

## » Grundlage pflegerischer Beziehungsarbeit

Dieser Artikel ist der erste Beitrag zu einer Folge von insgesamt fünf, die sich mit dem großen und wichtigen Thema pflegerischer Beziehungsarbeit befassen. Er wird über mehrere Thesen die Grundlagen eines Denkens beschreiben, die nach Ansicht des Autors für eine pflegerische Beziehungsarbeit von Bedeutung sind. Der zweite Artikel beschreibt das Konzept der Kongruenten Beziehungspflege als ein Modell zur praktischen Durchführung von Beziehungspflege. Die weiteren Beiträge widmen sich den Fragen der Grenzen und Möglichkeiten, den Wirksamkeiten pflegerischer Beziehungsarbeit, der Person der Pflegenden selbst und der Frage von Mensch-Sein in der Pflege und in Krankheit und Behinderung. Die Darstellung in mehreren Etappen wurde deshalb gewählt, weil so das hochkomplexe Geschehen in der Beziehungsarbeit über verschiedene Themen aufeinander aufbauend leichter nachvollziehbar dargestellt werden kann. Beziehungspflege ist so vielfältig, dass es unmöglich ist, sie auch in fünf Artikeln umfassend darzustellen.

### Beziehungspflege und Bezugspflege

Zu Beginn soll die Auffassung des Autors zu den Begriffen Beziehungspflege und Bezugspflege erläutert werden. Zwar werden diese Gedanken im Verlauf der Aufsätze nochmals aufgegriffen, aber eine Definition der Begriffe scheint sinnvoll, um den Leser nicht im Ungewissen und mit offenen Fragen zu belassen. Denn immer wieder herrscht eine heillose Sprachenverwirrung in Diskussionen.

Bezugspflege ist eine formale Organisationsform „eine Pflegeorganisation“ (Needham, Abderhalden, 2000, S. 5), in der die strukturellen, organisatorischen Bedingungen festgelegt werden, unter denen Beziehungsarbeit stattfindet. Dazu sollten alle Optionen, wie z. B. Dienstplan, Personalbesetzung, Qualifikation des Personals, bereits bestehende Therapiepläne usw. mit beachtet werden. Teilweise werden in der Praxis auch Strukturen der Kontakte und Dokumentation festgelegt, wie z. B. Gesprächskontakte pro Woche.

R. Bauer

Rüdiger Bauer ist Krankenpfleger für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und klientenzentrierter Berater, Bildungsreferent des Bildungswerkes des Verbandes der bayerischen Bezirke, Bakkalaureat, Magister, Staatsakademie für Service zu Moskau

Der Autor ist der Auffassung, dass nur durch eine adäquate Organisation der Bezugspflege das Pflegesystem auch erhalten bleibt. Treten zu große Organisationsprobleme auf oder ist diese Organisationsform nicht für die Menschen, die darin arbeiten passend, so scheitert sie entweder oder sie verkommt zu rein mechanistischer Durchführung.

Beziehungspflege ist der Inhalt von Bezugspflege. Sie beschreibt, wie die Beziehung gestaltet wird, wie mit Behinderungen in der Beziehung gearbeitet und die Beziehungsdiagnostik eingesetzt wird<sup>1</sup>. Die Gestaltung der Beziehung selbst wird zum Inhalt der Beziehungsarbeit.

### Einige Gedanken zum Kontext von Beziehung und Pflege

#### Ein Fallbeispiel

Pflege, ein Beziehungs- oder Problemlösungsprozess?

Ein Patient, männlich, in einer weiterführenden psychiatrischen Allgemeinstation, soll dreimal in der Woche zur Ergotherapie gehen, damit dort seine Fähigkeiten zu selbständigem Arbeiten verbessert werden. Der Patient stellt sich insgesamt relativ unsicher in selbständigem Entscheiden dar und scheint nur schwer einer Arbeit gezielt und konzentriert nachgehen zu können. Die Entscheidung, zur Ergotherapie zu gehen, fällt ihm auch immer wieder schwer und er benutzt Ausreden, wie z. B. Kopfschmerzen oder andere wichtige zu erledigende Aufgaben, um nicht in die Ergotherapie gehen zu müssen. Es scheint also offensichtlich, dass der Patient nicht zu dieser Therapie gehen will. Irgend etwas hindert ihn an einer klaren Entscheidung, diesen Schritt zu tun und das Therapieangebot wahrzunehmen.

Die therapeutische Maßnahme Ergotherapie wurde vom Team in einer Besprechung für den Patienten festgelegt. Der Patient befindet sich schon zwei Wochen auf der Station und nahm aber erst einmal das Therapieangebot Ergotherapie wahr. Dieser einmalige Besuch dauerte aber auch nur kurz, denn nach einer Stunde wurde der Patient von ei-

<sup>1</sup> Eine ausführliche Beschreibung der „Kongruenten Beziehungspflege“ erfolgt im nächsten Artikel.

ner Ergotherapeutin wieder zur Station zurückgebracht, denn er klagte über heftigen Kopfschmerz.

Es naht nun der sechste geplante Ergotherapietermin und eine schon recht erfahrene Schwester unternimmt wieder einmal den Versuch, den Patienten zu überreden, das Therapieangebot wahrzunehmen. Sie erinnert den Patienten an den in einer Stunde beginnenden Termin und wie zu erwarten, lehnt dieser das Angebot ab. Er habe wieder so fürchterliche Kopfschmerzen und überhaupt ginge es ihm wieder so schlecht, dass er sich eigentlich hinlegen müsste. Die Schwester versucht zunächst mit Einfühlung auf den Patienten einzugehen, aber dies fruchtet nicht. Sodann geht sie dazu über, Druck auf den Patienten auszuüben, indem sie den Erfolg des gesamten Krankenhausaufenthaltes in Frage stellt. Als auch dies nichts nützt, will die Schwester die Gründe für seine Verweigerung erfragen und stellt bohrende Fragen nach seiner Motivation, gleichzeitig stellt sie die Erfolge in Aussicht, die erreicht werden könnten, wenn der Patient seine Chance nützt. Aber auch dieser Versuch schlägt fehl und die Schwester beginnt mit Entlassung zu drohen und begründet dies mit der mangelhaften Therapiemotivation des Patienten. Hier scheint die Schwester Erfolg zu haben, denn plötzlich besinnt sich der Patient anders und er stimmt zu, zur Therapie zu gehen. Eine Stunde nach Therapiebeginn wird der Patient von einer Ergotherapeutin auf die Station zurückgebracht.

Diese oder eine ähnliche Geschichte haben viele Pflegenden schon oft erlebt. Die Geschichte könnte auch anders enden, der Patient könnte aggressiv werden oder die Schwester gibt ihren Versuch auf und lässt den Patienten einfach sein. Der Patient könnte auch das erste Mal wirklich über den gesamten Therapiezeitraum in der Ergotherapie bleiben und langsam Fortschritte machen. Die Geschichte könnte aber auch so sein, wie sie beschrieben wurde; alles ist in einer Beziehungssituation möglich, weil es hier keine Standards oder sichere Voraussagen über Verhalten gibt. Kurz, jede Beziehungssituation ist höchst individuell und es können im besten Fall Wahrscheinlichkeiten benannt werden, ob eine Reaktion in einer Beziehungssituationen eine vorher angenommene Antwort wirklich hervorruft. Dieses Prinzip der Wahrscheinlichkeit in Beziehungssituationen wurde bereits beschrieben [1] und wird in den folgenden Artikeln immer wieder benannt und auch noch genauer beschrieben werden.

Bevor ich nun näher auf die oben angekündigten Thesen eingehe, soll aber noch der Zusammenhang zwischen der Überschrift *Pflege, ein Beziehungs- oder Problemlösungsprozess* und der Geschichte erläutert werden.

Welches Verhalten der Schwester wurde in der Geschichte beschrieben? Ein Problemlösungsverhalten oder ein Beziehungsverhalten? Natürlich beides!

Als erstes ist aber das Problemlösungsverhalten der Schwester augenscheinlich. Sie wollte das Problem der Therapieverweigerung des Patienten lösen, indem sie verschiedene Strategien anwandte. Das Problem – der Patient will nicht in die Ergotherapie gehen – stand also im Vordergrund.

Von der Lösung dieses Problems versprach man sich scheinbar auch die Lösung des Problems des Patienten, selbständig zu arbeiten, und auch eine Verbesserung des Grundproblems. Die Kausalkette lautet also Problemlösung durch Problemlösung. Diese Problemlösungskette wurde durch die Schwester ganz bewusst bearbeitet. Wie aber wurde der Beziehungsprozess bearbeitet? Sicherlich wurde er von der Schwester bearbeitet, denn es ist unmöglich, in einer Beziehungssituation Nicht-Beziehung zu haben, so wie dies auch Watzlawick für Kommunikation „man kann nicht Nicht-Kommunizieren“ beschreibt. Es scheint aber so, dass der Beziehungsprozess nicht bewusst oder gezielt bearbeitet wurde, sondern eher unbewusst dem Problemlösungsprozess überlassen wurde.

Wenn aber Pflege ein Problemlösungsprozess und ein Beziehungsprozess ist und wenn der Problemlösungsprozess erst durch einen geglückten Beziehungsprozess ermöglicht wird, dann sollte der Beziehungsprozess zumindest die gleiche Aufmerksamkeit und Bewusstheit wie der Problemlösungsprozess verdienen. Einschränkend ist hier aber auch auf die Tatsache einzugehen, dass die allgemeine Gültigkeit der Kausalität zwischen Beziehungs- und Problemlösungsprozess nicht eindeutig ist. So könnte es durchaus sein, dass gerade ein Beziehungsabbruch zu einer hervorragenden Problemlösung führt, etwa, wenn der Abbruch der Beziehung bei der anderen Person dazu führt, dass diese endlich beginnt, sich positiv oder sozial angepasster zu verändern.

Andererseits wissen wir alle aus der Beobachtung der ganz banalen alltäglichen Umwelt, dass gute Beziehungen auch gute Problemlösungen, sowohl zwischen den Beziehungsbeteiligten als auch für ein echtes tatsächlich reales Problem, das außerhalb der Beziehung besteht, ergeben.

Erst gute, vertrauensvolle Beziehungen ergeben Problemlösungen. Dies ist in Wirtschaft und Politik, z.B. Abrüstungsverhandlungen oder der „Fall der Mauer“, ebenso wie im banalen Alltagsleben. Die Forderung für die Beziehungspflege heißt nun also: Dieselbe Aufmerksamkeit und Bewusstheit, die dem Problemlösungsprozess zukommt, muss auch dem Beziehungsprozess zukommen.

Wenn im Folgenden die Thesen zur Beziehungspflege besprochen werden, soll diese Forderung zentrale Bedeutung haben. Zu jeder These werde ich mich auch zum besseren praktischen Verständnis wieder auf das Fallbeispiel beziehen.

Ich bin zwar der Meinung, dass auch ein reines, einfaches Denken über Pflege seine Berechtigung hat, und zwar eine solche, dass zunächst nicht unbedingt eine praktische Relevanz daraus erwachsen muss, aber letztlich soll Denken dazu führen, die Praxis zu verbessern. Oder man könnte auch in Anlehnung an Aristoteles in seiner Nikomachischen Ethik sagen, dass Philosophieren (hier gleichgesetzt mit Denken) bessere Menschen (hier bessere Praxis) machen soll. Pflege denken ist wichtig und für ganz besonders wichtig halte ich Denken für die Beziehungspflege. Ebenso wichtig ist aber auch Spüren, Empfinden, Sehen, Hören und Intuition.

***Beziehungspflege hat in der Pflege schon immer stattgefunden. Sie findet immer statt.***

Beziehungspflege ist nichts Neues. Sie fand schon immer statt. Sie wurde und wird nur nicht als das eigentlich Bedeutsame der Pflege wahrgenommen. Pflege wurde und wird auch heute noch teilweise als medizinischer Hilfsberuf wahrgenommen. Pflege ist aber laut Krankenpflegegesetz ein Heilberuf [3]. Pflege darf heilen und eine Behauptung des Autors ist, dass Beziehung heilt. Dies deckt sich eindeutig mit der Psychotherapieforschung [2, 4].

Der Problemlösungsprozess stand früher und auch heute teilweise noch im Vordergrund der Wahrnehmung. Doch was geschah früher und was geschieht denn heute eigentlich in den Interaktionen zwischen Pflegenden und Gepflegten? Beziehung wurde und wird immer gestaltet. Die einzig zulässige Frage ist die, welche Qualität in der Beziehung erreicht wird und welche eigentlich erreicht werden soll.

Beziehungspflege wurde auch schon immer mit hoher Qualität durchgeführt. Ein Beispiel bleibt dem Autor immer eindrücklich in Erinnerung.

Ich war Schüler auf einer psychiatrischen Aufnahmestation. Durch die theoretischen Unterrichtsblöcke bedingt arbeitete ich in verschiedenen Schichtbesetzungen auf der Station. In der Schicht, welche die stellvertretende Stationsleitung führte, gab es immer Ärger auf der Station. Häufig musste fixiert werden, und es wurden Unmengen an Bedarfsmedikation verabreicht. Es herrschte ständige Hektik und Unruhe.

Ganz im Gegensatz dazu war es in der Schicht des Stationsleiters wesentlich ruhiger und entspannter. Es war nicht schwer herauszufinden, was den Unterschied ausmachte. Die Patienten waren die gleichen! Was taten die Einen anders als die Anderen? Ich beobachtete genau und entdeckte bald, dass die Frage falsch war. Die Frage musste nämlich lauten: Wie taten die Einen das, was sie taten, anders als die Anderen? Die Schicht der Stationsleitung hatte die gleichen Aufgaben und Probleme, aber sie erledigten diese in einer anderen Qualität. Sie stellten immer einen „Draht“ zum Patienten her, sie fanden eine gemeinsame Sprache mit den Patienten. Sie hatten eine andere Qualität der Beziehung aufgebaut. Ein älterer Stationsleiter, der ähnlich handelte wie mein damaliger Stationsleiter, sagte einmal zu mir: „Du musst den Patienten irgendwie zu verstehen geben, warum du so handelst wie du es tust, dann macht er auch mit. Wir müssen uns schon verstehen und zusammenwachsen“. Immer wieder können wir in der Praxis sowohl das eine, als auch das andere Verhalten beobachten. Es findet also immer auch Beziehungsarbeit und nicht nur Problemlösung statt, aber mit unterschiedlicher Qualität.

In unserem Beispiel ist dies auch deutlich dargestellt. Würde die Schwester über sich selbst reden, wenn sie den Patienten überreden will, in die Ergotherapie zu gehen, dann würde er sie verstehen. So bleibt u. U. beim Patienten nur der Eindruck zurück, dass diese Schwester ihn nicht ver-

steht. Die Schwester sollte ihre eigenen Beweggründe und über ihre Probleme mit dem Verhalten des Patienten sprechen. „Man muss Bezugspunkte finden“, sagte ein Teilnehmer in einem Seminar zur Beziehungspflege. Bezugspunkte können die Darstellung der eigenen Empfindungen in einer Situation sein. In unserer Falldarstellung z. B.: „Mir fällt es selbst schwer, Sie immer wieder zu drängen, in die Ergotherapie zu gehen, und ich möchte Ihnen doch helfen, und wir haben eben wenig andere Möglichkeiten als die Ergotherapie“. Diese Aussage könnte es dem Patienten gestatten, die eigenen echten Beweggründe für sein Verhalten zu nennen, und damit wäre durch Beziehungsgestaltung auch eine andere Problemlösung möglich.

***Eine Pflegeperson kann sich nicht aus der Beziehung nehmen. Sie ist Teil der Beziehung.***

Die meisten Menschen geben sich der Vorstellung hin, dass es objektive Betrachtungen von Beziehungen gibt. D. h. diese Menschen haben die Vorstellung, sie seien mit einer anderen Person in einer Beziehung und können objektiv diese andere Person beurteilen und wahrnehmen. Natürlich ist es eindeutig objektiv, wenn eine Person wahrnimmt, dass die Person, mit der sie in Beziehung steht, gerade ein Buch liest. Auf dieser Ebene funktioniert eine objektive Beschreibung noch. Wie ist dies aber in Pflegebeziehungen, wenn eine Beschreibung einer Beziehungssituation gefordert ist?

In unserem Fallbeispiel bedient sich die Schwester verschiedener Strategien, um eine Problemlösung voranzubringen. Diese Strategien, z. B. Druck machen und mit Entlassung drohen, entspringen einer scheinbar objektiven Beurteilung des Verhaltens des Patienten. Nämlich der Patient will nicht und ist zu wenig für seine Therapie motiviert.

Diese Beurteilung ist aber eine rein subjektive und kommt aufgrund der Interpretation des Verhaltens des Patienten zustande. Es könnte aber auch sein, dass der Patient noch nicht das Vertrauen zu der Schwester hat, die wahren Beweggründe für sein Verhalten zu nennen oder diese selbst noch nicht richtig weiß. Die Schwester ist Teil dieser Beziehung, d. h. alles das, was in der Beziehung geschieht, ist durch das beiderseitige Verhalten und die verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten begründet.

Was die Schwester also interpretiert, bedingt das Verhalten des Patienten und umgekehrt mit. Die Schwester beurteilt scheinbar objektiv, in Wirklichkeit aber subjektiv, und das Ergebnis der nachfolgenden Handlungen ist intersubjektiv. Der Patient willigt im Beispiel plötzlich ein, in die Ergotherapie zu gehen, aber er kommt nach einer Stunde wieder zurück. Die Schwester muss annehmen, dass auch die heftige Intervention ihrerseits die Motivation des Patienten nicht verbessert. Die fehlende Überprüfung der Interpretation – ist das überhaupt so richtig, wie ich das wahrnehme – stellt einen blinden Fleck der Schwester dar. Dies trifft übrigens auch auf den Patienten zu.

Somit ist in Beziehungen die Person selbst der blinde Fleck. Die Pflegekraft ist ein Teil dieser Beziehung, und in all ihren Interventionen darin als Person verflochten. Die Person

selbst ist der blinde Fleck in einer Betrachtung von Beziehung, die nur hinausschaut auf den anderen. Aber wie sollen wir auf das Tatsächliche, Wirkliche schauen. Das Auge kann sich selbst nicht sehen. Nur in einem Spiegel ist es möglich. Die Pflegekraft kann sich also nur im Gegenüber, in dem Fall Pflegebeziehung, im Patienten sehen. Dort erkennt sie, wer sie für den Anderen ist. Und der Andere erkennt sich in der Pflegekraft. Es gibt zwei subjektive Sichtweisen in der Pflegebeziehung und statt einer Objektivität eben eine intersubjektive Sicht der Dinge, die verhandelt werden muss. So weit so gut, wäre da nicht ein kleiner Unterschied zwischen den Beziehungsteilnehmern. Eine Pflegekraft kann einen professionellen Auftrag darin erkennen, in dem beschriebenen Prinzip zu handeln und kann dies auch tatsächlich tun. Gleichzeitig darf die Pflegekraft aber nicht erwarten, dass der Patient auch einen solchen Auftrag erkennt. Die Pflegekraft trägt also hier die Verantwortung zur professionellen Gestaltung der Beziehung. Der Patient hat diese Verantwortung zunächst nicht. Wie Peplau sagt, ist die Pflegekraft zuerst Gebende, erst später vielleicht eine Nehmende [5]. Wenn dies erkannt ist, ist schon ein wichtiger Schritt getan, aber es gibt weitere Probleme. Die Pflegekraft erkennt ihre Verantwortung als Gebende. Da sie aber Teil der Beziehung ist, wie soll sie sich selbst erkennen als Teil der Beziehung? Wer hilft ihr dabei? Die Pflegekraft braucht eine Art Alter Ego (lat. das andere Ich), ein anderes zweites Ich, das sie über die Vorgänge, die sie selbst betreffen, informiert [1]. Die Pflegekraft braucht in sich selbst einen Partner, mit dem sie über die Außenwelt verhandelt. Pflegekräfte sollen also fähig werden, sich selbst aus der Beziehung zu nehmen und sollen gleichzeitig in der Beziehung bleiben.

Dies ist neben der relativen Unmöglichkeit der Durchführung noch mit einem weiteren Problem verknüpft. Wenn die Schwester in der Beziehung als Teil des Systems Beziehung aus der Beziehung tritt, so entsteht ein neues System, das dem gleichen Problem unterworfen ist (Abb. 1).

Das Alter Ego verhält sich im System genauso wie die Schwester und der Patient, sie alle haben blinde Flecken, weil sie ein Teil des Systems sind.

Vielleicht sollte man, um auch etwas zur Lösung beizutragen, einfach anerkennen, dass es in Beziehungen keine objektiven Beurteilungen gibt und man sich mit dieser, wie es Dilthey bezeichnet, „hermeneutischen Differenz“ [6] zufrieden gibt. Die objektive Wirklichkeit ist in Beziehungen nicht zu erfassen. Es lassen sich höchstens Wahrscheinlichkeiten von Interpretation erkennen.

Praktisch ausgedrückt lautet dies so: „Ich nehme etwas wahr, interpretiere es, aber ich schaffe auch mehrere Interpretationen. Es könnte so sein, oder so oder auch ganz anders!“

Ein solches Vorgehen lässt den Ausgang der Beziehungssituation offen und es bestehen immer mehrere Strategien zur Fortführung der Beziehungsarbeit.

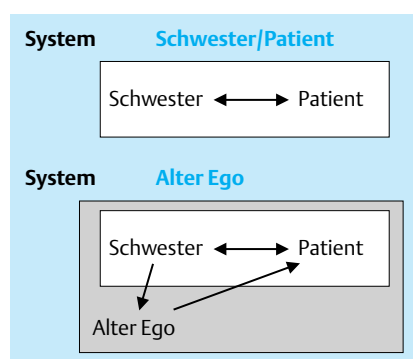


Abb. 1 System von Beziehungen.

*In dem Maß, in dem sich eine Pflegekraft selbst erkennt, kann sie andere Personen in der Beziehung erkennen.*

Diese These steht nicht im Gegensatz zur vorhergehenden, wo festgestellt wurde, dass vollständiges Erkennen unmöglich ist. Das Selbsterkennen und die Wahrnehmung der eigenen vielfältigen Entwicklungen macht eine Pflegeperson erst fähig, die nötige Gelassenheit und Geduld aufzubringen, um verschiedene Interpretationsmöglichkeiten zu schaffen.

Es ist einfach eine Tatsache, dass sich alle Menschen entwickeln und in ihrer Entwicklung verschiedene Stufen erreichen. Jeder kennt die Situation, dass man auf einen Menschen trifft, der Dinge erzählt, denen man nicht mehr folgen kann. Nun, dieser Mensch könnte eine völlig andere persönliche und fachliche Entwicklung gemacht haben oder er hat eine einfach andere menschliche, persönliche Entwicklungsstufe erreicht. Eine Form der Entwicklung ist die immer mehr selbstreflexive Haltung eines Menschen, in der dieser das Wozu oder Warum seiner Handlungen, seines Denkens, seiner Motivation und seines Verhaltens begreift. Immer mehr begreift der Mensch sein Selbst und begegnet damit diesem. Er lernt dieses Selbst immer mehr anzunehmen oder zu verändern. Der Volksmund ist oft sehr weise: Selbsterkenntnis ist der erste Weg zur Besserung! Wichtig ist es aber auch, nicht nur den derzeitigen Entwicklungsstand zu kennen, sondern auch den Prozess der Entwicklung zu reflektieren. Wie viele Entwicklungsschritte waren notwendig, um dorthin zu kommen, wo man heute steht. Wie schwer war es, Erkenntnisse zu erlangen oder wie schwer fiel die Akzeptanz einer Sache. Wie oft hat man sich ganz unten gefühlt und geglaubt, es gibt keine gute Zukunft. Wie oft hat man geglaubt, man hätte sein Ziel erreicht, nur um kurz darauf festzustellen, dass man sich eher vom Ziel entfernt hat?

Im Allgemeinen sind professionelle Helfer, Pflegepersonen gehören dazu, relativ gesund und leben ihr Leben sozial aktiv und integriert. Und allein schon bei den Helfern selbst geht es manchmal tief hinunter. Das ganz normale Leben sorgt schon dafür, eben weil das Leben so ist.

Wie viel schwerer und tiefer muss all das sein, was unsere Patienten erleben. Diese Menschen haben Störungen in ihrem Mensch-Sein, die wir Krankheit nennen. In jedem Fall steigert ein hohes Selbsterkennen der Pflegeperson die

Qualität der Beziehungsgestaltung. Um das Erleben von Menschen deutlich zu machen, möchte ich hier die Beschreibung des Erlebens eines Patienten zitieren. Entscheiden Sie selbst über die Entwicklungsstufen dieses Menschen (Siehe den nachfolgenden Bericht eines Psychiatriereferenten S. 315 in diesem Heft).

Der Rückgriff auf das Fallbeispiel ist hier nicht ganz unproblematisch, weil wir ja auf keinen Fall wissen können, welche persönliche Entwicklung die Schwester gemacht hat. Wir können hier nur im Konjunktiv argumentieren.

So könnte die Schwester z. B. nicht reflektiert haben, wie es bei ihr selbst war, als sie vor einer Situation, die sie nicht kannte, Angst hatte. Der Patient kannte die Personen in der Ergotherapie nicht und wusste auch nicht, was Ergotherapie ist. Oder die Schwester hatte bei sich selbst nie erkannt, dass zu großer Druck mit heftiger Konsequenz sie zwar zur Bewegung brachte, aber auch zu großer Unsicherheit.

Wäre dies richtig und wäre der Schwester dies klar gewesen, dann hätte sie ihre Strategien auf einer Metaebene mit dem Patienten klären können. „Ich habe jetzt den Impuls, wirklich großen Druck zu machen und Ihnen mit Entlassung zu drohen. Ich mache dies aber nur, weil es mir so wichtig ist, Ihnen irgendeine Hilfe anzubieten. Gleichzeitig weiß ich aber auch, was großer Druck mit mir selbst macht. Wie ist das denn bei Ihnen?“ Mit einer solchen Reaktion hätte die Schwester auf der Beziehungsebene ebenso den Problemlösungsprozess vorangetrieben, anstatt nur den Problemlösungsprozess zu beachten. Beziehungspflege funktioniert eben nur auf der Beziehungsebene und jeder Versuch, sie selbst aus der Beziehung zu nehmen, endet in der reinen Problemlösungsebene.

#### ***Das Instrument, dessen sich die Pflegekraft in der Beziehung bedient, ist sie selbst.***

Die erste Verantwortung für die Gestaltung des Beziehungsprozesses liegt bei der Schwester [2]. Beziehungen in der Pflege finden zwischen Menschen statt. Deshalb ist die Schwester selbst das Instrument ihrer Beziehungspflege. Die Person selbst ist das Instrument. Der Begriff Instrument ist sehr technisch, wenn wir von menschlichen Beziehungen sprechen. Besser ist das Bild eines Musikinstrumentes, etwa eines Saiteninstrumentes. Die Pflegeperson erzeugt Schwingungen, die den anderen berühren und ihn auch zum Schwingen bringen. Gibt es Dissonanzen, so kann die Pflegeperson ihr Spiel ändern und eine andere Melodie versuchen, und langsam entstehen gemeinsame Schwingungen und vielleicht sogar eine gemeinsame Harmonie. Es ist auch interessant, den Beziehungsverlauf mit einer Symphonie zu vergleichen. Ich tue dies gern mit der „Moldau“ von Bedrich Smetana. Da entspringt quasi als Ouvertüre ein Bächlein, das langsam zum Bach und Fluss wird. Das Wasser fließt an verschiedenen immer wieder wechselnden Bildern, etwa dem der tanzenden Bauern oder der Burg in Prag, vorbei und immer ändert sich die Tonart, die Tempi usw. Genauso könnte man Beziehungen zwischen Menschen betrachten.

Was aber schwingt da mit, wenn Menschen sich selbst als Instrument spielen? Menschen sind nicht von ihrer Geschichte zu trennen. Die eigene Geschichte macht Menschen zu dem, was sie sind. Die eigene Geschichte wirkt in jedem Moment des Lebens bewusst oder unbewusst mit und steuert Verhalten, Motivation, Denken, Handeln und Fühlen. Watson spricht hier von kausaler Vergangenheit [7], von bedingender Vergangenheit. Vor allem sind für die professionelle Beziehungsarbeit die unbewussten Anteile der kausalen Vergangenheit von Bedeutung. (Darauf wird im nächsten Artikel eingegangen!)

Diese unbewussten Anteile verursachen am häufigsten Beziehungsstörungen. Ich selbst vergleiche die kausale Vergangenheit gerne mit einem Rucksack, den jeder mit sich herumträgt und der im Laufe des Lebens immer voller wird. In der Beziehung geschieht nichts anderes, als dass irgendwelche Anteile so eines Rucksackes durch den Interaktionspartner bewusst oder unbewusst aktiviert wird. Dies kann dazu führen, sich angezogen, zurückgestoßen, irritiert, verunsichert zu fühlen usw.

Was könnte nun im Rucksack der Schwester in unserem Fallbeispiel gewesen sein oder was im Rucksack des Patienten? Leider können wir hier wiederum nur den Konjunktiv bemühen. Im Rucksack des Patienten könnte die Erinnerung an den Vater aktiviert worden sein, der ihn immer unter Druck setzte und wollte, dass er (der Patient) etwas tue. Aber nie hatte der Patient das Gefühl, der Vater bemühe sich wirklich um ihn. Die Folge im Beispiel war dann der Widerstand, der eigentlich dem Vater entgegengebracht wurde. Im Rucksack der Schwester könnte es genau umgekehrt gewesen sein, und sie fühlte sich unbewusst daran erinnert, dass immer sie die Verantwortung für die jüngeren Geschwister tragen musste und sie diese Rolle hasste. Vielleicht war es aber auch ganz anders.

#### ***In der Pflegebeziehung treffen immer zwei Menschen aufeinander. Ein Patient und ein professionell Handelnder.***

Es ist sicher zweifelsfrei richtig, dass jede Person in ihrem Leben verschiedenste Rollen einnimmt oder zugewiesen bekommt. Der ursprüngliche Mensch, der er ist, bleibt er aber in jeder Rolle. Manchmal setzen Menschen vorübergehend oder für längere Zeit Masken auf, um eine Rolle zu erfüllen, aber der Mensch bleibt irgendwo erhalten. An die Rolle der Pflegeperson sind die verschiedensten Erwartungen gebunden und meistens werden diese Rollenerwartungen auch rollenkonform erfüllt. Eine Erwartung an die Rolle ist auch die der üblichen Beurteilung von Beobachtungen.

In unserem Fallbeispiel könnte dies so aussehen, dass die Schwester den Patienten als nicht therapiemotiviert oder im schlimmsten Fall als therapieresistent beurteilt. Man könnte dieses Verhalten der Schwester aber auch als Abwehr im Sinne einer Projektion sehen. Die Schwester nimmt wahr, dass der Patient einfach nicht will. Aber es könnte auch ganz einfach sein, dass die professionelle Kompetenz der Schwester oder vielleicht des ganzen Teams nicht ausreicht hat, um diesen Patienten zu bewegen. Dieses Defizit wird dann auf den Patienten als Thera-

pieresistenz projiziert. Die professionelle Rolle hat also versagt, oder könnte versagt haben. Übrig bleiben zwei Menschen. Wäre nun nicht die einfache menschliche Ebene eine gute Beziehungsebene? Einige Autoren sprechen innerhalb der Psychotherapieforschung von den unspezifischen Wirkfaktoren als den eigentlich wirksamen Faktoren von Psychotherapie [4, 8, 10]. Diese Faktoren sind ganz einfache menschliche Fähigkeiten wie Trost, Mitgefühl, Haltung, Sorge, Wärme und Wertschätzung.

Die verschiedenen psychotherapeutischen Konzepte können nach Auffassung von Tscheulin auch als rein strukturgebend und handlungsleitend für den Therapeuten angesehen werden [9]. Wenn nun die professionelle Rolle nicht den Erfolg gebracht hat, vielleicht könnte dann noch der Mensch selbst Erfolg haben oder zumindest doch Leid lindern. Hier könnten dann Dinge wirken, die schon immer gut für die menschliche Seele waren: Trost, Zuwendung, Unterstützung, Mitgefühl und Wertschätzung. Diese Dinge liegen auf einer ganz menschlichen Ebene und wirken doch als Psychotherapiefaktoren.

Könnte es dem Patienten nicht auch Sicherheit geben und ihn erneut aktivieren, wenn er als Kranker auch Mensch sein und versagen kann, ohne in seinen Augen verurteilt zu werden? Vielleicht heilt ja eine solche Beziehung doch.

### Zusammenfassung

Diese Thesen stellen eine Einführung in das Modell der Kongruenten Beziehungspflege dar. Es ist deutlich geworden, dass hier davon ausgegangen wird, dass menschliche Zuwendung ein Heilfaktor ist. Durch eine angemessen gestaltete Beziehung, die ganz bewusst ihre Möglichkeiten (z. B. Beziehungsdiagnostik, Selbstdiagnostik, Beziehungsbehinderung, Kommunikation)<sup>2</sup> einsetzt, kann Problemlösung erfolgen.

Deutlich dürfte ebenfalls geworden sein, dass Beziehungspflege auch Pflegen – Denken – Fühlen – Spüren heißt und dass Denken über Pflege zunächst nur Erkenntnisgewinn bringt, der dann Handlungssicherheit zulässt.

### Literatur

- <sup>1</sup> Bauer R, Ahrens R. Psychotherapie und Psychosomatik in der Pflege. Ullstein Medical, 1998
- <sup>2</sup> Bauer R. Beziehungspflege. Ullstein Mosby, 1997
- <sup>3</sup> Harsdorf, Raps. Krankenpflegegesetz. Carl Heymanns Verlag KG, 1986
- <sup>4</sup> Grawe K, Donati R, Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Hogrefe, 1994
- <sup>5</sup> Peplau H. Interpersonelle Beziehungen in der Pflege. Recom, 1995
- <sup>6</sup> Lamnek S. Qualitative Sozialforschung Bd. 1. Beltz, 1995
- <sup>7</sup> Watson J. Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Hans Huber, 1996
- <sup>8</sup> Tschuschke V, Czogalik D. Psychotherapie. Welche Effekte verändern. Springer, 1990
- <sup>9</sup> Tscheulin D. Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interventionen. Hogrefe, 1992
- <sup>10</sup> Bauer R. Eine dialektische Betrachtung der psychotherapeutischen Wirksamkeit pflegerischer Interventionen. Pflege 1998; 12: 5 – 10
- <sup>11</sup> Needham J, Abderhalden C. Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Empfehlungen zu Terminologie und Qualitätsnormen. (<http://home.datawmm.ch/npfp>)

R. Bauer

Dorfstraße 25 1/2  
86869 Unterostendorf

<sup>2</sup> Diese Begriffe werden im nächsten Artikel ausführlich besprochen.