

Herausforderung Peritonealdialyse
10 Jahre PD am Klinikum Minden
15. 09. 2005 Hörsaal Klinikum I

Wie kommt ein Patient an die Peritonealdialyse? Stellenwert der Prädialyseaufklärung

1. Teil: Dipl.-Psych. Theodora Wirth-Junghöfer, Bonn

Ich stelle mich kurz vor: ich bin Theodora Wirth-Junghöfer, 56 Jahre, verheiratet, einen Sohn. Ich bin Psychologische Psychotherapeutin und habe über 25 Jahre in meiner Praxis Menschen in Krisensituationen begleitet.

Ich komme aus einer Familie mit Alport –Syndrom. Von fünf Kindern sind drei dialysepflichtig. Der Vater meiner Mutter ist 1948 an den Folgen von Nierenversagen gestorben. In der näheren Verwandtschaft gib es einige, die nierenkrank oder schwerhörig sind. Schon seit meiner Studienzeit wußte ich, daß ich „etwas“ an den Nieren hatte. Bei der Geburt unseres Sohnes 1987 wurde es dann so brenzlig, daß uns von weiteren Schwangerschaften abgeraten wurde.

Nach einigen Irrungen durch verschiedene Arztpraxen werde ich seit 1996 im nephrologischen Zentrum an der Uni Bonn betreut. Dank der guten Betreuung in der Prädialysephase hatte ich noch fünf Jahre Zeit – bis Juni 2001 – mich auf ein Leben mit Dialyse vorzubereiten. Dies ist sicher eine ungewöhnlich lange Vorbereitungszeit und es hat sicher auch Vor- und Nachteile. Ich habe die Zeit genutzt, mir quasi das „Thema“ gründlich anzueignen. So ist meine Prädialysezeit nicht unbedingt repräsentativ.

Hinzu kommt, daß ich mit der professionellen Neugierde einer Psychotherapeutin daran gegangen bin. Was passiert mit einem Menschen, dem die traumatische Diagnose einer chronischen Krankheit offenbart wird. Wie gehen Menschen mit dem Zusammenbruch ihrer Lebensplanung um? Was bedarf es zu einer Neuorganisation und Neudefinition von Lebenszielen? Diese Fragen kannte ich schon aus meiner beruflichen Arbeit.

Und wenn es mich selbst trifft, wie gehe ich damit um?

So wurde ich mein eigenes Versuchskaninchen. Ich erlebte und erlebe immer noch die Höhen und Tiefen der emotionalen Auseinandersetzung am eigenen Leib und gleichzeitig versuche ich, dieses Geschehen psychologisch einzuordnen, um herauszubekommen was uns Betroffenen wirklich hilft in der Bewältigung des schwierigen Lebens.

Warum ist die Information und Aufklärung in der Prädialysezeit so wichtig?

Durch die Diagnose wird für einen Betroffenen die ganze bisherige Lebensplanung, das Lebenskonzept in Frage gestellt und über den Haufen geworfen.

Die bisherigen Bewältigungsstrategien werden außer Kraft gesetzt oder reichen nicht aus, um mit der neuen Situation umzugehen, d.h. es herrscht Orientierungslosigkeit

und Hilflosigkeit, Chaos in Gedanken und Gefühlen, Kontrollverlust über das eigene Leben.

In so einer Phase kann die Bereitschaft, Informationen zu suchen und aufzunehmen besonders groß sein. Dies haben auch Untersuchungen bestätigt. Alles, was dazu angetan ist, wieder die Kontrolle über das eigene Leben zu erlangen, ist hilfreich und wird in der Regel gerne angenommen.

Zu berücksichtigen ist allerdings, in welcher Phase des Schocks sich der Patient befindet.

Es hat keinen Zweck, Informationen zu vermitteln, wenn diese noch nicht aufgenommen werden können.

Für Sie als professionelle Helfer ist es deshalb von besonderer Bedeutung, den Zustand und die Aufnahmebereitschaft des jeweiligen Patienten einschätzen zu können und einiges über Traumatisierungsprozesse und deren Verarbeitung zu wissen. In der Psychotraumatologie wird die Diagnose „Dialyse“ als solch ein traumatisierendes Ereignis eingestuft.

Meine Art mit dem Schock umzugehen, bestand darin, mir eine professionelle Distanz aufzubauen. Ich habe sehr viel Information gesammelt, Fachliteratur gelesen, bin auf Seminare und Kongresse gefahren, habe in der Selbsthilfe mit vielen Betroffenen geredet und mich dort sehr engagiert, habe als Therapeutin Menschen zur Dialyse und weiter zur Transplantation begleitet.

In dieser Zeit der Prädialyse war ich also „very busy „

Unterschwellig beobachtete ich meinen körperlichen Zustand, die zunehmenden Leistungseinbußen, sehr genau, was mit vielen aufbrechenden Ängsten und Unsicherheiten verbunden war.

Der Zusammenbruch kam in dem Moment als ich mir den Shunt machen ließ. Jetzt konnte ich mir die Wirklichkeit – daß ich dialysepflichtig war – nicht mehr vom Leib halten. Jetzt halfen auch die vielen sachlichen Informationen nicht wirklich weiter. Jetzt ging es um den emotionalen Aufruhr, die Verletzung der körperlichen Unversehrtheit, das Akzeptieren, daß der Körper nicht mehr wie üblich gehorcht, daß jetzt ein Leben an der Grenze beginnt. An dieser Stelle habe ich psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Information und Aufklärung brauchen **Zeit**. Es genügt nicht, **nur einmal** die verschiedenen Verfahren, Ernährungsveränderungen usw. vorzustellen.

Mit den neuen Infos werden bei jedem Patienten spezifische Phantasien, Gefühle und Vorstellungen in Gang gesetzt, die nur auf dem Hintergrund der eigenen spezifischen Körpererfahrung, Wertvorstellungen und Lebenserfahrungen zu verstehen sind. Diese gilt es in der Kommunikation miteinander zu berücksichtigen.

Zurück zu meiner Geschichte:

Ich hatte mich also schon für die HD entschieden, als Umstände eintraten, die mich die Entscheidung noch einmal überdenken ließen. Meine neue Lebensplanung sah vor, daß ich eine kleine psychotherapeutische Praxis führen wollte in der Nähe unserer Wohnung, so daß ich neben den Dialysezeiten im Zentrum alles in kurzen Entfernungen erreichen konnte. Aber es kam anders: die Kassenzulassung wurde

mir – u.a. wegen meiner nicht vollen Einsatzfähigkeit aufgrund meiner Krankheit – verwehrt, so daß ich die Praxis aufgeben mußte.

Um überhaupt eine berufliche Perspektive entwickeln zu können, entschied ich mich für PD, auch wenn ich den klassischen Kriterien für PD – klein, jung und normgewichtig – nicht entsprach.

Ich hatte eine sehr gute Restausscheidung und mein Arzt unterstützte mich in meinem Anliegen, größtmögliche Flexibilität für Seminar- und Referententätigkeit zu bekommen.

Eine unerwartete Hürde in der Umsetzung stellte die Reaktion unseres Sohnes (damals 12 Jahre) dar.

Während eines Familiengesprächs über PD sprang er entsetzt auf und rief: „Dann pack ich dich nicht mehr an!“ Nun war ich entsetzt und verstand die Welt nicht mehr. In einem geduldigen Gespräch offenbarte er seine Phantasien und Ängste: er dachte, daß ich einen mindestens 2 Meter langen Schlauch aus dem Bauch ragen hätte, in dem er sich beim kuscheln mit mir verheddern und mir damit schaden könnte. Was tun? Nachdem klar war, daß ich PD wirklich machen wollte, mußten die Ängste unseres Sohnes besänftigt werden. Wir machten bei S. Sylvie, unserer PD-Schwester, einen Beratungstermin und sie erklärte ihm anhand von Bildern, der Demoschürze und allen vorhandenen Materialien die Funktionsweise und das Aussehen der PD. Er sah wie kurz der Schlauch eigentlich ist, der aus dem Bauch kommt, wie er fixiert werden kann, daß es gar nicht so schlimm sein wird. Und vor allem, daß seine Mama weiterhin kuschelfähig bleibt.

Sie sehen, manchmal müssen nicht nur die Patienten beraten werden sondern auch die verängstigten Angehörigen.

Sie kennen sicherlich aus Ihrer Praxis ebenfalls Beispiele, bei denen Sie sich nicht erklären konnten, warum z.B. eine Patientin ein bestimmtes Verfahren abgelehnt hat. Auch wenn Ihre Zeit für Gespräche oft begrenzt sein mag, nehmen Sie sich die Zeit, um nachzufragen, nach Phantasien, Ängsten und Bedenken, auch derjenigen der Familienangehörigen. Erst wenn diese im Gespräch offenbar werden, haben Sie die Chance, verquere Vorstellungen durch sachliche Informationen zurechtzurücken. An dieser Stelle ist es enorm hilfreich, Betroffene mit Erfahrenen ins Gespräch zu bringen. Fördern Sie gezielt die Begegnung zwischen Betroffenen. Hierfür bieten sich neben Ihren eigenen Patienten im Zentrum, die regionalen Selbsthilfegruppen, der Bundesverband, regionale und überregionale Patientenseminare, das Heimdialysenetzwerk, die Internetforen von Dialyse-Online als Austausch- und Begegnungsstätte an.

Die Scheu und der Widerstand, sich mit den verändernden Lebensbedingungen zu befassen, ist bei vielen groß, das wissen Sie.

Deshalb: je selbstverständlicher es für Ihr Team, Ihr Zentrum ist, das Gespräch, den Austausch über eigene Erfahrungen zwischen Patienten zu fördern, desto nachhaltiger tragen sie zu einer gelingenden Bewältigung und Neuorientierung eines Lebens mit Dialyse bei.

Die Entscheidung für ein bestimmtes Verfahren nimmt manchmal sehr verschlungene und nicht immer leicht nachvollziehbare Wege.

Auf dem Hintergrund ausführlicher, sachlicher Informationen sind es manchmal hingeworfene Bemerkungen, ein Nebensatz, der die Entscheidung in die eine oder andere Richtung beeinflusst.

Manchmal sind es Lebensumstände, die ein bestimmtes Verfahren erzwingen. Manchmal verlangen die medizinischen Gegebenheiten eine bestimmte Entscheidung.

Der wichtigste Schritt für einen „Neuling“ ist es, die vielfältigen neuen Informationen und Notwendigkeiten in das eigene Leben so zu integrieren, daß man einigermaßen damit leben lernt.

Was hat mir nun in der ersten Zeit wirklich geholfen?

1. **Sachliche Information** über die verschiedenen Verfahren und die medizinischen Hintergründe, Funktionsweise des menschlichen Körpers, sozialrechtliche Veränderungen, usw. – weil: Information reduziert Angst.
2. **Offene Gespräche** mit den professionellen Helfern (Ärzten und Pflegepersonal) – sich nicht scheuen, immer wieder mit Fragen zu nerven.
3. **Begegnung mit anderen Betroffenen** und Angehörigen – weil: die sind schon ein Stück weiter in der Umorientierung und zeigen, daß man damit leben kann.
4. **Innerfamiliäre Gespräche** – weil: die ganze Familie ist von der Diagnose betroffen
5. **Psychotherapeutische Unterstützung** zur Bewältigung der aufgebrochenen tiefgreifenden Ängste und zur Entlastung der eigenen Familie.

Dabei braucht man zu Beginn nicht unbedingt alles wissen. Das kann verschrecken, lähmen. So viel wie nötig, um handlungsfähig zu werden oder zu bleiben. Die Komplikationen im Laufe eines Dialyselebens erlebt man noch früh genug. Es bleibt eine lebenslange Aufgabe, sich immer wieder den sich verändernden Bedingungen – meist zum schlechteren – anzupassen.

Aber die entscheidende Phase ist diejenige vor und zu Beginn der Dialyse. Hier werden die Weichen gestellt, wie jemand in ein Leben mit Dialyse hineinwächst.

Und hier kommt Ihnen als professionellen Helfern eine entscheidende Rolle zu, weil Sie es sind, die uns an das neue Leben mit Dialyse heranzuführen.

Ich beneide Sie nicht um Ihre Aufgabe, sind Sie doch die Überbringer wirklich schlechter Botschaften.

Wir brauchen Sie aber als professionelle Helfer, Ihre Fachkompetenz, Ihr Vertrauen, Ihre Geduld auf dem Weg in ein verändertes Leben,.

Aber unterschätzen Sie auch nicht die Überlebensfähigkeiten, die lebenserhaltenden Ressourcen und Anpassungsfähigkeiten von uns Betroffenen.

Gemeinsam kann es gelingen – das neue Leben mit Dialyse.

2. Teil: **Dipl.-Psych. Martin Junghöfer, Bonn**

Meine Frau ist Betroffene und als Psychologin tiefenpsychologisch orientiert, ich bin Angehöriger und verhaltenstherapeutisch orientiert, außerdem bin ich Fachpsychologe Diabetes: mein fachlicher Zugang zur Psychoneurologie speist sich aus diesen beiden Quellen.

Der Titel des Vortrags lautet:

Wie kommt ein **Patient** an die PD – Stellenwert der Prädialyseaufklärung.

Hier bin ich gestolpert und formuliere anders: Wie kommt ein **Mensch mit Nierenversagen** an die PD – Stellenwert der Prädialyseaufklärung.

Diese Unterscheidung zwischen „**Patient**“ und „**Mensch mit Nierenversagen**“ steht für mich an zentraler Stelle bei der Bedeutung der Prädialyseaufklärung, ja der ganzen Prädialyse. Als Fachpsychologe Diabetes habe ich im Laufe der Zeit, in der meine Frau eine Nephropatie hat, versucht, psychologische Aspekte, die mir aus der Diabetologie bekannt sind, auf die Psychoneurologie zu übertragen. An erster Stelle steht dabei diese Bezeichnung „**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. 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 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 Neurologie 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 bezeichnet als „Nierenkranker“, als „Dialysepatient“ usw. oder sogar einfach nur als „Patient“. Selbst wenn es etwas holprig klingen mag plädiere ich dafür, **„Mensch mit Nierenversagen“** zu denken und zu sagen, weil dies – und das ist hier besonders wichtig – ihn auf die gleiche Stufe hebt wie die **„professionellen Helfer“**.

Deswegen rede ich über das Thema: Wie kommt ein **Mensch mit Nierenversagen** an die PD – Stellenwert der Prädialyseaufklärung.

Es geht hier im Kern um eine Entscheidung: **wer entscheidet was?**

Die Elemente dieser Entscheidung sind:

wer: Arzt oder Patient? **oder** Mensch mit Nierenversagen oder professioneller Helfer?

was: Hämodialyse oder Peritonealdialyse? und Zentrumsdialyse oder Heimdialyse?

Nicht unwichtig im Zusammenhang mit dieser Kernfrage ist die Überlegung, wer es überhaupt gelernt hat zu entscheiden oder wer damit Erfahrung hat. Meine provokante These in diesem Zusammenhang lautet: die allermeisten Menschen entscheiden ihr ganzes Leben lang nichts: Geburt, Schule, Beruf, Heirat, Kinder, Berufswechsel, Rente, Tod: das meiste durchlaufen wir ohne echte und uns selbst herausfordernde Entscheidung.

„Patienten“, das ist klar: entscheiden NICHT!

Man kann also zu Recht die Frage stellen, warum jemand überhaupt hier gefordert werden soll, eine Entscheidung zu leisten, wo er das so richtig in seinem Leben nie gemacht hat, bloß weil er eine schwere Krankheit bekommen hat. Die Konsequenz dieses Ansatzes hieße:

alles dem professionellen Helfern überlassen!

Wenn wir ehrlich sind: so läuft es häufig bis meistens, so ist es schon immer gelaufen und so wird es noch lange laufen! Änderungen greifen aber schon wahrnehmbar und weil Sie offensichtlich nicht so von oben nach unten und über die Köpfe der Beteiligten hinweg entscheiden und entscheiden wollen, habe Sie meine Frau als Betroffene und Psychologin an die erste Stelle der heutigen Vorträge gesetzt.

Alles dem professionellen Helfern überlassen, kann allerdings auch bei größtem Kooperationswillen manchmal notwendig sein, vor allem dann, wenn das Nierenversagen plötzlich und sehr fulminant verläuft und somit keine Zeit für einen Entscheidungsprozess des Menschen mit Nierenversagen vorhanden ist.

Die Einstellung bzw. Einstellungsänderung hin zum „Menschen mit Nierenversagen“ geht dem Entscheidungsprozess auf der Seite der professionellen Helfer voraus.

Das erste Element im Entscheidungsprozess heißt: es gibt, es kommt heraus, es entsteht eine Information dergestalt, daß bei einem Menschen ein beginnendes Nierenversagen vorliegt.

Jetzt beginnt der Entscheidungsprozess. Entscheidung ist psychologisch gesehen mindestens so vielschichtig und kompliziert wie Kommunikation. Die Nichtbeachtung der

wesentlichen Strukturelemente führt zu schlechten, nicht persönlich getragenen Entscheidungen und damit unmittelbar zu einem schlechten Umgang mit der chronischen Krankheit Nierenversagen und damit letztendlich – leider – zu einer schnelleren und höheren Mortalitätsrate.

Das ist der wesentliche und entscheidende Stellenwert der Präldialyseaufklärung:

höhere Lebensqualität!

Menschen mit Nierenversagen und professionelle Helfer sind untrennbar miteinander verbunden, sie sind quasi zwei Seiten einer Medaille, somit sind diese beiden Seiten auch in den Entscheidungsprozess eingebunden.

Um ihnen diesen Entscheidungsprozess transparenter zu machen, möchte ich ihnen zwei psychologische Modelle vorstellen, die verschiedene Teilaspekte von Entscheidungsprozessen beleuchten. Es geht mir hier – und das möchte ich ausdrücklich hervorheben – um Praxisrelevanz, d.h. aus diesen psychologischen Modellen kann man unmittelbares, vernünftiges und zielgerichtetes Handeln der professionellen Helfer ableiten.

Bevor ich diese aber ausführe, gilt es, einen übergreifenden Faktor zu benennen: **die Zeit!**

Entscheidungsprozesse brauchen vieles:

- * die Bereitschaft, Informationen zu geben und anzunehmen,
- * die Bereitschaft der professionellen Helfer, die Menschen mit Nierenversagen als Entscheidungsträger zu akzeptieren,
- * die Bereitschaft beider Seiten, Unklarheiten eine Weile lang auszuhalten
- * **Entscheidungsprozesse brauchen aber vor allem Zeit.**

Deswegen muß das erste Bemühen der professionellen Helfer darauf ausgerichtet sein, dem Menschen mit beginnendem Nierenversagen ausreichend Zeit zur Verfügung zu stellen. Bei meiner Frau betrug die Zeit zwischen erster Diagnose und erster Dialyse fünf Jahre – und sie hat diese Zeit wahrlich benötigt und ausgenutzt. In dieser Zeit hat sie als Psychologin diesen Entscheidungsprozess nicht nur aktiv erlebt, sondern ihn und sich selber dabei auch ständig reflektiert.

Die Zeit, die Menschen mit beginnendem Nierenversagen brauchen, wird oft dadurch reduziert, daß sie zu spät an die Nephrologen geraten. Dann greift Präldialyseaufklärung nicht oder nur unzureichend.

Neuere Untersuchungen, auch und gerade von Baxter, weisen nach, daß ein mehr an Patientenaufklärung nicht zu mehr PD führt. Die Konsequenz aus dieser Erkenntnis lautet: es muß anders aufgeklärt, anders geschult werden, es müssen die Erkenntnisse in die Entscheidungsprozesse eingebaut werden, die nach psychologischer Kenntnis Entscheidungen erleichtern.

Entscheidung – um mal hinten anzufangen, heißt hier, daß man abwägt, daß man nach einer hinreichenden Informationsaufnahme und Informationsbewertung dies alles gegeneinander abwägt und sich für eine Alternative entscheidet.

Nun also zu den zwei Modellen.

Als erstes möchte ich Ihnen die „**Theorie der kognitiven Dissonanz**“ in den wesentlichen Grundzügen erläutern. Kognition bedeutet hier: irgendeine Kenntnis, Meinung oder Überzeugung von der Welt, von sich selbst oder dem eigenen Verhalten.

Die Theorie besagt:

1. In den Köpfen fast aller Menschen gibt es zu sehr vielen Inhalten dissonante Meinungen, d.h. zu einem Inhalt gibt es sich widersprechende Meinungen, Ansichten, Auffassungen, Überzeugungen. Zwei klassische Beispiele dafür lauten: „ich habe nichts gegen Farbige, Türken, Russlanddeutsche etc., alle Menschen sind gleich, aber von meiner Tochter sollen sie die Finger lassen.“ oder: alle Raucher wissen, daß Rauchen für sie schädlich ist und dennoch rauchen sie weiter. Dissonanz ist psychologisch unangenehm!
2. **Dissonanz erzeugt Druck zur Reduktion:** es gibt ein existenzielles Bedürfnis nach Konsonanz, nach Übereinstimmung der Meinungen im Kopf, in der Psyche; dieses Bedürfnis nach Konsonanz ist anderen existenziellen Bedürfnissen in seiner Mächtigkeit gleichzusetzen: der Reduktion von Hunger, Durst, Kälte und sozialer Isolation.
3. Wenn Dissonanz besteht, wird die Person, zusätzlich zu dem Versuch, sie zu reduzieren, aktiv Situationen und Informationen vermeiden, die möglicherweise die Dissonanz erhöhen können. **Dissonanz erzeugt** also nicht nur **einen Druck** zur Reduktion des Druckes, sondern auch **zur Vermeidung jeglicher Dissonanzzunahme**.
4. Dieser Druck zur Reduktion der kognitiven Dissonanz manifestiert sich in:
 - a) Verhaltensänderungen,
 - b) Kognitionsänderungen und
 - c) Vorsicht bei der Konfrontation mit neuen Informationen.

Das sind die vier Kernaussagen der Theorie der kognitiven Dissonanz.

Es gibt im Zusammenhang des Auftretens einer chronischen Krankheit sehr viele Möglichkeiten von Kognitiven Dissonanzen, z.B.:

- ich bin gesund und nicht;
- mir geht's eigentlich gut aber man sagt mir, daß sich das ändert;
- ich bin bislang immer wieder gesund geworden, wenn ich krank war aber hier soll es anders laufen;
- uvam.

Die Theorie der kognitiven Dissonanz lehrt vor allem, daß hinter den geäußerten Meinungen oft oder meistens ein Wust von sich teilweise widersprechenden Meinungen, Ansichten und Überzeugungen stecken und daß, je dissonanter diese sind und auch je bedrohlicher die Ausgangssituation ist, zwei wesentliche Hindernisse zur Aufnahme neuer Informationen gesetzmäßig gegeben sind:

- mindestens Vorsicht bei der Konfrontation mit neuen Informationen,
- bis hin zu Vermeidung der Aufnahme von neuen Informationen!

Dieses Verhalten wird in anderen psychologischen Theorien als Vermeidung, Widerstand, Verdrängung oder so ähnlich beschrieben, bei Nichtpsychologen wird so etwas häufig in die Persönlichkeit des betreffenden hineinprojiziert und z.B. als Bockigkeit o.ä. bezeichnet.

Die Existenz von kognitiver Dissonanz führt also einerseits zur Suche nach neuen, dissonanzreduzierenden Informationen gleichzeitig zur Vorsicht und zur Vermeidung von Informationen.

Soweit kurz diese Theorie.

**Entscheidung heißt auch: Abwägung der Konsequenzen, der vermuteten, phantasierten, befürchteten, aber auch erhofften Konsequenzen. Deswegen hier das zweite Erklärungsmodell:
die psychologische Unterscheidung verschiedener Konsequenzformen.**

Um diesen Teil des Entscheidungsprozesses besser verstehen zu können, ist es also wichtig, sich einmal anzuschauen, was das Wesen von Konsequenzen ist und vor allem, welchen Mißverständnissen man hier manchmal unterliegen kann.

Also: was für Konsequenzen gibt es und welche unterschiedlichen Folgen haben sie:

Unser Tun und Handeln und auch unser Nichttun und Unterlassen hat Konsequenzen, die man in der Psychologie in 4 Kategorien einteilt:

C^+ , genannt C plus

C^- , genannt C minus

C^+ , genannt Wegfall von C plus

C^- , genannt Wegfall von C minus

C^+ bedeutet eine als positiv erlebte Konsequenz;

C^- bedeutet eine als negativ erlebte Konsequenz;

dies sind die beiden unmittelbaren Konsequenzen, die beiden folgenden sind mittelbare Konsequenzen:

C^+ bedeutet, daß eine erwartete positive Konsequenz nicht eingetroffen ist oder eine schon existierende wieder wegfällt;

C^- bedeutet, daß eine erwartete negative Konsequenz nicht eingetroffen ist oder eine schon existierende wieder wegfällt. Das fatale an diesen beiden indirekten Konsequenzen ist, daß sie normalerweise „falsch“ erlebt und interpretiert werden: C^+ wird meist negativ erlebt, C^- wird meist positiv erlebt. Es ist aber nicht wirklich negativ, wenn etwas positives nicht mehr da ist, um negativ zu werden, gehört noch etwas richtig negatives dazu usw.

Diese letzte Konsequenz, C^- , hat vielfältige Wirkungen:

1. die Falle, die sie quasi auslegt und in die Menschen immer wieder hineintappen besteht darin, daß sie mit C^+ verwechselt wird:
2. C^- ist auch die Konsequenz von Vermeidungsverhalten und
3. Häufung von C^- korreliert hoch mit allen Formen depressiven Verhaltens und Erlebens.

Was heißt das nun für die konkrete Praxis

1. nochmal: in der Prädialyse ist **Zeit** der Hauptfaktor für jegliche Verbesserung;
2. weil die Wahl zwischen PD und HD ein Aversions-Aversions-Konflikt ist – also der Wahl zwischen Tripper, Pest und Cholera gleichkommt, beinhalten alle Informationen, die gegeben werden, für die Betroffenen potentiell dissonante Konsequenzen; das ist so, das hat nichts mit irgendwelchen negativen Persönlichkeitseigenschaften zu tun, das muß man wissen und akzeptieren;
3. damit umgehen geht nur, wie meine Frau dargestellt hat, durch das Herstellen einer offenen Atmosphäre, in der alles, aber auch wirklich alles zugelassen wird und nichts als unsinnig abgetan wird: Ängste sind äußerst verschieden; jede und jeder hat so seine eigenen Katastrophenszenarien im Kopf und man muß sie zulassen – natürlich auch als Betroffener – und aussprechen können, nur dann – aber beileibe auch nicht immer – hat man eine Chance der positiven Änderung;
4. das Vorhalten, Vorwerfen negativer Konsequenzen des Verhaltens, dem man mit Entscheidungs- und Verhaltensänderungen begegnen könnte, führt in der Regel zu mehr depressiven Aspekten: **zumachen, verleugnen, verweigern!**
5. gegebene Informationen kommen manchmal an und manchmal nicht, das erkennt man als professionelle Helfer oft nicht; deswegen muß man manchmal nach einer gewissen Zeit geduldig nachfragen, ob die letzten Informationen vorhanden sind oder durch das Rost der Vorsicht und Vermeidung gefallen sind;
6. **die professionelle Helfer setzen den Betroffenen in die Lage, der Experte für das eigene Leben zu bleiben!**

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.