

XX. Arbeitstagung Psychonephrologie, Dresden, 17. 02. - 19. 02. 2005 Workshop 4

Dipl.-Psych. Theodora Wirth-Junghöfer (Betroffene), Bonn
Dipl.-Psych. Martin Junghöfer (Angehöriger), Bonn

Begrüßung, Freude, dass so viele gekommen sind, obwohl der Titel etwas unklar ist.

Arbeitstitel:

- 1. „Mensch mit Nierenversagen trifft auf professionellen Helfer“**
- 2. Empowerment als Entwicklungschance für beide Seiten**
- 3. Wie können professionelle Helfer sich selbst und den Menschen mit Nierenversagen zu mehr Selbstbestimmung und Selbstverantwortung verhelfen?**

Daraus wurde durch einige Übertragungs- und Verständigungsprobleme der Titel:

Wie können professionelle Hilfen den Patienten zu neuer Selbstbestimmung und Selbstverantwortung verhelfen?

Also wieder zurück zum Anfang: 1. und 2.

Hier in Dresden geht es nicht um „Patientenschulung“, da könnte man den Satz ja auch mal umdrehen:

- 4. Wie können mündige Patienten sich selbst und die prof. Helfer zu mehr Selbstbestimmung und Selbstverantwortung verhelfen?**

Das ist bestimmt interessant, kann aber nur Gegenstand eines Treffens einer Selbsthilfegruppe sein. Hier in Dresden sind die professionellen Helfer versammelt, deswegen: 1., 2. und 3.

Vorstellung:

Wir sitzen eigentlich hier zu zweit, wie es ja auch im Programm steht. Meine Frau hat aber kürzlich eine derartige Verschlechterung ihrer Nephropathie erleiden müssen, dass sie sich nicht in der Lage fühlt, hier neben mir zu sitzen und ihren Part an diesem workshop zu übernehmen. Sie war an der Vorbereitung gleichberechtigt beteiligt, deswegen werde ich immer in der Wir-Form reden. Sie bedauert es selber am meisten, nicht hier sein zu können und grüßt sie alle ganz herzlich.

Wer sind wir:

Theodora: 55 Jahre, als Psychologin gearbeitet sieben Jahre in Kliniken, 13 Jahre in eigener Praxis und zwischendurch freiberuflich tätig; sie ist eher tiefenpsychologisch ausgerichtet;

Martin: 59 Jahre, gearbeitet fast 27 Jahre in verschiedenen Rehakliniken, dabei u.a. Fachpsychologe Diabetes, seit 3 Jahren arbeitslos und nun kurz vor Hartz IV, gleichzeitig Aufbau einer Praxis, ich bin kognitiv verhaltenstherapeutisch orientiert.

Wir beide sind Psychologische Psychotherapeuten mit über 25jähriger Berufserfahrung. Seit langem weiß meine Frau, dass sie von schleichendem Nierenversagen betroffen ist. 1996 kam die Diagnose, dass ihre Nieren nur noch 25% Funktion hatten. Seit Juni 2001 ist sie dialysepflichtig und macht seitdem Bauchfelldialyse. Seitdem haben wir die üblichen Höhen und Tiefen durchlebt. Die letzte Verschlimmbesserung, die ihr widerfahren ist, bestand in einer fehlgeschlagenen Transplantation im Dezember und seit dem hat sie Hepatitis C! Deswegen ist sie jetzt auch nicht hier.

Als Diplom-Psychologen reflektieren wir „natürlich“ das, was uns betrifft, in uns eigentümlicher Weise. So beschäftigen wir uns seit 1996 mit der Psychonephrologie, Theodora als Betroffene, ich als Angehöriger und mit meiner Erfahrung aus der Psychodiabetologie. Im Laufe dieser neun Jahre haben sich bei uns – gespeist aus Lebenserfahrung und Fachwissen - Ideen und Konzepte entwickelt, die wir sowohl als Grundlage unserer Netzwerkarbeit sehen, als auch schon in verschiedenen Fachveranstaltungen präsentiert haben, so nun auch hier in Dresden. Wir sind überzeugt, dass diese Ideen und Konzepte brauchbar sind und wir hoffen, dass sie damit etwas in ihrer Praxis, in ihrem konkreten Alltag anfangen können.

Wir haben uns auch in verschiedenen Selbsthilfegruppen engagiert, zuletzt vor allem im HDP – Heim Dialyse Projekt - , das vom Berliner Zentrum für selbstbestimmtes Leben unterstützt wird. Einen Informationsstand des HDP finden sie draußen.

Wir meinen also, dass wir beide in uns diese beiden Seiten, um die es heute geht, vereinigen in unserer jeweils unterschiedlicher Akzentuierung und Ausprägung: wir sind gleichzeitig Betroffene und Helfer.

Kurze Vorstellungsrunde

Zusammenfassung:

Was erwartet sie, was wollen wir rüberbringen?

Wir sind an dieser Stelle nicht bescheiden, wir wollen, dass sie, wenn sie diesen workshop hinter sich haben, nicht nur Einstellungen geändert haben, sondern vor allem ihr Verhalten ändern werden.

Wir gehen natürlich auch davon aus, dass sie vieles von dem, was wir vortragen, wissen und auch entsprechende Einstellungen haben, ja vielleicht sogar entsprechend handeln. Dann hoffen wir, sie durch eine kompakte Zusammenfassung aller relevanten Aspekte in ihrem Tun zu unterstützen und sie hier gestärkt rausgehen.

Konkret wollen wir folgendes vorbringen und mit ihnen erarbeiten:

1. über allem steht der **Empowerment**ansatz, der in vielen Facetten beleuchtet wird;
2. was bedeutet und impliziert: „**Mensch mit Nierenversagen**“;
3. was bedeutet und impliziert: „**professioneller Helfer**“;
4. was bedeutet und impliziert ein **dynamische Gesundheitsmodell** und spezifische **Gesundheitsüberzeugungen**;
5. welche Vorteile bietet das Modell der **Psychotraumatologie** für das Verständnis und die Akzeptanz von Menschen mit Nierenversagen;
6. und weil jede Situation, in der Menschen mit Nierenversagen auf professionelle Helfer treffen mit Kommunikation zu tun hat, zuletzt noch einige Aspekte zu **lösungsorientiertem Gesprächsverhalten**.

Alles unter der Überschrift:

Wie können professionelle Helfer sich selbst und den Menschen mit Nierenversagen zu mehr Selbstbestimmung und Selbstverantwortung verhelfen?

Gemeinsam zur Selbstbestimmung!

Ad 1 Empowerment

Da der Empowermentansatz hier über allem schwebt, möchte ich hier eine kurze Zusammenfassung der wesentlichen Essentials geben und sie vor allem von der Compliance absetzen:

Das Empowermentmodell speziell im Gesundheitsbereich hat sich aus der Erkenntnis entwickelt, dass Patienten nicht gezwungen werden können, einen Lebensstil zu führen, der ihnen von professionellen Helfern vorgegeben wird. Somit steht Empowerment im krassen Gegensatz zur Compliance, der – Zitat Brockhaus: „Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an den vom Arzt vorgeschlagenen Maßnahmen“. Es geht, wie sie unschwer sehen, um den schlichten Unterschied von Verhältnissen auf annähernd gleicher Augenhöhe oder von Machtverhältnissen. Als Psychologe gehen mir immer die Nackenhaare hoch, wenn ich jemanden über Compliance reden höre; das ist meines Erachtens mit dem unter Psychologen herrschenden Weltbild nicht vereinbar.

Das Empowermentmodell spricht von Selbstbewusstsein, persönlicher Verantwortung, informierter Entscheidung und Lebensqualität.

Die E- Philosophie basiert auf einer Reihe von zusammenhängenden Annahmen:

1. Menschen haben physische, intellektuelle, emotionale, soziale, und spirituelle Anteile in ihrem Leben, die in einer dynamischen und ganzheitlichen Weise miteinander interagieren.
2. Der Mensch soll die physischen, intellektuellen, emotionalen, sozialen, und spirituellen Komponenten seines Lebens achten, ernst nehmen sich vergegenwärtigen.
3. Menschen haben das natürliche, angeborene Recht und die Verantwortung, Entscheidungen die ihr Leben betreffen, selbst treffen zu können und zu müssen.

Um die Verantwortung für die Selbstfürsorge übernehmen zu können, müssen die Patienten sowohl Einsichten in ihre eigenen Wertvorstellungen, Bedürfnisse und Ziele haben als auch spezifisches Wissen über die Krankheit und deren Behandlung haben.

Wahlmöglichkeit heißt das zentrale Thema im Empowerment, der Glaube, dass der Patient seine eigenen Entscheidungen treffen kann und muss. Sie werden beeinflusst von persönlichen Werten, Zielen, Bedürfnissen, Ressourcen, persönlicher Geschichte, Kultur und Gesundheitsvorstellungen.

Ad 2 „Mensch mit Nierenversagen“

Und somit bin ich zum zweiten Thema meiner Darlegungen gekommen, zur Erläuterung des Begriffs: „**Mensch mit Nierenversagen**“.

In der Psychodiabetologie hat man sich schon vor vielen Jahren geeinigt, möglichst nie von „Diabetikern“ zu sprechen, sondern immer von „Menschen mit Diabetes“. Auch wenn dieser Begriff etwas geschraubt klingen mag, so werden hier doch ganz entscheidende Unterschiede in der Herangehensweise an Menschen manifest.

Ich möchte versuchen, das an einem Beispiel zu verdeutlichen.

Wenn ein Mensch einmal gelogen hat, so hat er gelogen; er hat in einer spezifischen Situation eine spezifische Handlung begangen. Das bedeutet nicht notwendigerweise, dass er in jeder anderen Situation immer und überall und mit absoluter Vorhersagewahrscheinlichkeit lügen wird und dies nur ausnahmsweise unterlässt. Wenn ich ihn aber aufgrund der einen Lüge als „Lügner“ bezeichne, mache ich letztlich genau das, ich unterstelle, dass er immer lügt und nur ausnahmsweise nicht und ich reduziere ihn in seiner gesamten komplexen Persönlichkeit auf dieses Verhalten, was ich zu einer Eigenschaft hochstilisiert habe.

Es geht hier in einer sehr pointierten Weise um den Unterschied von **Haben und Sein**, von situationsspezifischer Handlung und unverrückbarer Eigenschaft. Rechtfertigt die Begehung einer oder auch mehrerer Handlungen die Zuschreibung von quasi unverrückbaren und unveränderbaren Persönlichkeitszuschreibungen? Ich und die meisten Psychologen meinen, dass dies nicht zulässig ist.

Genau dieses Prinzip der Unterscheidung von **Haben und Sein** wird auch bei chronischen Krankheiten wichtig. Wenn man einen Menschen als „Diabetiker“ bezeichnet, so reduziert man ihn - **auch dann, wenn man es nicht so meint** - einzig darauf, dass er Träger einer bestimmten Krankheit ist, man entkleidet ihn aller Eigenschaften, Anteile und Aspekte, die ihn zum Menschen, zu einem einzigartigen Individuum machen; ja ich möchte es bewusst noch krasser ausdrücken: man nimmt ihm damit die unantastbare Menschenwürde – wie gesagt, auch dann, wenn man es nicht so meint! Da dieser Mensch aber unter vielem anderen auch Diabetes **hat**, macht ihn das nicht zum Diabetiker, sondern zum „**Menschen mit Diabetes**“. **Er hat Diabetes, er ist nicht Diabetiker!**

Seitdem ich durch meine Frau und ihre fortschreitende Nierenerkrankung mit der Nephrologie konfrontiert bin, versuche ich, diesen – wie ich meine fundamentalen Gedanken - auch hier einzubringen; denn auch hier gilt, dass man einen „Menschen mit Nierenversagen“ letztlich entwürdigt, wenn man ihn unzulässig auf seine Krankheit verkürzt und ihn als „Nierenkranker“, als „Dialysepatient“ usw. oder sogar einfach nur als „Patient“ bezeichnet. Selbst wenn es etwas holprig klingen mag, plädiere ich dafür, „**Mensch mit Nierenversagen**“ zu denken und zu sagen, weil dies eine Manifestation der Achtung ist, die wir alle vor allen Menschen haben und haben sollen.

Ich weiß, dass das schwierig ist und u.U. dauert. Mir ist z.B. jetzt bei der Vorbereitung zu diesem workshop aufgefallen, dass meine Frau immer häufiger MmN sagt, wobei sie mein Insistieren zu Anfang ziemlich nervig fand!

Ad 3 „professioneller Helfer“

Jede Medaille hat zwei Seiten, die eine Seite dieser Medaille heißt MmN, die andere Seite, der korrespondierende Begriff also lautet: professioneller Helfer.

Die Relevanz des Begriffs vom **professionellen Helfer** lässt sich am einfachsten am „Schumi-Modell“ erläutern:

Michael Schumacher ist Weltmeister im Formel 1 Rennen und das schon seit Jahren. Er ist dies, weil er gut ist und weil er mit seiner Erfahrung, seinem Können und seiner Persönlichkeit umgeben ist von einem Team hochkompetenter „professioneller Helfer“, die alle auf ihrem Spezialgebiet weit mehr Wissen, Können und Erfahrung haben, als Schumacher selber: der Spezialist für Motoren, der für Benzin, der für Reifen usw. – alle diese wissen auf ihrem jeweiligen Fachgebiet mehr als Schumi. Sie tragen es ihm vor, sie helfen ihm und er muss das alles - vor allem in der Rennsituation abwägend bedenken und die gelegentlich sogar widersprechenden Ratschläge integrieren in ein einheitliches Tun.

Ein entscheidendes Merkmal der Professionalität der Helfer besteht auch darin, dass sie ihr Spezialwissen auch gut rüberbringen, also verstehbar an den Mann zu bringen, damit er – Schumi - damit was anfangen kann.

Hochkompetente professionelle Helfer mit exelentem Kommunikationsstil treffen auf den spezifischen Michael Schumacher und alle zusammen bewirken, dass er Weltmeister ist und bleibt.

So soll im Idealfall die Situation eines Menschen mit einer chronischen Krankheit sein: er soll umgeben sein von einer Schar professioneller Helfer, die ihm ihr Wissen so vermitteln, dass er damit etwas anfangen kann, damit er als Weltmeister seiner eigenen Störung, seiner Krankheit durch sein persönliches Leben kommt.

Nebenbei – ich kann's nicht lassen und meine Frau würde mich jetzt bremsen – stellen sie sich mal vor, die pH würden Compliance von Schumi verlangen! Wie weit der dann wohl käme!

Ad 4 dynamisches Gesundheitsmodell und Gesundheitsüberzeugungen

Im alltäglichen Leben einer Klinik oder einer Praxis macht sich nach meiner Erfahrung niemand – weder Helfer noch Betroffener - irgendwelche Gedanken über theoretische Gesundheitsmodelle. Ich habe aber oft und immer wieder erlebt, dass wenn sich jemand auf solche Gedankengänge einlässt, es zu erstaunlichen Einstellungsänderungen gekommen ist. Ob und wie das dann auch zu Verhaltensänderungen führt, ist Teil dieses Kapitels.

Hier geht es ganz fundamental um das Thema „Lebensqualität“, obwohl das auf den ersten Blick nichts oder nur wenig damit zu tun haben mag.

Es wird sehr viel darüber geredet und geschrieben, es werden repräsentative Umfragen darüber gemacht, was das Wichtigste im Leben ist. Die allgemeine Meinung darüber lässt sich in zwei Sätzen zusammenfassen:

„Gesundheit ist das höchste Gut“ und
„Alles ist nichts ohne Gesundheit“.

Dabei rangiert interessanterweise in der allgemeinen Volksmeinung die Gesundheit in der Wichtigkeit noch vor der Liebe!

Wenn man sich aber fragt, was Gesundheit ist, führt uns das aber nicht weiter und so schauen wir mal nach bei der WHO, wie die schon 1946 Gesundheit definiert haben:

„Die Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.

Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, des politischen Bekenntnisses, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.

...

Für die höchste Entwicklung des Gesundheitszustandes ist von wesentlicher Bedeutung, dass die Wohltaten des medizinischen, psychologischen und des damit zusammenhängenden Wissens allen Völkern nutzbar gemacht werden. ... “

Diese leider viel geschmähte politische Zielvorgabe lenkt die Aufmerksamkeit auf eine mehr ganzheitliche Sichtweise des Menschen und somit auch von Gesundheit und Krankheit.

In der Gesundheitsforschung schälte sich heraus, dass es offensichtlich zwei verschiedene Auffassungen von Gesundheit gibt, die mechanische und die dynamische:

Mechanische Gesundheitsauffassung:

*** Gesundheit ist das Freisein von Krankheit, Gebrechen und Symptomen**

hier wird der Körper losgelöst von Geist und Seele als Maschine betrachtet, die entweder funktioniert oder – wenn nicht – repariert werden muss.

Diese mechanisch/mechanistische Auffassung von Gesundheit ist – und darüber dürfen wir uns nichts vormachen – noch sehr weit verbreitet, ja die allgemein vorherrschende.

Es gibt aber auch die andere Auffassung, die dynamische:

Dynamische Gesundheitsauffassung:

*** Gesundheit ist ein Prozess sich ständig entwickelnder Erfahrung; sie ist die lebendige Kontaktaufnahme des Menschen mit sich selbst und mit seiner Umwelt.**

Hier wird der Mensch als ganzheitliches Wesen betrachtet mit körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Dimensionen, die ineinander greifen und sich gegenseitig beeinflussen.

Gesundheit ist in diesem Verständnis kein eindimensionales Produkt einer gesunden Lebensweise oder des fachkundigen Handelns professioneller Helfer, sondern sie – die Gesundheit - spiegelt immer das Ergebnis einer Interaktion, einer Auseinandersetzung von Menschen mit sich selbst, den anderen und der Umwelt wieder. Faktoren der eigenen Entwicklung spielen hier ebenso eine Rolle, wie Faktoren des sozialen Umfeldes, z.B. Familie und Beziehungsmuster, aber auch allgemeine und besondere Umweltbedingungen: unsere Arbeitsbedingungen, die Arbeitszufriedenheit, soziale Anerkennung, Gesundheitsversorgung, die Qualität der Luft, des Wassers, die uns umgebenden Schadstoffe. Auch politische und gesellschaftliche Bedingungen gehören in diese Gesundheitsdefinition.

Gesundheit ist dabei kein eingefrorener, statischer Zustand, sondern die mehr oder weniger geglückte Auseinandersetzung mit dem Selbst, den Mitmenschen und sowohl der physikalisch/chemischen als auch der sozialen Umwelt.

Wichtige Bestimmungsstücke der so definierten Gesundheit sind:
Kreativität, Bewegung und Lebendigkeit.

Die Attributionstheorie versucht u.a. der Frage nachzugehen, wer was und warum für seine Gesundheit tut oder nicht tut, indem sie die Wirkungen von Überzeugungen und Meinungen auf unser Tun erforscht.

Wenn man der Frage nachgeht:

Was kann ein Mensch	für seine Gesundheit tun?
„ „ „ „ mit einer akuten Krankheit	„ „ „ „ ?
„ „ „ „ mit einer chronischen Krankheit, z.B. Nephropathie	„ „ „ „ ?

Dann stößt man immer wieder auf sehr viele Menschen, die zwar sagen „Gesundheit ist das höchste Gut (s.o.)“, die aber nichts dafür tun!

Zur Erklärung und zum vertieften Verständnis dieses weitverbreiteten Widerspruchs ist nach meiner persönlichen Erfahrung und Überzeugung das Modell der „Mehrdimensionalen Kontrollüberzeugung“ nach Krampen u.a. sehr hilfreich. Erlauben sie mir deshalb hier eine (sehr) vereinfachte Darstellung des IPC-Modells der gesundheitsbezogenen Kausal- und Kontrollattributionen:

Vereinfacht ausgedrückt gibt es demnach drei verschiedene Sorten Überzeugungen darüber, woher Gesundheit und Krankheit kommen. Diese Faktoren sind z.T. in reiner Form so in Menschen verankert, dass man sie diesem Menschen zugehörig beschreiben kann:

- die einen meinen, dass Gesundheit und Krankheit im Wesentlichen etwas mit Glück, Zufall, Schicksal, höheren Mächten u.ä. zu tun hat; dem entspricht das Kürzel „C“;
- die zweite „Sorte Menschen“ glaubt auch – wie die ersten – dass Gesundheit und Krankheit im Wesentlichen nicht selber beeinflussbar sind, im Gegensatz zu den C-Leuten vertrauen sie aber voll auf die Macht der Experten, der Fachleute, der „machtvollen anderen“ – englisch „powerfull others“: also Buchstabe „P“;
- die dritte Sorte Menschen glauben und sind der Überzeugung, dass sie im Wesentlichen neben angemessener Technologie selber verantwortlich sind für ihre Gesundheit, für ihr Wohlbefinden und damit auch für die Integration von Krankheit in das Leben. Diese sind die mit der „internen Gesundheitsüberzeugung“, also Buchstabe „I“.

Es gibt natürlich viele Mischformen und obendrein darf man das Ganze nicht zu statisch sehen, es gibt Bewegungen zwischen diesen Typen.

Jetzt also ein Versuch, die Beziehung zur Nephropathie in einigen statements zu wagen:

- a) wenn man eine mechanische, statische Auffassung von Gesundheit hat, kann man mit akuten Krankheiten noch gut zu Recht kommen, mit chronischen aber überhaupt nicht!
Ja, ist doch die große Verbreitung von chronischen Krankheiten und die daraus resultierende relative Hilflosigkeit der orthodoxen Medizin die Ursache für die Entwicklung neuerer Gesundheitsmodelle gewesen.
- b) Wenn man C-Typ ist, wird man eher dazu neigen, sich um nichts zu kümmern, die beginnende Nephropathie zu ignorieren; Jubel-Trubel-Heiterkeit ist angesagt! Die Wahrscheinlichkeit ist riesengroß, dass dies daraus resultierende Verhalten zur Katastrophe führt, was dann als self-fulfilling-prophecy nur wieder die Überzeugung stärkt, dass üble Mächte am Werk sind.
- c) Der P-Typ ist weit verbreitet und auch von vielen professionellen Helfern gewünscht; der P-Typ sagt im Wesentlichen: „macht ihr mal!“ Ist man P-Typ, wird man wahrscheinlich dazu neigen, mehr oder weniger widerwillig das zu tun, was der Arzt sagt, der von einem Compliance verlangt. Da man nicht glaubt, selber etwas Wesentliches tun zu können, wird jede Schwierigkeit subjektiv übergroß. Gleichzeitig wird man ständig auf der Lauer liegen, den Arzt bei wirklichen oder vermeintlichen Widersprüchen, Unsicherheiten oder sogar Fehlern zu ertappen um danach sofort diesen Arzt als nicht mehr powerfull-mächtig zu identifizieren und somit das nicht tun zu müssen, was er sagt. Die Folgen können sie sich selber ausrechnen. Ich kann mich allerdings auch nicht des Verdachtes erwehren, dass manche Ärzte – natürlich keiner der hier anwesenden – sich eigentlich nur diese Patienten wünschen! Vor wenigen Jahren sagte ein Professor nach einem Vortrag meiner Frau in sehr

vorwurfsvollem Ton: „Ja, wie selbstbestimmt wollen Sie denn etwa die Patienten haben?“

- d) Interne Gesundheitsüberzeugung bei gleichzeitiger dynamischer Gesundheitsauffassung ist also ein Schlüssel, der zu mehr Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Lebensqualität führt; eigentlich unverzichtbar bei chronischer Krankheit!

Ich möchte Ihnen dies an wenigen hier relevanten Beispielen konkreter machen:

- die Fähigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen und angemessen auszudrücken. Gerade Männer neigen oft dazu, auf diesem, für die Gesundheit sehr wichtigen Gebiet, sehr defizitär zu leben und man diskutiert mittlerweile ernsthaft, ob dies nicht im Wesentlichen die Ursache für die kürzere Lebenserwartung der Männer ist;
- Das Umgehen mit unseren Mitmenschen: Kontakte zu Nachbarn im Haus und auf der Straße;
- Die Fähigkeit, angemessen mit Konflikten umzugehen: Sie kennen alle den schönen Spruch: „Herr, gib mir die Kraft, die Probleme zu lösen, die ich lösen kann; die Geduld, die auf die lange Bank zu schieben, die ich im Moment nicht lösen kann und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden“;
- Die Einstellung zum Leben und zum Sinn des Lebens, ja sogar auch das angstfreie und vorbereitete Denken an den eigenen Tod gehört zu einer gesunden Lebensführung.

Sich gesund fühlen trotz chronischer Krankheit!

Ad 5 Psychotraumatologie

Lebensbedrohliche Erkrankung als Faktor psychischer Traumatisierung

Krankheiten, die mit der Erwartung eines lebensbedrohlichen Ausgangs verbunden sind, stellen eine potentiell traumatische Situation dar, welche zur Ausbildung von psychotraumatischen Symptomen und Syndromen führen kann. Ein besonderes traumatisches Situationsmerkmal chronischer oder akuter lebensbedrohlicher Erkrankungen ist in dem Umstand begründet, dass der bedrohliche Einfluss nicht aus der Außenwelt stammt, sondern aus dem eigenen Körper bzw. Körperinneren. Die auf bedrohliche Außenreize hin normalerweise einsetzende Flucht-Kampf-Reaktion wird hier zwar auch aktiviert, kann aber nicht in Handlung umgesetzt werden.

Die traumatische Reaktion bei chronisch Kranken ist demnach durch das Paradoxon gekennzeichnet, vor etwas fliehen zu müssen oder etwas vermeiden zu wollen, was innen liegt und daher nicht vermieden werden kann.

Grundlegende Abwehrstrategien bestehen darin, einmal mit den Mitteln der Projektion, den erkrankten Körper der Außenwelt zuzuschlagen, um die Krankheit dann wie einen äußeren Feind zu bekämpfen. Zum anderen durch Abspalten des zentralen „Ich-selbst-Gefühl“ vom Körper-Ich um die Integrität des Selbst zu retten.

Meine Frau hat einmal eine junge Frau therapiert, die einen künstlichen Harnleiterausgang hatte, magersüchtig war und deren Nieren versagten. Sie hatte diese Form der Abwehr zur Perfektion entwickelt. Immer wenn an ihrem Körper „herumgedoktert“ werden musste, verließ sie mental ihren Körper, um sich die Situation erträglicher zu machen.

Viele Patienten zeigen ihrer Krankheit gegenüber ein Verleugungsverhalten, das für das seelische Gleichgewicht durchaus funktional sein kann und nicht unbedingt in Frage gestellt werden sollte. Dysfunktional wird die Verleugnung erst dann wenn sie das Krankheitsverhalten negativ beeinflusst.

Auch der traumatische Prozess bei unheilbaren Krankheiten ist gekennzeichnet durch Verleugnung und Vermeidung auf der einen und intrusiven Erlebnisphänomene auf der anderen Seite, das bedeutet plötzlich sich aufdrängende Gedanken an die Krankheit, Schlafstörungen, Erregungs- und Überflutungszustände.

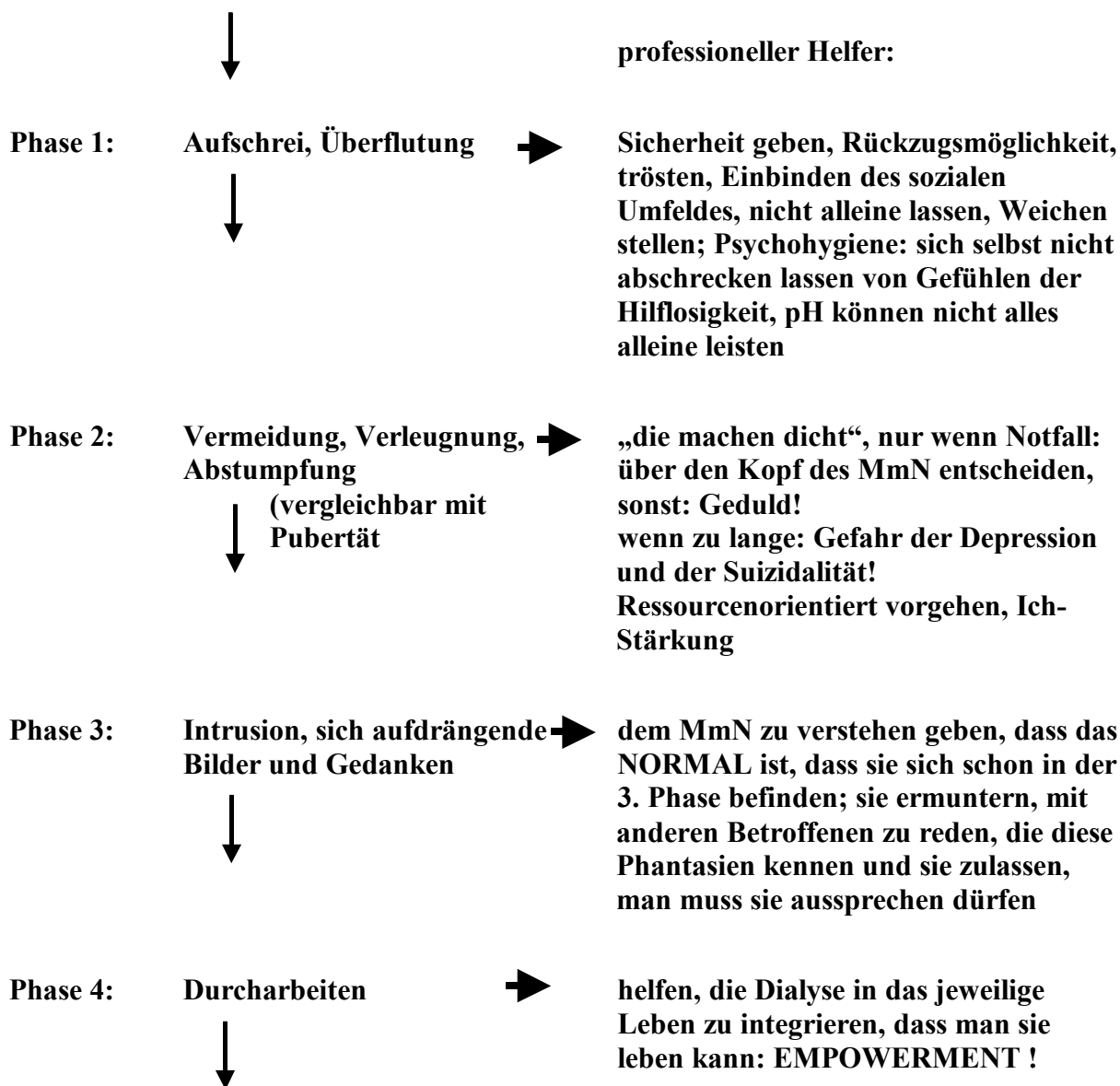
Auch veränderte Erlebnisphänomene wie ungewöhnlich lebendige Gedanken, schnellerer Ablauf der Gedanken, Zurückgezogenheit, Gefühl von Unwirklichkeit, automatische Bewegungen, fehlende Emotionen, sich zurückziehen vom eigenen Körper, schärferes Sehen oder Hören, Durchleben von Erinnerungen, ein tiefes Verstehen, Farben- und Bildersehen, Gefühle von Harmonie und Einheitlichkeit.

Durch ein traumatisches Ereignis (hier die Diagnose Nierenversagen und Dialyse) werden häufig die normalen Bewältigungsmechanismen außer Kraft gesetzt. Sie reichen für diesen Fall nicht aus, es muss nach anderen Möglichkeiten gesucht werden. Dabei kann manchmal psychotherapeutische Hilfe notwendig sein.

Ich möchte es an dieser Stelle wagen, Ihnen ein vereinfachtes und vereinfachendes Instrument anzubieten. Die Situation heißt ja: **Mensch mit Nierenversagen trifft auf professionellen Helfer**, professioneller Helfer schaut quasi durch eine Spezialbrille den Menschen mit Nierenversagen an und kann daraufhin für sich selber besser entscheiden, wie im Moment vorzugehen ist und was unbedingt zu unterbleiben hat:

Zyklus der Traumaverarbeitung:

traumatische Situation (z.B. Diagnose oder jede Mitteilung einer Verschlimmerung)



relativer Abschluss des Zyklus

bei jeder Verschlimmerung geht es wieder von vorne los. Wichtig: der traumatische Reiz kann auch von innen kommen!

Der Kampf um Integration der Krankheit ins Leben geschieht auf dünnem Eis, da bricht man manchmal unvorhergesehen und auch scheinbar unerklärbar in ein Loch: auch das müssen die Betroffenen, die Angehörigen und die professionellen Helfer lernen auszuhalten!

Gemeinsam zur Selbstbestimmung:

- * die Krankheit nimmt den Menschen die Kontrolle über sein Leben aus der Hand
- * durch die Behandlung versucht er, wieder ein Stück Kontrolle zurück zu erhalten
- * alles, was dazu angetan ist, dem Betroffenen die Kontrolle über sein Leben zu erhalten oder wieder zu geben, ist ein Schritt in Richtung Lebensqualität

Ad 6 Kommunikation

Noch mal die Erinnerung an das Schumi-Modell: die Professionalität der professionellen Helfer hat zwei Seiten: der Inhalt und die Vermittlung.

Jede Situation, in der Mensch mit Nierenversagen auf professionellen Helfer treffen, hat mit Kommunikation zu tun. Deshalb zuletzt noch einige Aspekte **lösungsorientierten**

Gesprächsverhaltens.

Immer wenn ich über Kommunikation etwas sagen soll, fallen mir zwei Extrempositionen ein: Männer und Frauen - ja auch irgendwelche zwei Leute - können sich eigentlich nicht verstehen, weil Kommunikation – wann immer man genauer hinguckt – sich als äußerst komplex und kompliziert erweist; auf der anderen Seite reden Menschen seit es sie gibt erfolgreich miteinander.

Es gibt verschiedene kommunikationspsychologische Modelle, in denen aufgezeigt wird, wie man zu einer für beide Seiten gedeihlichen Kommunikation kommen kann.

Die Gespräche, um die es hier geht, haben – wie oben dargestellt – oft lebensbedrohliche Inhalte, da kann und darf man nicht erwarten, dass neutrale Vermittlung von wertfreien Informationen auch als solche ankommen. Das ist überhaupt der erste Erkenntnis eines kritischen Nachdenkens über Kommunikation

Gesprächsinhalte, Kommunikationseinheiten, Informationen und was auch sonst immer bei Gesprächen hin und her läuft, sind nie eineindeutig, sondern haben immer verschiedene Aspekte.

Die verschiedenen kommunikationspsychologischen Modelle unterscheiden sich dahingehend, wieviele Anteile einer Botschaft herausgefunden worden sind.

Wir meinen, dass das „Vier-Seiten-Modell“ von Schulz von Thun sehr hilfreich ist, Kommunikation nachhaltig zu verbessern.

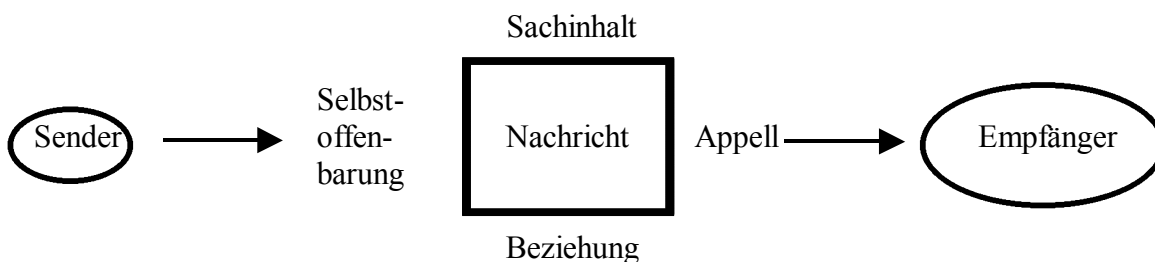
Der Grundvorgang der zwischenmenschlichen Kommunikation ist im Prinzip schnell beschrieben:

Da ist ein **Sender**, der etwas mitteilen möchte. Er **verschlüsselt** sein Anliegen in erkennbare Zeichen, das nennen die **Nachricht**.

Der **Empfänger entschlüsselt** dies.

Stimmen gesendete Nachricht und empfangene Nachricht leidlich überein, spricht man von **Verständigung**, wenn nicht von **Missverständnis**.

Nach Schulz von Thun besteht jede Nachricht aus vier Seiten:



- 1. Sachinhalt oder worüber ich informiere;
- 2. Selbstoffenbarung oder was ich von mir selbst kundgebe;
- 3. Beziehung oder was ich von dir halte und wie wir zueinander stehen;
- 4. Appell oder wozu ich dich veranlassen möchte.

Jede Nachricht hat diese vier Teile, wirklich jede; unabhängig davon, ob man das so will oder nicht. Das bedeutet, dass der Sender vier Botschaften aussendet und der Empfänger vier Botschaften empfängt. Es gilt dabei die eherne Regel:

die ausgesandte Nachricht ist das Machwerk des Senders,
die empfangene Nachricht ist das Machwerk des Empfängers!

Bildlich gesprochen haben wir also vier Zungen, mit denen wir Nachrichten aussenden und auch vier Ohren, mit denen wir unsere Nachrichten empfangen: das Selbstoffenbarungsohr, das Sachinhalts-, Appell- und das Beziehungsohr.

Beispiel 1: Frau fährt Auto, Mann sitzt daneben und sagt: „Du, da vorne ist grün.“ Sie antwortet: „Fahr ich oder fährst du?“

Beispiel 2: Herr Maier liegt an der Hämodialyse und ruft: „Die Maschine ist schon 10 Minuten fertig!“

Dieses Thema wollten wir hier nur anreißen, um bei ihnen Sensibilität zu schüren. Wir empfehlen ernsthaft allen professionellen Helfer, ein vernünftiges Kommunikationstraining zu machen, NICHT, um die Patienten besser führen zu können (Manipulation, Compliance), sondern um den Menschen mit Nierenversagen ein kompetenter professioneller Helfer sein zu können und so mit ihm ein starkes Team zu bilden.

Sie sehen – und damit komme ich zum Schluß – das Thema ist nicht abgeschlossen. Machen sie weiter, diskutieren sie mit sich und anderen.

Hinweis auf den 25. 6. 05 in Berlin

Wir danken ihnen für ihre Aufmerksamkeit.