

Der dritte Artikel in der Reihe der Beziehungspflege wird die verschiedenen Wirkebenen der professionellen Beziehungsarbeit besprechen. Beziehungsarbeit wirkt auf mehreren Ebenen. Der Aufsatz baut auf den vorhergehenden Artikel zur Grundlage pflegerischer Beziehungsarbeit und zum Modell der Kongruenten Beziehungspflege auf. Die vorhergehenden Inhalte werden mit der Betrachtung der Wirkebenen verdeutlicht und die Bedeutung des Interaktionsgeschehens für die praktische Beziehungsarbeit nochmals hervorgehoben. Es werden ausführlich die verschiedenen Ebenen beschrieben: die Haltungsebene, die Ebene der unspezifischen Wirkfaktoren, die Prozessebene und die Zielebene.

Die Haltungsebene

Haltung ist die innere Einstellung eines Menschen zu einer Sache, einer Meinung, einem Vorgehen oder einem Problem. Die innere Haltung bewertet aus der eigenen Sicht qualitativ die Umweltvorgänge. Die Reaktion der Person auf die Umwelt ist abhängig von diesen eigenen, inneren Bewertungen. Haltung verändert sich wechselwirkend im Laufe einer Entwicklung, sowohl durch die Entwicklung des Menschen selbst, als auch durch die Entwicklung der Umwelt. Haltung ist verantwortlich für Handlung und Handlung lässt auf Haltung schließen. Haltung ist zwar somit immer in einen Entwicklungsprozess in der vergehenden Zeit eingebettet, aber Haltung findet auch immer zu einem Zeitpunkt, also im Jetzt seinen Ausdruck. So haben Menschen zu Beginn einer Diskussion um ein ernsthaftes Problem möglicherweise eine andere innere Haltung als am Ende der Diskussion, aber die Schritte zur Veränderung der Haltung finden eigentlich

zu einem jeweiligen Zeitpunkt, nämlich immer im Jetzt statt. Haltung, könnte man sagen, ist immer jetzt, und das Jetzt ist zuerst so und dann so und dann so.

Beziehung findet ebenso immer im Jetzt statt. Haltung findet immer im Jetzt statt. Beziehung, die von Haltung beeinflusst und letztlich bestimmt wird, findet im Jetzt statt. Beziehung und Haltung ist somit sowohl ein Status, als auch ein Prozess, der wechselwirkend vor sich geht. Das entscheidende Moment aber ist das Jetzt. Jetzt findet immer statt. Viele „Jetzt“ machen den Prozess, aber der entscheidende Moment ist derjenige, in dem ein Mensch, den wir Patient nennen und ein Mensch, den wir Pfleger oder Schwester nennen, zusammentreffen. Dies ist der Moment, in dem sich die Qualität von Beziehung entscheidet, hier findet die Begegnung statt. Diese Begegnung ist beeinflusst durch die Haltung zur Gestaltung der Beziehung, durch das, was der Mensch selbst über die Gestaltung von Beziehung denkt. Begegnung ist keine Phase in der Beziehung, die einmal abgeschlossen sein wird. Begegnung findet immer wieder neu statt.

Man könnte hier auch den Begriff der Kundenorientierung bemühen. Der Patient als Kunde hat einen Anspruch darauf, zu jeder Zeit eine gute Beziehung zu erfahren und nicht erst am Ende der Beziehung. Somit sind die Argumente entkräftet, dass eine gute Beziehungsarbeit sehr viel Zeitdauer in Anspruch nehmen und ein Konzept von professioneller Beziehungsarbeit bei kurzen Verweildauern nicht extra eingeführt werden müsste. Beziehung muss zu jeder Zeit gut gestaltet werden, auch wenn die Verweildauer verkürzt ist oder die Begegnung auch nur einige Sekunden stattfindet, etwa wenn ein Pfleger einem Patienten einer anderen Station auf dem Krankenhausgelände begegnet und dieser um eine Information nachfragt. Beziehungsgestaltung ist der eigenständigste Bereich von Pflege, weil der Moment der Be-

Vita

Rüdiger Bauer, Jahrgang 1957, verheiratet, vier Kinder. Leiter des Instituts für Beziehungsmarketing und Individualökonomie, bis April 2002 wissenschaftlicher Bildungsreferent des Bildungswerkes des Verbandes der bayerischen Bezirke im Kloster Irsee und vormals Pflegedirektor. Magisterabschluss im Management, Fachbuchautor.

Korrespondenzadresse

R. Bauer · Dorfstraße 25 1/2 · 86869 Unterostendorf

Bibliografie

Psych Pflege 2002; 8: 79–84 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0949-1619

ziehung, das Jetzt, immer allein gestaltet und verantwortet werden muss. Gut gestaltete Beziehung ist auch die beste Kundenorientierung, die denkbar ist, nachdem sämtliche anderen Leistungen eines Krankenhauses oder einer Gesundheitseinrichtung standardisiert sind, wie etwa medizinische Leistung, Hotel- und Serviceleistung oder Funktionsleistungen. Die Beziehungsgestaltung wird in der Zukunft den eigentlichen Unterschied in der Qualität im Vergleich zu anderen Gesundheitseinrichtungen ausmachen.

Als Beispiel für die Bedeutung des Jetzt ist besonders gut das Problem der Beziehungsbehinderung geeignet. Dazu eine kurze Geschichte:

Ein junger Pfleger berichtet in einem Seminar zur Beziehungspflege von einem Patienten. Die Arbeit mit diesem Patienten fiel ihm besonders schwer, und er wusste nicht genau zu sagen, warum dies so war. Der Pfleger hatte nur immer wieder diese Wut im Bauch, wenn er den Patienten traf und sich mit ihm auseinandersetzte. Er beschrieb sein Gefühl als Ärger, er macht mich wahnsinnig, Aggression. In der Diskussion über die Hintergründe dieser Symptome versuchten wir gemeinsam das Thema zu finden, das hinter diesen Symptomen steht. Wir versuchten herauszubekommen was den Pfleger eigentlich so wütend machte. Die Diskussion kreiste bald immer um das Thema von Ablehnung und Wert der eigenen Person, und plötzlich war bei dem Pfleger eine Erkenntnis spürbar. Ein Kollege hatte folgenden Satz formuliert: „Es ist fast so, als ob du immer unter deinem eigentlichen Wert geschlagen und beurteilt wirst.“

Unser Pfleger war zuerst sehr still und erzählte dann die Geschichte von seinem Vater und seinen Lehrern, die nie etwas von ihm hielten und ihn immer fertig machten mit Worten wie: „Du wirst es sowieso nie zu etwas bringen, es ist vergeudete Zeit mit dir, es wäre besser für die Schule wenn du nicht da wärst, für so etwas wie dich geben wir auch noch Steuergelder aus usw.“

Der Pfleger selbst hatte nie so empfunden, er hatte von sich selbst den Eindruck, dass er eigentlich gebildet, fleißig und einfühlsam war, aber das war es wohl nicht, was seinen Lehrern oder seinem Vater vorschwebte. Er konnte sich auch nicht wehren gegen diese Übermacht und so ertrug er es.

Dem Pfleger wurde in diesem Moment klar, dass er dieses Gefühl immer noch ertrug und er spürte aber auch, dass die Wut und die Aggression nicht gegen den Patienten gerichtet war, sondern gegen die Bezugspersonen von damals.

Hier wird die Bedeutung des Jetzt klar, und man kann leicht erkennen, wie sich Haltung im Jetzt ausdrückt, auch wenn dieser Ausdruck aus einem vergangenen Jetzt stammt. Haltung geschieht also im Jetzt. Eine Pflegekraft kann ihre Haltungen im Jetzt überprüfen und dann gegensteuern. Haltung ist auch nichts Feststehendes, auf immer und ewig festgeschrieben, Haltung kann sich verändern und man kann Haltung auch bewusst verändern, wenn man sich mit der Frage auseinandersetzt.

Jean Watson macht in ihrer Theorie der Pflege als Kunst und Wissenschaft viele Vorschläge zur Haltung von Pflegenden in der Beziehung zu Patienten. Die Zuwendung zu Menschen ist dabei das Ideal der Pflege. Das menschliche Leben wird bei Watson zum

Mittelpunkt der Pflege. Die Überzeugung, dass der Mensch eine Seele besitzt, die nicht durch objektive Größen wie Raum und Zeit begrenzt ist, bringt Watson zu folgenden Aussagen: „Die Erlebniswelt der Person ist nicht durch äußere und innere Zeit- und Raumbegriffe gekennzeichnet, sondern bildet – ungehindert von jeglicher Linearität – ihre eigene Zeit und ihren eigenen Raum heraus. Die Vorstellung von der Person transzendiert also das Hier und Jetzt, d. h., der Mensch besitzt die Fähigkeit, gleichzeitig in der Vergangenheit, in der Gegenwart und in der Zukunft zu leben. Diese Auffassung gibt Anlass zu Hochachtung, Respekt und Ehrfurcht vor der menschlichen Seele (dem Geist oder dem höheren Selbst), die weit mehr ist als die physische, mentale und emotionale Existenz einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt des Lebens“ [11]. Josephine Paterson und Loretta Zderad nennen in ihrer humanistischen Pflege die Empathie als die wichtigste Haltung von Pflegenden in der Beziehung zu Menschen. Für Paterson und Zderad sind Pflegenden Zeugen schicksalhafter Ereignisse wie z. B. Schwangerschaft, Geburt, Erfolge, Wertlosigkeit, Trennung und Tod. „Ihre empathischen Ich-Du-Beziehungen zu anderen Menschen während dieser miterlebten Vorgänge und die Geschichte ihrer eigenen Erziehung und Lebenserfahrung lassen das ‚Zwischen‘ in der Pflegesituation zu etwas Einzigartigem werden. Bleibt die Pflegekraft in Fühlung mit sich selbst, so wird sie durch ‚reines‘ unvoreingenommenes Bewusstsein und Überdenken solcher Erfahrungen zu neuen Erkenntnissen gelangen. Die humanistische Pflegelehre verlangt, dass Pflegenden beschreiben, was sie erfahren: 1. ihre persönliche, unwiederholbare Schau der Dinge und ihre Reaktion darauf, 2. die erkennbaren Reaktionen des anderen, und 3. die gegenseitigen Appelle und Antworten, das ‚Zwischen‘, wie es sich in der Pflegesituation abspielt“ [8].

Die Haltungsebene in der Beziehungsarbeit wirkt also über mehrere Bereiche hinweg.

Die eigene innere Haltung zur Beziehungsgestaltung selbst (Folgende Fragen dienen zur eigenen Überprüfung.)

Welche Bedeutung hat für mich die Gestaltung von Beziehung zu anderen Menschen?

Wie wichtig ist für mich die Gestaltung von Beziehung?

Messe ich den Wechselwirkungen in der Beziehung für mich Bedeutungen bei?

Die eigene innere Haltung zu mir selbst

Wie viel Geduld und Nachsicht habe ich für mich selbst in Beziehungen?

Wie habe ich mich selbst als Mensch entwickelt?

Welche Fragen haben mich in dieser Entwicklung bewegt?

Wie schwer waren für mich Veränderungen in meiner Person?

Gestehe ich mir zu, etwas nicht oder noch nicht zu wissen?

Wie erkenne ich meine eigenen Empfindungen in der Beziehung?

Wie erkenne ich die Wechselwirkungen zwischen mir und dem Patienten?

Die eigene innere Haltung zum Anderen

Wie viel Zeit kann ich dem anderen in seiner Entwicklung geben?

Gestehe ich dem Anderen zu, etwas nicht oder noch nicht zu wissen?

Lasse ich dem Anderen seine eigenen Empfindungen?

Ist mir klar, dass auch ich selbst Wechselwirkungen hervorrufe? Welche Fragen haben den Anderen in seiner Entwicklung bewegt?

Wie konnte er sich als Mensch in Beziehungen entwickeln?

Diese Leitfragen sind inhaltlich schon in den Grundlagen der Beziehungsarbeit im ersten Artikel beschrieben worden. Sie tauchen an dieser Stelle nochmals auf, um deutlich zu machen, dass die Haltungen, die dort beschrieben sind, das praktische Tun beeinflussen. Von diesen Haltungen, die sich mühelos in Leitfragen übersetzen lassen, gehen bereits die ersten Wirkungen in der Beziehungsarbeit aus.

Die Ebene der unspezifischen Wirkfaktoren

Wie werden die oben beschriebenen Haltungen wirken?

Die beschriebenen Haltungen implizieren bei der Pflegekraft ein bestimmtes Verhalten in der Interaktion mit dem anderen. Die Haltungen lassen immer zu, dass die Pflegekraft auch als Mensch und nicht nur als Rolle in der Beziehung steht.

Grawe, Tschuschke und Czogalik haben den beschriebenen Haltungen in ihren Forschungen auch immer wieder psychotherapeutische Wirkungen zugeschrieben [6,10].

Tscheulin betont den wichtigen Aspekt des therapeutischen Basisverhaltens, nämlich den Aufbau einer bestimmten Art zwischenmenschlicher Beziehung [9].

Dazu gehören:

1. „Realitätsoffenheit: Sie zeigt sich in dem Ausmaß an Offenheit für die persönliche Wirklichkeit und reale Situation der Interaktionspartner.
2. Personenbezogenheit: Sie zeigt sich in dem Ausmaß des korrekten Verstehens der persönlichen Eigenart der Interaktionspartner.
3. Akzeptationsbreite: Sie zeigt sich in dem Ausmaß an Achtung vor der individuellen Eigenart der Interaktionspartner“ [2].

In den Forschungen zur Wirkungsweise von Psychotherapie wird immer wieder von spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren gesprochen. Tschuschke und Czogalik stellten z. B. fest, dass, wenn die spezifischen Faktoren wirksam sein sollten, Unterschiede bei den therapeutischen Techniken erwartet werden müssten und speziell geschulte Therapeuten mehr Erfolg haben als Laien [10]. Dagegen sprechen jedoch Forschungsergebnisse von Durlak, Strupp und Hadley [4]. Die Forscher konnten nachweisen, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen professionellen und Lientherapeuten gab [2].

Unspezifische Wirkfaktoren sind Elemente der Heiler-Patient-Beziehung, die wirksam für Veränderung sein können. Hier werden vor allem Haltungen von Menschen genannt:

Unspezifische Wirkfaktoren:

Verständnis, Respekt, Interesse, Ermutigung, Anerkennung, Vergebung, Wärme, Empathie, Akzeptanz.

Schön ist hier die Formulierung von Bozok und Bühler, die die unspezifischen Wirkfaktoren als „jene Art von menschlichen Qualitäten (bezeichnen), die schon seit undenklichen Zeiten als wirkungsvoll im Aufrichten der menschlichen Seele angesehen werden“ [3].

In dem Buch Psychotherapie und Psychosomatik in der Pflege von Ahrens und Bauer [1] wird die Geschichte einer Begegnung erzählt, die sehr von diesen o.g. Qualitäten bestimmt ist. Es ist die Geschichte der Begegnung einer Schwester und einer Patientin im Nachtdienst. Die Patientin muss eine für ihr Leben wichtige Entscheidung treffen und braucht dabei Unterstützung. Sie ist jedoch sehr zurückhaltend und kann sich wohl nur schwer Hilfe holen. Das Besondere an der Geschichte ist aber die Bedeutung der Haltung der Schwester und die Wirkung dieser Haltung auf die Problemlösung. Die Geschichte kann hier leider nicht vollständig abgedruckt werden, aber eine kleine Sequenz soll erzählt werden.

„Es war kurz nach halb drei nachts. Ich hatte mir gerade ein Fertiggericht mit heißem Wasser zubereitet und frischen Tee gekocht und rührte nun hungrig mit dem Löffel in der Plastikschaale und blies auf das Essen, um es abzukühlen. Da sah ich aus den Augenwinkeln, wie sich jemand aus dem Blickfeld der Tür schlich und sich vorsichtig auf die Klinke zubewegte. Die Tür stand einen Spaltbreit auf, und darum sagte ich: ‚Kommen Sie doch herein!‘

Eine Frau erschien im Türrahmen, komplett angezogen. ‚Guten Morgen‘, begrüßte ich sie. Sie blieb in der Tür stehen. Ich erhielt keine Antwort, sie betrachtete den Tisch, an dem ich saß, sah das Laptop, die Papiere und das Essen, in dem ich noch rührte. ‚Ich wollte nur mal gucken, aber jetzt störe ich Sie bei der Arbeit, da gehe ich lieber wieder rauf.‘ ‚Das ist nicht meine Arbeit, kommen Sie ruhig und setzen Sie sich, das hier rennt nicht davon‘, sagte ich zu ihr und deutete auf einen der Stühle. ‚Ich sehe, Sie essen gerade, da glaube ich, ist es besser, ich gehe wieder.‘ ‚Dabei stören Sie nicht; aber wenn es Sie stört, dass ich esse, räume ich es solange weg.‘ Sie stand unschlüssig da. Ich hatte das Gefühl, dass jede Geste, jeder Tonfall sie nun sofort aus dem Zimmer treiben würde. So ruhig wie möglich sah ich darum erst auf den Tisch, dann zu ihr und fragte leise: ‚Bevor Sie gehen, würde ich Sie gerne etwas fragen: Für wen, denken Sie, bin ich hier‘ [1]?“

Nach langem Hin und Her entscheidet sich die Patientin dann auch zu bleiben und in einer zweiten Begegnung in der nächsten Nacht und den folgenden Tagen können dann auch die Probleme der Patientin gelöst werden. Alleine die Haltung der Schwester – ich bin für Sie da – konnte die Beziehung zur Patientin so einleiten, dass Vertrauen und Zuwendung entstehen konnte.

Der weitaus wichtigste unspezifische Faktor ist die Beziehung zwischen den Interaktionsteilnehmern selbst. Grawe nennt neben weiteren Faktoren die Beziehungsperspektive und nennt drei Gründe [6]:

- Psychische Störungen können als Beziehungsstörungen aufgefasst werden.
- Das zwischenmenschliche Geschehen ist eines der wichtigsten Mittel, um therapeutische Veränderungen herbeizuführen.

- Die Qualität der Beziehung hat nachweislich einen sehr großen Einfluss auf das Therapieergebnis.

„Nachweislich scheinen sich therapeutische Veränderungen dort einzustellen, wo sich ein Zusammenspiel einstellt zwischen einem Patienten, der sich auf eine solche Beziehung einlassen kann, und einem Therapeuten, dessen Interventionen vom Patienten als Ausdruck von Fürsorge, Engagement und Interesse erfahren werden.“

Zuletzt treffen Tschuschke und Czogalik folgende Aussage [10]: „Die zentrale Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung von Therapeut und Patient für den Therapieerfolg, darf als empirisch bestgesicherte Aussage der Psychotherapieforschung gelten.“

Die Prozessebene

Hier soll nicht der Pflegeprozess in seiner üblichen Form beschrieben werden. Die Prozessebene, die hier beschrieben wird, ist der Prozess der Interaktion zwischen zwei Menschen. Als Grundlage und Beispiel dafür dient die Zielerreichungstheorie von I. King, die in ihrem allgemeinen Systemmodell eine zentrale Stellung einnimmt [7].

King beschreibt darin drei zentrale Systeme: Das soziale System, das interpersonale System und das personale System. Der Mensch ist der Mittelpunkt der Pflege. Das interpersonale System beschreibt King mit zwei oder mehreren Individuen, die in bestimmten Situationen miteinander interagieren. Dazu benötigen Menschen die Kommunikation. Das Hauptkonzept des interpersonales Systems ist die Interaktion. Im personalen Konzept beschreibt King die Wahrnehmung als das Hauptkonzept.

Es geht bei King also darum, dass zwei Menschen in ihrer Interaktion den anderen wahrnehmen und darauf reagieren. King benutzt dazu bestimmte Begriffe, die in der Grafik beschrieben sind (Abb. 1).

Aus dem Zusammentreffen der Interaktionsteilnehmer entstehen auf beiden Seiten Wahrnehmungen, die von der jeweiligen Person bewertet werden. Diese Bewertung nennt King ein Urteil. Daraus erfolgen Aktionen, was bei King bedeutet, dass sich die jeweilige Person eine Antwort oder Reaktion vornimmt, die Aktion ist also ein mentaler Prozess. Die Reaktion beschreibt das Handeln der Einzelnen im Beziehungsgeschehen. Auf die Reaktionen erfolgt eine Interaktion, die wieder nur einen mentalen Prozess darstellt, d. h. jeder Einzelne plant nun wieder seine Antwort oder Reaktion. Erst dann erfolgt die Transaktion. Nicht auf jede Interaktion erfolgt nach King eine Transaktion. Nur für den jeweiligen Menschen relevante Interaktionen führen zu Transaktionen. Transaktionen sind damit salopp gesagt die Dinge, die Menschen betreffen, die sie in Bewegung bringen.

Das Problem, das King mit dieser Theorie zu beheben versucht, ist das der Wahrnehmung und der daraus folgenden Kommunikation. Die Urteile über die Wahrnehmung kommen nämlich aufgrund von Schlussfolgerungen zu Stande und diese Schlussfolgerungen bestehen eben nur im Kopf eines Interaktionsteilnehmers. Aus diesem Grunde müssen die Schlussfolgerungen,

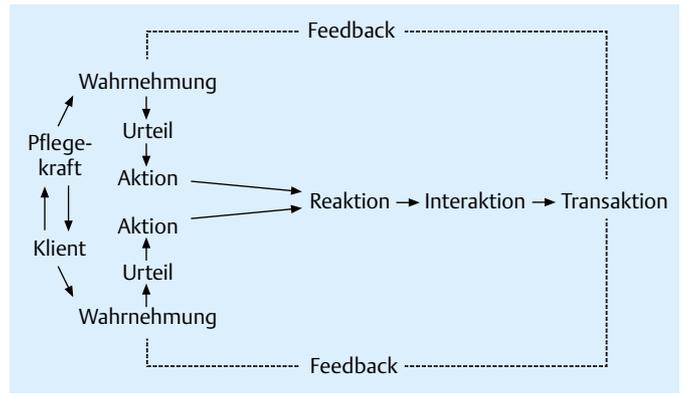


Abb. 1 Pflegeprozess nach King in Fawcett [5].

die letztlich über die Reaktion und Interaktion zur Transaktion führen, überprüft werden. King nennt dies verifizieren. Die Pflegekraft stellt dabei für den Patienten ein echtes Kommunikationsmodell dar, das zur Nachahmung einladen kann. Diesen doch recht komplizierten Sachverhalt möchte ich an einem Beispiel beschreiben:

Eine Pflegekraft hat die Aufgabe, einem Patienten zu erklären, dass sein Wochenendurlaub nicht genehmigt wurde. Der Antrag war zu spät abgegeben worden und konnte in der Teamsitzung nicht mehr berücksichtigt werden. Die Reaktion des Patienten ist sehr ärgerlich und aggressiv. Er schreit laut herum und flucht vor sich hin. Die Pflegekraft nimmt nun für sich einen Vorwurf gegen das Team wahr und verteidigt sich mit der verspäteten Abgabe des Antrags und weist eine Schuld des Teams weit von sich. Der Patient fühlt sich daraufhin angegriffen und wird noch wütender und schlägt die Tür beim Verlassen des Dienstzimmers hinter sich lautstark zu.

In diesem Beispiel, das sicher sehr viele Kollegen aus eigener Erfahrung kennen, hat die Pflegekraft auf den Patienten aufgrund der eigenen Schlussfolgerung, nämlich dass der Patient dem Team einen Vorwurf macht, reagiert. Daraus kam die Interaktion zu Stande, dass der Patient noch wütender wurde. Zur Verdeutlichung der King'schen Zielerreichungstheorie beschreibe ich dieses Beispiel nochmals, aber mit anderen Reaktionen und Interaktionen.

Eine Pflegekraft hat die Aufgabe einem Patienten zu erklären, dass sein Wochenendurlaub nicht genehmigt wurde. Der Antrag war zu spät abgegeben worden und konnte in der Teamsitzung nicht mehr berücksichtigt werden. Die Reaktion des Patienten ist sehr ärgerlich und aggressiv. Er schreit laut herum und flucht vor sich hin. Die Pflegekraft nimmt nun für sich einen Vorwurf gegen das Team wahr und beschließt diese Wahrnehmung zuerst zu überprüfen. „Sind Sie denn jetzt wütend auf uns, ich möchte gerne Ihre Reaktion verstehen und Ihnen versichern, dass wir uns die Entscheidung nicht leicht gemacht haben. Einige von uns waren auch dafür, den Urlaub trotzdem zu genehmigen, weil sie glaubten es wäre sicher sehr gut für Sie. Leider haben wir uns dann aber im Sinne der Gleichbehandlung entschieden.“ Der Patient sieht die Pflegekraft verdutzt an und antwortet: „Nein, das Team kann doch nichts für meine Dummheit, ich vergesse immer wieder die wichtigen Sachen und dann ärgere ich mich ganz fürchterlich über mich selbst.“

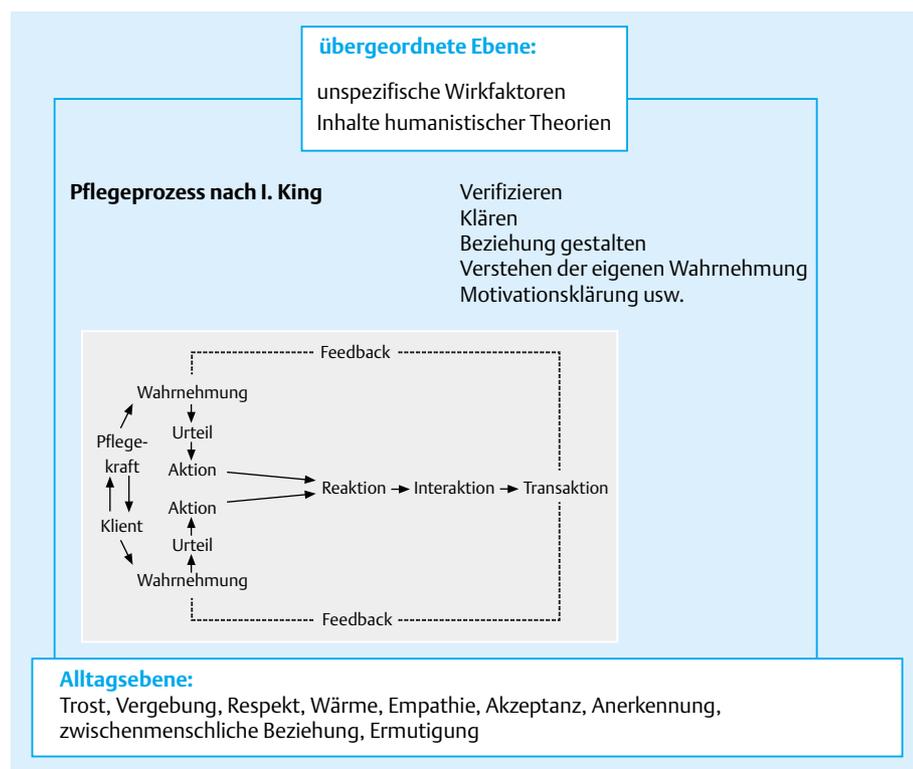


Abb. 2 Modell der Wirkebenen nach Bauer. In: Pflege: die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 1/1999 [2].

In diesem Beispiel haben wir ein völlig anderes Ergebnis. Natürlich könnte das Geschehen auch anders laufen, aber der wesentliche Unterschied, der beschrieben werden soll ist der: Die Pflegekraft hat ihre Wahrnehmung überprüft, King nennt dies verifizieren und hat damit auf den Patienten und nicht auf sich selbst reagiert. Diese Überprüfung ist das Feedback, das King meint.

Die Prozessebene in der Beziehungsarbeit ist demnach die ständige Überprüfung der eigenen Wahrnehmung der Pflegekraft in der Interaktion und die Klärung der Wahrnehmung mit dem Patienten. Verhält sich eine Pflegekraft nach diesem Prozessmodell, dann dient sie selbst als Kommunikations- und Wahrnehmungsmodell für den Patienten. Der Patient kann dadurch seine eigene Wahrnehmung der Dinge überprüfen lernen, von stereotypen Urteilen und Verhaltensweisen abweichen und neue Verhaltensweisen entwickeln. Der Patient lernt letztlich sich selbst besser kennen.

Nach Grawe geht es in der Klärungsperspektive, einem therapeutischen Wirkfaktor, darum, „dass der Patient sich über sich selbst klarer wird, sich besser verstehen lernt, um sich besser annehmen und/oder bewusster anders verhalten zu können als bisher“ [6].

„Die Pflegekraft geht im Prozess des Verifizierens immer auf die Wahrnehmung des Patienten (und seine eigene) ein und wird so die Beziehungsaspekte dieser Wahrnehmung in der gemeinsamen Beziehung identifizieren. Damit wird die Pflegekraft den Patienten immer besser kennen und seine Reaktionen verstehen lernen. In diesem Prozess, der verbal vor sich geht, wird auch der Patient sich besser kennen lernen und u.U. entdecken, wie er eigentlich fühlt, wahrnimmt und was er eigentlich gerne möchte“ [2].

Verhält sich eine Pflegekraft gemäß dieser Zielerreichungstheorie, so wird sicher der Wirkfaktor des Modelllernens zum Tragen kommen. Das Modelllernen in helfender Beziehungen ist lerntheoretisch immer wieder in seiner Wirksamkeit bewiesen worden [2].

Die Zielebene

Bei der Diskussion der Wirksamkeit von pflegerischer Beziehung müssen wir das Ziel von Beziehungen betrachten. Was kann eigentlich das Ziel von pflegerischen Beziehungen sein? Ich möchte die Antwort gerne vorwegnehmen, weil sie auch ein wenig für die anschließende Diskussion provoziert und vielleicht auch zunächst verwirrt.

Das Ziel pflegerischer Beziehung ist die Beziehung selbst

Damit ist gemeint, dass die pflegerische Beziehung nicht primär das Ziel von Persönlichkeitsveränderung oder Verhaltensänderung hat. Im Fokus des Geschehens steht immer das Bemühen um die Kongruenz der Beziehung (siehe 2. Artikel, Heft 1/2002). Die Kongruenz entsteht durch das Bemühen um Kongruenz in jedem einzelnen Hier und Jetzt. Sowohl im ersten, als auch im letzten Augenblick, also am Anfang oder am Ende einer Begegnung oder Phase des Zusammentreffens zwischen Pflegekraft und Patient muss Beziehung mit hoher Qualität gestaltet werden.

Während die Beziehung in dem Sinne dieser Beständigkeit gestaltet wird, kann beim Patienten Verhaltensänderung entstehen oder auch Persönlichkeitsveränderung oder auch Einsicht, verbesserte Wahrnehmung für sich selbst und andere, Verlassen von stereotypen Handlungen, Schlussfolgerungen und Wahrnehmungen und vieles andere mehr. Die Darstellung der Wirkungen und die Möglichkeiten der Interventionen auf der Haltungs-,

Prozess- und auf der Ebene der unspezifischen Wirkfaktoren haben dies ausreichend beschrieben.

Allein die Zielverfolgung, die Beziehung zu gestalten, wirkt bereits. Ich möchte hier noch einmal auf das Beispiel mit der Nachtschwester hinweisen. Das Ziel der Nachtschwester war nicht die Verhaltensänderung, sondern zunächst nur das der Beziehungserhaltung. Und diese Beständigkeit des Beziehungsangebotes wirkt.

Schluss

Dieser Beitrag versucht, das komplexe Werk der Wirkungen von Beziehungen in der Pflege zu beschreiben. In einem früheren Artikel habe ich diese Wirkungen in drei anders benannten Ebenen beschrieben, die die psychotherapeutische Wirkung von pflegerischen Interventionen klarstellten.

Zur Vollständigkeit möchte ich dieses Modell der Wirkebenen nochmals grafisch darstellen (siehe Abb. 2).

Mit diesem Beitrag sollte die Arbeit der pflegerischen Beziehungsgestaltung nach den philosophischen Gedanken des ersten Artikels und der strukturellen Beschreibung des Modells der Kongruenten Beziehungspflege im zweiten Artikels auch Möglichkeiten des Nachweises von Wirkungen erhalten. Das Modell der Wirkebenen kann durchaus als Evaluationsmodell für die pflegerische Beziehung verwendet werden und liefert sicher einen Qualitätsnachweis pflegerischer Beziehungsarbeit.

Ein nächster Beitrag wird sich nochmals mit den Pflegenden selbst beschäftigen und in vielen Beispielen das Erleben von Pflegekräften in Beziehungen mit ihren Patienten beschreiben. Der letzte Artikel dieser Reihe wird dann ein praktikables Handlungskonzept von Beziehungspflege in der alltäglichen pflegerischen Arbeit darlegen. Das Handlungskonzept zur Kongruenten Beziehungspflege wurde von Jürgen Hauer entwickelt, der auch der Autor des letzten Beitrages sein wird.

Literatur

- ¹ Bauer R, Ahrens R. Psychotherapie und Psychosomatik in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1998
- ² Bauer R. Eine dialektische Betrachtung der psychotherapeutischen Wirksamkeit pflegerischer Interventionen. In: Pflege, die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. 1. Teil 4/1998, 2. Teil 1/1999. Bern: Huber,
- ³ Bozok, Bühler. In: Tschuschke V, Czogalik D (Hrsg). Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Berlin: Springer, 1990
- ⁴ Durlak, Strupp, Haedley. In: Tschuschke V, Czogalik D (Hrsg). Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Berlin: Springer, 1990
- ⁵ Fawcett J. Pflegemodelle im Überblick. Bern: Huber, 1996
- ⁶ Grawe K, Donati R, Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Hogrefe, 1994
- ⁷ King I. In: Fawcett J. Pflegemodelle im Überblick. Bern: Huber, 1996
- ⁸ Paterson J, Zderad L. Humanistische Pflege. Bern: Hans Huber, 1999
- ⁹ Tscheulin D. Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interventionen. Göttingen: Hogrefe, 1992
- ¹⁰ Tschuschke V, Czogalik D. Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Springer, 1990
- ¹¹ Watson J. Pflege – Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern: Hans Huber, 1996