierte Pflege in erster Linie selbst erfahrbar zu machen, um diese in der Beziehungsarbeit effizient nützen zu können und in weiterer Folge als Anwender_innen die zu pflegenden Menschen partizipieren zu lassen. Mit einer achtsamkeitsbasierten Pflege können eigene Anteile besser wahrnehmbar werden. Die Pflegeperson wird befähigt, die eigenen Bedürfnisse besser zu identifizieren, um sie von den Bedürfnissen anderer besser zu trennen zu können. Gerade in beruflichen Ausbildungen werden Auszubildende oftmals mit herausfordernden Situationen konfrontiert. Da bedarf es eines Methodenkoffers, um diese Work-Life-School–Balance zu bewältigen. Alle diesen formalen Achtsamkeitsübungen ermöglichen die Fähigkeit, ganz im gegenwärtigen Augenblick anwesend zu sein. Diese Selbsterfahrung lehrt Auszubildende, dass sie nur im „Jetzt“ etwas bewegen können. Auch wenn wir planen oder Vergangenes aus dem Pflegeprozess reflektieren, dann geschieht es immer im gegenwärtigen Augenblick. Oftmals haben wir mit gewissen Stolpersteinen zu kämpfen, die uns unsere Gewohnheiten, unsere Autopilotstrukturen in den Weg legen und uns die Besonderheiten des Augenblicks nicht wahrnehmen lassen. Sie lassen uns Schlüsse ziehen, die der Realität nicht angemessen sind. Vor allem im Bereich der medialen Welt, wo wir als Nutzer von elektronischen Medien ständig mit der Reaktivität im Sekundentakt beschäftigt sind. Auch Spitzers Argumentation in der Verwendung von Smartphone zeigt bereits Ergebnisse, was im Körper und im Gehirn geschieht. Hier hilft weniger die Moralpredigt, sondern die „Selbstermächtigung“. Erst wenn die Auszubildenden spüren, wie sie dieses kleine elektronische Gerät terrorisieren kann, wie es ihnen die Freiheit raubt, erst dann werden sie selbst gegensteuern. So ist es allgemein ein pädagogischer Auftrag, die Selbstbeobachtung und Selbsterfahrung mehr in die pädagogischen Strukturen und Ausbildungsbereiche als fixen Bestandteil zu implementieren.

Literatur

Esch, T. (2017). Der Selbstheilungscode - Die Neurobiologie von Gesundheit und Zufriedenheit. Weinheim: Beltz.

Kabat- Zinn, J. (2003). Mindfulness- Based Interventions in context: Past, Present, and Future; In Clinical Psychology: Science and Practice.

Kaltwasser, V. (2016). Praxisbuch Achtsamkeit in der Schule Selbstregulation und Beziehungsfähigkeit als Basis von Bildung. Weinheim: Beltz.

Lyons, K. E./De Lange, J. (2016). Mindfulness matters in the classroom: The effect of mindfulness training on brain development and behavior in children and adolescents In Roeser/Schonert-Reichl. Handbook of mindfulness in education.

Jazairi, Hooria (2018) https://greatergood.berkeley.edu/article/item/six_habits_of_highly_compassionate_people, 27.9.2019

Valtl, K. (2018). Pädagogik der Achtsamkeit. Literaturbericht Hrsg. Schule im Aufbruch

Autorin

Mag. Gerlinde Zöchling
Mag. Phil., Akademische Pflegepädagogin, Lehrvortragende, Sonder- und Heilpädagogin, Diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegerin, Koordinatorin für Gesundheitsförderung im Schulbereich, Diplomierte Entspannungs- und Achtsamkeitstrainerin

GESCHICHTSWELTEN 2020

4. interdisziplinäre Tagung für Geschichte der Pflege und Gesundheitsberufe

12. bis 13. März 2020 • Bildungswerk Irsee

POSTER AWARD 2020
Jetzt bewerben!

Call for Posters

Der Kongress *Geschichtswelten 2020* thematisiert die historische und aktuelle Entwicklung sowie die Diskurse rund um die Profession „Pflege". Insbesondere in der Pflege ist die Frage nach den historischen Wurzeln hoch relevant für die zukünftige Entwicklung. Der Kongress Geschichtswelten möchte die Pflege- und die Gesundheitsberufe aus historischer Perspektive beleuchten.

Der Geschichtswelten-Poster Award ist Ihre Chance, das interessierte Publikum an Ihrem Projekt teilhaben zu lassen. Angenommene Poster werden während des gesamten Kongresses ausgestellt und um Rahmen einer Posterpräsentation mit jeweiligem/entsprechendem Kurzvortrag vorgestellt. Poster können auf Qualifikationsarbeiten, Projekten, Schülerprojekten oder Ergebnissen von Arbeitsgruppen beruhen. Insbesondere Schulen und Kliniken sind aufgerufen, ihre Projekte einzureichen.

Der Postervorschlag sollte maximal eine DIN A4 umfassen, gerne auch als kleiner Posterentwurf. Das fertige Poster soll dann im DIN A0-Format, hochkant, angefertigt werden.

Folgende weitere formale Informationen sollte Ihre Einreichung enthalten:

- Titel des Posters
- Weitere Autorinnen und Autoren (falls zutreffend)
- Kontaktanschrift
- Organisation

Begutachtung der Beiträge

Die eingereichten Vorschläge werden nach Abschluss der Einreichungsfrist vom Organisationsteam nach folgenden Kriterien bewertet:

- methodische Vorgehensweise
- Relevanz des Themas
- Originalität des Beitrages
- Verständlichkeit der Darstellung
- formelle Aspekte

Bitte senden Sie uns Ihren Vorschlag bis zum 30.11.2019 per E-Mail an poster@geschichtswelten.info

Die Autorin oder der Autor des besten Posters erhält eine Prämie über 200 Euro. Um die Auszeichnung und die Prämie entgegenzunehmen, müssen Sie bei der Verleihung des Poster-Awards anwesend sein.

hpsmedia

Bildungswerk Irsee
Bildungswerk des Bayerischen Bezirketags

Raun 21
D-63667 Nidda
Tel.: +49 (0) 6402 7082 - 660
Fax: +49 (0) 6402 7082 - 669
www.hpsmedia.info

Weitere Informationen finden Sie unter
WWW.GESCHICHTSWELTEN.INFO

Herausforderndes Verhalten anders als gedacht

… Kim ist Informatik-Student. An der Universität einer rheinischen Großstadt lernt der gebürtige Asiate. In der letzten Zeit ist er davon überzeugt, dass der Geheimdienst des asiatischen Staates, aus dem er stammt, ihn überwache. Er fühlt sich ständig unter Druck, scheint ständig in einer Verteidigungshaltung zu sein. Die Verständigung ist von sprachlichen Barrieren behindert. Da passiert es immer wieder, dass er das Porzellan über den Stationsflur wirft, mit dem er eigentlich essen will. Die Mitpatienten erleben … als bedrohlich.

Wie ergeht es den Pflegenden? Für die Sie ist das, was … zeigt, herausforderndes Verhalten. Ein irritierender Begriff, mindestens so irritierend wie das Verhalten des jungen Studenten. Deshalb steht die zentrale Frage im Raum, was denn herausforderndes Verhalten eigentlich ist.

Der skandinavische Psychologe Bo Hejlskov Elven stellt fest, dass die Vorstellung professionell Handelnder häufig von relativ normal funktionierenden Menschen ausgehe (Hejlskov, 2017, S. 15). Herausforderndes Verhalten sei ein Verhalten, „das den Menschen um die betreffende Person Probleme bereitet“ (Hejlskov, 2017, S. 17).

So wird von den professionell Handelnden verlangt, in die Schuhe der betroffenen Menschen zu schlüpfen. Oder anders formuliert: der empathische Zugang zu den Menschen steht im Vordergrund. Was bewegt einen Betroffenen, plötzlich Geschirr durch die Gegend zu werfen? Wieso schreit jemand scheinbar ohne jeden Anlass herum?

Um Verhalten verstehen zu können und damit umgehen zu können, müssen wir nach Hejlskov dessen Kontext kennen. Dies fällt natürlich schwer, wenn die Barrieren zu dem betroffenen Menschen allzu groß sind. Eine große Hürde ist bekanntlich immer das verrückte Erleben eines betroffenen Menschen. Psychose-nahes oder psychotisches Erleben erschwert den Zugang zum Betroffenen. Affektive Verflachung verhindert es, dass eine Resonanz zwischen zwei oder mehreren Menschen entsteht.

Hejlskov bedauert: „Unsere Methoden rühren also häufig von der Vorstellung her, dass Verhalten immer rational und absichtlich geschieht und man demzufolge jeden Menschen dazu bringen kann, sein Verhalten zu ändern, wenn man ihnen nur bewusst macht oder wenn man durch Schimpfen und Bestrafung dafür sorgt, dass das herausfordernde Verhalten für den Betreffenden zu einem ernsthaften Problem wird“ (Hejlskov, 2017, S. 15). Eine seelische Krise führt immer wieder dazu, dass ein betroffener Mensch nicht fähig erscheint, sein Verhalten rational zu steuern.

In der psychiatrisch-pflegerischen Versorgung führt dies immer wieder dazu, dass Pflegende fast selbstverständlich von einer oder einem Betroffenen erwarten, sich selbst regulieren zu können. Dies ist natürlich weit gefehlt. Genauso deplaziert sind traditionelle Reflexe, wenn die Behauptung im Raum steht, dass es dem Betroffenen schon besser gehe, wenn er doch nur seine Medikamente nehme.

Hejlskov gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken: ‚Wenn wir die Verantwortung für unser Problem mit der betreffenden Person abgeben, lassen wir diese Person im Stich. Wir suchen nach Methoden, die dazu führen, dass der-oder diejenige ihr Verhalten ändert, und zwar aus dem einfachen Grund, dass „man so etwas nicht tut“. Durch die Verwendung von Begriffen wie „anstrengend“, „verweigernd“, „trotzig“, „unmotiviert“ und „störrisch“ kann die Verantwortung auf den Betreffenden selbst abgeschoben werden. Tatsächlich jedoch sollte diese Verantwortung von denjenigen Menschen im Umfeld des Betreffenden übernommen werden, die sein Verhalten als problematisch empfinden, weil die diejenigen sind, die es durch ihr eigenes Verhalten verändern können‘. (Hejlskov, 2017, S. 18).

Wie sieht denn die Lösung aus? Sie sind auf keinen Fall einfach zu stricken. Hejlskov ermuntert Wege zu finden, „die uns ermöglichen, Verhaltensweisen, die wir nicht akzeptieren können, irgendwie zu ertragen, um ständige heftige Reaktionen zu vermeiden“ (Hejlskov, 2017, S. 18). In Anlehnung an den Neuropsychologen Ross Greene ist Hejlskov davon überzeugt, dass ein Mensch das Richtige tun wird, „wenn er dazu in der Lage ist“ (Hejlskov, 2017, S. 36).

Die Sorge für den anderen Menschen beginnt bekanntlich immer auch bei der Sorge für sich selbst. Dies bedeutet, dass auch der Blick auf den anderen immer auch mit dem Blick auf sich selbst beginnt. So müssen sich professionell Handelnde immer erst einmal fragen, ob und wann sie herausforderndes Verhalten zeigen. Oder sie müssen sich damit auseinandersetzen, inwieweit das eigene Verhalten in krisenhaften Zuspitzungen „steuerbar“ ist.

Verhaltenssteuerung und Erkennen von Zusammenhängen

Im Alltag gehen wir davon aus, dass sich Menschen der Tragweite und der Konsequenzen des eigenen Verhaltens bewusst sind. Menschen, die herausforderndes Verhalten zeigen, „haben Schwierigkeiten, „Situationen, an denen sie beteiligt sind, zu überblicken“ (Hejlskov, 2017, S. 38). Wer während einer depressiven Episode affektiv verflacht ist, der kann nicht in Schwingungen mit seinem Gegenüber kommen.

Der Soziologe Hartmut Rosa prägt

in den vergangenen Jahren den Begriff der Resonanz. Dieser ist mehr als zutreffend. Resonanz findet unter anderem zwischen mehreren Musikern statt, die ein Konzert zur Aufführung bringen. Wo sich der Violinist zunehmend in Engagement und Ekstase spielt, dort öffnet er dem Klarinettisten die Pforten, dasselbe zu tun. Dem affektiv verflachten Menschen gelingt es von vorneherein nicht, eine gemeinsame Klangwelt mit seinem Gegenüber aufzubauen.

„Wer sich nicht vorstellen kann, was eine andere Person denkt, und sich nicht in jemand anderen hineinversetzen kann, verhält sich möglicherweise auf eine, für andere Menschen herausfordernde Weise“ (Hejlskov, 2017, S. 41).

Bleiben wir einmal für einen Moment bei einem kammermusikalischen oder orchestralen Zusammenspielen. Die affektive Verflachung verhindert bei dem Betroffenen gleich zwei Dinge. Einerseits kann er nicht den Ton angeben und seine Mitspieler für die gemeinsame Musik begeistern. Andererseits wird es ihm nicht gelingen, sich auf das lebhafte und bunte Musizieren seiner Mitmusiker einzulassen.

Ist uns Pflegenden dies in unserem alltäglichen beruflichen Handeln bewusst? Diese Frage will ich mit einem vorsichtigen Nein beantworten. Schließlich gehen wir in der pflegerischen Praxis eher davon aus, dass sich ein Betroffener nur auf die Vorschläge der Betroffenen einlassen solle. Wenn er dies mache, dann werde alles wieder gut.

Dabei sind Pflegenden die Erfahrungen der Entfremdung, die eine seelische Krise in sich birgt, sicher nicht bewusst. Der affektiv verflachte Mensch verliert die Bindung zu seinen Gefühlen. Es fällt ihm nicht nur schwer, sie zu äußern. Es ist ihm kaum möglich, sie in ihrer Konkretheit zu spüren. Was geschieht stattdessen? Der Betroffene verliert sprichwörtlich die Bodenhaftung. Er findet keinen Zugang mehr zu sich.

So kommt es beispielsweise dazu, dass es dem Menschen in einer seelischen Krise, „sich den alltäglichen Gegebenheiten anzupassen. Es fällt ihnen schwer, auch einmal die Spur zu wechseln und sie fixieren sich unbeugsam auf einen bestimmten Punkt, auch wenn sich die äußeren Umstände ändern“ (Hejlskov, 2017, S. 40). Es ist sicher davon auszugehen, die fehlende Flexibilität eine der Zündschnüre für herausforderndes Verhalten ist.

Ist denn herausforderndes Verhalten vermeidbar? Was können Pflegende tun, um sich selbst zu entlasten? Mit Patentrezepten kann auf Fragen dieser Art nicht geantwortet werden. Die Selbstsorge Pflegender muss betont werden. Unmittelbar können Pflegende die Sicht auf das Phänomen verhindern. Unter anderem geht es für Pflegende darum, sich folgende Fragen zu stellen

- Wo ist die Grenze der persönlichen Belastung?
- Wer gibt mir in der pflegerischen Praxis Rückendeckung?
- Was bedeutet für mich Rückendeckung und Wertschätzung?
- Darf ich als Pflegender Respekt vom seelisch erkrankten Menschen einfordern?

„Das Einzige, was Menschen hilft, die herausforderndes Verhalten zeigen, ist Struktur. Sie brauchen klare Vorgaben.“ Dies ist eine Äußerung, die häufig von Pflegenden zu hören ist. Nach Hejlskov sind Strukturen hilfreich. In seinen Augen helfen sie Betroffenen, „eine schwache zentrale Kohärenz zu kompensieren und schaffen Verstehbarkeit und Sicherheit“ (Hejlskov, 2017, S. 80). Dies in seiner Striktheit zu verstehen, würde jedoch den Anspruch gegenüber den Betroffenen allzu unerreichbar gestalten.

Warum wir uns verhalten, wie wir uns verhalten

Durch die eigene Bereitschaft, sich in den anderen Menschen hineinversetzen zu wollen, nehmen wir die Rolle des Betroffenen ein. Pflegende stellen sich in einem solchen Moment die Frage, was möglicherweise die Motivation sein könnte, wenn solches Verhalten gezeigt würde. Dies ist ein sinnvoller erster Schritt. Es ist natürlich gleichzeitig ein erster Schritt, um an Interventionen zu „arbeiten“, die herausforderndes Verhalten reduzieren oder gar vollständig überflüssig machen. Beim Nachdenken über die Ursachen herausfordernden Verhaltens zeigt sich natürlich eine Vielschichtigkeit der Gründe.

Zum einen können die Gründe für herausforderndes Verhalten einzig und allein der betroffenen Person liegen. Seelische Krisen – ob verhaltens-oder erlebensbedingt – haben etwas Einzigartiges. Allgemein werden sicher die Umgebungsfaktoren unterschätzt. Jeder Einzelne kann sich überlegen, wie es jemandem ergeht, wenn er mit zwei Dutzend Menschen auf einer psychiatrischen Station versorgt wird. Diese Situation an sich erscheint als eine Herausforderung. Menschen in seelischen Krisen erleben diese Situation sicher deutlich zugespitzt.

Rudolf leidet an einer manisch-depressiven Erkrankung. Als er in der psychiatrischen Klinik aufgenommen wird, erlebt er eine manische Phase. Eines Morgens, es war ein Sonntag, kommt Rudolf, der knapp 60 Jahre alt gewesen ist, auf mich zu: „Herr Müller, schauen Sie einmal, was ich mit einer App auf meinem Tablet gemessen habe. Wir haben eine Durchschnittslautstärke von 90 Dezibel auf der Station. Schrecklich. Können Sie mir verraten, wie ich bei einem solchen Grundrauschen gesund werden kann?“

Rudolf legt mit seiner Anfrage die Finger in die Wunde. Mehr noch: er stellt unmittelbare Fragen an das therapeutische Team und setzt sich mit strukturellen Gegebenheiten auseinander. Beispielsweise stellt sich bei einem konsequenten Lärmpegel auf der Station die Frage, ob die baulichen Gegebenheiten ausreichen, um gesund zu werden bzw. die therapeutisch Tätigen die passenden Methoden anwenden, um den Betroffenen zu begegnen.

Die Betroffenen haben in der Regel keine oder nur wenige Möglichkeiten, sich an das System anzupassen. Starten sie den Versuch, geraten sie unter Druck, kommen in Stress und letztendlich misslingt ihnen der Versuch. Dies führt letztendlich dazu, dass sich die therapeutisch Tätigen und die Institution an die seelisch aus der Balance geratenen Menschen anpassen sollten. Traditionell sind die professionell Tätigen nicht in der Weise sozialisiert, dass sie eine Geh-hin-Mentalität pflegen. Die Komm-her-Haltung ist uns näher.

Um herausforderndem Verhalten gelingend begegnen zu können, ist es sinnvoll, eine Wir-Ebene zu erarbeiten. Hilde Schädle-Deininger hat über Jahrzehnte hinweg ermuntert, mit den Betroffenen eine gemeinsame Geschichte durch gemeinsames Tun zu erarbeiten. In elementaren Alltagstätigkeiten gilt es ein Wir zu schaffen. Denn das Wir bei einem gemeinsamen Tun setzt Hürden niedriger, schafft gemeinsames Vertrauen und nimmt schwierigen Situationen häufig die Dramatik. Den Betroffenen wird Unsicherheit genommen und somit der Stress-Level gesenkt.

Erfahrung mit herausfordernden Situationen lässt den professionell Tätigen immer ruhiger werden. Interventionen sind erprobt, lassen den eigenen Stress-Level in einem passablen Bereich verbleiben. Je unaufgeregter der helfende Mensch reagieren kann, umso leichter wird es dem Betroffenen fallen, die eigene Aufgeregtheit in Grenzen zu halten. Die Verstärker fehlen somit. Geraten helfende Menschen in Unruhe, so findet eine Übertragung des Geschehens statt. Eine Eskalation einer konkreten Situation ist möglicherweise gar nicht mehr zu verhindern.

Apropos Eskalation: handlungsleitend muss sein, dass stets die Situation, nicht jedoch der Mensch beherrscht werden sollte. Versucht man den Menschen zu kontrollieren, so sind die Emotionen unkontrollierbar. Hejlskov konkretisiert dies mit einer Aussage zum Respektieren der persönlichen Distanz: „Wenn man Angst hat, ver-

sucht man, die Gefühlsintensität zu verringern. Wenn ich gestresst oder aufgeregt bin, finde ich es auch sehr anstrengend, wenn mir eine vertraute Person zu nahekommt (Hejlskov, 2017, S. 255).“

Herausforderndes Verhalten ist …

… der Versuch, zu signalisieren, dass ein Bedürfnis zur zurzeit nicht gestillt wird (z. B. als Zeichen von Schmerzen, Langeweile und Müdigkeit)

…. das Bemühen der Person um sofortige Befriedigung eines Bedürfnisses

… ein Zeichen von Frustration

(James, J., et al., 2019, S.126)

Was James et al. mit dem Blick auf dementiell veränderte Menschen formuliert, dies gilt sicher für die Mehrheit der seelisch erkrankten Menschen. Gerät ein Betroffener in eine Situation, in der er psychotisch oder affektiv entgleitet, so kommen Defizite an die Oberfläche. Bezüglich des unruhigen Umherlaufens schreibt James: „Ruheloses Umhergehen müssen wir uns als zweckgerichtet vorstellen: Niemand geht einfach nur so umher. Versuchen Sie also herauszufinden, welches Bedürfnis dahintersteht, befriedigen Sie es und es hört auf, ein herausforderndes Verhalten zu sein (James, J. et al., 2019, S.130)“.

Exkurs: Choreografien

Ursprünglich kennen wir Choreografien aus dem Theater oder manchen tänzerischen Sportarten. Den Schauspielern oder den Tänzern wird vorgeschrieben, wie sie sich zu bewegen oder zu verhalten haben, damit den Vorstellungen des Regisseurs oder des Trainers entsprochen wird. Schließlich haben Trainer und Regisseur konkrete Vorstellungen von Szenen und einer Atmosphäre, die geschaffen werden soll.

Da sind wir bei einem problematischen Verständnis, mit dem therapeutisch Tätige immer wieder den beruflichen Alltag organisieren. Sie haben eine Erwartung, wie sich ein seelisch aus der Balance geratener Mensch zu verhalten hat. Martina Klausner hat sich einigen Jahren einmal als Ethnologin als teilnehmende Beobachterin auf psychiatrischen Stationen aufgehalten. Aus ihrer Sicht ist es Ziel sozialpsychiatrischen Choreografierens, „den Betroffenen eine Rückkehr in ihren normalen Alltag zu ermöglichen und die wieder zu möglichst selbständigen, handlungsfähigen Subjekten zu machen. Im Stationsalltag werden die Patientinnen kontinuierlich aufgefordert, sich auf spezifische Weise in die Therapie und das Alltagsgeschehen auf der Station einzubringen. Durch die Art der Angebote, die durchgängige Strukturierung des Tages, die Organisation des Stationsalltags, die kontinuierlichen Rückmeldungen durch die Professionellen wird die Patientin quasi permanent auf einen bestimmten Pfad gelenkt“ (Klausner, 2015, S. 57). Sozialpsychiatrisches Choreografieren ziele auf die Stabilisierung eines Menschen, der in einer akuten psychischen Krise auf die Station komme und schließlich in sein normales Lebensumfeld entlassen werden solle (Klausner, 2015, S. 58).

Wenngleich die Interpretation Klausners ihren Sinn macht, so bleibt ein kritischer Blick auf die Choreographien des Alltags im psychiatrischen Versorgungssettings. Professionell Handelnde sind aufgefordert, sich jeden Tag die Frage zu stellen, ob sie nicht allzu sehr bemüht sind, die Rolle eines Regisseurs zu spielen und die Marionetten nach dem eigenen Gutdünken tanzen zu lassen

Was muss ich denn noch aushalten?

Es bedarf einer ausdrücklichen Sensibilität für das eigene Wohl, sich diese Frage zu stellen. Wer als professionell Tätiger die Sorge für andere übernimmt, der muss sich auch um die Selbstsorge kümmern. Im Kontext herausfordernden Verhaltens dürfen beispielsweise Pflegende auf keinen Fall die Erfahrung eines gewaltsamen Übergriffs machen. Dies gefährdet die Identität und Integrität des Einzelnen. Als professionell Tätiger bleibt die Aufgabe, die Perspektive der Betroffenen und auf die Betroffenen einzunehmen. Die Anpassung der Sicht auf die Dinge erleichtert den Umgang und die Bewältigung mit herausforderndem Verhalten.

Rüdiger hat von einem Sinneswandel dieser Art profitiert, als er vor einiger Zeit im psychiatrischen Krankenhaus war. In seiner akuten Psychose hatten Polizisten ihn gefesselt und zum Krankenhaus transportiert. Dort richteten sich viele Beschäftigte darauf ein, ihn zu fixieren. Rüdiger konnte davon profitieren, dass zwei Pflegende unbedingt

auf eine freiheitsentziehende Maßnahme verzichten wollten. Noch auf der Station blieben die Polizisten unruhig, konnten nicht verstehen, dass das Gespräch mit Rüdiger gesucht wurde. Nach 15, 20 Minuten hatte er sich durch einen Gesprächskontakt selbst so runterreguliert, dass eine kurzzeitige 1:1-Betreuung ausreichte. Rüdiger konnte sich zügig selbständig auf der Station bewegen.

Literatur

Hejlskov Elven, B. (2017). Herausforderndes Verhalten vermeiden – Menschen mit Autismus und psychischen oder geistigen Einschränkungen positives Verhalten ermöglichen (2. Auflage). Tübingen: dgvt-Verlag.

James, I. A. & Jackman, L. (2019). Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz – Einschätzen, verstehen und behandeln (2. Auflage). Bern: Hogrefe.

James, J., Cotton, B., Knight, J., Freyne, R., Pettit, J. & Gilby, L. (2019). Menschen mit Demenz im Krankenhaus versorgen – Praxisbuch zur professionellen Begleitung von Betroffenen und Angehörigen. Bern: Hogrefe.

Klausner, M. (2015). Choreografien psychiatrischer Praxis – Eine ethnografische Studie zum Alltag in der Psychiatrie. Bielefeld: transcript.

Autor

Christoph Müller
psychiatrisch Pflegender, Redakteur "Psychiatrische Pflege" (Hogrefe-Verlag), Fachautor

arscurae@web.de

Finanzielle Benachteiligung der Behandlung und Pflege herausfordernder Patientinnen und Patienten

Systematische (Fehl-)Anreize im aktuellen Finanzierungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik

Was tun mit den herausfordernden Patientinnen und Patienten? Wie viel Zeit kann ich denen zukommen lassen, die so viel mehr Zuwendung benötigen als andere? Wie viel Zeit kann ich anderen vorenthalten? Wie kann ich trotz knapper personeller Ressourcen das herausfordernde Verhalten hinnehmen und die Verursachenden in ihrer Autonomie schützen? Wie können psychisch Schwererkrankte angesichts fortschreitender Ökonomisierung das hohe Maß an Behandlung und Pflege erhalten, das sie brauchen?

Die Behandlung und Pflege herausfordernder Patientinnen und Patienten stellt insbesondere pflichtversorgende psychiatrische Krankenhäuser vor enorme Herausforderungen. Der Umgang mit herausforderndem Verhalten ist häufig Bestandteil eines ordnungsrechtlichen Sonderauftrags an psychiatrische Krankenhausbehandlung, der neben dem primären Behandlungsauftrag auch die gesetzliche Unterbringung zum Schutz der Betroffenen sowie Dritter vorsieht. Dieser Sonderauftrag sieht in erster Linie die vorübergehende Aufenthaltsbeschränkung zum Zwecke der Behandlung vor, in Ausnahmefällen aber auch die Durchführung noch eingriffsintensiverer Zwangsmaßnahmen. Jegliche Form des Freiheitsentzugs und jeder Eingriff in die körperliche und seelische Unversehrtheit stellen einen intensiven Eingriff in die Rechte der Betroffenen dar. Zurecht wurden in Rechtsprechung und Gesetzgebung zuletzt

(C) M.Dörr & M.Frommherz

deutlich höhere grund- und menschenrechtliche Anforderungen an den Unterbringungsauftrag – und somit auch an die Behandlung und Pflege herausfordernder Patientinnen und Patienten – formuliert.

Gleichzeitig hat der Gesetzgeber auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser die Entwicklung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems beauftragt (PsychEntgG). Erklärtes Ziel der Gesetzgebungsinitiative, deren Reformen sich noch bis heute in einem Umsetzungsprozess befinden, war die Finanzierung an der erbrachten Leistung zu orientieren und damit die Effizienz der Krankenhäuser zu steigern und nicht zuletzt auch den Wettbewerbsdruck zu erhöhen.[1] Entsprechende Anreize zeigen sich in der konkreten Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen.

Es trifft so ein Finanzierungssystem, das eine hohe Leistungsmenge, effiziente Abläufe und schnelle Behandlungserfolge fordert und fördert, auf herausfordernde Patientinnen und Patienten, die genau dies nicht wünschen, Behandlungsmaßnahmen teilweise sogar ablehnen. Die Zielvorstellungen könnten unterschiedlicher nicht sein: Auf der einen Seite der sozialrechtliche Behandlungsauftrag, der schnelle Behandlungserfolge zu möglich geringen Kosten erwartet – auf der anderen Seite der ordnungsrechtliche Sonderauftrag, der die Wahrung größtmöglicher Selbstbestimmung vorsieht und zu diesen Gunsten auch herausforderndes Verhalten erträgt und längere Genesungszeiten akzeptiert.

Zunehmend stellt sich die Frage, ob sich Behandlung und Pflege herausfordernder Patientinnen und Patienten in einem System finanzieren lassen, während gleichzeitig dessen Zielvorstellungen so unterschiedlich sind. Gleichzeitig müssen die Anreize des Vergütungssystems vor der Frage bewertet werden, ob sie grund- und menschenrechtlich geforderten Umgang mit herausforderndem Verhalten begünstigen oder ihnen sogar – so deutet es sich an – entgegenwirken. Im Folgenden werden dafür die bestehenden Finanzierungsgrundlagen hinsichtlich ihrer Anreizwirkung beleuchtet und aktuelle Neuregelungsverfahren im Kontext des vorliegenden Zielkonflikts untersucht.

(Fehl-)Anreize des Finanzierungssystems

Herauszustellen ist zunächst ein deutlicher Mehraufwand für die Krankenhäuser im grund- und menschenrechtskonformen Umgang mit herausfordernden Patientinnen und Patienten. Zunächst müssen Einrichtung und Infrastruktur geeignet sein, um herausforderndem Verhalten mit möglichst geringer Eingriffsintensität begegnen zu können. Die hierfür dringend benötigten Investitionsmittel, etwa für Umbau-, Modernisierungs- oder Ausstattungsmaßnahmen, werden durch die Bundesländer nicht ausreichend finanziert. Ihrer Investitionsmittelfinanzierung kommen fast alle Länder nicht nach – jeder zweite Euro muss von Kliniken aus Eigenmitteln finanziert werden.[2] Auch der Anspruch an Qualifikation, Schulung und Supervision im Zusammenhang mit herausforderndem Verhalten steigt.

Hoher Personalaufwand entsteht vor allem in Vermeidung jeglicher Formen von Zwang, sei er räumlich, mechanisch oder medikamentös. Unterbringung gilt es nach neuerer Rechtslage möglichst in offenen Formen durchzusetzen. Möglich ist dies nur mit hohem personellen Einsatz. Die Vermeidung von mechanischem oder räumlichem Zwang gelingt regelmäßig nur durch die dauerhafte Bezugsbegleitung eines Patienten durch eine oder mehrere Fachkräfte (1:1-Betreuung). Im Falle der Verweigerung medikamentöser Behandlungsmaßnahmen trotz hochakuter Krankheitssymptomatik ist ein entsprechend hoher Sicherungsaufwand sowie ein Höchstmaß an personeller Zuwendung und Überzeugung zu leisten. Gelingen kann eine möglichst selbstbestimmte Behandlung und Unterbringung nur mit einer entsprechend hohen Personalausstattung und sofern das therapeutische Personal im Therapiesetting die Ressourcen erhält, sich einzelnen Patientinnen und Patienten entsprechend intensiv zu widmen.

Quantifiziert werden konnte dieser Mehraufwand in einer Untersuchung [3] von realen Kosten- und Erlösdaten, die der Autor mittels Kostenträgerrechnung (InEK-Kalkulationsdaten) eines psychiatrischen Krankenhauses tagesbezogen vergleichen konnte. Deutlich aufgezeigt werden konnte, dass die Behandlungstage, in denen medikamentöse Behandlungsmaßnahmen über längere Zeit verweigert wurden, wesentlich höhere Kosten für therapeutisches Personal verursacht haben als Behandlungstage der Vergleichsgruppe (Unterbringungsfälle, Akutaufnahmestation, HD: F20.0) ohne Medikationsverweigerung. Es zeigte sich, dass in den untersuchten Fällen gerade die Zeiten, in denen die Selbstbestimmung der Patienten gewahrt bleibt, einen deutlich quantifizierbaren Mehraufwand für die psychiatrischen Krankenhäuser verursachen.

Auf der Suche nach einer erlösmäßigen Berücksichtigung dieses Mehraufwands muss zunächst festgestellt werden, dass im Pauschalierenden Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) insbesondere fallbezogene Merkmale (Haupt- und Nebendiagnosen, Alter etc.) erlössteigernd wirken, die einen Mehraufwand im Tagesbezug nicht abbilden können. Lediglich die Merkmale der Intensivbehandlung und der erhöhte Betreuungsaufwand für 1:1-Betreuung vermögen es grundsätzlich, als Prozeduren verschlüsselt, einen entsprechenden Mehraufwand abzubilden.

Vergleicht man die Zusatzerlöse (ergänzende Tagesentgelte) für die genannten Prozeduren mit dem dahinterstehenden Aufwand für therapeutisches Personal, so stellt man schnell fest, dass man höchstens von einer Teilkompensation des Personalaufwands ausgehen kann. Die Beispielrechnung in Tabelle 1 vergleicht den notwendigen Personalaufwand für eine 24-stündige 1:1-Betreuung mit den Erlösen für die ergänzenden Tagesgelte, die den Aufwand vermeintlich abbilden sollen.

Der tagesbezogene Vergleich der Kosten der Untersuchungsgruppe mit den entsprechenden PEPP-Erlösen zeigt, dass in den Zeiten der Behandlungsverweigerung die hohen Kosten zum deutlichen Teil nicht durch Erlöse gedeckt sind. Die Erlöse steigen in den Zeiten zwar auch an (insb. durch ergänzende Tagesentgelte), die hohen Kosten werden allerdings nicht ausreichend kompensiert.

Es stellt sich die kontraintuitive Situation dar, dass gerade die herausfordernden Zeiten der Behandlungsverweigerung, in denen den

Personalaufwand	€	Erlös (PEPP)	€
24h 1:1 Betreuung durch ex. Pflegekräfte: *(Bruttopersonalkosten: 62.800€, Nettojahresarbeitszeit: 1.565,49 Std.)*	**962,77€**	Erh. Betreuungsaufw. (1:1) 18-24h: *(Basisentgeltwert: 250€ *3,1237)*	**780,93€**
2h Fachärztl. Aufwand (Anordnung, Beurteilung Erforderlichkeit, Motivation): *(Bruttopersonalkosten: 120.000€, Nettojahresarbeitszeit: 1.666,64)*	**144,00€**	Ggf. 3 Intensivmerkmale: *(Basisentgeltwert: 250€ *0,1667)*	**41,68€**
Summe Zusatzaufwand Personal:	**1.106,77€**	**Summe Zusatzerlös:**	**821,61€**

Tabelle 1: Vergleich des Personalaufwands für 24 Std. 1:1-Betreuung mit den Zusatzerlösen nach PEPP (Quelle: eigene Berechnung nach InEK, PEPP-Katalog 2019)

menschen- und grundrechtlichen Erfordernissen der Wahrung der Patientenautonomie gefolgt wird, für die Krankenhäuser finanziell deutlich defizitär sind. Das finanzielle Defizit lässt sich – so zeigt es sich in den untersuchten Fällen mit hochkritischer Implikation – vor allem durch die Durchführung von Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen des Patienten aufheben.

MDK-Prüfungen – systematische Benachteiligung herausfordernder Patient*innen

Verschärft werden die Fehlanreize des Vergütungssystems dadurch, dass Krankenkassen paradoxerweise die Behandlung chronisch oder Schwersterkrankter gegenüber den Krankenhäusern besonders häufig anzweifeln. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) vertritt in der Prüfung der Leistungspflicht eine entsprechend harte Linie gegenüber diesen hochaufwändigen Behandlungs- und Unterbringungsfällen. Sobald keine Behandlungsleistung (im sehr engen Sinne) erfolgen kann, wird eine Kostenübernahme nicht empfohlen. Ein Unterbringungsbeschluss, der das Krankenhaus ordnungsrechtlich zur Behandlung verpflichtet, stellt für den MDK keine Rechtfertigung einer Behandlungsbedürftigkeit dar. Im Gegenteil, Unterbringungsfälle werden wegen ihrer vermeintlich sozialen Indikation und überdurchschnittlich langen Verweildauer schwerpunktmäßig geprüft. Chronisch und Schwersterkrankten wird mit Hinweis auf die mangelnde positive Prognose jegliche Behandlung abseits einer medikamentösen Kriseninterventionsbehandlung aberkannt.

Aktuellen Gutachten des MDK zufolge ist bei Verweigerung von Medikation ohne Verzögerung ein gerichtliches Genehmigungsverfahren zur zwangsweisen Behandlung einzuleiten, ansonsten mangele es an einer hinreichend günstigen Prognose zur Verbesserung der Symptomatik – sprich ein Fall für andere Kostenträger. In anderen dem Autor vorliegenden Gutachten wird auch aus Gründen ebendieser Prognose die Notwendigkeit formuliert, Behandlungserfolge (z.B. Abstinenz oder medikamentöse Therapie bei bekanntermaßen häufig abgängigen Patienten) unter Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu sichern.

Die gegensätzlichen Anreize des Vergütungssystems verschärfen

Neues aus der Pflege

Elke Schlesselmann (Hrsg.)

Bewegung und Mobilitäts-förderung

Praxishandbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe

2019. 360 S., 61 Abb., 17 Tab.,
€ 39,95 / CHF 48.50
ISBN 978-3-456-85886-9
Auch als eBook erhältlich

Bewegung ist ein zentrales Pflegekonzept und die Bewegungsförderung trägt maßgeblich dazu bei, die Gesundheit von Menschen zu fördern, wiederherzustellen und zu erhalten. Das umfassende Praxishandbuch zur Bewegung und Mobilitätsförderung stellt die Grundlagen, Bedeutung, Definitionen und Modelle von Bewegung verständlich dar.

Theres Germann-Tillmann / Lily Merklin / Andrea Stamm Näf

Tiergestützte Interventionen

Praxisbuch zur Förderung von Interaktionen zwischen Mensch und Tier

2., überarb. u. erg. Aufl. 2019.
368 S., 40 Abb., 1 Tab.,
€ 39,95 / CHF 48.50
ISBN 978-3-456-85822-7
Auch als eBook erhältlich

Wie kann man gezielte Begegnungen, Beziehungen und Interaktionen von Mensch und Tier nutzen, um das Wohlbefinden von Menschen zu steigern? Das Fachbuch zur tiergestützten Intervention skizziert und erklärt die gemeinsame Geschichte und die Beziehungen von Mensch und Tier und zeigt, wie Tiergestützte Interventionen wirken.

Shibley Rahman / Rob Howard

Demenz kompakt

Kurzlehrbuch zur Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz

Übersetzt von Elisabeth Brock.
2019. 208 S., 7 Abb., 2 Tab.,
€ 29,95 / CHF 39.90
ISBN 978-3-456-85934-7
Auch als eBook erhältlich

Die kompakte Einführung für Praktiker, die Menschen mit Demenz kompetent begleiten und pflegen möchten. Das Praxisbuch vermittelt Fertigkeiten, um bedürfnisgerecht und person-zentriert auf Menschen mit Demenz einzugehen. Das Praxisbuch eignet sich als Basislektüre für Aus-, Fort- und Weiterbildungen zum Thema Demenz.

Heinz Hinse / Karl-Horst Möhl

Wer bis zuletzt lacht, lacht am besten

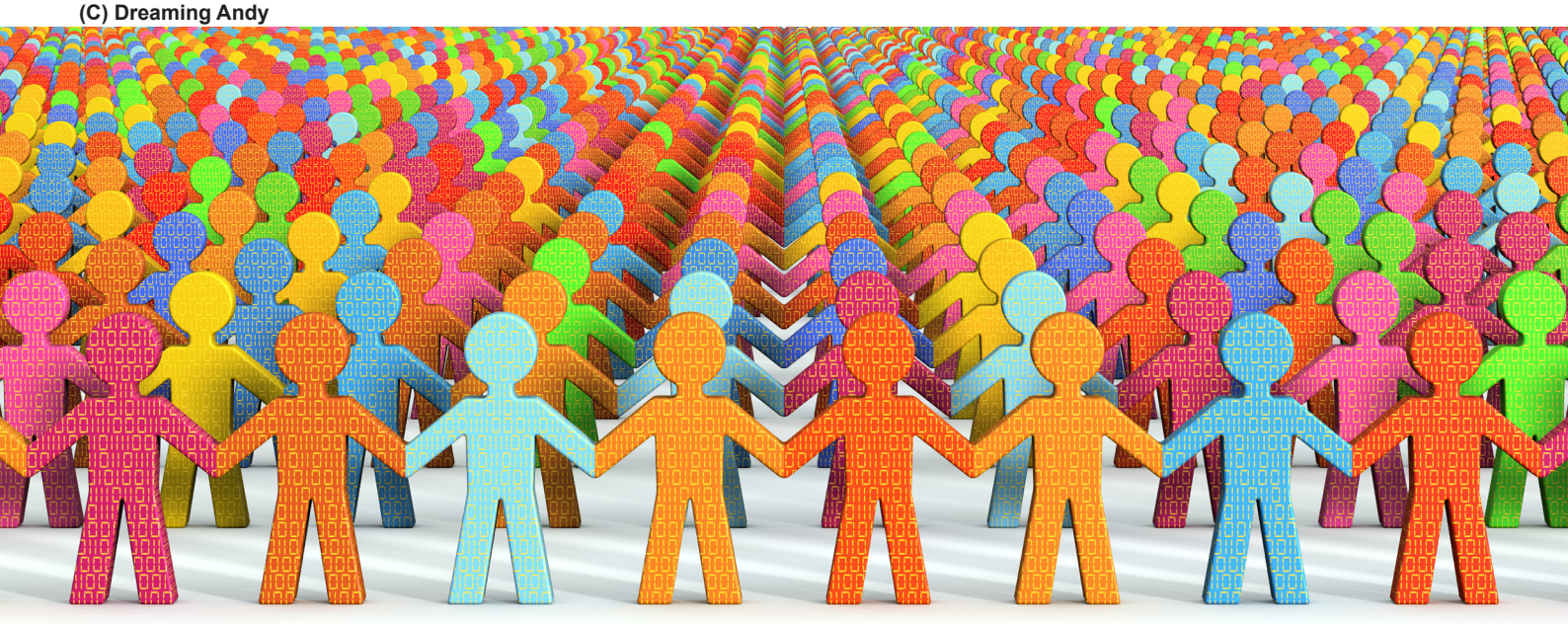
Humor am Krankenbett und in der Palliative Care

3., erg. Aufl. 2019. 96 S., 60 Abb., Kt,
€ 12,95 / CHF 16.90, ISBN 978-3-456-85945-3
Auch als eBook erhältlich

Humor ist eine wichtige Coping-Ressource, wenn es um Leben und Tod geht. Die Autoren hatten sich zusammengesetzt, um dem Sterben und Tod mit Tusche und schwarzen Humor die Stirn zu bieten. Ihr Cartoonband bietet hoch belasteten Mitarbeitern und Begleitern in der Palliative Care ein Ventil, um den Berufsalltag zu bewältigen.

70 Jahre Hogrefe Verlag

(C) Dreaming Andy



sich durch die mittels MDK effektiv durchgesetzten grundsätzlichen Zweifel an einer Leistungspflicht durch die Krankenkassen. Der Sonderauftrag psychiatrischer Krankenhäuser wird immer mehr zum finanziellen Risiko dieser Krankenhäuser. Eine Entwicklung, die einer konsequenten Umsetzung der menschen- und grundrechtlich geforderten Veränderungen und guter Behandlung und Pflege herausfordernder Patientinnen und Patienten zunächst einmal entgegensteht.

Das MDK-Reformgesetz, das Mitte November 2019 im Deutschen Bundestag verabschiedet wurde, verspricht „bessere und unabhängigere Prüfungen“. Umgesetzt werden sollte dies im Wesentlichen über eine Verselbstständigung des Medizinischen Dienstes als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts auf der einen Seite und eine ergebnisabhängige Begrenzung der Prüfquote auf der anderen Seite. Eine wirkliche Unabhängigkeit scheint zweifelhaft, haben die Krankenkassen doch weiterhin Vorschlagsrecht für 16 der 21 stimmberechtigten Mitglieder der neu zu besetzenden Verwaltungsratssitze. Dies entspricht einer Zweidrittelmehrheit, die auch für Grundsatzentscheidungen keinen Konsens braucht. Die Leistungserbringer werden lediglich mit zwei Vertretern ohne Stimmrecht repräsentiert. Die ergebnisabhängige Regelung der Prüfquoten vermag zwar unter Umständen eine gewisse Begrenzung der Prüffälle zu bewirken, verschärft wird das Prüfgeschehen aber gleichzeitig durch die Regelung von Strafzahlungen, die über einen Strafaufschlag die Rückzahlungsbeträge deutlich erhöhen. Insgesamt ist zu erwarten, dass sich der Wettbewerb der Krankenkassen um die höchsten Einsparungen aus dem MDK-Verfahren noch verschärft. Zusätzliche Ressourcen werden auf Kostenträgerseite in die Suche nach den aussichtsreichsten Fallkonstellationen investiert. Treffen wird es damit weiterhin – verschärft um zusätzliche Strafzahlungen – die chronisch und Schwersterkrankten, deren Behandlung und Pflege im MDK-Verfahren nur so begrenzt Anerkennung findet.

Nachfolge der PsychPV – G-BA Mindestpersonalausstattungs-Richtlinie

Zu diskutieren bleibt, ob aktuelle Neuregelungsverfahren in der Psychiatriefinanzierung geeignet sind, die Fehlanreizstrukturen zu überwinden, Behandlung und Pflege herausfordernder Patienten zu ermöglichen und ausreichend zu refinanzieren. Seit das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) die reine Leistungsorientierung in der Budgetfindung abwenden konnte, bestimmt die personelle Ausstattung von psychiatrischen Krankenhäusern weiter einen wesentlichen Teil der zu verhandelnden Budgets. Um so wichtiger erscheint nun die Systematik der Personalmittelrefinanzierung, die ab dem 2020 eine Neuregelung findet.

Die Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV), die im Jahr 1991 primär als Instrument der Personalbemessung zur Budgetfindung beschlossen wurde, vermochte es nicht mehr die steigenden Anforderungen an die psychiatrische Krankenhausbehandlung abzubilden. Die Höhe des vorgesehenen

Personals erscheint nicht mehr ausreichend und zeitgemäß. Auch die Verbindlichkeit ihrer Regelung als Bemessungsinstrument ist begrenzt.

Die Erwartungen galten zuletzt der Richtlinie über die Mindestpersonalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL), die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 23.09.2019 beschlossen hat. Die Richtlinie dient zunächst ausdrücklich nicht mehr der Bemessung von zur leitlinienorientierten Behandlung benötigtem Personal, sondern nur noch der Definition einer Mindestpersonalmenge, unter der eine Krankenhausbehandlung nicht mehr den qualitativen Mindestanforderungen entspricht. Die Erfahrungen aus den Budgetverhandlungen auf Ortsebene lassen befürchten, dass ohne eine Personalbemessung, die den zusätzlichen Personalbedarf objektiviert, die Untergrenze mangels darüber hinausgehender Refinanzierungsansprüche gleichzeitig als Obergrenze wirkt.

Die Mindestpersonalvorgaben sehen im Vergleich zur PsychPV eine gewisse Erhöhung der Minutenwerte (je Pat. pro Woche) vor, die sich je nach Schwerpunkt der Einrichtung über alle Berufsgruppen zwischen 3 und 5 Prozent bewegt. Erhöhung erfährt insbesondere die Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen, aber auch die Pflege wird in den Intensivkategorien (Einstufung: Intensivbehandlung) leicht erhöht (10%). Der Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie wird über alle Bereiche erhört (5%). Hieraus ergibt sich eine leichte Erhöhung des zu finanzierenden therapeutischen Personals. Ob es ausreicht, um den deutlich gestiegenen Anforderungen an Behandlung und Pflege gerecht zu werden, muss kritisch hinterfragt bleiben.

Die Richtlinie sieht eine höhere Verbindlichkeit über den tatsächlichen Personaleinsatz vor, schafft diese Verbindlichkeit nur über starre und antiquierte Strukturvorgaben sowie einen unangemessen hohen Bürokratie- und Dokumentationsaufwand einzufordern. So gilt die sanktionsbehaftete Nachweispflicht zwar auf den ersten Blick nur im Quartals- und Einrichtungsbezug. In der konkreten Ausgestaltung zeigt sich die einzelne Station als der einzige Bezugsrahmen im Nachweis. Nur auf einer Station eingesetztes Personal wird im Nachweis berücksichtigt und lässt sich nur über die Summe der Stationen im Einrichtungsbezug abbilden.

Dabei sind psychiatrische Krankenhäuser mehr als die Summe ihrer Stationen. Auch zur Behandlung und Pflege herausfordernder Patientinnen und Patienten braucht es mehr als einen rein stationszentrierten Behandlungsansatz. Es ist zu befürchten, dass die knappen Personalressourcen, um der strengen und kleingliedrigen Nachweispflicht Genüge zu tun, überwiegend den Stationen zugeordnet werden. Patientenzentrierter Behandlung, die sich bewusst aus der Sektorentrennung löst, könnte damit systematisch das benötigte Personal entzogen werden. Damit wäre Behandlung auf der Station möglicherweise erstarkt, allerdings zu Lasten der Behandlung, die sich auf den Wohnort und die Bedürfnisse des einzelnen Patienten bezieht. Weitere Personalressourcen fallen den überbordenden Dokumentationspflichten zum Opfer, die einem universellen Grundmisstrauen gegenüber den Krankenhäusern entspringt (stationsweiser Nachweis, Nachweis aller erbrachten Tätigkeiten, zweiwöchige Stichtagserhebungen etc.).

Statt die pflichtversorgenden Krankenhäuser in ihrem Sonderauftrag zu bestärken, wird die jederzeitige Aufnahmeverpflichtung angesichts der zu befürchtenden Sanktionen zum unkalkulierbaren wirtschaftlichen Risiko. Der „Wegfall von Vergütungsanspruch“ (§13 Abs. 3 PPP-RL) sowie das Quasi-Behandlungsverbot bei Nichterfüllung (§2 Abs. 2 PPP-RL) drohen zur existenziellen Gefahr für Krankenhäuser und zu einer unverantwortlichen Gefährdung des Versorgungsauftrags zu werden. Sollte die Sanktionsvereinbarung in der Härte getroffen werden, wären Krankenhäuser unter Umständen gezwungen, Stationen zu schließen oder Aufnahmen abzulehnen. Insgesamt scheinen Misstrauen und Regulierungsbedürfnis der handelnden Akteure im G-BA größer zu sein, als der Wunsch die Behandlung und Pflege insbesondere herausfordernder Patientinnen und Patienten zu verbessern. Statt personeller Verbesserung für pflichtversorgende Krankenhäusern mit rechtssicheren Refinanzierungsansprüchen schafft die Richtlinie einen Rückbezug auf die Station als Ort der Behandlung – bei gleichzeitiger Gefahr von Versorgungsdefiziten.

Wer kann den Zielkonflikt nun lösen?

So ist weiterhin kein Handlungsimpuls zu erkennen, pflichtversorgende Krankenhäuser in der Umsetzung ihres Sonderauftrags angesichts der steigenden Anforderungen finanziell zu bestärken. Im Gegenteil steigt die finanzielle Benachteiligung der Behandlung und Pflege herausfordernder Patientinnen und Patienten – sie wird vermehrt zum existenziellen Risi-

ko für psychiatrische Krankenhäuser. Problematisch erscheint das fehlende Bewusstsein über den finanzierungsrelevanten Einfluss auch sozialrechtsferner Gesetzgebung. Die Frage der Finanzierbarkeit wird in der Diskussion um grund- und menschenrechtliche Anforderungen an psychiatrische Krankenhausbehandlung scheinbar gänzlich ausgeblendet. Krankenhäuser müssen dringend befähigt werden, die menschen- und grundrechtlichen Anforderungen an Behandlung und Pflege umzusetzen. Für die notwendige Infrastruktur bedarf es unbürokratischer Investitionsfördermittel, etwa über eine an diesen Zweck gebundene Investitionspauschale.

Überfällig erscheint, dass die Krankenhäuser mit dem finanziellen Risiko steigender menschen- und grundrechtlicher Anforderungen an den Sonderauftrag psychiatrischer Krankenhausbehandlung nicht allein gelassen werden. Hierbei kann sich der Gesetzgeber offensichtlich nicht, wie sonst in Finanzierungsfragen im Gesundheitswesen, allein auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verlassen, in dem andere Ziele verfolgt werden. Gemeinsames Ziel muss es sein, die Behandlung und Pflege herausfordernder Patientinnen und Patienten finanziell nicht zu benachteiligen, sondern Krankenhäuser darin bestmöglich zu befähigen und zu befördern.

Fußnoten

[1] Vgl. zu den Zielen: BT-Drs. 17/8986, S. 25.

[2] Vgl. z.B. DKI (2018): Krankenhausbarometer 2018

[3] Untersuchungsergebnisse und Methodik zu finden in : Krüger (2019): Finanzierungsrelevante Auswirkungen der jüngeren Rechtsprechung zur Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen auf die psychiatrische Krankenhausbehandlung, Recht & Psychiatrie 4/2019.

Autor

Ramon Krüger, LL. M.
Leiter des Medizincontrolling am LVR-Klinikum Düsseldorf

ramon.krueger@lvr.de

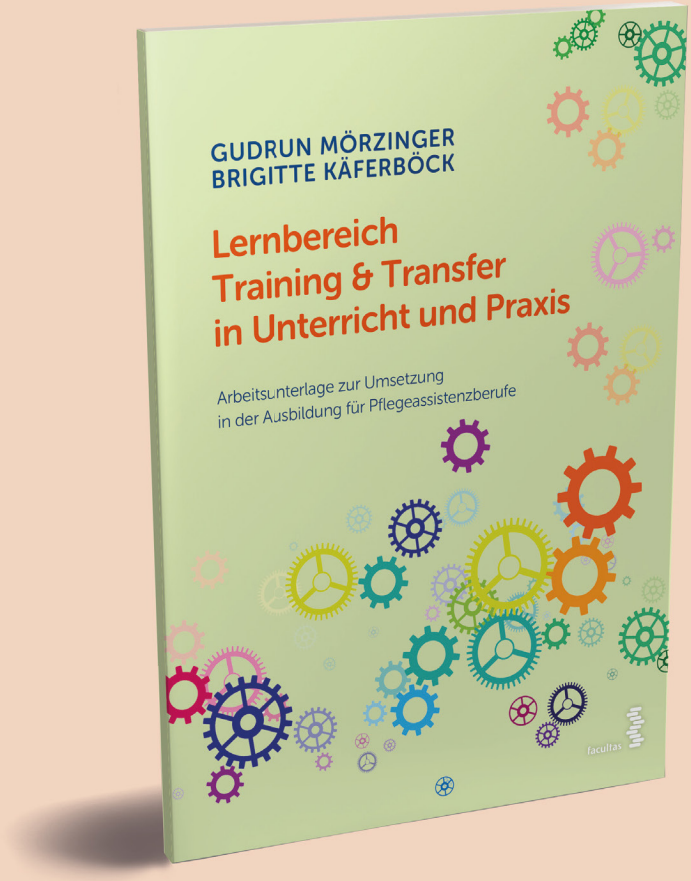
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband Förderverein

Sie möchten im Pflegeberuf immer am neuesten Stand sein?

Finden Sie jetzt die passende Fortbildung im Veranstaltungsprogramm des ÖGKV!

www.oegkv-fv.at

Praxis-Handbuch zum dritten Lernort



Gudrun Mörzinger, Brigitte Käferböck

Lernbereich Training & Transfer in Unterricht und Praxis

Arbeitsunterlage zur Umsetzung in der Ausbildung für Pflegeassistenzberufe

facultas 2019, 106 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-1715-3
EUR 24,90 (A) / EUR 24,20 (D) / sFr 31,– UVP

Die Arbeitsunterlage stellt ein praxisorientiertes Handbuch für Lehrende im LTT dar. Sie soll Ausbildungseinrichtungen im Rahmen der Ausbildung zu Pflegeassistenzberufen in der Planung und Umsetzung dieses dritten Lernortes unterstützen. Ein besonderer Fokus liegt auf dem notwendigen spezifischen Methodeneinsatz des LTT Schule sowie LTT Praxis.
Aufbauend auf dem ersten Teil „Ein dritter Ort des Lernens“ bietet es neben konkreten inhaltlichen Vorlagen Planungsgrundlagen, die eine zeitliche, personelle, räumliche und in weiterer Folge finanzielle Kalkulation ermöglichen. Je nach Bedarf und Schwerpunkt kann somit eine individuelle Ausrichtung an den vorhandenen Lernorten Schule und Praxis stattfinden.

facultas.at

facultas

Curatio humana – Quo vadis?

Streitschrift für eine humane Psychiatrie

Deutschland im Jahr 2019: Wir befinden uns in einer äußerst unruhigen Zeit. Rechtspopulismus und -extremismus scheinen in der Gesellschaft mehr oder weniger salonfähig zu sein. Klimaschutz wird nicht ernst genug genommen. Das Gesundheitswesen geht immer mehr den Bach hinunter. Manchmal scheint es so, als drehe sich jeder nur noch um sich selbst. Was wurde nur aus Tugenden wie Offenheit, Akzeptanz, Respekt, Wertschätzung, Solidarität, Nächstenliebe und Mitmenschlichkeit?

Psychiatrie am Scheideweg

Neben dieser Frage müssen sich die psychosoziale Versorgung und vor allem die Psychiatrie einigen Fragen stellen:

- Was macht die heutige Psychiatrie aus?
- Was hat sich seit der Psychiatrie-Enquete 1975 nachhaltig verbessert? Wo gab es zuletzt wieder Rückschritte?
- Wie steht es um eine menschliche und menschenwürdige Behandlung?
- Was ist aus der Maxime „Ambulant vor stationär“ geworden und warum breiten sich ambulante Versorgungsangebote (auch für akute Krisenzeiten) nur so zögerlich aus?
- Warum bestimmen Begriffe wie Medikalisierung (Pathologisierung von Normalitäten,
- Diagnoseninflation), Biologisierung, Pharmakotisierung, Polypharmazie oder Stigmatisierung noch immer das Geschehen?
- Bedarf es einer neuer Psychiatrie-Reform?

Fragen über Fragen, die auf zufriedenstellende Antworten warten. Die Psychiatrie befindet sich an einem Scheidweg. Zwischen paternalistischer Fürsorge professioneller Helfer und dem Autonomiebedürfnis Betroffener steht die Sorge von Angehörigen und der Gesellschaft. Dies verdeutlicht, dass eine nachhaltige Veränderung und Verbesserung wohl nur gemeinsam im Trialog, der gemeinsamen Begegnung auf Augenhöhe und Wertschätzung der jeweiligen Personengruppe als eigene Experten (durch Erfahrung, durch Miterleben oder durch Fachwissen), im gemeinsamen Austausch mit der Gesellschaft und anschließend entsprechenden politischen Reglementierungen gelingen kann.

Nach bisher eher misslungenen oder nur teilweise umgesetzten Top-Down-Versuchen (z. B. Gesetze wie die UN-Behindertenrechtskonvention oder das Bundesteilhabegesetz) muss die Veränderung wohl eher von der Basis kommen – von Betroffenen und ihren Angehörigen sowie den Menschen, die noch direkt mit Menschen arbeiten und nicht hinter einem Schreibtisch oder in einem Forschungslabor verschwunden sind. Dabei müssen Omnipotenzgefühle abgebaut werden und besserwisserische Profilneurotiker von ihrer zu einseitigen Denkweise über das Konstrukt „Psychische Krankheit“ abkommen. Es bedarf Menschen, die sich ernsthaft für die Menschen interessieren, die sich in Krisenzeiten an sie wenden. Menschen, die versuchen, sie zu verstehen, ihnen beistehen, die für sie da sind und ihnen auf Augenhöhe begegnen.

Eine Frage der Haltung

Die Arbeit mit Menschen, die aufgrund einer psychischen Krise Hilfe suchen, muss von einer gewissen Grundhaltung geprägt sein, die auf Empathie, Respekt, Akzeptanz, Toleranz und Wertschätzung beruht. Hier müssen sich wieder einige Fragen gestellt werden, die beantwortet werden wollen:

- Welches Menschenbild liegt uns eigentlich zugrunde?
- Steht der Mensch wirklich noch im Mittelpunkt der Arbeit?
- Was verstehen wir unter dem Begriff „psychische Erkrankung“?
- Warum begehren wir nicht mehr gegen Ungerechtigkeiten und Fehlentwicklungen auf?

Es ist äußerst wichtig, sich die humane Grundhaltung zu bewahren und weiter für den menschlichen Umgang innerhalb der Psychiatrie zu kämpfen. In diesem Zusammenhang sollte eine möglichst ganzheitliche Sichtweise zum Ziel werden. Die Psychiatrie muss sich von der immer noch teilweise vorhandenen, zu einseitigen biomedizinischen Sichtweise hin zu einer individuellen, ressourcen- und empowermentorientierten, bedürfnisangepassten, salutogenetischen, recoverybasierten, bio-psycho-sozialen Herangehensweise unter Einbezug des jeweiligen Kontexts entwickeln.

Dazu müssen sich das vorherrschende Krankheitsverständnis hinterfragen lassen und anthropologische Ansätze mehr an Beachtung gewinnen:

- psychische Störungen sind menschliche Phänomene und können jeden Menschen treffen
- jeder Mensch ist ein einzigartiges Individuum und reagiert anders
- Krisen können Chancen sein für Wachstum, Reifung und Veränderung
- es gibt keine hoffnungslosen Fälle
- Symptomfreiheit muss nicht immer zwangsläufig das hochrangigste Ziel sein
- Wie möchten wir, dass uns begegnet wird, wenn wir in eine psychische Krise kommen?

Auch die offene Türe der Akutpsychiatrie sollte zur Selbstverständlichkeit werden und trägt wesentlich zur Entstigmatisierung bei. Leider wird der Großteil akutpsychiatrischer Stationen noch immer (oder zumindest für die meiste Zeit) geschlossen geführt. Dies ist ebenfalls eine Frage der Haltung, die zwingend hinterfragt werden muss. Allerdings benötigt es hier auch einer ausreichenden Personalausstattung und der Schulung in deeskalierenden Maßnahmen.

Personalknappheit

Die WHO hat das Jahr 2020 als das Jahr der Pflege ausgerufen. Ob dies etwas an der Aufwertung dieses Berufes ändern mag, wird sich zeigen. Eine kürzlich erschienene Ver.di-Umfrage liefert Einblicke in die Dramatik der Personalknappheit innerhalb der Psychiatrie. Der Zeiger im Versorgungsbarometer steht noch knapp im Feld „Unzureichende Versorgung, Gefährdungsanzeige stellen“. Das anschließende Feld trägt die Bezeichnung „Beziehungsarbeit nicht mehr leistbar, Burnout droht“ (Ver.di, 2019). Wenn in der Psychiatrie die Beziehungsarbeit nicht mehr leistbar ist, scheint die Messe gelesen zu sein, denn die Beziehungsarbeit und -gestaltung sollte dort an erster Stelle stehen.

Dies ist eine äußerst dramatische Entwicklung, denn Zeit und eine bedingungslose, ehrliche, liebe- und verständnisvolle Zuwendung scheinen oftmals die heilsamsten Umgangsformen in der Behandlung und Begleitung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu sein. Wo soll es hinführen ohne ausreichend Personal und Zeit? Viele gut gemeinte Gesetzesänderungen sind schwierig realisierbar, wenn nicht genug Personal vorhanden ist. Autonomieeinschränkungen und Zwang müssen die Ultima Ratio sein. 1:1-Betreuungen bei fixierten Patienten mögen mit Sicherheit ein Schritt in Richtung Humanität sein. Aber was hilft es, wenn nicht ausreichend und vor allem kein richtig ausgebildetes und geschultes Fachpersonal vorhanden ist? Wohin der Einsatz von sogenannten „Sicherheitsdiensten“ führt, zeigen jüngste Beispiele.

Zuletzt waren die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Nachfolgeregelung der Personalordnung Psychiatrie (PsychPV) ein heftiger Schlag ins Gesicht für alle Betroffenen, Angehörigen und professionellen Helfer. Wenn wir nicht aufpassen und uns dagegen wehren, könnte es passieren, dass wir wieder zurück in Richtung „Verwahrungsanstalt“ steuern. Das darf nicht sein!

Ökonomisierung des Sozialen

Es heißt häufig, dass Wettbewerb das Geschäft belebt. Wie steht es dabei mit Privatisierungen von Kliniken? Bleiben durch Einsparungsmaßnahmen und Gewinnmaximierung nicht die eigentlichen Aufgaben der Klinik auf der Strecke? Auf wessen Kosten geschieht das? Warum müssen Krankenhäuser überhaupt Gewinne erwirtschaften? Kritiker vergleichen hier gerne mit Berufen wie der Polizei oder der Feuerwehr, die für ihre Arbeit zum Allgemeinwohl der Menschen auch keine Gewinne erwirtschaften. Ich glaube, dass sowohl im System Psychiatrie als auch in unserer Politik, aber auch der Gesellschaft noch viele Denkfehler vorherrschen, die es zu aufzulösen gilt.

Partizipation

Die Psychiatrie darf Begrifflichkeiten wie Empowerment, Recovery oder Partizipation nicht als Aushängeschilder zu Werbezwecken für Internetauftritte oder in Hochglanzbroschüren zweckentfremden, sondern muss diese uneingeschränkt umsetzen und leben. Die Compliance, bei der ein Betroffener befolgen soll, was ihm der professionelle Helfer vorgibt, muss von der Adhärenz abgelöst werden, wobei gemeinschaftlich nach möglichen Zielen gesucht wird. Dabei spielt beispielsweise die Ambiguitätstoleranz eine wichtige Rolle. Profis müssen lernen, Unsicherheiten auszuhalten und den psychisch beeinträchtigten Menschen trotzdem empowermentorientiert auf seiner Genesungsreise zu unterstützen. Der Fokus liegt dabei auf der Stärkung der Autonomie, (wieder) selbst Verantwortung für Entscheidungen bzw. das eigene Leben zu übernehmen.

Betroffene müssen als Experten in eigener Sache wahr- und ernstgenommen werden. Nur sie können ihre subjektiven Erfahrungen und Erlebnisse schildern. Profis können vieles aus fachlicher Sicht erklären. Sie können aber meist nicht nachempfinden, wie es sich anfühlt, wenn man morgens so antriebslos ist, dass man es nicht schafft, aus dem Bett zu kommen, wenn die Gedanken so stark um eine Sache kreisen, dass man nicht schlafen kann oder an Suizid denkt. Oder auch, wie es ist, Stimmen zu hören, in einem Wahn von etwas felsenfest überzeugt zu sein oder bestimmte Nebenwirkungen von Medikamenten zu verspüren. Dies können nur Betroffene. Deshalb ist es wichtig, sie besser und partnerschaftlich miteinzubeziehen – auch in die künftige Entwicklung der Psychiatrie - in Form von

PFLEGEGRUPPE

Personalbereitstellung
Direktvermittlung
Integrationsleasing

Zu viel Arbeit und zu wenig Personal?

Genesungsbegleitung, in Klinischen Ethik-Komitees oder in die Qualitätssteuerung.

Um dies zu ermöglichen, scheint eine regelmäßige Reflexion der eigenen Denk- und Handlungsweise unabdingbar. Ein großes Problem der stationären Psychiatrie ist, dass der „kranke“ Mensch nur in „Krankheitsphasen“ erlebt wird und sehr selten auch in „gesunden“ Phasen außerhalb der Klinik im eigenen Lebensumfeld. Dies verengt die Sichtweise. Hausbesuche und trialogische Veranstaltungen können zur Erweiterung des Blickwinkels einen wichtigen Beitrag leisten.

Evidenzbasierung und Alternativen

Die Evidenz von Behandlungsmaßnahmen spielt aktuell eine äußerst wichtige Rolle und ist hinsichtlich der Professionalisierung und Transparenz eine wichtige Sache. Allerdings führt es häufig dazu, dass dadurch Alternativen außer Acht gelassen werden und Wünsche von Betroffenen keine Berücksichtigung finden. Viele wichtige weiche Faktoren wie die Empathie lassen sich beobachten, aber schwer messen. Dabei stellen genau diese weichen Faktoren (um weitere zu nennen: Respekt, Wertschätzung, Akzeptanz, Toleranz, Solidarität, ehrliches Interesse) die Basis der Arbeit dar – einer Arbeit von Menschen für und mit Menschen. Ohne diese Kernelemente brauchen wir uns gar nicht über eine humane Psychiatrie unterhalten. Sie wird sonst schlichtweg unmöglich. Daher hilft hier noch so wenig Evidenzbasierung von Therapie- und Behandlungsformen. Jeder Mensch ist ein absolut einzigartiges Individuum und jeder reagiert auf die entsprechenden Therapiemethoden und -formen unterschiedlich. Wichtig ist, dass er verschiedene Wahlmöglichkeiten hat und sich an seinen Bedürfnissen orientiert wird.

Zum anderen lässt sich feststellen, dass häufig Willkür im Spiel ist. In Leitlinien von Fachgesellschaften finden sich als Therapieempfehlungen Vorgehensweisen, die keine Evidenzbasierung vorweisen können sowie Off-Label-Behandlungsempfehlungen. Hierbei scheinen Psychiater allerdings weniger Probleme zu haben, als wenn jemand sich nach alternativen Behandlungsmethoden er-

kundigt bzw. diese einfordert. Dort heißt es dann im freundlichsten Fall, dass es keine Evidenzbasierung gibt. Zumeist werden Alternativen aber (leider) als Humbug, Schwachsinn oder Scharlatanerei abgetan. Auch vielen anderen Methoden abseits der Pharmakotherapie wird nicht die Wertigkeit zugemessen, die sie eigentlich verdienen (z. B. Ernährung und Bewegung). Diese Dinge spülen eben keine Euros in die Kassen der Pharmaindustrie…

Offenheit, Veränderungs- und Lernbereitschaft

Eine künftige humane Psychiatrie muss Offenheit, Lern- und Veränderungsbereitschaft als Basis haben. Psychopharmaka können einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung oder den Zugang zu sich selbst ermöglichen. Wichtig ist vor der Verabreichung eine ausführliche Aufklärung über ihre Wirkungsweise, mögliche Nebenwirkungen und eine ausführliche Risiko-Nutzen-Abwägung. Laut Patientenrechtegesetz ist dies das Recht des Patienten. Es ist also auch die Pflicht des Arztes, den Patienten offen und ehrlich darüber zu informieren. Es wäre wichtig, behutsamer mit dem Verteilen von Psychopharmaka umzugehen und eine Unterstützung bei gewünschten Absetzversuchen anzubieten. Ebenso dürfen dem Betroffenen bei Ablehnung einer Pharmakotherapie keine Nachteile in der Behandlung entstehen. Künftig muss sicher mehr auf ambulante Krisenversorgungen gesetzt werden. Die bedürfnisangepasste Behandlung mit Offenem Dialog oder Home Treatment werden dazu hoffentlich einen wichtigen Beitrag leisten können.

Fazit

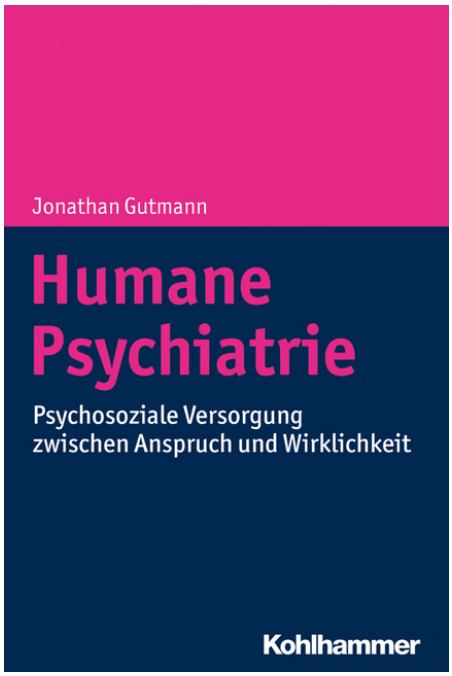
Damit die Psychiatrie flächendeckend zu einer humanen Institution wird, gibt es noch viele Barrieren zu überwinden. Vermutlich wird eine nachhaltige Veränderung nur gemeinsam im Trialog gelingen, wenn sich Experten durch Fachwissen, Experten durch Erfahrung und Experten durch Miterleben endlich gemeinsam zusammenschließen, statt sich gegenseitig zu „bekämpfen“ und weiter in der „Wer hat Recht-Falle“ festzustecken. Es muss gemeinsam daran gearbeitet werden, Verbesserungspotenziale offen zu legen und anschließend auch umzusetzen. Ebenso im Hinblick auf Änderungen in der Politik würde ein gemeinsames, geschlossenes Auftreten möglicherweise mehr bewirken können als bisher. Es ist daher wichtig, dass alle Beteiligten miteinander im Gespräch bleiben. Statt gegenseitiger Schuldzuweisungen und Monopolisierungen muss konstruktiv an gemeinsamen Lösungen gearbeitet werden. Es scheint in vielerlei Hinsicht schon 5 vor 12 zu sein. Dies bedeutet, dass die Zeit noch nicht abgelaufen ist.

Hinweis

Die Themeninhalte dieses Artikels entstammen dem Buch „Humane Psychiatrie: Psychosoziale Versorgung zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ (Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2019).

Literatur

Ver.di (2019): https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/psychiatrie/++co++dd2d43ee-cfa8-11e9-a046-001a4a160100 [Zugriff am 29-09.2019].



Autor

Jonathan Gutmann
Fachpfleger für Psychiatrische Pflege und Stabsstelle Qualitätssicherung und Pflegeentwicklung in der Klinik Hohe Mark in Oberursel, Autor des Buches „Humane Psychiatrie - Psychosoziale Versorgung zwischen Anspruch und Wirklichkeit“

Jonathan.Gutmann@web.de

Beltz-Verlag
Weinheim 2019
ISBN 978-3-407-36683-2
176 Seiten
34.95 Euro

An Konflikten wachsen – Konflikt-Coaching und die Sorge um sich selbst

Die Philosophin Barbara Schellhammer leistet mit dem Buch „An Konflikten wachsen“ etwas Beachtliches. Sie zeigt auf, dass Konflikte zwischen Menschen immer auch etwas mit der eigenen Lebensgeschichte zu tun hat. Die Sorge um sich selbst stellt sie deshalb bei ihrem Buch zum Konflikt-Coaching in den Fokus.

Selbstsorge ist ein Begriff, der in unzähligen Diskursen seit dem griechischen Philosophen Sokrates diskutiert wird. Es ist eine empathische Hinführung, die Schellhammer dem zeitgenössischen Leser gelingt. Es ist nicht der Zeigefinger, mit dem sie dem Menschen begegnet. Nein, Schellhammer weist auf notwendige Entwicklungsmöglichkeiten hin: „Dieses Zuhören und Sich-selbst-Kennenlernen ist jedoch alles andere als einfach, denn es gehört Mut dazu und eine große Offenheit und Sensibilität sich selbst gegenüber“ (S. 19).

Sie räumt auch mit einem Vorurteil auf. Viele verstehen die philosophische Praxis als einen rationalen Weg der Alltagsbewältigung. Schellhammer stellt fest, dass sich Menschen in der Philosophischen Praxis über ihr Erleben und ihre Handlungsmotivation klar werden – „und zwar nicht vornehmlich „rational“, sondern vor allem emotional-leibhaftig“ (S. 27). Es reiche nicht, das schuldhafte Verhalten eines Gegenübers anzuschauen.

Schellhammer findet den Zugang zum Konflikt-Coaching über die Philosophie und die Psychologie. Sie erläutert „Praxis und Methoden der Selbstsorge“. Den Horizont erweitert sie, indem sie die „kultursensible Konflikttransformation“ zum Thema macht.

Kennen Sie dies, dass Sie dunkle Flecken in Ihrem Leben haben? Schellhammer bezeichnet sie als Schatten, die gerne vergessen werden. Sie sieht die Schatten als Bedrohung für den Alltag. Eine habituell gewordene Anpassung entfremde, denn dann erstarre die Maske, Handlungen würden mechanisch, das wahre Wesen verkümmere (S. 84).

Das sogenannte P.A.C.E. Modell stellt Schellhammer als eine hilfreiche Methode vor, um ein Konflikt-Coaching gelingen zu lassen. Dabei geht es Schellhammer vor allem um das narrative Paradigma und die engagierte Gelassenheit. Sie sei keine Technik, die man anwende, „sondern lässt sich nur durch die Praxis der Selbstsorge gewinnen“ (S. 109). Wenn ein Coachee die Konfliktgeschichte erzählt und aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet hat, dann geht es lösungsorientiert eine zweite Geschichte zu entwickeln und „herauszufinden, welche möglichen action steps sich daraus in Richtung einer Veränderung ergeben“ (S. 114). Dabei gibt sich Schellhammer kreativ und schlägt die Disney-Übung vor, die an das innere Team von Friedemann Schulz von Thun erinnert. Der Träumer, der Kritiker und der Realist kämpfen um die Wirklichkeitsbewältigung des Trainees.

Schellhammers Buch „An Konflikten wachsen“ hilft nicht nur in Situationen, die ein spezielles Coaching brauchen. Es hat eine hohe Tauglichkeit, den einzelnen Menschen in seinem Alltag zu begleiten, der mit Konflikten immer wieder gefüllt ist.

Resilienz und Resilienzförderung bei Pflegenden und Patienten

Ist es vorstellbar, dass Resilienz gleichzeitig für pflegende und zu pflegende Menschen gedacht wird? Geht es nach Margaret McAllister und John B. Lowe, so muss es quasi geschehen. Als Pflegenden kann uns dies nur gefallen. Schließlich vermittelt das Resilienz-Konzept ein optimistisches Bild der professionell Tätigen, wie es die Professorin Stephanie Fox-Young bereits in ihrem Vorwort andeutet: „Wer resilient ist, hat nicht nur Schwierigkeiten gemeistert, sondern auch aus den damit verbundenen Erfahrungen gelernt und sie zu seiner Weiterentwicklung genutzt“ (S. 15).

Im beruflichen Alltag haben Pflegende viele Aufgaben, die immer wieder auch Herausforderungen darstellen. Viele Pflegende kapitulieren nach einer gewissen Zeit. Andere schöpfen aus Erfahrungen und deren Bewältigung Kraft. Die Pflegeprofessoren Margret McAllister und John B. Lowe haben Kolleginnen und Kollegen um sich versammelt, die die Phänomene Resilienz und Resilienzförderung aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchten.

Mary Kattsikitis und Rachael Sharman schreiben über das rationale Denken und denken über die realistische Einschätzung von Stresssituationen nach. Andrew Estefan sinniert über „Moral und Ethik in der Praxis“ nach. Debra Jackson, Glenda McDonald und Lesley Wilkes schauen auf den „Erfolg am Arbeitsplatz“ und die Nutzung innovativer Praktiken.

Was die zahlreichen Beiträge des Buchs auszeichnet, dies ist die Praxisnähe. Als Pflegender fühlt man sich unmittelbar in den pflegerischen Alltag mitgenommen. Gleichzeitig erlebt man sich motiviert, die Anregungen auf der Matrix des eigenen beruflichen Alltags zu reflektieren und eigene Umsetzungen unmittelbar zu initiieren. Oder auch anders formuliert: Das Buch hat das Zeug, immer wieder als Impuls für Menschen aus der pflegerischen Praxis seinen Dienst zu tun.

In einem Beitrag von Tony Warne und Sue McAndrew geht es „Spiele am Arbeitsplatz“. Erinnerungen an Eric Bernes „Spiele der Erwachsenen“ werden schnell während der Lektüre wach. Sie machen deutlich, dass es wichtig sei, „die Spiele zu kennen, die bei interpersonellen Begegnungen (in diesem Fall multidisziplinäre Teams) häufig zu beobachten sind“ (S. 129). Dieses Wissen könne die Bereitschaft stärken, Resilienzstrategien zu entwickeln, die es ermöglichen, einen Konflikt zu nutzen, um die Zusammenarbeit zu verbessern. Warne und McAndrew wollen Pflegende dazu bewegen, sich der eigenen Rollen in multidisziplinären Teams bewusst zu werden. Dies helfe, einen Resilienzfundus zu entwickeln. Konkret verdeutlichen sie: „Während sie Ihren Resilienzfundus entwickeln und kultivieren, wird Ihnen auffallen, dass die Dinge, die Sie dazu befähigen, dieselben sind, die im Leben eine wichtige Rolle spielen“ (S. 139).

Es bewegt, dass die Autorinnen und Autoren des Buchs dazu auffordern, die Selbstsorge mit derselben Wertigkeit wie die Fremdsorge anzusehen. Was sich einfach liest, dies bedeutet für Pflegende große Schritte. Schließlich steht vielen Pflegenden die berufliche Sozialisation sowie die eigenen moralischen Ansprüche gegen diesen Grundsatz.

Es macht große Freude, den Spuren der vielen Autorinnen und Autoren zu folgen. Sie führen Pflegende umsichtig und kenntnisreich zu einem Reflexionsprozess, der für Pflegende überfällig ist.

Hogrefe-Verlag
Bern 2019
ISBN 978-3-456-85949-1
288 Seiten
29.95 Euro

Deutsche Verlagsanstalt
München 2016
ISBN 978-3-421-04463-1
223 Seiten
17.99 Euro

Verzeihen – Vom Umgang mit Schuld

Bekanntlich schreibt das Leben eines jeden seine Geschichten. Je enger die Bande zwischen Menschen ist, umso mehr gewinnt ein Begriff an Bedeutung, den die Philosophin Svenja Flaßpöhler unter die Lupe genommen hat. Aus der eigenen Lebensgeschichte hat sich Flaßpöhler mit dem Verzeihen beschäftigt. Flaßpöhler gelingt es, was nur wenigen Philosophinnen glückt. Sie macht die Geisteswissenschaft fruchtbar für das tägliche Leben. Die Mutter hat die Familie verlassen, als Flaßpöhler selbst in der Pubertät war. Natürlich ist dies für eine junge Frau eine einschneidende Erfahrung gewesen. Mit der Unterstützung namhafter Denkerinnen und Denker aus der Geschichte der Philosophie reflektiert sie die Erfahrungen des Verlassenwerdens und der Ambivalenzen, wenn es Jahre später wieder zu Annäherungen kommt. Dass es zum Nachdenken über Verzeihen und Vergeben kommt, verwundert nicht.

Es verwundert auch nicht, dass sich Flaßpöhler diesem Lebensthema widmet. Sie wird im Laufe der Jahre immer wieder eingeholt worden sein. Das nur wenige Minuten dauernde Verlassen der Familie seitens der Mutter ist für die Kinder zu einem Jahre und Jahrzehnte bestimmenden Inhalt geworden. Dies wird auch deutlich in den Erzählungen Flaßpöhlers.

Flaßpöhler bezeichnet das Verzeihen als eine Herausforderung. Sie schreibt, dass derjenige, der verzeihe, weder gerecht noch ökonomisch oder logisch handele (S. 19). Flaßpöhler nimmt die Leserin tief in die Existentialität des Lebens mit. Sie schreibt: „Wer im eigentlichen, reinen Sinne verzeiht, stellt keine Bedingungen, erwartet keine Gegenleistung, überlegt nicht, ob sich sein Verzicht auf Vergeltung lohnt. Anders als der ökonomische Schuldenschnitt, der nie ohne Absicht geschieht, ist das Verzeihen, sagt Derrida, durch und durch zweckfrei …“ (S. 29).

Beim Verzeihen geht Flaßpöhler nicht bloß von einem individuellen Phänomen aus. In der Auseinandersetzung mit der Shoah gibt sie dem Verzeihen gleichfalls eine gesellschaftliche Dimension. In Anlehnung an die Kulturwissenschaftlerin Aleida Assmann erkennt sie die Schuld als „Stifterin von Moral“ (S. 173).

Flaßpöhlers Buch lässt die Leserin (auch) in einem hektischen Alltag still werden. Schließlich erscheint das Verzeihen und Vergeben nicht als eine einfache Übung. Es reicht halt nicht, wie es in katholischen Kreisen über Jahrhunderte üblich gewesen ist, in den Beichtstuhl zu gehen. Vergeben und Verzeihen hat etwas mit dem Arbeiten an der eigenen Lebensgeschichte zu tun. Mit dem Blick auf die eigene Mutter formuliert sie bewegend: „Auch ich habe mir viele Jahre lang gewünscht, meine Mutter möge vergehen vor Reue, möge gemartert werden von ihrem schlechten Gewissen. Die Pein meiner Mutter wäre gewissermaßen der Preis für ihr Vergehen gewesen, die Währung zur Begleichung der Schuld. Aber … lässt sich eine Schuld wirklich durch Schmerz zurückzahlen? Welche Logik wohnt einem solchen Äquivalenzprinzip von Schuld und Gewissensbiss inne?“ (S. 98)

Svenja Flaßpöhlers Buch „Verzeihen“ zeigt, dass philosophisches Nachdenken das eigene Leben und die eigenen Wege bereichern kann, wenn nicht sogar den einen oder anderen Stein im täglichen Leben aus dem Wege räumt. Ganz praktisch.

Lernwelten 2020

20. internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pädagogik der Pflege- und Gesundheitsberufe

2.-3. September 2020, Universität Frankfurt, Campus Westend, IG-Farbenhaus

20 JAHRE LERNWELTEN
Ein Blick zurück nach vorn
Call for Abstracts

Vor rund 20 Jahren wurden im deutschsprachigen Raum die ersten Pflegepädagogik-Studiengänge als Diplom- bzw. Bachelor- und Masterprogramme gestartet. Über 55 Jahre ist es her, als der erste Diplomstudiengang Medizinpädagogik in der ehemaligen DDR initiiert wurde. Zu Beginn des neuen Jahrtausends fand der erste Lernwelten-Kongress in Freiburg statt. Die vergangenen 20 Jahre sind von umfassenden Wandlungsprozessen in der Bildung der Gesundheitsberufe geprägt. Unter dem Motto **„Der Blick zurück und nach vorn – 20 Jahre Lernwelten“** möchten wir diese Wandlungsprozesse analysieren:

Welche Themen, die vor zwanzig Jahren aktuell waren, sind nach wie vor virulent? Welche Neuerungen und Veränderungen rufen die Pflege- bzw. Berufspädagogik der Gesundheitsberufe (noch) heute zum Handeln und Diskutieren auf? Welche Fortschritte wurden erzielt? Was sind „Dauerbrenner“ und welche neuen Herausforderungen ergeben sich?

Wir möchten uns der Frage widmen, wie die Akteur*innen der ersten Stunde auf diese bewegten Jahre blicken – und diese Wahrnehmungen denjenigen gegenüberstellen, die sich heute (neu) im Bereich der Bildung der Gesundheitsberufe bewegen. Aber es geht auch in besonderer Weise um den prospektiven Blick: Worum geht es in den kommenden Jahren? Was sind aktuelle Themen bzw. Herausforderungen? Welche Impulse braucht es für die pflege- und gesundheitsberufliche Bildung in den deutschsprachigen Ländern?

Autor*innen sind aufgerufen, ein Abstract zum Kongressthema einzureichen. Abstracts können z. B. zu folgenden Themenbereichen eingereicht werden:
1) Der Blick zurück: Erfahrungen, Evaluationsergebnisse und „Lessions-Learned“ aus durchgeführten Projekten/Studien (z. B. Curricula, Implementationsprojekte, Schulentwicklung, Professionalisierung und Akademisierung der Lehrer*innenbildung und Praxislehrenden historische Berufsbildungsforschung im Bereich der Gesundheitsberufe etc.)
2) Der Blick nach vorn: Herausforderungen an die Pflege- bzw. Berufspädagogik der anderen Gesundheitsberufe in den kommenden Jahren (z. B. Generalistik, Parallelwelten der Lehrer*innenbildung an Hochschulen und Universitäten, Praxisanleiter*innen vs. Praxislehrende, berufliche und wissenschaftliche Ausbildungen, Heterogenität der Auszubildenden, digitale Kompetenzen, Weiterentwicklung der domänespezifischen Didaktiken etc.)
3) Sonstige Themen

Einreichungen sind als Abstract (Deutsch) bis **20.3.2020** möglich. Einreichungen zu folgenden Kategorien im Zusammenhang mit dem Kongressthema sind möglich und herzlich willkommen:

1. Wissenschaftliche / Methodische Vorträge
2. Praxisprojekte (im Sinne von Vernetzung von Wissenschaft, Forschung und/oder Lehre)
3. Sonstige Formate wie Science Slam, Qualifikationsarbeiten, Speakers Corner und Poster

Die lehrerbildenden Hochschulen im Gesundheits- und Pflegebereich werden aufgerufen, sich aktiv an ihrer und somit der nationalen und internationalen Nachwuchsförderungen zu beteiligen. Eingereichte Nachwuchsbeiträge werden durch einen international besetzten wissenschaftlichen Beirat begutachtet und mit einem Preisgeld prämiert.

Die Einreichung ist **ausschließlich online** über die Abstractzentrale unter **www.lernwelten.info** möglich. Alle eingereichten Beiträge durchlaufen ein Peer-Review Verfahren. Die Begutachtung erfolgt anhand eines standardisierten Instruments. Einreicher/innen erhalten 4 Wochen nach Ende des Call for Abstracts eine Rückmeldung über das Ergebnis des Verfahrens.

2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010
2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020

hpsmedia
Lernwelten Kongressbüro
Gießener Str. 2
D-35410 Hungen
+49 (0) 6402 - 7082660
info@lernwelten.info
www.lernwelten.info

Lernwelten 2020

20. internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pädagogik der Pflege- und Gesundheitsberufe

2.-3. September 2020 Universität Frankfurt, Campus Westend
IG-Farbenhaus

20 JAHRE LERNWELTEN

Ein Blick zurück nach vorn

Jetzt Beiträge einreichen!

2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010
2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020

hpsmedia
Lernwelten Kongressbüro
Gießener Str. 2
D-35410 Hungen

+49 (0) 6402 - 7082660
info@lernwelten.info
www.lernwelten.info