

# Lernen sich einzulassen

Erika Schuchardts „Komplementär-Spiralweg Krisenverarbeitung“ nimmt für sich in Anspruch, den Ablauf von Krisenerlebnissen beschreiben und analysieren zu können. Kann dieses Modell Pflegende unterstützen, ihre Kommunikation mit krebserkrankten Menschen zu professionalisieren?



Bild: Paavo Blåfield / Thieme

Wenn es um Themenkomplexe wie „Menschen in Krisen“ oder „Krisenbewältigung“ geht, führen unterschiedliche Professionen manchmal das Spiralmodell von Erika Schuchardt zur Analyse von Krisensituationen an [1]. Offenbar vermag dieses, den Ablauf eines Krisenerlebens gut zu beschreiben. Zu wissen, wie sich ein Mensch in einer Krise verhält, ist grundlegend, um ihn zu verstehen. Aus seinem Verhalten können wir Rückschlüsse auf Bedürfnisse oder Defizite ziehen und entsprechende Unterstützungsangebote konzipieren. Ziel ist es, Betroffene wieder handlungsfähig zu machen und sie im Prozess einer Sinnfindung zu unterstützen.

## Bedeutung des Modells für die Praxis

Auch wir Pflegenden sind aufgefordert, Menschen in der Krise zu begleiten. Vielleicht erinnern Sie sich an den entsprechenden Passus im Krankenpflegegesetz? Dort werden Sie aufgefordert, die „Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“ eigenverantwortlich durchzuführen [2].

Kern des vorliegenden Artikels ist die „Übersetzung“ der abstrakten Stufen des Schuchardt-Modells in konkrete, pflegerische Begleitung von Patienten und Angehörigen. Hierzu stellen wir zunächst eine Stufe bzw. Schleife des Modells vor, anschließend leuchten wir Möglichkeiten und Handlungsspielräume pflegerischer Begleitung aus.

## Kommunikation unterstützt Therapie

Von einer solchen „Übersetzung“ versprechen wir uns eine Reflexion des eigenen Pflegehandelns und eine systematische, professionellere Begleitung von Schwerverkranken und ihren Zugehörigen. Darüber hinaus möchten wir nachdrücklich zeigen, wie wichtig der kommunikative, begleitende und beratende Aspekt der Pflege ist und wie dieser auch als therapeutische Größe eine Rolle im gesamten kurativen, rehabilitativen und palliativen Prozess spielt: „*Therapeutic nursing is [...] not merely supporting the work of others but is potentially a major force for achieving health for the patient*“ [2]. Pflege unterstützt Widerstandsressourcen des Betroffenen und kann dazu beitragen, die Handhabbarkeit

in der Krise zu befördern. In Anlehnung an den Gesundheitssoziologen Aaron Antonovsky meint Handhabbarkeit „*das Ausmaß, in dem man die Anforderungen, die auf einen zukommen, mit den verfügbaren Ressourcen als bewältigbar wahrnimmt*“ [3].

Diesen Zusammenhang bekräftigt auch die 2015 veröffentlichte S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“. Sie unterstreicht, dass eine „*patientenzentrierte Kommunikation mit Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung sowie deren Angehörigen (eine) unverzichtbare Voraussetzung für eine umfassende Behandlung (ist)*“ [4].

## Ausgangspunkte und Prämissen

Schon der Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross war es ein Bedürfnis, „Gesetzmäßigkeiten“ im Hinblick auf die letzte Krise (Sterben) zu finden. Entstanden sind die berühmten 5 Sterbephasen. Grundlage für dieses Modell waren Interviews mit 200 sterbenden Menschen.

Die Bildungsforscherin Erika Schuchardt geht auf ihrer Suche nach „Gesetzmäßigkeiten“ des Krisenverlaufs einen ähnlichen Weg. Ihr Modell basiert jedoch nicht auf persönlichen Interviews, sondern auf der Analyse von 2000 Lebens- bzw. Krisenbiografien eines ganzen Jahrhunderts. Schuchardt differenziert zwischen vorhersehbaren Lebens-LAUF-Krisen (Geburt, Kindergarten, Schule, Pubertät/Adoleszenz usw.) und den unvorhersehbaren, existentiell bedrohlichen Lebens-BRUCH-Krisen (z. B. Unfall, Krebserkrankung usw.). Letztere stehen im Fokus der Krisenforscherin, hieraus destilliert sie ihre 8 Phasen des individuellen Krisenverarbeitungsprozesses:

1. Ungewissheit
2. Gewissheit
3. Aggression
4. Verhandlung
5. Depression
6. Annahme
7. Aktivität
8. Solidarität

## Patienten nicht Objekte der Seelsorge

Schuchardts Motivation ist christlich geprägt. Sie schreibt: „*Im Mit-Erleben, Mit-Leiden und Mit-Gestalten schwieriger Lebenswege erschließt sich uns wechselseitig Glück, anders gesagt das Geheimnis des Gesetzes Christi von dem es heißt, einer*

trage des anderen Last“ [1]. Sie kritisiert vor allem, dass sich Menschen in Krisen häufig nur als Objekt der Seelsorge erleben müssen und nicht als Personen, die aktiv in diakonische Arbeit eingebunden werden. Seelsorgerische Begleiter seien nicht selten „amtlich bestellte Rollenträger“, die nicht wirklich zuhören und grundlegende Bedürfnisse von Menschen in Not ignorieren [1]. Letztlich will die Autorin – ähnlich wie Kübler-Ross – helfenden Menschen Mut machen, auf Menschen in Krisen zuzugehen und sich mit ihnen konstruktiv auseinanderzusetzen.

### Ausdruck eines Überlebenskampfes

Ähnlich wie Kübler-Ross' Fünf-Phasen-Modell verläuft Schuchardts Spiralmodell in der Realität nicht idealtypisch. Wie jedes Modell kann sich auch ein Krisenmodell nur der Realität annähern bzw. Hypothesen über die Realität formulieren. Niemand durchlebt eine Krise idealtypisch. Jeder durchläuft eine Krise in unterschiedlicher Geschwindigkeit. Schuchardt weist auch darauf hin, dass die Phasen nicht zwingend chronologisch durchlaufen werden, sondern es zu Auf- und Abstiegen kommen kann. Eine Stufe muss nicht zwingend abgeschlossen werden: Manchmal bleibt sie unabgeschlossen oder Phasen überlagern sich. Alles, was in den einzelnen Phasen geschieht, ist der individuelle Ausdruck eines Überlebenskampfes.

**Weiterleben trotz Krebs** Bezüglich der Krisenauslöser schränkt sich Erika Schuchardt in ihren Untersuchungen nicht auf das Thema Krebs ein. Krisen-Trigger sind neben Krebserkrankungen u. a. Ereignisse wie Sucht, Trennung, Verfolgung oder Behinderung. Wir haben uns jedoch im Rahmen unserer Betrachtung auf Menschen im Kontext einer Krebserkrankung konzentriert. Hier subsumieren wir nicht nur Betroffene, die mit einer Diagnose konfrontiert werden, sondern auch solche, die sich mitten in einer Therapie befinden oder diese beenden.

Unterschiedliche Phasen, die ein Mensch im Kontext einer Krebserkrankung durchmacht, verlangen von uns unterschiedliche Schwerpunkte der Beobachtung, Zuwendung und Kommunikation. Ziel ist es, Patienten dabei zu unterstützen, trotz Krise weiterzuleben und diese zu überwinden, egal ob in Einrichtungen mit kurativer oder palliativer Ausrichtung.

### Phase 1: Ungewissheit

▼ Mehr als 400 000 Menschen werden jährlich mit der Diagnose Krebs konfrontiert. Vor allem die Eröffnung der Diagnose empfinden Patienten als Hieb in die Magen-grube. Die Wahrnehmung ist getrübt, Konzentration unmöglich. Verdrängungsreaktionen sind wahrscheinlich, Betroffene suchen nach rationalen Gründen für die Unmöglichkeit („Ich war doch erst vor einem Jahr zur Krebsvorsorge!“). Solche Muster gehen bis zur totalen Verleugnung. Nicht immer rechnen Menschen mit dem Schlimmsten, doch die Ahnung, dass nichts mehr so sein wird, wie es war, lähmt und macht machtlos.

### Was können wir tun?

Die Aufklärung von Patienten im Hinblick auf Diagnose und Therapie ist ärztliche Aufgabe. Von den Kollegen wird sehr viel kommunikatives Geschick abverlangt. Es liegt zunächst an ihnen, ein Gespür dafür zu entwickeln, wie umfangreich und direkt sie Patienten (und Angehörige) aufklären können.

Pflegende sollten sich darüber im Klaren sein, dass sie für ihre Einrichtung mit all ihren Routinen, ihrer Ordnung und ihrer Atmosphäre mitverantwortlich sind. Ärzte wechseln die Abteilung i. d. R. häufiger als das Stammpersonal. Image und Kultur einer Station stehen und fallen aber mit diesem. Das bedeutet, dass sich Pflegende als Kontinuitätsfaktor aktiv in wichtige Kommunikationsprozesse einbringen müssen. Dies impliziert die Fähigkeit, Argumente zu entwickeln, und die Bereitschaft, Konflikte sachorientiert auszutragen und ggf. Kritik einzustecken.

### Pflege gestaltet Stationskultur

Grundprämisse hierfür wiederum ist, dass wir anderen mit Respekt begegnen und die Andersartigkeit von Menschen tolerieren. Inwieweit eine solche Haltung im Team ausgeprägt ist, muss sich jede Abteilung selbst fragen, denn allzu oft verfallen wir in vorzeitige Wertungen und Vorurteile. Aber sich selbst hinterfragen oder Urteile revidieren zu können, zeugt von hinreichender Reflexionskompetenz. Eine positive Grundatmosphäre wird ein Patient mit hoher Wahrscheinlichkeit in einem „sich-kalt-machenden“ Team [7]. Das führt nicht nur zu mehr Patienten-, sondern auch zu mehr Arbeitszufrie-

denheit. Regelmäßige Teamtreffen sowie Supervisionen können einen solchen Gestaltungs- und Teambildungsprozess unterstützen.

### Auch knappe Kommunikation ist wertvoll

Oft konfrontieren uns Patienten in ganz banalen Situationen, z. B. beim Bettenmachen oder im Rahmen der Körperpflege, mit „schweren“ Fragen oder heftigen Aussagen („Na ja, dann muss ich wohl bald sterben!“). Auch wenn Gespräche häufig zwischen Tür und Angel angestoßen werden, bilden sie doch einen idealen Ausgangspunkt für einen guten Dialog [5]. Dieser muss nicht stundenlang dauern, oft hilft es dem Patienten, wenn er sich wenige Minuten entlasten oder seiner Irritation Luft machen kann. Die niederschwellige Erreichbarkeit der Pflegenden ist hier extrem wertvoll [6].

Vielleicht haben wir gerade wirklich wenig Zeit für ein Gespräch, dann ist es sinnvoll, dem Patienten eine konkrete Perspektive für eine Fortsetzung zu geben, ggf. in einer ruhigen Sitzecke. Hier könnten wir ermitteln, was der Patient über seine Erkrankung weiß, welche subjektiven Krankheitstheorien er entwickelt hat, wie er seine Situation und seine Zukunft einschätzt. Wichtige Informationen für das gesamte therapeutische Team!

### Sich einlassen auf Patient und Situation

Wenig hilfreich wäre es, Aussagen oder Andeutungen des Patienten zu übergehen. Unangebracht sind beschwichtigende Aussagen wie „Ach ja, das wird wieder!“. Es sollte auf der Hand liegen, dass sich ein Patient auf diese Weise nicht ernst genommen fühlt (und er Sie als Ansprechpartner nicht mehr ernst nehmen kann). Ihre Reaktion in kritischen Dialogen kann die weitere Beziehung zwischen Ihnen und dem Patienten maßgeblich bestimmen. Ihre Rolle sollten Sie dabei nicht unterschätzen. Sie sind Konstante, der Ruhepol, die Begleiterin, Adressat für Geheimnisse, die Verbündete, der Coach, die Vertraute, der Profi.

Wenn das gelingt, sind wir Pflegende auch in der Ausnahmesituation die Vermittler von Sicherheit in einer Zeit, in der unser Patient zunächst alle Gewissheit fahren lässt. Doch als Pflegende müssen wir uns auf eine solche Beziehung einlassen können und wollen. Der Psychologe Günter G. Bamberger sagt hierzu sehr treffend:

„Wenn Sie als Pflegende sich auf ein Gespräch mit dem Patienten einlassen mögen, dann haben Sie alle notwendigen Voraussetzungen [...] schon erfüllt – mehr braucht es nicht! Dann wird eine Begegnung auf menschlicher Ebene möglich, ein Sich-Einlassen aufeinander. Entscheidend ist die Haltung der Eingelassenheit“ [7].

#### Über die Autoren

*Birgit Hofer arbeitet als pflegerische Leitung der MKG-Station an der Kopfklinik der Universitätsmedizin Heidelberg, Fachpflegende für Anästhesie- und Intensivpflege, Palliative Care Nurse, Praxisanleiterin*

*Markus Wenner arbeitet als Krankenpfleger auf der Palliativstation am Krankenhaus St. Vincentius Heidelberg, Palliative Care Nurse, M.A. Politikwissenschaft, Fachmedienredakteur Pflege/Gesundheit*

#### Hintergrund

Dieser Beitrag entstand als Abschlussarbeit zur Zusatzqualifikation Palliative Care für Pflegende an der Akademie für Gesundheitsberufe in Heidelberg (Kurs 2014/2015). Ausgangspunkt war eine intensive Beschäftigung mit der Frage, wie Menschen im Angesicht von Krankheit und Tod adäquat durch professionell Pflegende begleitet werden können. Schuchardts Krisenspirale diente hier als Framework. Der Aufsatz darf somit als De-stillat und schriftliche Fortsetzung dieser Gruppendiskussion verstanden werden.

#### Weitere Hinweise

- ▶ Achten Sie darauf, dass ein Patient nicht alleine in ein Krisengespräch geht. Fragen Sie im Vorfeld, ob eine Begleitperson mitgehen möchte und versichern Sie ihm, dass das völlig in Ordnung ist.
- ▶ Zeigen Sie Präsenz; seien Sie ansprechbar; vermitteln Sie Nähe.
- ▶ Behalten Sie den Betroffenen im Auge; seien Sie achtsam.
- ▶ Nicht auf alles eine Antwort wissen; einfach zuhören und den Patienten Tempo und Inhalt eines Gesprächs vorgeben lassen.
- ▶ Der Psychoonkologe Urs Münch weist darauf hin, dass existenziell bedrohte Menschen in eine Problemrance abdriften. Ihre Wahrnehmung ist hierdurch derart verzerrt, dass sie nur maximal 30% der Inhalte eines Informationsgesprächs behalten können. Deswegen ist es wichtig, Betroffene nicht mit Fakten zu überfordern [8].
- ▶ Erwarten Sie nichts; Gespräche sind ergebnisoffen.
- ▶ Seien Sie authentisch empathisch, nicht künstlich; vermeiden Sie eine kindliche oder verniedlichende Sprache.
- ▶ Halten Sie Nischen der Ruhe vor (Sitzzecke, Meditationsecke etc.).

#### Literatur

- 1 Schuchardt E. Warum gerade ich? Leben lernen in Krisen. 13. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2013
- 2 McMahon R. Therapeutic nursing: theory, issues and practice. In: McMahon R, Pearson A. Nursing as Therapy. 2nd Ed. Cheltenham (UK) Nelson Thornes Ltd. 1998
- 3 Blättner B, Waller H. Gesundheitswissenschaft – eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. 5. Aufl., Stuttgart: Thieme 2011
- 4 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. u.a. (Hrsg.). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Kurzversion, Mai 2015
- 5 Kersting K. Coolout im Pflegealltag. In: Pflege & Gesellschaft (1999) 3: 53–60
- 6 Abt-Zegelin A. Gespräche sind Pflegehandlungen. In: Die Schwester / Der Pfleger 2009; 4: 001–004
- 7 Wegmüller T, Kocks A. Wie kann Beratung in der Pflege gelingen? JuKiP 2013; 1: 25–29
- 8 Bamberger G, Teigeler B. „Entscheidend ist eine Haltung der Eingelassenheit“ – Interview mit Günter G. Bamberger. In: Die Schwester / Der Pfleger 2013; 7: 640–645
- 9 Münch U. Umgang mit verunsicherten Menschen. Z. Palliativmed 2015; 5: 194–195