

Ein neuer theoretisch wissenschaftlicher Rahmen für die psychiatrische Pflege
von
Rüdiger Bauer

Die Kongruente Beziehungspflege wurde erstmals 1992 formuliert und im Jahr 1997 veröffentlicht (Bauer 1997 und 2002). Seitdem hat sich das Modell der professionellen Beziehungspflege wesentlich weiter entwickelt. Wurde das Modell früher nur im psychiatrischen Bereich angewandt, so hat es heute in vielen Altenhilfeeinrichtungen und auch in somatischen Kliniken Einzug gehalten.

Die theoretischen Grundlagen stützen sich heute auf die Santiago-Theorie (Capra 1996), im Sinne von H. Maturana und F. Varela (Maturana und Varela, 1987) auch Konstruktivismus genannt und dem radikalen Konstruktivismus von Glaserfeld (in Watzlawick 1985) und von v. Förster (in Watzlawick 1985), die Theorie sozialer Systeme von Niklas Luhmann (Kneer/Nassehi 1997), die Psychodynamik des menschlichen Zuwendungsprozesses von J. Watson (1996) und neue wissenschaftliche neurobiologische Erkenntnisse, die von J. Bauer, E. Kandel, B. Lipton, V. Gallese (2007) und Rizzolatti, Fadiga, Gallese und Fogassi (1996) u.a. veröffentlicht wurden (Bauer, J, 2006, 2004. Lipton B., 2008, Kandel 2008, Rizzolatti et al.).

In diesem Aufsatz möchte ich die Kongruente Beziehungspflege in ihrer neuen theoretischen und wissenschaftlichen Begründung vorstellen, weil viele Kolleginnen und Kollegen nur auf das Buch Beziehungspflege aus dem Jahr 1997 und die danach folgenden Publikationen in Fachzeitschriften zurückgreifen können (Bauer R. 1998, 1998/99, 2009) Die Aussagen des Buches sind immer noch richtig, aber die Aussagekraft und die Begründungslinien der Wirkung der damaligen Kongruenten Beziehungspflege liegen weit hinter dem, was wir heute wissen. Der Aufsatz versucht die Begründungen für die Wirkung der Kongruenten Beziehungspflege mit dem neuen Wissen zu beschreiben. Diese erste Publikation kann natürlich nur verkürzt die Zusammenhänge zwischen der psychiatrischen Pflege, der Neurobiologie, der Genetik und Epigenetik und dem Konstruktivismus beschreiben.¹

Zum Ende wird an einem Fallbeispiel die Anwendung in der Praxis verdeutlicht.

Zur Einleitung möchte ich einige wichtige Informationen vorausschicken, die für ein neues Verständnis der Kongruenten Beziehungspflege wichtig sind.

Die Kongruente Beziehungspflege wurde erstmals 1997 von mir beschrieben und hat sich seitdem in vielen Krankenhäusern, Psychiatrien wie auch somatischen Kliniken (Bauer R., Cwikla M. 2009) und in Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz etabliert. In diesen letzten zehn Jahren hat sie sich aber auch wesentlich weiterentwickelt. Neue Instrumente, wie z.B. die Lebensereignisskala und die Beziehungsprozessplanung haben völlig neue Möglichkeiten der Anwendbarkeit, der Dokumentation und der Evaluation ergeben. Die theoretischen Grundlagen wurden deduktiv und induktiv wesentlich erweitert und die Voraussagen aus der Theorie, etwa die Veränderungswirkung an Symptomen, ohne an den Symptomen direkt zu arbeiten, oder die Bedeutungslosigkeit von Diagnosen für den Beziehungsprozess, haben sich in der Beobachtung vieler Fälle als wahr herausgestellt. Die Kongruente Beziehungspflege will nicht an Symptomen

¹ Für die zweite Hälfte des Jahres 2010 ist die Neuauflage des Buches Beziehungspflege geplant. Dort wird versucht die Zusammenhänge nach dem neuen Stand des Wissen ausführlicher darzustellen. Ebenso werden das Vorgehen und die Wirkung an vielen Fallbeispielen aufgezeigt.

arbeiten, sie will nicht an Diagnosen orientiert Therapiepläne erstellen und durchführen. Sie will einzig und allein wohltuende Beziehung gestalten. Darüber entstehen Wirkungen und Veränderungen mit den Pflegenden und den Patienten, die bisher von den Pflegenden und von Patienten nur als durchweg positiv für beide Seiten beschrieben wurden. Moberg begründet die wohltuende und Gesundheit verbessernde Wirkung mit dem Oxytozin Faktor. Sie beschreibt Stress und Wohlbefinden erzeugende Systeme im Körper. Die Stress erzeugenden Systeme wirken u.a. über Cortisol. Die Wohlbefinden erzeugenden Systeme wirken über die Ausschüttung von u.a. Oxytozin. Dieses Hormon verstärkt nicht nur die Heilung, es vermittelt Ausgeglichenheit, erhöht die Beziehungsfähigkeit und das Vertrauen, sorgt für Wohlbefinden, lindert Schmerzen, verbessert die Immunlage und hilft bei der Wundheilung (Moberg 2003). In der psychiatrisch pflegerischen Arbeit mit Menschen mit Borderline Störungen wird von einem starken Rückgang von selbst verletzendem Verhalten und von einem fast vollständigen Verschwinden des Phänomens der Spaltung gesprochen. (Berner 2008). Die Anwendung im forensischen Bereich zeigt an einem Beispiel sehr klar den Erfolg der kongruenten Beziehungsarbeit, wenn seit sechs Jahren keine Entweichungen und keine Übergriffe mehr beobachtbar sind (Scherer, 2007). Ebenso ist die Kongruente Beziehungspflege in der Arbeit mit Menschen mit Demenz sehr erfolgreich. Pflegende berichten davon, dass sie die „Menschen aus ihrer Demenz heraus holen“. Teilweise wird von ungeahnten Erfolgen berichtet, die so nicht denkbar waren und die die Erwartungen an eine professionelle kongruente Beziehungsarbeit überstiegen (Uhl, 2007). Leider ist darüber bis heute kein empirisch wissenschaftlicher Nachweis erbracht worden. Die Beschreibungen der Wirkungen stammen aus Beobachtungen von Pflegenden, die jedoch allesamt dokumentiert und überprüfbar sind. Die Kongruente Beziehungspflege arbeitet an den positiven Aspekten der Lebensereignisse eines Menschen, was man auch Ressourcen nennen könnte. Diese positive Arbeit bringt die Wirkungen hervor. Dass positive Beziehungsarbeit erstaunliche Effekte auf Patienten und Pflegende haben kann, zeigt Swanson in einer Metaanalyse von 130 Studien auf. Es wird von niedrigeren Kosten, verbesserter Wundheilung, vertrauensvolleren Beziehungen, besserer Immunlage uvm. gesprochen (Swanson 1999). Nur 10% aller Studien befassen sich mit der Frage, wie die positiv wirkenden körpereigenen Systeme in Gang gesetzt werden, 90% fragen nach den Funktionen der negativen Systeme, die u.a. Stress erzeugend sind (Moberg 2003). Pflege war es bisher auch gewohnt eher auf Interventionen zurückzugreifen, die eine Veränderung des negativen Verhaltens von Menschen hervorbringen. Darauf weist auch Ahrens in einem Aufsatz hin (Ahrens 2006). Die Kongruente Beziehungspflege geht hier genau den gegenteiligen Weg und versucht die positiven Systeme in Gang zu setzen. Sie sieht sich in der Tradition der Zuwendungs- und Caring Modelle, wie sie von Watson (1996), Patterson und Zderad (1999), Peplau (1996), Benner/Wrubel (1989) und Barker (2001/2007) beschrieben werden. Ihre Wirkungen erreicht die Kongruente Beziehungspflege über soziale Interventionen.

Die Wirkungen der kongruenten Beziehungsarbeit in menschlichen Beziehungen werden über drei Grundlagen beschrieben.

Psychodynamik der transpersonalen Zuwendung

Die Psychodynamik von Beziehungen wird für die Kongruente Beziehungspflege nach dem Modell von Jean Watson (Watson 1996) beschrieben. Weiter unten werde ich ausführen, dass der Mensch im Beziehungsgeschehen zu anderen heute nicht

mehr nur in seiner Psychodynamik erfasst werden kann. Deshalb erscheint es widersprüchlich, dass hier Watsons Psychodynamik als eine theoretische Grundlage dargestellt wird. Watson war ihrer Zeit weit voraus, denn sie hatte bereits erkannt, dass Beziehung, vor allem die positiv gestalteten Beziehungen, heilende Kräfte aufweisen. Ihre Aussagen und Begründungen decken sich so weit mit den Erkenntnissen der Neurowissenschaften von heute, dass sie als Grundlage weiterhin verwendet werden können.²

Watson sieht den Menschen als Individuum mit einzigartiger Erlebensweise und ebensolchen Bewältigungsmechanismen, eingebunden in sein persönliches, einzigartiges Gefüge aus Vergangenheit, gegenwärtigem Augenblick und der Zukunft.

Jeder Mensch hat Erinnerungen in seiner nahen oder fernen Vergangenheit, die im Gedächtnis nicht nur als Räume, Gegenden, Stunden oder Erlebnisse aufgezeichnet wurden. Zu fast jedem erinnerbaren Erlebnis taucht auch ein Gefühl auf, das im Hier und Jetzt wieder spürbar werden kann. Menschen können sich an gute Erlebnisse mit Wohlbehagen, aber auch an schlechte Erlebnisse mit unguuten Gefühlen erinnern. Manchmal kommen wir in Situationen, die uns sofort ein Wohlbefinden bereiten. Irgendein Reiz war es, der in diesen Situationen das Wohlbefinden ausgelöst hat. Andererseits gibt es Situationen, die sofort Unbehagen verursachen. Der Grund dafür liegt in unserer, wie Watson es benennt, kausalen Vergangenheit und dem Phänomen der Transzendenz. Die Transzendenz ist die Fähigkeit jedes Menschen in einer aktuellen Situation anwesend zu sein, aber gleichzeitig im emotionalen Erleben in einer zurückliegenden Begebenheit. Nicht jeder gleiche Reiz löst in jedem Menschen die gleiche Reaktion aus. Der Geruch, der meistens um die Weihnachtszeit vielerorts in der Luft schwebt, mag bei vielen Menschen Wohlbehagen, bei manchen Aggression oder Trübsal auslösen. Watson führt aus, dass die Harmonie von Körper, Geist und Seele zum Wohlbefinden führen, die körperlichen Heilungskräfte verstärkt und Selbstheilungskräfte freisetzt (Watson 1996). Sie schlägt vor, Menschen an die Orte der Harmonie von Körper, Geist und Seele in der Erinnerung und durch aktive Beziehungsgestaltung zurückzuführen um die Heilungskräfte des Körpers wieder zu aktivieren. J. Bauer, B. Lipton und K. Moberg, um nur einige zu nennen, stützen mit ihren Ausführungen diese These und begründen sie eindeutig.

Konstruktivismus

Eine zweite theoretische Linie ist die Theorie des Konstruktivismus. Der Konstruktivismus ist die zentrale Begründung für die Entstehung von positiven und negativen Wechselwirkungen zwischen Menschen.

In der zentralen Einsicht der Santiago-Theorie setzen, wie schon vorher Bateson, Maturana und Varela die Kognition (das Erkennen) mit dem Lebensprozess gleich (Maturana und Varela, 1984).

Die Santiago-Theorie ging aus dem Studium neuronaler Netzwerke hervor. Alle lebenden Systeme, Bakterien ebenso wie Menschen reagieren auf Störungen aus der Umwelt auf individuelle Art und Weise, indem die Umwelt nur die Störung hervorbringt, die Reaktion des Systems aber nicht steuert. So entstehen strukturelle Veränderungen im System, die einem Erkennen und Lernen gleichzusetzen sind. Indem ein System nun die eigenen Reaktionen auf die Störungen aus der Umwelt selbst steuert, bringt sie gleichsam eine eigene neue Welt hervor. „Die Kognition ist

² Vor allem das Phänomen der Transzendenz des Menschen bei Watson deckt sich mit der Antizipation in der Neurobiologie.

somit nicht eine Darstellung einer unabhängig existierenden Welt, sondern vielmehr ein kontinuierliches Hervorbringen einer Welt durch den Prozess des Lebens. Die Wechselwirkungen eines lebenden Systems mit seiner Umgebung sind kognitive (erkennende) Wechselwirkungen, und der Prozess des Lebens selbst ist ein Erkenntnisprozess“ (Capra 1996). Maturana sagt aus: „ Wir erzeugen buchstäblich die Welt, in der wir leben, indem wir sie leben (Maturana 1997). Wahrnehmung findet demnach, dies wird durch entsprechende wissenschaftliche neurophysiologische Untersuchungen gestützt, nicht durch die Sinnesorgane, sondern durch das Gehirn statt. „Wahrnehmung kann demzufolge, nicht als adäquate Widerspiegelung der äußeren Welt verstanden werden, vielmehr meint Wahrnehmung die systeminterne Konstruktion einer systemexternen Welt. (Kneer/Nassehi, 1997) Riedl vertritt die Auffassung, „ dass jedes System,- organisch, psychisch oder sozial – seine Umwelt ausschließlichsich daran erkennt, dass es Konstruktionen für sich entwirft, die in systemimmanenten Strukturen eingepasst werden. Nur so ist Erkennen möglich und es gibt keine erkennbare Realität außerhalb der Konstruktion des erkennenden Systems“ (Riedl in Watzlawick 1985). Das System Mensch, wird in der Theorie Luhmanns auch als ein System gesehen. Er ist ein autopoietisches System (griech. autos = selbst; poiein = machen), eine autopoietische Organisation (Maturana und Varela, 1984). Das autopoietische System muss selbst begrenzt, selbst erzeugend und selbst erhaltend sein. (vgl. Capra 1996) Dies trifft auf Menschen zweifellos zu. Treffen zwei Menschen als autopoietische Systeme aufeinander, so müsste es zulässig sein, dieses entstehende Beziehungssystem ein soziales autopoietisches zu nennen. Also ein sich selbst erzeugendes und selbst erhaltendes soziales System. Maturana und Varela haben diese Frage unterschiedlich, aber insgesamt abschlägig beantwortet. Eine eindeutige Zustimmung zu einem entstehenden autopoietischen sozialen System kommt von Niklas Luhmann, in seiner Sicht auf Kommunikationsprozesse. Daneben postuliert er ausdrücklich, auch das Bewusstsein als ein autopoietisches psychisches System zu begreifen. (vgl. Kneer/Nassehi 1997)

Auf die pflegerische Kongruente Beziehungsgestaltung übertragen bedeutet die Santiago - Theorie, dass im Zusammentreffen von Pflegenden und Patienten im individuellen Erkennen der Beteiligten über jede mögliche Situation zwei völlig unterschiedliche Wahrnehmungen (Welten) entstehen können. Jeder der Beteiligten entscheidet selbst aus den Erfahrungen seiner Geschichte heraus, wie er die Situation erkennt.

„Nach der Santiago-Theorie ist die Erkenntnis nicht die Darstellung einer unabhängigen, vorgegebenen Welt, sondern vielmehr das Hervorbringen einer Welt. Was durch einen bestimmten Organismus im Prozess des Lebens hervorgebracht wird, ist nicht die Welt, sondern eine Welt, die stets von der Struktur des Organismus abhängig ist“ (Capra 1996).

Die Abhängigkeit von der Struktur des Organismus bezieht sich auf die Erfahrungen eines Menschen (Kandel 2008), seine Prägung in Wahrnehmung und Weltsicht, alle Handlungsmöglichkeiten und Handlungskompetenzen in verschiedenen Situationen und die Bedeutungen und Überzeugungen (Lipton, 2008). Das wesentliche Element der Beziehungspflege ist somit nicht nur das Erkennen, sondern das Erkennen des Erkennens. Das bedeutet, dass die Pflegeperson in Beziehungen erkennen muss, wie sie den Anderen erkennt und versuchen sollte zu erkennen wie der Andere die Situation erkennt. Daraus entsteht Passung, Kongruenz, Übereinstimmung in der Weltsicht des jeweils anderen.

„Die Theorie des Konstruktivismus führt [...] nicht zu einem ‚Weltverlust‘, sie bestreitet nicht, dass es Realität gibt. Aber sie setzt die Welt nicht als Gegenstand, sondern im Sinne der Phänomenologie (Lehre des Scheins) als Horizont voraus. Also unerreichbar. Und deshalb bleibt keine andere Möglichkeit als: Realität zu konstruieren und eventuell: Beobachter zu beobachten, wie sie Realität konstruieren“ (Luhmann N. 1996).

In der Darstellung des Beziehungsprozesses einer kongruenten Beziehung ist die Erkenntnis eine wesentliche Bedingung des Prozesses selbst. Der Prozess wird in fünf Phasen beschrieben, die jedoch nicht linear abfolgen, sondern eher einem ständig wiederkehrenden Prozess von 1. Begegnung, 2. Inkongruenz, 3. Bearbeitung, 4. Integration und 5. Kongruenz (Bauer R. 1997) entsprechen.

Die entscheidenden Momente sind Erkenntnisprozesse im Sinne der Santiago-Theorie. Sie steuern den Prozess hin zur Kongruenz oder zur Inkongruenz. Geschieht durch die Pflegekraft das Erkennen des Erkennens des Anderen und entdeckt sie daran Deckungsgleichheit (Kongruenz), ist der Prozess der Kongruenz erreicht. Findet kein oder kein ausreichendes Erkennen des Erkennens statt, ist sie im Prozess der Inkongruenz.

Die Biologie der Beziehung

Neurobiologie und insgesamt die Neurowissenschaften, u.a. die Genetik haben in den letzten Jahren große wissenschaftliche Leistungen vollbracht. Die Erkenntnisse werfen ein völlig neues Bild auf die Entwicklung, Funktionsweisen und damit Verhaltensweisen von Menschen. Der Einfluss der Umwelt auf die Entwicklung und das Verhalten und somit auf die Fähigkeit zur Beziehung wird heute als stärker erkannt als der genetische. Dieses Wissen muss in die Praxis der psychiatrischen Pflege eingebaut werden.

Joachim Bauer hat im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren die Forschungsergebnisse der neurobiologischen Forschung in mehreren Büchern übersichtlich und klar nachvollziehbar zusammengestellt. Ebenso haben Kandel (2008), Lipton (2008) und Moberg (2003), wie auch Cozolino (2007) ausgezeichnete Überblickswerke erstellt.

Diese neuen Erkenntnisse dürfen nicht länger außerhalb des Wissens der psychiatrischen Pflege stehen. Sie haben die Reichweite und die Kraft, der psychiatrischen Pflege klare Konzepte oder auch Modelle, vor allem mittlerer Reichweite zu bieten, mit denen die Wirkungen pflegerischer Arbeit begründet und Forschung betrieben werden kann.

Warum wirkt die kongruente Beziehungspflege?

Eine Antwort darauf können die Forschungsergebnisse der neurobiologischen Forschung und der Epigenetik der letzten Jahre geben. Sie stellen den Menschen als eine komplementäre Einheit von Biologie, Psyche und Umwelt dar. Biologie, Psyche und Umwelt sind dabei keine getrennten Entitäten, die sich bedingen, sondern tatsächlich eine komplementäre Einheit.

Die Pflege hat im leitenden Konzept der Ganzheitlichkeit diese Trennung von Körper und Geist schon immer überwinden wollen. Es scheint nun wirklich, dass die Descart'sche Trennung damit überwunden ist und das bio-psycho-soziale Menschenbild wissenschaftlich klarer wird.

Über die nachfolgend beschriebenen Funktions- und Wirkungsweisen des Zusammentreffens zweier bio-psycho-sozialer Systeme (zweier Menschen) lassen sich überprüfbare Hypothesen, die bio-psycho-soziale Hypothese, bilden, die das Handeln und die Interventionen in der professionellen Beziehungsarbeit steuern. Die Hypothesen beruhen auf dem Wissen über die Entwicklungsgeschichte eines Menschen. Aus den Daten der Lebensereignisse können Rückschlüsse auf die bio-psycho-soziale Funktionsweise gezogen werden, die dann zur Hypothese werden. Hier hat vor allem Cozolino einen wesentlichen Beitrag geleistet. Er benennt seine – Vorgehensweise interpersonale Neurobiologie (Cozolino 2007). Die bio-psycho-soziale Hypothese wird später genauer beschrieben.

Warum brauchen wir menschliche Begegnung in der Pflege?

Eine mögliche Erklärung dafür liefert die Bahn brechende Entdeckung der Spiegel-Nervenzellen oder auch Spiegel-Neuronen (J. Bauer, 2006, 2006, Rizzolatti 2008)). Die Spiegel-Neuronen merken sich die Beobachtungen, die sie an anderen in Interaktionen und Begegnungen machen und deshalb können wir nachahmen oder auch nachempfinden, einfühlen. Rizzolatti (1996) und seine Forschungsgruppe konnten deutlich aufzeigen, dass letztlich menschliche Beziehung zwingend erforderlich für Veränderung und Entwicklung ist (Galese 2008). Zusätzlich dazu bietet uns die Stressforschung, aber auch die Oxytozinforschung (Moberg 2003) der letzten Jahre das eindeutige Ergebnis, „dass gute zwischenmenschliche Beziehungen nicht nur im Gehirn, in Verbindung mit dem limbischen System abgebildet und gespeichert werden, sondern dass sie die am besten wirksame und völlig nebenwirkungsfreie Droge gegen seelischen und körperlichen Stress darstellen. Zwischenmenschliche Beziehungen sind das Medium, in dem sich nicht nur unser seelisches Erleben bewegt, sondern in dem sich auch unsere körperliche Gesundheit bewahren lässt. Überall da, wo sich Qualität und Quantität zwischenmenschlicher Beziehungen vermindern, erhöht sich das Krankheitsrisiko“ (J. Bauer, 2006). Im Gegenzug bietet uns die Forschung zur Entstehung von Wohlbefinden die Möglichkeit, nicht nur das „Negative“ zu vermeiden, sondern das „Positive“ zu fördern. Wie bereits oben kurz ausgeführt macht Moberg das Hormon Oxytozin für viele positive Wirkungen im Körper und damit auch in der Psyche verantwortlich, was ein positiv verändertes Verhalten zur Folge hat (Moberg 2003). Die wichtigen pflegerelevanten Signale kommen aus der Umwelt und hier vor allem dem sozialen Bereich, d.h. wenn Menschen aufeinander treffen. „Seelische Erlebnisse werden vom Gehirn in bioelektrische Impulse und in die Freisetzung von Nerven-Botenstoffen umgewandelt. Das Gehirn macht aus jedem psychischen also einen biologischen Vorgang“ (Bauer, 2006). Wenn J. Bauer davon spricht, dass Erinnerungen im Gehirn abgebildet werden, dann meint er die Entstehung von Nervenzellverbindungen. Diese Verbindungen entstehen durch soziale Reize, die jedoch eine bestimmte Stärke und Dauer haben müssen. Dieser Umstand kann auch als Lernen bezeichnet werden. Kandel versucht über die Beschreibung einer neuen Biologie des Geistes, der Psychiatrie eine neue neurowissenschaftliche Grundlage zu geben. „Die Grundlage des neuen theoretischen Rahmens für die Psychiatrie besteht darin, dass alle geistigen Prozesse biologisch sind und deshalb jede Veränderung dieser Prozesse notwendig organisch ist“ (Kandel 2008). Er spricht weiter von Studien an einfachen Lebewesen, die gezeigt haben, dass die Erfahrung

dauerhafte Veränderungen in der Wirksamkeit neuronaler Verbindungen durch die Veränderung der Genexpression hervorbringt.³

„Bei Säugetieren und insbesondere bei Menschen, ist jede funktionelle Komponente des Nervensystems von Hunderttausenden von Nervenzellen repräsentiert. In solchen komplexen Systemen führt wahrscheinlich ein bestimmter Fall von Lernen zu Veränderungen in einer großen Zahl von Nervenzellen, insofern die Verbindungen zwischen der verschiedenen sensorischen und motorischen Systemen, die an dem Lernprozess beteiligt sind, verändert werden. Tatsächlich haben Untersuchungen gezeigt, dass solche weitreichenden Veränderungen stattfinden“ (Kandel 2008).

Im Gehirn entstehen, vereinfacht gesagt, Nervenzellverbindungen, die positiv oder negativ besetzt sind. Diese Nervenzellverbindungen haben in sich die Erinnerung, bestimmte Hormonlagen im Körper zu produzieren, die dann zum Erleben werden. Konstruktivistisch gesehen, führt dann ein verändertes Erleben in einem Individuum zu einer veränderten Weltsicht und zu verändertem Verhalten, demjenigen gegenüber, der die Nervenzellverbindungen gereizt hat.

In sozialen Vorgängen wie Pflegesituationen können Reize gesetzt werden, die biologische Vorgänge in Gang setzen, die dann zu psychischem Erleben und seinen individuellen menschlichen Reaktionen, positiv wie auch negativ werden. Sehr anschaulich kann dies an der Entstehung von Stress dargestellt werden.

Ausgangspunkt jeder Stressreaktion ist das CRH-Gen (Corticotropin-Releasing-Hormon Gen). Wird das CRH-Gen aktiviert, erfolgt über eine Kette von weiteren Aktivierungen die Ausschüttung von Cortisol, dem Stresshormon.

Das Erleben von Stress, also der Ausschüttung von Cortisol, ist allen Menschen bekannt. Angst, Panik, innere Unruhe, ein seltsames Gefühl in der Magengegend, rote Flecken an Hals und im Gesicht usw. Einhergehend mit der Ausschüttung von Cortisol werden Adrenalin und Noradrenalin ausgeschüttet, wodurch Herzfrequenz und Kreislauf hochgetrieben werden. Stress hat weiterhin Folgen für das Immunsystem, auf die Wundheilung, das Sexualleben und auf die Lebenserwartung. Durch das Zusammenwirken mit Adrenalin und Noradrenalin können Bluthochdruck und dadurch begünstigt weitere Erkrankungen entstehen.

Cortisol ist das Stresshormon. Erinnerungen an schmerzliche Ereignisse, an schädliche Beziehungsmuster, an Demütigungen, an Ohnmachtserlebnisse und an Einsamkeit usw. werden in Nervenzellverbindungen gespeichert, die in Verbindung mit dem Limbischen System, dort vor allem die Amygdala (Mandelkerne) stimulieren. Wird nun in einer Beziehungssituation aus der Umwelt ein Reiz gesetzt, der ein Beziehungsmuster trifft, das mit Cortisolwirkung, also mit Stress verbunden war, dann läuft die gleiche körperliche und damit auch psychische Reaktion wie im Ursprungserlebnis ab (Ahrens 2007, Kandel 2008, Lipton 2008). Dies wird Antizipation genannt. (J. Bauer 2006)

Wie entsteht Glück und Wohlbefinden?

³ Der veralteten Ansicht, dass Verhaltenweisen und die Eigenschaften eines lebendigen Organismus ausschließlich auf seine Gene zurückzuführen sei, widerspricht Kandel entschieden. Gene haben eine zweifache Funktion. Gene sind stabile Schablonen, die sich zuverlässig replizieren lassen. Die Schablonenfunktion sorgt für eine sehr zuverlässige Weitergabe der Gene. Diese Funktion ist nicht durch gesellschaftliche Erfahrungen regulierbar. Hingegen unterliegt die zweite Funktion der Gene, die Transkriptionsfunktion (Genexpression) einer starken Regulation durch Umweltfaktoren. „Obwohl fast jede Körperzelle alle Gene enthält, die auch in jeder anderen Körperzelle vorhanden sind, wird bei jedem Zelltyp (sei es Leberzelle oder eine Gehirnzelle) nur ein Bruchteil der Gene, etwa 10% bis 20%, exprimiert (transkribiert). Alle anderen Gene werden wirksam unterdrückt. Dieser Aspekt der Genregulation wird manchmal auch epigenetische Regulation genannt (Kandel 2008).

Die Frage der Überschrift muss erweitert werden um die Frage: Wie entsteht Glück, Wohlbefinden, Ausgeglichenheit, Vertrauen, Motivation und Gesundheit?

Auch positive Erinnerungen werden gespeichert. Diese werden auf die gleiche Art wie negative Erlebnisse abgebildet, aber nicht so intensiv. Dies ist auch der Grund dafür, dass die meisten Menschen sich besser an schlechte Begebenheiten erinnern als an gute. Trotzdem können wir in der Pflege ausgezeichnet mit den positiven Erinnerungen der Patienten arbeiten, wenn es solche gibt. Die gezielte Erinnerung und das wieder Erleben von glücklichen Situationen können sehr positive Wirkungen entfalten.

„Nichts aktiviert die biologischen Systeme so sehr wie der Wunsch, von anderen gesehen zu werden, die Aussicht auf soziale Anerkennung, das Erleben positiver Zuwendung und – erst recht – die Erfahrung von Liebe“. (J. Bauer 2006)

Menschen suchen im Grunde ständig nach Akzeptanz und Anerkennung. Sehr interessant ist es dazu zu sehen, dass biologische Systeme abschalten, wenn sie keine Chance auf soziale Zuwendung erkennen können. Andererseits werden sie durch Zuwendung und Anerkennung in Gang gesetzt und bereits bei Aussicht auf soziale Zuwendung wird die Dopamin-Achse in Bewegung gesetzt.

Der Stoff, der sowohl für körperliche Bewegungsfähigkeit als auch für psychische Motivation zuständig ist, heißt Dopamin. Wirken bestimmte biologische Systeme zusammen, wird im Körper letztlich Dopamin mit der Wirkung von Wohlbefinden, Motivation und Handlungsbereitschaft ausgeschüttet. Das Motivationssystem schüttet neben Dopamin auch noch weitere wohltuende Stoffe im Körper aus. Endogene Opiode haben positive Wirkung auf das Ich-Gefühl und die Lebensfreude. Das Immunsystem wird gestärkt und die Schmerzempfindlichkeit sinkt (Bauer 2006/2008). Ein weiterer sehr wichtiger Stoff ist das Oxytozin, das Wohlbefinden auslöst und als Vertrauenshormon bezeichnet werden kann. Schon die eigenen Gedanken, Assoziationen und Erinnerungen an positive Ereignisse setzen das Oxytozinsystem in Gang (Moberg 2003). Gelingt es einer Pflegekraft gezielt Reize in positive Erinnerungen zu setzen, springt das Oxytozinsystem an und verbreitet seine wohltuende Wirkung. Das Wiedererkennen im Zusammentreffen von Menschen wird dadurch wesentlich verbessert, Vertrauen und Motivation entstehen und sogar Schmerzen nehmen ab (Moberg 2003).

Die Kongruente Beziehungspflege – Das Kongruenzmodell

Nach diesen Ausführungen zur wissenschaftlichen Begründung der Kongruenten Beziehungspflege ergibt sich nun folgende Definition:

Die Kongruente Beziehungspflege ist die bewusste Wahrnehmung und bewusste Bearbeitung des Erkennens des Erkennens von Menschen im Beziehungsprozess.

Der Mensch stellt in der Kongruenten Beziehungspflege eine untrennbare komplementäre bio-psycho-soziale Einheit dar, die mit anderen bio-psycho-sozialen Einheiten interagiert. Der Mensch selbst ist ebenso Umwelt wie die ihn umgebenden Einflüsse. Die bio-psycho-soziale Gesundheit entsteht durch Interaktionen die zur Passung (Kongruenz) führen. Entsteht keine Passung kann das Risiko zur bio-psycho-sozialen Erkrankung steigen.

Die Kongruente Beziehungspflege benützt drei Instrumente. Die 1. Lebensereignisskala, die 2. Beziehungsprozessplanung auf der 3. Grundlage der bio-psycho-sozialen Hypothese

Die Lebensereignisskala

Abbildung

Am Ausgangspunkt der Planung steht die Erfassung von Lebensereignissen des Menschen. Wie in der Abbildung ersichtlich zielen die Fragen nicht auf die Symptome von Erkrankungen oder auf das Krankheitserleben. Sie fragen einfach die Ereignisse des Lebens, vor allem die schönen Erinnerungen ab. Die Kongruente Beziehungspflege will damit den Menschen in seiner gesamten zeitlichen Existenz erfassen. Begegnet man einem Menschen, der Schmerzen hat, der einsam ist, der ständig läutet und sich beschwert, dann kann es äußerst hilfreich sein, ihn auch als jemanden kennen zu lernen, der vielleicht ein liebevoller, zärtlicher Vater war, der mit seiner Frau viele schöne Reisen gemacht hat, der als Kind unglaublich gern Honigbrot gegessen hat, oder der es liebte bei seinem Opa auf dem Schoss zu sitzen und Geschichten anzuhören.

Dies ist der wichtige Effekt der Umformung des Bildes eines Menschen, der jetzt in uns u. U. negative Emotionen auslöst, der aber in seiner existenziellen zeitlichen Dimension in uns auch positive Emotionen auslösen könnte. Auf so einen Menschen können wir anders reagieren und es wird eine andere Wechselwirkung entstehen. Diese Umformung der „Wirklichkeit“, in der Begegnung zwischen Menschen entspricht den theoretischen Aussagen der Santiago Theorie und ist der wesentliche Faktor der Veränderung des Verhaltens, der Pflegekraft und durch Wechselwirkung entstehend, auch des Patienten durch die Kongruente Beziehungspflege.

Neben den Lebensereignissen in der Skala finden wir eine Spalte, die nach den Bedeutungen der Lebensereignisse fragt

Die Bedeutungen zu den Ereignissen haben sich im Laufe des Lebens der Menschen entwickelt und gehören ganz selbstverständlich zum Dasein des Menschen. Niemand kann sich von seinen Bedeutungen lösen, sie sind immer da. Nehmen wir das Beispiel von oben. Wir hören, dass der alte Mann, der vor uns im Bett liegt es liebte, Honigbrot zu essen und er gern Geschichten von seinem Großvater hörte und dass er mit seiner Frau gern Reisen gemacht hat, dann können wir in den alltäglichen Pflegesituationen wie z.B. dem Waschen, gezielt Reize setzen, die ihn in diese Situationen zurückführen. Beziehungspflege verbraucht nicht mehr Zeit, sie spart Zeit!

Die Bedeutungen dieser Situationen waren wohl Wohlbefinden, Geborgenheit, Entspannung.

Die Beziehungsprozessplanung würde hier als geplante Pflegeintervention beschreiben:

So oft wie möglich an den Großvater erinnern

Mit dem Patienten über seine Reisen sprechen

Wenn möglich Honigbrot zum Frühstück und auch zwischendurch

Nach den vorliegenden Erkenntnissen der neurobiologischen Forschung, müssten wir damit Speicherungen im Gehirn reizen, die die Ausschüttung einer Hormonmischung hervorrufen. Die Erkenntnisse sprechen von Dopamin, das als Motivationshormon bezeichnet wird und für eine bessere körperliche Beweglichkeit sorgt, von Oxytozin, das Vertrauen schafft, endogene Opiode, die Schmerzen lindern. Manchmal werden die endogenen Opiode auch als körpereigene Glücksstoffe bezeichnet. Es handelt sich um Endorphine, Enkephaline und Dynorphine.

Allein schon das Erarbeiten der Lebensereignisskala mit den Patientinnen und Patienten hat eine Motivation fördernde Wirkung, denn die Motivationszentren eines Menschen werden bei Interesse an der Person angeschaltet und erzeugen wohltuende Wirkung.

Der wesentliche Faktor der Veränderung ist die Umformung des Bildes eines Patienten, wie es in der Wahrnehmung der Pflegenden entsteht, besonders wenn er als ein „Schwieriger“ bezeichnet wird. Dies geschieht über die Arbeit mit der Lebensereignisskala. Dieser Akt der Umformung, bzw. die Bereitschaft zur Anwendung des Instrumentes zu erreichen, benötigt Übung und Zeit. Vor allem die Formulierung der Bedeutungen bereitet immer wieder Schwierigkeiten. Erst wenn die Instrumente angewandt werden, dann entstehen die positiven Effekte und hier ist gute Führungsarbeit erforderlich, die Mitarbeiter immer wieder unterstützt und auch die Anwendung der Instrumente einfordert. Das Besondere der Lebensereignisskala besteht in der Abfrage der positiven Lebensereignisse. Eine herkömmliche Biographieerhebung, die ebenfalls positive Lebensereignisse erfragt wäre ebenso möglich.

Beziehungsprozessplanung

Definition

Die Beziehungsprozessplanung ist die systematische Erfassung, Einbeziehung und interaktionelle Bearbeitung von Bedeutungen des Lebens von Menschen zur Steigerung des körperlichen, psychischen, spirituellen und sozialen Wohlbefindens.

Die Einsichten des Konstruktivismus, der Psychodynamik von Beziehungen und der Erkenntnisse der neurobiologischen Forschung legen nun den Schluss nahe, dass Pflegenden die Motivation und die bio-psycho-soziale Gesundheit von Patientinnen und Patienten wesentlich durch gezielte Reizsetzung in den täglichen Beziehungen beeinflussen können. Werden positive Erinnerungen gereizt, so entstehen Ausschüttungen von Hormonen wie Dopamin und Oxytozin u.a. Dies führt dazu, dass Patientinnen und Patienten besser motiviert, ausgeglichener und vertrauensvoller sind. Insgesamt entsteht mehr Zufriedenheit bei den Patientinnen und Patienten und diese Zufriedenheit wirkt zurück auf die Pflegenden. Dazu muss aber nicht nur die Beseitigung oder die Verbesserung von Pflegeproblemen geplant werden, sondern auch, wie die Beziehungsinterventionen während dieser Arbeit begründet und gezielt positiv gestaltet werden. Dazu kann die bio-psycho-soziale Hypothese Hilfestellung geben.

Die bio-psycho-soziale Hypothese

Die bio-psycho-soziale Hypothese ist eine der Grundlagen der Planung von Beziehungsinterventionen. Sie findet ihre Begründung in den Erkenntnissen über die Lebensereignisse eines Menschen und den heutigen neurobiologischen und neurowissenschaftlichen Erkenntnissen. Eine Beziehungsprozessplanung kann **explizit** (rein auf positive Lebensereignisse zielend; wie im Beispiel weiter oben schon angedeutet) oder **implizit** (aufgrund der bio-psycho-sozialen Hypothese) erstellt werden. Die bio-psycho-soziale Hypothese kann nicht immer gestellt werden. Zur Erstellung sind gut gesicherte Daten aus der Entwicklungsgeschichte des

Menschen notwendig. Oftmals sind diese Informationen nicht vorhanden. Dann wird die Hypothese nur explizit erstellt.

Aus der Erfahrung vieler Fallbeobachtungen zeigt sich, dass in der psychiatrischen Pflege fast immer eine bio-psycho-soziale Hypothese gestellt werden kann.

Die Begründung für den Einsatz von Hypothesen zur professionellen Beziehungsarbeit findet sich in den fünf Prinzipien vom Verhältnis zwischen Geist und Gehirn von E. Kandel, nach denen jede geistige Funktion auch Gehirnfunktion widerspiegelt.

„1. Alle geistigen Prozesse, selbst die komplexeren psychologischen Prozesse, leiten sich von Operationen des Gehirns ab. Als Folge davon sind Verhaltensstörungen, die psychische Krankheiten charakterisieren, Störungen der Gehirnfunktion, und zwar auch in jenen Fällen, in denen die Ursachen der Störungen ihren Ursprung eindeutig in der Umwelt haben.

2. „Gene und ihre Proteinprodukte sind wichtige Determinanten des Musters von Verbindungen zwischen Neuronen im Gehirn und den Einzelheiten ihrer Funktion. Gene und insbesondere die Kombination von Genen, üben daher eine bedeutende Kontrolle über das Verhalten aus. Folglich ist eine der Komponenten, die zur Entwicklung einer Geisteskrankheit führen, genetisch“.

3. Veränderte Gene erklären nicht für sich allein die ganze Varianz einer bestimmten Geisteskrankheit. Gesellschaftliche Faktoren und Entwicklungsfaktoren leisten ebenfalls einen Beitrag. Kombinationen von Genen tragen zum Sozialverhalten bei und das Verhalten, auch das Sozialverhalten üben Wirkungen auf das Gehirn aus. Dies geschieht über Feedbackschleifen, die die Expression von Genen und damit die Funktion von Nervenzellen verändern. Alle Umweltfaktoren finden daher ihren Ausdruck in genetischen Faktoren.

4. Veränderungen der Genexpression, die durch Lernen induziert wurden, führen zu Veränderungen von Mustern neuronaler Verbindungen. Diese Veränderungen sind vermutlich für den Beginn und die Aufrechterhaltung von Abnormitäten des Verhaltens verantwortlich, die von sozialen Ereignissen herrühren.

5. Insofern Psychotherapie oder Beratung (Pflegebeziehung: Einfügung des Verfassers) wirksam ist und zu langfristigen Veränderungen im Verhalten führt, gründet diese Wirksamkeit vermutlich im Lernen. Indem Veränderungen in der Genexpression erzeugt werden, die die Stärke der synaptischen Verbindungen verändern, und indem strukturelle Veränderungen stattfinden, die das anatomische Muster der Verbindungen zwischen Nervenzellen im Gehirn ändern.“ (Kandel 2008)

Erklärung zur Funktion von Genen

Gene besitzen zwei Funktionen. Die Schablonenfunktion sorgt für eine zuverlässige Replikation jeder Zelle. Sie versorgt aufeinander folgende Generationen mit Kopien jedes Gens. Diese Funktion unterliegt nicht einer sozialen Veränderung.

Die Transkriptionsfunktion steuert den Ausdruck, die Expression eines Gens. Nur 10 – 20 % aller Gene einer Zelle werden exprimiert (transkribiert). Bei der Expression steuert das Gen die Herstellung bestimmter Proteine, die den Charakter der Zelle bestimmen. Die Transkriptionsfunktion (Herstellung spezifischer Proteine in der Zelle)

von Genen wird stark reguliert und diese Regulation ist für Umweltfaktoren empfänglich. Diese Regulation macht Gehirnfunktionen für soziale Faktoren empfänglich. Der Mensch ist durch diese Regulation der Genexpression im Lernen besonders sensibel. Eine Hauptfolge des Lernens durch Genexpression ist das Wachstum synaptischer Verbindungen. Diese Verbindungen lassen sich stabilisieren und destabilisieren, je nachdem welche Reize die Umwelt setzt. Bei Menschen führt Lernen zur Veränderung einer großen Anzahl von Nervenzellen (Nervenzellnetzwerke). Dadurch finden weit reichende Veränderungen statt (Kandel 2008).

Die bio-psycho-soziale Hypothese orientiert sich in ihrer Fragestellung an folgenden Aspekten. Für alle Aspekte gibt es neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse, die auf Verhaltensauffälligkeiten wie Aggression, Reizbarkeit, gestörte Einfühlsamkeit, Bindungsstörung usw. und Erkrankungen wie z.B. der Posttraumatischen Belastungsstörung schließen lassen. Dazu hat Cozolini ein sehr ausführliches Überblickswerk erstellt. Nach der Erstellung der Hypothesen erschließen sich Erklärungen für Verhalten und es lassen sich gezielte Interventionen planen, die entweder ein neues Lernen in Gang setzen, das zur Veränderung des Verhaltens führt oder die ein altes Verhalten nicht mehr hervorbringen, weil die entsprechenden Reize nicht mehr gesetzt werden. So verlor z.B. ein dementer 83-jähriger Mann seine Aggressionen vollständig, als das Personal aufhörte ihn liebevoll zu berühren. Er war in seinem beruflichen Leben der Polizeichef einer Kleinstadt und es damit gewöhnt respektvoll behandelt zu werden.

Hypothesenbildung aufgrund von:

1. Geburt, vorgeburtliche Ereignisse und Prägephase des Lebens, 1. bis 3. Lebensjahr, Pubertät.
2. Traumatisierungen jeglicher Art
3. Entwicklung des Spiegelneuronensystems, des Motivations- und Vertrauenssystems
4. Positive und negativ wirksamen Nervenzellnetzwerken (Erinnerungen)

Zu 1:

Hohe körperliche und seelische Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft
Geschichtliche Zusammenhänge, z.B. Kriege, Hungersnöte, Flucht, Vertreibung
Niedrige Einstufung im Apgar Schema, Asphyxie, Steißlage, Zangengeburt, Sauglocke usw.
Wechselnde Bezugspersonen, Heimaufenthalte, vernachlässigende Bezugspersonen, körperliche Gewalt und Misshandlung in der ersten Lebensphase oder auch später

Zu 2:

Vernachlässigung und Misshandlung
Kriegserlebnisse
Tatsächlich erfahrene oder erlebte Gewalt
Missbrauch
Starker beständiger Druck oder Demütigungen

Zu 3:

Vernachlässigung und fehlende Zuwendung

Keine normal zu erwartende Umwelt, Teenagermutter, Drogenmissbrauch der Eltern
Erziehung im Kinderheim
Häufige Wechsel der Bezugspersonen
Trennungen von der bevorzugten Bezugsperson

Zu 4:

Alle prägenden Lebensereignisse, die mit Freude, Harmonie oder Bestätigung in Verbindung gebracht werden.

Alle prägenden Lebensereignisse, die mit Leid, Demütigung oder Ablehnung in Verbindung gebracht werden.

Hier folgt nun ein Fallbeispiel, in der die bio-psycho-soziale Hypothese Anwendung findet. Die Relevanz der Aspekte für die Entwicklung und das Verhalten von Menschen und die Entstehung und Veränderung von Verhaltensauffälligkeiten wird ebenso ausführlich dargestellt werden.

Es wird von einer heute 28-jährigen Patientin in einer forensischen Einheit berichtet. Die gesamte Biographie kann hier nicht dargestellt werden, weil sie zu umfangreich wäre und die Grenzen eines Aufsatzes sprengen würde. Ich werde mich also auf die wesentlichen relevanten Ereignisse aus dem Leben der Frau beziehen.

Zu 1.

Von der Schwangerschaft der Mutter und der Geburt wird nichts berichtet. Die Eltern trennten sich noch vor der Geburt des Kindes. Beide Eltern betreiben Alkoholmissbrauch. Ihr Stiefvater, der mit der Mutter lebt, ebenfalls alkoholabhängig, rettet das Kind, als die Mutter, wahrscheinlich betrunken, das Kind in der Badewanne ertränken will. Hier findet wohl die erste Traumatisierung statt. Neurobiologisch stehen hier die Stresssysteme im Vordergrund, die wohl eine erste Schädigung erfahren. J. Bauer (2006) berichtet von Ummantelung (Methylgruppen belegen ein Gen) des Antistressgens, das in der Folge nicht mehr eingeschaltet werden kann und damit entstehenden Stress nicht mehr herunterregulieren kann. Ebenso könnte die Entwicklung von Cortisolrezeptoren gestört werden und damit wieder einhergehend die Bewältigung von Stress (Siehe dazu auch Cozolino 2007). In den Verhältnissen in denen das Kind aufwächst, herrscht Vernachlässigung vor, was eine verminderte Entwicklung von Spiegelneuronen zur Folge haben kann. Können Menschen keine Spiegelneuronen entwickeln, werden sie im weiteren Leben Schwierigkeiten haben sich in andere Menschen einzufühlen. Damit werden Verhaltensweisen möglich, die sich als gewissenlos oder grob und kalt zeigen können. Die weiter folgenden Traumatisierungen und Misshandlungen durch die Eltern erzeugen weitere Schäden in der neurobiologischen Ausstattung des Kindes. So muss das Kind schon mit zwei bis drei Jahren häufig wegen Knochenbrüchen im Krankenhaus behandelt werden. Die liebevolle Erfahrung, die ein Mensch in der 1. Prägephase des Lebens von den Bezugspersonen braucht, um Spiegelneuronensysteme, Vertrauen und Bindungserfahrung und eng damit zusammenhängend Motivationssysteme zu entwickeln, findet die Patientin nicht.

Zu 2:

Neben der Traumatisierung im Alter von vier Monaten und den weiter stattfindenden Misshandlungen kommt dazu, dass das Kind später vom Stiefvater häufig missbraucht wird und mit Geld und Geschenken dafür „bezahlt“ wird. In der Schule

zeigt die Patientin keine Leistung und fällt durch gewissenloses grobes Verhalten, Rauchen, Trinken und Schuleschwänzen auf.

Zu 3.

Im Alter von neun bis zehn Jahren kommt dazu noch ein mehrjähriger Heimaufenthalt, wo die Patientin bereits Alkohol trinkt und sich Selbstverletzungen zufügt. Hier erlebt sie ebenfalls Gewalt durch andere Heimkinder.

Zu 4.

Prägende negative Ereignisse im Leben der Frau gehen weiter. Zurück bei der Mutter, wird den Jugendbehörden klar, dass die Mutter das Kind nicht erziehen kann und der leibliche Vater soll nun die Erziehung übernehmen. Im Alter von zwölf Jahren trinkt die Frau mit ihrem Vater in den Kneipen der Umgebung. Nach einem Unfall besucht der Vater die Tochter innerhalb eines sehr langen Zeitraums nur zweimal. Als die Pubertät beginnt, wirft der Vater sie aus der gemeinsamen Wohnung. Sie versucht sich auf der Straße durchzuschlagen und kommt in Kontakt mit Dealern und Drogen. Die ersten Delikte erfolgen, die durch Aggressivität gekennzeichnet sind. Es erfolgen mehrere Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken, Heimen, Betreuungseinrichtungen usw. Zwischendurch schlägt sie sich mit Männerbekanntschaften durch. Alkohol und Drogenexzesse sind an der Tagesordnung. Immer wieder gibt es Missbrauchserfahrungen. Sie schafft es aber sogar zu heiraten und ein Kind zur Welt zu bringen. In dieser Phase war sie wohl einige Zeit frei von Drogen. Aber schon mit drei Monaten wird das Kind zu einer Pflegefamilie gegeben. Die Ehe scheitert. Weiter folgen Obdachlosenheim und Frauenhaus. Überall scheitert sie und die Alkohol- und Drogenexzesse kehren wieder. Wegen einiger Gewaltdelikte und Diebstähle wird sie letztlich verurteilt und in einer forensischen Abteilung untergebracht.

Prägende schöne Ereignisse im Leben der Frau wurden erst durch die Bezugspflegerinnen, die mit der kongruenten Beziehungspflege arbeiten, in der Klinik erfragt.

Sie erlebte einige schöne Momente im Leben bei ihren Aufenthalten bei einer Verwandten in den Ferien. Dort erlebt sie normales Familienleben mit Wärme, Wertschätzung, Ausflügen, Einfühlsamkeit usw. Die Patientin hat dazu konkrete Erinnerungen und innere Bilder, die sie gut beschreiben kann. Ein Hund, insgesamt Tiere sind ihr sehr wichtig. Der Hund, mit dem sie von ihrem Stiefvater bezahlt wurde, war ihr Lieblingstier. Während des Heimaufenthaltes hatte sie sehr schöne Erlebnisse an einem Ausflug. Sie liebt Comedians und möchte selbst Comedian oder Tierärztin werden. Die Geburt des Kindes war für sie das schönste Erlebnis des Lebens und obwohl das Kind in einer Pflegefamilie lebt, ist sie sehr stolz darauf.

Auf der Station zeigte sich die Patientin zunächst sehr aggressiv, im Vordergrund stand dabei immer das Thema Gerechtigkeit. Es kam zu vielen verbalen Auseinandersetzungen mit Mitpatienten und Personal. Bei Erreichen von Lockerungsstufen war sie immer wieder rückfällig und musste oft isoliert werden. Vor ca. eineinhalb Jahren wurde dann von Bezugspflegerinnen begonnen die kongruente Beziehungspflege anzuwenden.

Die Arbeit mit der Patientin zeigte sich zunächst sehr schwierig und war von Misstrauen geprägt. Die vorsichtige Arbeit mit der Lebensereignisskala brachte dann die positiven prägenden Ereignisse in ihrem Leben hervor.

Die Fragen der Lebensereignisskala sind aus zwei wichtigen Gründen so gewählt. Moberg (2003) berichtet, dass die Erinnerung an positive Erlebnisse die Oxytozinausschüttung fördert. Oxytozin ist das Vertrauenshormon. Geschieht durch die Pflegenden immer wieder gezielte Reizsetzung über Gespräche über den Hund, die Ferien und andere Themen, so müssten immer wieder Oxytozinausschüttungen die Folge sein und langsam Vertrauen entstehen. Der andere wichtige Grund ist das gezielte Interesse der Bezugspflegenden an der Person. Die Motivationssysteme (J. Bauer, 2006) springen an bei Interesse und positiver sozialer Zuwendung. Dopamin und endogene Opioide sind die Botenstoffe des Motivationssystems. Dopamin wird auch als das Motivationshormon bezeichnet.

Der weitere Verlauf zeigte, dass sich ein vorsichtiges Vertrauensverhältnis zu den Bezugspflegenden entwickelte und die Motivation der Patientin, mit den Bezugspflegenden mehr zu tun und mehr aus ihrem Leben zu erzählen, stieg. Mit der Zeit tat die Patientin dies auch ohne Nachfragen nach ihrer Biographie.

Aus den Daten der Biographie und den positiven Erlebnissen konnte nun eine bio-psycho-soziale Hypothese und eine Beziehungspflegeplanung erstellt werden.

Die bio-psycho-soziale Hypothese

Hypothesenbildung erfolgt, wie oben schon genannt, aufgrund von:

1. Geburt, vorgeburtlichen Ereignissen und Prägephase des Lebens, 1. bis 3. Lebensjahr, Pubertät.
2. Traumatisierungen jeglicher Art
3. Entwicklung des Spiegelneuronensystems, des Motivations- und Vertrauenssystems.
4. Positiv und negativ wirksamen Nervenzellnetzwerken (Erinnerungen).

Zur Geburt und zu vorgeburtlichen Ereignissen keine Angaben.

Prägehasen des Lebens: Vernachlässigung, Gewalterfahrung, Traumatisierung durch Versuch, sie zu ertränken. Dadurch geringe Ausprägung von Spiegelneuronen, erhöhte Stressreaktionsbereitschaft, Störung des Vertrauens- und Motivationssystems, dadurch Bindungsstörungen, Beziehungsunfähigkeit, Neigung zu Drogen und Alkohol. Sehr viele negative Erlebnisse und dadurch auch erhöhte Reizbarkeit und Aggressionstendenz. Niedriger vagaler Tonus durch immer wieder erlebte Vernachlässigung.

(Die wissenschaftlichen Begründungen zu dieser Hypothese finden sich bei den bereits genannten Autoren)

Implizite Beziehungspflegeplanung: Viele Gespräche über die schönen Erlebnisse der Patientin führen. Wenn möglich, Ausflüge machen. Miteinander lachen.

(Comedian) Mit ihr über ihr Kind sprechen.

Diese Maßnahmen müssten Vertrauen und Motivation entwickeln.

Explizite Beziehungspflegeplanung:

Traumatisierungen jeglicher Art: Zunächst Vermeidung des Ansprechens und wieder Erinnerens von traumatisierenden Erlebnissen. Alle Maßnahmen genau begründen und erklären. Es darf nicht der Eindruck von Willkür oder Ungerechtigkeit entstehen.

Spiegelneuronen-, Vertrauens- und Motivationssystem: Erhöhte Empathie gegenüber der Patientin, auch auf Zurückweisung weiterhin empathisch bleiben, aber auch Grenzen setzen. Diese jedoch immer genau begründen und erklären. Oft das Gespräch suchen und über alltägliche Dinge sprechen. Beziehung halten, auch bei Zurückweisung. Hohe professionelle Wertschätzung mit Echtheit zeigen. Auch bei kleinen Erfolgen loben, bei Misserfolgen nicht wertend Trost geben und Mut machen.

Diese Maßnahmen gründen wieder in den entsprechenden wissenschaftlichen Befunden.

Das Erinnern an positive Lebensereignisse müsste die Ausschüttung von Oxytozin, Dopamin und endogenen Opioiden fördern. Dadurch könnten Vertrauens- und Motivationssysteme in Gang gesetzt werden. Die Beziehungs- und Bindungsfähigkeit könnte zunehmen. Oxytozin hat angst senkende Wirkung, entspannende Wirkung und beruhigt. Dies könnte das Erregungsniveau der Patientin senken und die Reizbarkeit verringern. Endogene Opioide sorgen für eine bessere Stimmungslage und das Dopamin fördert nicht nur die Motivation sondern auch geistige Beweglichkeit und Kreativität.

Nervenzellnetzwerke, die vermehrt aktiviert werden, erhöhen ihre Reizbarkeit (J. Bauer 2006, Kandel 2008). Deshalb ist es wichtig, von pflegerischer Seite keine Retraumatisierung herbeizuführen. Nervenzellnetzwerke die nicht mehr aktiviert werden, verringern ihre Reizbarkeit. Durch den biologischen Vorgang der Antizipation würden die negativen Erinnerungen an die Traumatisierungen vermehrt aktiviert, was zur erhöhten Reizbarkeit und Aggressivität der Patientin führen könnte.

Spiegelneuronen können, dies verspricht die neuronale Plastizität des Gehirns, angeregt werden sich zu entwickeln. Dies setzt aber die Empathie der Umgebung voraus. Durch das entsprechende Verhalten der Pflegenden könnte dies geschehen und die Patientin könnte ihrerseits einfühlsamer und selbst reflektierter werden.

Der Verlauf:

Wir können in der Fallbeobachtung auf ca. eineinhalb Jahre zurückblicken. Die Anfangsphase der Durchführung der geplanten Maßnahmen war sehr schwierig. Immer wieder zeigte die Patientin aggressive Ausbrüche, musste isoliert werden und es gab heftige Auseinandersetzungen mit Mitpatienten und Personal. Immer wieder waren auch Rückfälle zu verzeichnen.

Dies war auch nicht weiter verwunderlich in Anbetracht der schweren Störung der Patientin.

Das Vertrauen zu den Pflegenden und Therapeuten war schwankend, ebenso wie die Motivation zu Gesprächen und Therapien.

Nach ca. der Hälfte des Beobachtungszeitraums zeigten sich aber erste Wirkungen. Die Patientin zeigte nach einem neuerlichen Rückfall zum ersten Mal ein schlechtes Gewissen. Sie besprach dies auch mit den Bezugspflegenden und sie wollte diesen Schnitzer ausmerzen. Daraufhin zeigte sie sich sehr eifrig in den Therapien und den Bezugspflegegesprächen. Das Vertrauen und die Motivation stiegen. Die Patientin benötigte weniger oft ihre Bedarfsmedikation und die Streitigkeiten mit Mitpatienten nahmen fast vollständig ab.

Ein weiterer Erfolg war dann daran zu sehen, dass die Beziehungen zu Mitpatienten, die zu Beginn der Behandlung sehr kurz waren und immer im Streit und Chaos

endeten, länger wurden. Scheinbar stieg ihre Bindungsfähigkeit an und ihre Reizbarkeit ging zurück. Die letzte Beziehung beendete sie sehr ruhig und souverän mit der Erkenntnis, dass sie keinen Kerl gebrauchen könnte, den sie noch erziehen müsste.

Trotzdem gab es auch wieder Rückschläge, weil die Patientin noch lange nicht in der Lage ist emotional stabil zu sein. Ein Rückfall konnte durch die Bezugspflegerinnen verhindert werden und sie sprach sehr offen und für ihre Verhältnisse sehr reflektiert über die Gründe. Heute am Ende des Beobachtungszeitraums ist die Patientin auf einem guten Weg. Bedarfsmedikation braucht sie kaum noch, aggressive Ausbrüche sind seltener, sie sucht sich ihre Beziehungspartner genauer aus und kann langsam einschätzen, welche Personen für sie zuträglich sind. Sie ist jetzt sogar schon so weit, dass sie gemeinsam mit der Therapeutin überlegt, ob sie einen Therapieaußenort in einem Pferdehof antreten soll.

Bei der Schwere der Störung liegt noch ein weiter Weg der Entwicklung vor der Patientin. Den Bezugspflegerinnen ist klar, dass es auch weiterhin zu Rückfällen und schwierigem Verhalten kommen wird. Die Maßnahmen der Beziehungspflegeplanung werden weiter durchgeführt.

Dieser erste Aufsatz versucht einen neuen theoretisch-wissenschaftlichen Rahmen für eine geplante professionelle psychiatrische Pflege auf der Ebene der Beziehung zu beschreiben. Es soll hier zum Ende nochmals betont werden, dass die Kongruente Beziehungspflege ein Vorgehen hat, das nicht am Symptom oder der Krankheit oder der Verhaltensauffälligkeit ansetzt. Der Autor hofft verdeutlicht zu haben, dass pflegerische Arbeit über Lernen wirksam sein kann, dass aus geplanten, gezielten Wechselwirkungen entsteht, die im Körper selbst Veränderungen hervorrufen. Da geistige Funktionen Hirnfunktionen widerspiegeln, müsste eine sichtbare positive Veränderung auch veränderte Hirnfunktion bedeuten. Die Kongruente Beziehungspflege ist nicht Therapie, sondern Pflege, die positiv wirksame Systeme im Körper in Gang setzt und damit negativ wirksame Systeme verändern kann.

Literatur:
Bauer R.
Beziehungspflege
ibicura 2003
(vormals Ullstein mosby 1979)

Bauer/Ahrens
Psychotherapie und Psychosomatik in der Pflege
Ullstein Medical 1998

Bauer, Rüdiger

Eine dialektische Betrachtung der psychotherapeutischen Wirksamkeit pflegerischer Interventionen

In: Pflege 12, 5-10

Hans Huber 1998/99

Maturana H., Varela F.

Der Baum der Erkenntnis

Goldmann 1986

Bauer J.

Prinzip Menschlichkeit

Hoffmann und Campe 2006

Bauer J.

Das Gedächtnis des Körpers

Piper 2004

Bauer J.

Warum ich fühle, was du fühlst

Heyne 2006

Capra F.

Lebensnetz

Scherz 1996

Watson J.

Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung

Hans Huber 1996

Benner P., Wrubel J.

The primacy of caring

Addison-Wesley 1989

Swanson K.

In: Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science

Watson J.

Springer 2002

Moberg K.

The Oxytozin Factor

Da Capo 2003

Lipton B.

Intelligente Zellen

Koha 2008

Bauer R., Cwikla M.

Kongruente Beziehungspflege im Bezugspersonensystem

Procare

01-02/09

Paterson J., Zderad L.
Humanistische Pflege
Hans Huber 1999

Glaserfeld H.
Wirkung und Ursache
In: Watzlawick Hrsg. Die erfundene Wirklichkeit
Piper 1985

Foerster v. H.
Konstruieren einer Wirklichkeit
In: Watzlawick Hrsg. Die erfundene Wirklichkeit
Piper 1985

Riedl R.
Die Folgen des Ursachendenkens
In: Watzlawick Hrsg. Die erfundene Wirklichkeit
Piper 1985

Maturana H.
Was ist Erkennen?
Piper 1997

Rizzolatti G., Fadiga L., Gallese V., Fogassi L.
Premotor cortex and the recognition of motor actions
Cognitive Brain Research 3 (131-141)
Elsevier 1996

Gallese V.
Interview
In: Zeit Magazin Leben
1998

Kandel E.
Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes
Suhrkamp 2008

Peplau H.
Interpersonelle Beziehungen in der Pflege
Recom 1996

Uhl H.
Out of Sonnenschein
Ibicura 2007

Luhmann N.
Die Realität der Massenmedien
Opladen 1996

Barker P.
Das Gezeitenmodell: Genesung durch Wiedergewinnung der Menschlichkeit

In: Kompetenz zwischen Qualifikation und Verantwortung
Ibicura 2007

Rizzolatti, G., Sinigaglia, C.
Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgeföhls
Suhrkamp 2008

Cozolino, L.
Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen
VAK Verlags GmbH 2007

Verfasser:

Rüdiger Bauer, Master of social work, (moscow state university of service)
Krankenpfleger für Psychiatrie, Leiter IBI-Institut
Primelweg 6
86869 Unterostendorf
www.ibi-institut.com
ibi@beziehungspflege.de