

Rheinisches Institut für Fort- und Weiterbildung
in der Psychiatrie
Halfeshof 2a
42651 Solingen

2.Hausarbeit zum Thema

Beziehungsarbeit in der psychiatrischen Pflege

Autor: Dana Pfau
Cecilienstr.26
41236 Mönchengladbach

Fachweiterbildungslehrgang für psychiatrische Pflege WB XXV
Erstellt im Juli/August 2005

Gliederung :

	Seite
Vorwort	1
1. Begriffsdefinition	3
2. Grundhaltung	4
2.1 Der Patient als gleichwertiger Gegenüber	4
2.2 Selbstwahrnehmung und Authentizität	5
2.2.1 Fallbeispiel 1	5
3. Pflegemodell von Hildegard Peplau	6
3.1 Biographische Hintergründe	6
3.2 Grundthese des Pflegemodells nach H. Peplau	7
3.2.1 Die vier Phasen des Beziehungsprozesses	7
3.2.2 Unterschiedliche Rollen der Pflegenden	8
4. Caring	9
4.1 Caring als Grundhaltung	9
4.2 Wirkung von Caring auf Patient und Pflegende	10
4.3 Fallbeispiel 2	11
4.4 Persönliche Anmerkung	12
5. Bezugspflege	12
5.1 Definition	13
5.2 Hauptmerkmale der Bezugspflege	13
5.3 Aufgaben und Anforderungen an die Bezugspflegerinnen	14
5.4 Voraussetzungen für die Durchführung von Bezugspflege	14
6. Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers	15
6.1 Carl Rogers Menschenbild	16
6.2 Non-directiv / Client-centered	16
6.3 Elemente der Gesprächsführung	17
6.4 Gesprächstechniken	18
6.5 Bedeutung von Gesprächstechniken im Stationsalltag	19
Schlussbetrachtung	20
Literaturverzeichnis	22
Erklärung	23

Vorwort

Ziel dieser Facharbeit soll vor allem sein die Beziehungsarbeit in der psychiatrischen Pflege als Basis für jegliches pflegerisches Handeln zu verdeutlichen. Ich werde verschiedene Instrumente der Beziehungsarbeit erläutern und diskutieren, am wichtigsten ist es mir aber eine Grundhaltung zu verdeutlichen, die Pflegende, aber auch andere Berufsgruppen dafür sensibilisiert ihre Arbeit mit psychisch kranken Menschen zu hinterfragen, zu reflektieren und vielleicht auch zu verändern.

Gerade psychisch erkrankte Menschen erleben oft einen Verlust an sozialer Beziehungsfähigkeit und sind in ihrer Kontaktaufnahme zu anderen Menschen beeinträchtigt. Mein Ziel ist es nicht die Psychiatrischen Krankheitsbilder und Störungen zu erklären, sondern den Menschen im Vordergrund zu sehen. Allein durch diese Sichtweise verändern sich die Haltung und die daraus resultierenden Handlungen.

Begegne ich in erster Linie einem Menschen und nicht einem „kranken Menschen“ wird dieser Mensch automatisch als gleichwertiger Gegenüber akzeptiert. In diesem Moment ist der erste Schritt getan um Ressourcen zu erkennen und aufrechtzuerhalten. Allein diese Haltung fördert und fordert die „normalen“ und „gesunden“ Anteile meines Gegenübers. Natürlich setzt diese Haltung ein hohes Maß an Eigenreflexion voraus. Es werden Fragen aufgeworfen die mein persönliches Menschenbild und meine eigenen Moralvorstellungen und Lebensprinzipien betreffen. Bin ich mir dieser nicht bewusst und bin ich nicht bereit diese zu vertreten und zu leben kann ich nicht in die Begegnung mit Menschen gehen die oft genau in diesen Lebensprinzipien erschüttert und verunsichert sind.

So steht für mich an erster Stelle sich selbst zu betrachten:

Wie lebe ich? Was brauche ich um zufrieden zu sein? Wie gehe ich mit anderen Menschen um und wie möchte ich behandelt werden? Welche Beziehungen und Kontakte bereichern mein Leben und welche schaden mir? Was macht mir Angst? Was gibt mir Kraft?

Bin ich mir dieser Fragen bewusst, auch wenn ich vielleicht oft noch keine Antwort darauf habe kann ich daraus resultierend eine Haltung entwickeln die ich nutzen und benutzen kann um eine Beziehung zu gestalten. Ich kann gemeinsam mit meinem Gegenüber auf die „Suche“ gehen.

Ich werde in dieser Hausarbeit von meiner eigenen beruflichen Erfahrung ausgehen, das heißt ich vertrete die Sichtweise der „Pflegerinnen“. Da ich den größten Teil meines Berufslebens auf einer Akut –Aufnahmestation gearbeitet habe wird dieser Arbeitsbereich in meine Ausführungen einfließen und sie auch prägen.

Ich werde zu Beginn verschiedene Definitionen des Begriffes „Beziehung“ erläutern. Im zweiten Teil werde ich mein Verständnis der Grundhaltung näher beschreiben. Im dritten und vierten Teil erörtere ich ein Pflegemodell und ein Pflegekonzept. Beide sind, meiner Meinung nach, Voraussetzung um Teil fünf und sechs in vollem Umfang verständlich zu machen. In diesen Teilen werde ich eine pflegerische Organisationsform und eine Gesprächstechnik vorstellen.

1. Begriffsdefinition Beziehung

Beziehung: Grundbegriff der Soziologie, der den Grad der Verbundenheit oder Distanz zwischen Individuen als Ergebnis sozialer Prozesse bezeichnet. (3, S.257)

Soziale Beziehung: Sind die häufigste Form von Beziehungen. Hierzu zählen Freundschaften, Bekanntschaften und andere Personen des alltäglichen Lebens.

Therapeutische Beziehung: Hauptmerkmal der therapeutischen Beziehung ist die Zielorientierung und Zweckgebundenheit. Die Beziehung ist Basis für den daraus resultierenden Prozess. Rahmenbedingung, z.B. Ort der Begegnung (Station, Praxis etc), bestimmte Verhaltensweisen (z.B. Hausordnung, Dienstvorschriften, Anrede) sind vorgegeben. Die Beziehung wird oft nicht frei gewählt sondern ist organisatorischen Gegebenheiten unterworfen. Der Zeitrahmen der Beziehung ist meist begrenzt.

Intime, persönliche Beziehung: Entsteht üblicherweise zwischen Menschen die sich lieben und ist in hohem Maße geprägt von gegenseitiger Zuneigung und Nähe.

Kontakt ist eine geistige oder körperliche Berührung zwischen Menschen, die für mindestens einen der Beteiligten zu einer Erfahrung von Nähe geführt hat. Durch die erlebte Nähe zu einem anderen Menschen unterscheidet sich ein Kontakt von einem Termin oder einer Begegnung. (8, S.324)

Beziehungen sind notwendig zur menschlichen Entwicklung, zur Selbstfindung und Selbsterfahrung. Sie sind geprägt von Gefühlen, Gemeinsamkeiten (Tätigkeiten, Erlebnisse, Interessen) und der Art und Weise miteinander umzugehen.

Eine menschliche Grundhaltung findet sich, meiner Meinung nach, in allen Beziehungsformen wieder und ist ausschlaggebend für meine persönliche, individuelle Art und Weise der Beziehungsgestaltung.

2.Grundhaltung

Die vielfältigen Veränderungen im Gesundheitssystem ließen in den letzten Jahren den Begriff der „Grundhaltung“ in den Hintergrund treten. Begriffe wie Zeitmanagement, Qualitätsmanagement und Pflegediagnosen verdeutlichen die Suche nach einer Umorganisation im Pflegebereich, die aufgrund von Stellenabbau und Einsparmaßnahmen auch unabdingbar ist.

Ich möchte deswegen meinen Schwerpunkt auf die zwischenmenschliche Sichtweise legen, weil ohne diese Sichtweise Qualität in der Pflege nicht gewährleistet werden kann.

Hierzu möchte ich den Begriff der „Suchhaltung“ verwenden weil die Suche nach der eigenen Haltung Basis für jegliche Begegnungen und Beziehungen mit anderen Menschen ist.

Hierbei spielt es zunächst keine Rolle ob ich kranken oder gesunden Menschen begegne und ob ich private oder berufliche Beziehungen eingehe.

Offenheit, Respekt und Toleranz sind meiner Meinung nach unabdingbare Voraussetzungen.

Aus dieser Grundhaltung heraus ist es möglich dem Patienten ein fruchtbares

Beziehungsangebot zu machen. Nur wenn ich bereit bin Schwingungen und Gefühle die durch den Patienten bei mir ausgelöst werden wahr- und ernst zu nehmen ist eine

Weiterentwicklung (und damit auch Gesundung) möglich.

„Wenn eine Handlungsweise eines Menschen mich fasziniert oder wütend macht, so ist die Feststellung und die Mitteilung des Gefühls allein zwar bedeutungsvoll, jedoch wird die Begegnung nur dann normal sein, wenn nicht nur von dem Anderen erwartet wird, dass er mit meiner Wahrnehmung etwas macht, sondern ich auch für mich etwas machen kann.“

(4, S.39f)

2.1 Der Patient als gleichwertiger Gegenüber

Um in Kontakt mit einem psychisch kranken Menschen zu treten muss ich bereit sein

Fremdem und Befremdlichem zu begegnen. Hierbei geht es vor allem darum das

„Befremdliche“ und „Andersartige“ wertfrei anzunehmen und nicht meine eigenen

Vorstellungen als die einzige Wahrheit anzusehen. Egal wie „verrückt“ und „entrückt“

jemand erscheint, er wird seine eigenen Lösungsmöglichkeiten für sich entwickeln können.

Meine Aufgabe ist es ihn dorthin zu führen.

Gebe ich ihm das Gefühl zu krank, zu schwach, zu verrückt zu sein, entwerte ich ihn als eigenständigen, entscheidungsfähigen Menschen.

Begegne ich ihm aber als gleichwertigem Gegenüber, schaffe ich Platz für Entwicklung und Veränderung. Vor allem aber schaffe ich Vertrauen. Vertrauen in die eigene Fähigkeiten und Ressourcen, aber auch Vertrauen in die Beziehung zu einem anderen Menschen.

Hierzu gehört ein hohes Maß an Interesse und Neugier. Ich kann den anderen Menschen nur in seiner Ganzheitlichkeit begreifen, wenn ich bereit bin mich mit ihm auseinanderzusetzen. Dafür ist es wichtig ihn nicht isoliert in seiner derzeitigen Situation wahrzunehmen, sondern seine Biographie, seine Beziehungen, seine Lebenssituation zu ergründen. Dies ist nur möglich wenn mein Gegenüber es zulässt und es ist sein Recht es nicht zuzulassen.

(vgl. 9, S.43 ff)

2.2 Selbstwahrnehmung und Authentizität

Jeder Mensch kennt Situationen in denen er Angst hat, überdreht ist, sich zurückzieht, nicht schlafen kann, nicht klar denken kann und das Gefühl hat alleine nicht mehr zu Recht zu kommen. Wie reagiere ich selbst in solchen Momenten? Was tut mir gut? Wie kann ich mir selber helfen und wann und wo hole ich mir Hilfe? Mit diesen Fragen sollte sich jeder Pflegende auseinandersetzen um sich auch nur annähernd in die Gefühlswelt eines psychisch kranken Menschen hineinversetzen zu können. Durch diese Auseinandersetzung mit sich selbst verändert sich automatisch das Rollenverständnis zwischen Patient und Pflegendem. Ich muss mich nicht immer in alles hineinversetzen können, aber alleine der Versuch etwas nachempfinden und verstehen zu können vermittelt Interesse und Empathie.

2.2.1 Fallbeispiel 1

Zu Beginn meiner Tätigkeit als Pflegekraft dachte ich professionelles Arbeiten bedeutet immer alles im Griff zu haben, meine Gefühle eingeschlossen. Ich dachte, nicht stark genug zu sein wenn mich bestimmte Situationen mit Patienten betroffen, traurig oder wütend machten.

Nachdem ich wochenlang versucht hatte meine Gefühle „wegzudrücken“, kam es dazu, dass eine Patientin mich auf Übelste beschimpfte und dabei sehr persönlich wurde. In dieser Situation platzte mir förmlich der Kragen. Völlig „unprofessionell“ schimpfte ich zurück und verließ Türen knallend den Raum. Ich schämte mich in Grund und Boden, dass ich derart die Kontrolle verloren hatte. Kurze Zeit später kam die Patienten zu mir und entschuldigte sich mit den Worten „, Ich hab das nicht persönlich gemeint...“.

Mir wurde bewusst, dass ich zum ersten Mal authentisch gewesen war. Ich war für die Patientin erreichbar geworden indem ich emotionale Regungen zugelassen und gezeigt hatte. Ich hatte mich auf die gleiche menschliche Ebene begeben, von der kontrollierten, wissenden Krankenschwester, zum fühlenden, reagierenden Menschen. Was ist professioneller?

3. Das Pflegemodell nach Hildegard Peplau

Hildegard Peplau publizierte ihr psychodynamisches Pflegemodell 1952. Die Vereinigten Staaten erholten sich gerade von den Ereignissen des zweiten Weltkrieges. Pflegekräfte arbeiteten zuvor hauptsächlich im häuslichen – ambulanten Bereich und nun wurden Krankenhäuser zunehmend zum Ort der Behandlung und Pflege. Pflegerische Arbeit war vorwiegend funktionsorientiert und definierte sich durch assistierende Tätigkeiten zur Unterstützung des Arztes und einer Mischung aus Pflegeaktivitäten und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten.

Mit der Entwicklung einer Theorie des Zwischenmenschlichen als dem entscheidenden Element in der Psychiatrischen Pflege schuf Peplau den Grundstock für heutige Konzepte der Psychiatrischen Pflege. Sie entwickelte fundierte Begriffsmodelle die entscheidend dazu beitrugen das Psychiatrische Pflege als angewandte Wissenschaft in das Gesundheitswesen integriert wurde.

3.1 Biographische Hintergründe

Geboren 1909 in den USA als Tochter deutscher Einwanderer.

1931 Abschluss der Pflegeausbildung, anschließend Tätigkeit als Leiterin eines Operationssaals

In zweitem Weltkrieg Tätigkeit in der Armee in einem neuropsychiatrischen Spital in London und Tätigkeiten in verschiedenen psychiatrischen Kliniken

Studium der Psychologie 1943, psychiatrische Pflege 1947 und Pädagogik 1953

1952 Publikation ihres Buches: Interpersonal Relations in Nursing

Ab 1954 Professorin für psychiatrische Pflege an der Rutgers University, NJ.

Ab 1960 teilzeitlich eigene Praxis

1964 Publikation ihres Buches: Basic principles of patient counselling

Ab 1969 leitende Direktorin der American Nurses Association (ANA)

1970-1972 Präsidentin der ANA, 1972- 1974 Vizepräsidentin

Mitglied des Expertenrates der WHO, Pflegeberaterin der US Air Force, des US Public Health Services und des National Instituts of Mental Health

1974 Emeritierung

1989 Publikation ihres Buches: Interpersonal relations in nursing: A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing

Publizierte zahllose Artikel und schrieb viele Buchkapitel

Sie lebte bis zu ihrem Tod 1998 in Los Angeles

(vgl.11, S.3)

3.2 Grundthese des Pflegemodells von H. Peplau

Peplau sieht in der Pflege einen psychodynamischen Prozess in dessen Rahmen sich Pfleger sowie Patient weiterentwickeln können. Der Pfleger orientiert sich hierbei mehr am Menschen als an der Krankheit. Pflege geht also über die reine Versorgung hinaus und ist ein Lern- und Beziehungsprozess für beide Beteiligten, dessen Ziel ein kreatives, konstruktives und produktives persönliches und gemeinschaftliches Leben ist. Hierbei spielt die Persönlichkeit und berufliche Ausbildung des Pflegenden eine tragende Rolle.

Die zwischenmenschliche Beziehung steht vollends im Mittelpunkt.

(vgl. 1, S.126 f und vgl.14, S.186 ff)

3.2.1 Die vier Phasen des Beziehungsprozesses

Peplau unterscheidet vier Phasen in der Pflegenden- Patient Beziehung. Diese Phasen können sich überschneiden und lassen sich in der Realität nicht immer genau differenzieren.

1. Orientierungsphase

- Aufgrund seiner wahrgenommenen oder gefühlten Bedürfnisse sucht der Patient professionelle Hilfe.
- Unterstützung bei der Suche nach Konkretisierung des Problems durch die Pflegenden
- Bedarf der Unterstützung wird festgestellt.

2. Identifikationsphase

- Der Patient identifiziert sich mit der Pflegenden.
- Durch die stützende und stärkende Haltung der Pflegenden gewinnt der Patient an Vertrauen.
- Individuelle Hilfsangebot werden gemacht

3. Nutzungs- oder Ausbeutungsphase

- Der Patient versucht den für sich ersichtlichen Nutzen aus der Beziehung zu ziehen
- Die Erwartungen des Patienten können in dieser Phase häufig wechseln, die Pflegende nimmt hierbei verschiedene Rollenanteile an und bietet dadurch die Möglichkeit des „Ausprobierens“ von verschiedenen Beziehungen.

4. Ablösungsphase

- Formulierung und Verfolgung gemeinsamer Ziele.
- Gemeinsame und konstruktive Lösung von Problemen.
- Unabhängigkeit des Patienten wächst.
- Auflösung der zwischenmenschlichen Beziehung.

(vgl. 9, S.68 f)

3.2.2 Unterschiedliche Rollen der Pflegenden

Aufgrund wechselnder Probleme und Bedürfnisse des Patienten geht Peplau davon aus das die Pflegende unterschiedliche Rollen einnimmt. Mir scheint vor allem wichtig herauszustellen dass Pflegende sich dieser verschiedener Rollen bewusst sein sollten und dadurch dem Patienten das Erlernen und Erleben neuer Verhaltensweisen ermöglichen. Die Pflegende lebt dem Patienten verschieden Modelle vor, durch die er seine eigenen Verhaltensweisen und Handlungen ausprobieren kann.

Rolle des Fremden: Patient und Pflegende begegnen einander als Fremde, sie müssen sich erst kennen lernen um eine Vertrauensbasis aufbauen zu können.

Rolle des Ansprechpartners: Der Pflegende gibt dem Patienten die Informationen die er braucht bzw. haben möchte und stellt ihm sein Fachwissen zur Verfügung.

Rolle des Stellvertreters. Der Pflegende übernimmt Entscheidungen oder Handlungen zu denen der Patient derzeit nicht in der Lage ist.

Rolle des Gegners: In dieser Rolle befindet sich der Pflegende wenn er andere Interessen und Ziele verfolgt als der Patient. Z.B wenn der Patient gegen seinen Willen in die Psychiatrie gebracht wird.

Rolle des Beraters: Der Pflegende unterstützt den Patienten darin seine Situation in sein Leben zu integrieren und hilft ihm die Krankheit als zu seinem Leben gehörend zu akzeptieren und sie nicht zu verdrängen.

Rolle des Ersatzspielers: Der Pflegende übernimmt die Rolle einer wichtigen Bezugsperson aus dem Leben des Patienten. Aufgabe des Pflegenden ist es diese Rolle frühzeitig zu erkennen und den richtigen Zeitpunkt wahrzunehmen dies zu besprechen und damit eine Bearbeitung dieser Erfahrung zu ermöglichen.

Rolle des Leitenden: Der Pflegende übt diese Rolle im demokratischen Führungsstil aus und sieht den Patienten als aktiven Partner an.

Rolle des Lehrers: Der Pflegende geht von dem Wissensstand des Patienten aus und versucht Interesse für wichtige Themen zu wecken und weiterzuentwickeln. Ziel ist die weitere Entwicklung der Persönlichkeit des Patienten.

(vgl.1, S.126 f und vgl.9, S.126 f)

4. Caring

Der Begriff Caring wurde weitgehend von Patricia Benner geprägt. Übersetzt bedeutet er „Interesse oder Sorge fühlen“ und beschreibt damit die innere Haltung Pflegender als das erste und zentrale Element der Pflege.

Benner geht davon aus das durch eine sorgende Haltung dem Patienten verdeutlicht wird welche Ereignisse für ihn Stressfaktoren sind und welche Bewältigungs- und Lösungsmöglichkeiten ihm zur Verfügung stehen. Sorge wird als wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Bewältigung von Problemen gesehen. Erst durch eine sorgende Haltung kann eine vertrauensvolle Beziehung erwachsen, die es dem Pflegenden ermöglicht Hilfe anzubieten und dem Patienten ermöglicht Hilfe anzunehmen.

(vgl. 2, S.21 ff)

Da ich in den weiteren Ausführungen die Begriffe „Sorge“ und „sorgen“ weiterverwenden werde, möchte ich deren Bedeutung kurz erläutern, da sie meiner Meinung nach, missverstanden werden können. „Sorge“ bedeutet in diesem Zusammenhang nicht „Furcht“ oder „Befürchtung“. Vielmehr ist eine fürsorgliche, aufmerksame und zugewandte Haltung dem Patienten gegenüber gemeint.

4.1 Caring als Grundhaltung

Aus der sorgenden Haltung heraus ergeben sich weitere zentrale Gedanken für die professionelle Beziehungsarbeit.

Dem Menschen einfühlsam und warmherzig zu begegnen ist Basis dafür dass der andere sich überhaupt auf das Beziehungsangebot einlassen kann. Genauso muss ich die Bereitschaft mitbringen mich auf den anderen einzulassen und ihn kennen zu lernen. Hierfür muss ich ein gewisses Maß an Nähe zulassen können. Aufmerksames Zuhören und die Wahrnehmung nonverbaler Ausdrucksweisen verdeutlichen dem Patienten, das ich ihn ernst nehme und seine Bedürfnisse wahrnehme.

Genauso wichtig ist es „da zu sein“. Dem anderen zu zeigen, das ich mir Zeit für ihn nehme, das ich ansprechbar und erreichbar bin.

Ehrlichkeit und Offenheit ermöglichen eine konstruktive Auseinandersetzung miteinander. Ich sollte nicht nur dem Anderen gegenüber ehrlich sein, sondern auch mir selbst gegenüber. Glaube ich an die Kraft und Fähigkeiten des Patienten, strahle ich Zuversicht, Hoffnung und Vertrauen aus.

Geduld und Toleranz geben Raum und Zeit zur Entwicklung.

Meiner Meinung nach ist mein persönliches Auftreten ausschlaggebend ob der Patient mit mir in Kontakt treten möchte. Mimik, Gestik und Tonfall sind oft wichtiger als verbale Äußerungen. Ein Lächeln, ein zustimmendes Nicken oder eine Berührung vermitteln oft mehr menschliche Nähe, Wohlwollen und Kontaktbereitschaft, als Worte.

Gerade psychisch kranke Menschen, die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen haben, erreiche ich oft intensiver mit nonverbalen Gesten.

„ Weniger ist manchmal mehr.“

4.2 Wirkung von Caring auf Patient und Pflegende

Oft haben Patienten das Gefühl im Krankenhaus lediglich als „Diagnose“ behandelt zu werden und den Begebenheiten einer Institution ausgeliefert zu sein. Eigene Wünsche und Vorstellungen werden zweitrangig behandelt oder sogar ignoriert.

Pflegende und Ärzte werden als „allmächtig“ und „funktionsorientiert“ erlebt.

Schon vor der Aufnahme im Krankenhaus durchlebten sie Situationen, in denen sie sich von anderen Menschen nicht mehr verstanden fühlten und vor allem sich selbst nicht mehr verstehen konnten. Sie befinden sich oft in einem Zustand großer Verzweiflung, Unsicherheit und Angst.

Eine einführende und sorgende Haltung gibt dem Patienten in erster Linie das Gefühl als Mensch, von einem Menschen wahrgenommen zu werden.

Zu spüren dass jemand Anteil nimmt an seiner Situation und bereit ist sich um ihn zu kümmern, vermittelt Sicherheit und das Gefühl ernst genommen zu werden. Aus diesem Gefühl heraus kann Vertrauen wachsen.

Durch die sorgende Haltung wird dem Patienten ermöglicht seine Situation zu ordnen, Probleme wahrzunehmen, Lösungsmöglichkeiten zu erkennen und umzusetzen.

P. Benner zieht den Vergleich zur Eltern-Kind Beziehung. Sie glaubt, dass ohne eine von Sorge geprägte Bindung elterliche Erziehungstechniken unwirksam sind. Existiert eine solche Bindung, erweisen sich manche Techniken als praktikabler und wirksamer.

Ähnliches resultiert aus einer Pflege-Patient Beziehung die von Interesse und Sorge geprägt ist. Wissenschaftliche Kenntnisse und theoretisches Wissen sind ohne zwischenmenschliche Beziehung kein effektives Mittel für eine kompetente und befriedigende Pflegepraxis.

(vgl.2, S.22 f)

Für die Pflegende ergibt sich hieraus einerseits eine hohe Anforderung an sich selbst, andererseits profitiert sie ebenfalls aus einer solchen Beziehung und kann daraus Motivation und persönliche Weiterentwicklung gewinnen.

4.3 Fallbeispiel 2

Anhand eines Fallbeispiels möchte ich verdeutlichen wie die zwischenmenschliche Beziehung und sorgende Haltung sich in einer akuten Krisensituation auswirken kann:

Während einer Nachtwache auf der Akut- Aufnahmestation wurde ein, mir bekannter Patient, zum wiederholten Mal zur Aufnahme gebracht. Er hatte in seiner Wohnung randaliert und wurde von der Polizei, in Handschellen und gegen seinen Willen auf die Station gebracht. Der Patient wirkte höchst angespannt. Nach Angaben der Polizei war er nicht bereit gewesen mit ihnen zu sprechen. Er stand jetzt mit dem Rücken zu einer Wand und starrte auf den Boden. Es machte mich betroffen ihn so zu sehen, da er erst vor kurzem entlassen worden war und ich fragte mich was dazu geführt hatte das sogar Handschellen nötig waren um ihn in die Klinik zu bringen, weil ich ihn als einen sehr friedlichen Menschen in Erinnerung hatte. Ich verspürte in keinster Weise Angst, weil ich mir sicher war, das er mir gegenüber nicht gewalttätig werden würde.

Ich ging auf ihn zu und begrüßte ihn mit der Frage was denn geschehen sei. Seine Antwort war: „Gut das sie da sind...“. In seinen Augen konnte ich große Angst, aber auch Erleichterung sehen. Ich fragte ihn ob wir ihm die Handschellen abnehmen könnten ohne dass irgendwas passieren würde. Er konnte dieses zusagen. Ich hatte keinen Zweifel an seinen Worten. Der diensthabende Arzt jedoch war skeptisch, da er den Patienten nicht kannte. Die

Handschellen wurden gelöst und der Patient legte sich auf ein Bett. Ich setzte mich zu ihm und nahm seine Hand. Er fing an zu weinen und erzählte mir was er in den letzten Tagen durchgemacht hatte.

Die ganze Situation war für mich geprägt von Emotionen, Erfahrungen und Intuition. Ich empfand echtes Mitgefühl, als ich den Patienten in Handschellen vor mir stehen sah und war tief berührt als er anfing zu weinen und meine Hand hielt.

Die Beziehung die in den vorherigen Behandlungen gewachsen war ermöglichte mir eine sichere Einschätzung dieser Situation. Für die weitere Beziehungsarbeit mit dem Patienten war diese Situation sehr prägend.

4.4 Persönliche Anmerkung

Anmerkend möchte ich hinzufügen dass eine sorgende Haltung nicht „erlernt“ werden kann. Habe ich kein echtes Interesse mich für den Patienten zu öffnen und mich ein Stück in seine Welt zu begeben, empfinde ich nicht wirklich Sorge und die Bereitschaft Verantwortung für mein Gegenüber mit zu tragen, wird der Patient dies in aller Deutlichkeit spüren. Echtheit und Ehrlichkeit sind unabdingbare Voraussetzungen.

Gerade in der Psychiatrie treffen Pflegende immer wieder auf Patienten denen sie nur schwer eine empathische Grundhaltung entgegen bringen können. Mir ist es wichtig herauszustellen das es kein berufliches oder menschliches Versagen ist wenn ich an meine Grenzen stoße. Viel wichtiger ist es diese Grenze wahr- und ernst zu nehmen und bewusst damit umzugehen, sowohl dem Patienten, als auch mir selbst gegenüber. Hierfür sind der Austausch und die Beratung im Team und in der Supervision ein notwendiges Forum.

5. Bezugspflege

Der Begriff der Bezugspflege entwickelte sich aus dem in den USA entstandenen „Primary Nursing“. Diese Form der Pflegeorganisation geht zurück auf Marie Manthey, die es Ende sechziger Jahre am Universitätskrankenhaus von Minneapolis entwickelte und einführte. Von dort aus fand es in den siebziger Jahren weite Verbreitung in den USA und gelangte schließlich in den achtziger Jahren auch nach Großbritannien. Neben den angelsächsischen Ländern, wird auch in den skandinavischen Staaten sowie in Afrika und Australien mit

Primary Nursing gearbeitet. In Deutschland besteht erst seit der zweiten Hälfte der neunziger Jahre ein verstärktes Interesse an Primary Nursing.

(vgl.10, S.1)

Die Grundprinzipien des Primary Nursing gelten auch für die Bezugspflege, jedoch unterscheiden sich die beruflichen Rahmenbedingungen in den USA von denen in Deutschland. Hierdurch bedingt unterscheidet sich ebenfalls die praktische Durchführung. Gehe ich von meiner eigenen beruflichen Erfahrung aus, so werden oft nur Teile der Bezugspflege praktiziert, eine hundertprozentige Umsetzung habe ich persönlich noch nicht erlebt. Häufig wird eine Mischform von Bereichs- und Bezugspflege praktiziert. Über die Praktische Durchführung und Verbreitung von Bezugspflege in Deutschland konnte ich keine übereinstimmenden und aussagekräftigen Quellen eruieren.

5.1 Definition

„Unter „Primary Nursing“ wird ein Arbeitsorganisationsprinzip verstanden, nach welchem jedem Patient/jeder Patientin eine namentlich bezeichnete, ausgebildete Pflegeperson (eine Primary Nurse) zugeordnet wird, welche entscheidungsbefugt und verantwortlich ist für den Pflegeprozess und dessen interdisziplinäre Koordination während des gesamten Zeitraums, in welchem der Patient/ die Patientin stationär oder ambulante Pflege erhält.“ (Anderson,1994; Weller&Wells, 1990, 12, S.3)

Bezugspflege: „Jeder Patient hat eine pflegerische Bezugsperson, die auf der Grundlage des Pflegeprozesses für die Einführung auf der Station und während des gesamten Aufenthalts dort im Rahmen einer unterstützenden Beziehung für eine zielgerichtete, der individuellen Situation angepasste, interdisziplinär abgesprochene Pflege des Patienten und für die Betreuung der Angehörigen verantwortlich ist.“ (Needham/Abderhalden 2002, 8, S. 221)

5.2 Hauptmerkmale der Bezugspflege

- Eine Pflegende ist für den gesamten Pflegeprozess bei einem Patienten, von der Aufnahme bis zur Entlassung, verantwortlich.
- Bei Abwesenheit der Bezugspflegerin delegiert sie Aufgaben an diensthabende Kollegen.
- Für alle beteiligten Personen ist eindeutig klar, wer Ansprechpartner für die Pflege eines bestimmten Patienten ist.

- Die Bezugspflegende trifft autonom und eigenverantwortlich Entscheidungen die den Pflegeprozess des Patienten betreffen.
- Die Bezugspflegende ist Schlüsselperson für die patientenbezogene Kommunikation und Kooperation aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen.
- Die Bezugspflegende ist Ansprechpartner für Angehörige und Bezugspersonen
- Die Bezugspflegende ist beteiligt an der Einleitung und Vorbereitung einer eventuellen Nachbetreuung.
- Kontinuität der pflegerischen Betreuung.

5.3 Aufgaben und Anforderungen an die Bezugspflegenden

Grundlegende Aufgabe der pflegerischen Bezugsperson ist es ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufzubauen und sich als zuständiger Ansprechpartner verantwortlich zu zeigen. Sie sollte sich als Vermittler und Vertreter des Patienten sehen und für seine Anliegen und Bedürfnisse eintreten.

Das hohe Maß an Eigenverantwortlichkeit sollte nicht verwechselt werden mit der Funktion eines „Einzelkämpfers“. Vielmehr fordert es von dem Pflegenden Teamfähigkeit und die Fähigkeit seine Arbeit fundiert begründen und darstellen zu können. Dies setzt eine qualifizierte Ausbildung aber auch Kritikfähigkeit und Eigenreflexion voraus.

Folgende Aufgaben werden von der pflegerischen Bezugsperson übernommen:

- Teilnahme am Aufnahmegespräch und allen anderen Gesprächskontakten.
- Erhebung der Pflegeanamnese.
- Erhebung der Pflegeprobleme und der daraus resultierenden Ziele und Maßnahmen.
- Evaluation der Pflegeplanung.
- Wenn möglich selbständige Durchführung pflegerischer Maßnahmen oder Delegation an entsprechende Kollegen.
- Übernahme von Verantwortung dafür dass die erstellte Pflegeplanung im Team transparent gemacht wird.
- Diskussion und Überprüfung der erstellten Pflegeplanung im Team.
- Alltagsbegleitung des Patienten.

5.4 Voraussetzungen für die Durchführung von Bezugspflege

Im Vergleich mit anderen pflegerischen Organisationsmodellen ist die Bezugspflege unumstritten das Modell welches am stärksten eine ganzheitliche Pflege gewährleisten kann.

Trotzdem erlebe ich es immer wieder dass nur Anteile der Bezugspflege praktiziert und mit anderen Organisationsformen vermischt werden.

Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung von Bezugspflege sind einerseits Rahmenbedingungen wie Dienstplangestaltung- und Organisation, Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter und die Abstimmung mit anderen Berufsgruppen, andererseits inhaltliche Schwerpunkte. Hierzu zählen vor allem die Beschreibung des grundlegenden Pflegeverständnisses und die Formulierung eines Pflegeauftrages im Rahmen eines gesamten Behandlungsauftrages.

Aus eigener Erfahrung weiß ich dass die Umsetzung von Bezugspflege häufig an organisatorischen Begebenheiten scheitert. Die Dienstplangestaltung verhindert nahezu eine kontinuierliche Präsenz der Bezugsperson. Dies ist größtenteils auf fehlende personelle Ressourcen zurückzuführen. Gleichermäßen fehlen aber auch das Bewusstsein für ein organisiertes Bezugspflegesystem und der klar formulierte Auftrag seitens der Betriebsleitung nach welchem Organisationsmodell gearbeitet werden soll.

Selbstbewusstsein und die Bereitschaft eine hohe Eigenverantwortung für sein pflegerisches Handeln zu übernehmen, sind Faktoren die zur Umsetzung von Bezugspflege ausschlaggebend sind. Hierzu gehört mit Sicherheit auch die Sichtweise des eigenen Berufsbildes.

6. Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers

Kommunikation ist ein elementares Mittel um mit dem Patienten in Kontakt zu treten, ihn zu verstehen, sich mitzuteilen, Gefühle auszudrücken, Meinungen auszutauschen und Rückmeldung zu geben. Verbale und nonverbale Kommunikation sind meiner Meinung nach nicht trennbar und in ihrer Bedeutung für die Beziehungsarbeit zwischen Pflegendem und Patient absolut gleichwertig.

Die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers bietet eine professionelle Gesprächsmethode die beide Formen der Kommunikation miteinander verbindet. Auch hier spielt die menschliche Grundhaltung eine ausschlaggebende Rolle. Die Gesprächsführung nach Rogers ist als Teil einer ganzheitlichen Psychotherapie anzusehen.

6.1 C. Rogers Menschenbild

Rogers geht davon aus das alle Lebewesen danach streben aus ihrer Existenz das Beste herauszuholen. Persönliche Entwicklung und Selbstverwirklichung sind zentrale Ziele eines jeden Menschen.

Seiner Meinung nach sollte es auch in der Psychotherapie weniger um Problemlösung sondern um persönliche Entwicklung gehen. Hierbei sieht er den Therapeuten mehr als Begleiter und Förderer dieser Entwicklung, statt als Experten für die Lösung von psychischen Problemen.

Innerhalb der therapeutischen Beziehung sieht Rogers die emotionalen Faktoren wesentlich wichtiger an, als die intellektuellen und die Gegenwart ist für ihn wichtiger als die Vergangenheit.

Mit diesen Thesen legte er den Grundstein für eine völlig neu orientierte psychiatrische und psychotherapeutische Auffassung, die sich in aller Deutlichkeit von expertenorientierten Ansätzen, psychoanalytischen und behavioristischen Denkmodellen abgrenzte.
(vgl. 5, S.15 ff)

6.2 Non-directiv / Client-centered

1940 begründete Rogers die Klientenzentrierte Therapie, er bezeichnete sie zunächst als Non-directiv(= nicht lenkend).

Mit diesem Beratungsansatz wollte er sich von manipulativen oder lenkenden Therapeutenverhalten abgrenzen. Seiner Auffassung nach sollte der Therapeut den Klienten nicht führen, sondern vielmehr für ihn da sein während der Klient selbst den Fortschritt der Therapie bestimmt.

Rogers wandte sich mit seiner Einstellung von einem medizinische Modell ab. „Behandlung von Patienten“ wurde zur „Betreuung und Begleitung von Klienten“.

Um zu Verdeutlichen das die Aufmerksamkeit des Therapeuten und Klienten auf die innere Erlebenswelt des Klienten gerichtet ist und um dem Missverständnis, nicht direktiv bedeute passiv zu begegnen, prägte Rogers den Begriff „client-centered“, also „den Klienten in den Mittelpunkt stellend“.

Hierbei geht Roger davon aus das der Klient selber weiß was richtig und falsch ist und selbst Wege zur Verbesserung seiner Situation finden kann. Der Therapeut bietet hierfür Begleitung, Feedback und positive Wertschätzung.

Hierzu möchte ich anmerken, dass ich zwar weitgehend diese Haltung teile, jedoch gibt es Situationen in denen ich, als Pflegende, durchaus eine lenkende Position einnehmen muss.

Gerade in der Akut-Psychiatrie ist es zeitweise erforderlich Entscheidungen zu treffen, die der Patient situativ nicht nachvollziehen kann. Beispielsweise bei Ausgangssperren oder Zwangsmaßnahmen. Nehme ich diese lenkende Position ein, sollte ich dies klar zum Ausdruck bringen und begründen warum ich so handle.

6.3 Elemente der Gesprächsführung

Rogers beschrieb folgende Elemente die in der therapeutischen Beziehungen förderlich, bzw. notwendig sind: Kongruenz, Empathie, Wertschätzung, bedingungsfreie Akzeptanz, Orientierung an der Wahrnehmung des Klienten.

Kongruenz: Kann definiert werden mit „Übereinstimmung mit sich selbst“. Eigenes Erleben, Empfindungen und Gefühle, die innerhalb der therapeutischen Beziehung entstehen, werden wahrgenommen und mitgeteilt. Hierdurch wird der Pflegende gegenwärtig und transparent, d.h. er kann als „Person“ und „Mensch“ wahrgenommen werden, mit all seinen Stärken und Schwächen.

Rogers geht davon aus das eine Echtheit der Person nur glaubhaft vermittelt werden kann wenn sowohl positive als auch negative Wahrnehmungen geäußert werden.

Hierbei muss der Pflegende Sorge dafür tragen, dass stets das Wohlergehen des Patienten im Vordergrund steht. Werden negative Empfindungen zum Ausdruck gebracht, stehen sie mit der aktuellen Situation und der eigenen Reaktion darauf im Bezug und sind keine Wertung der Person an sich. (siehe Fallbeispiel 1)

Grundvoraussetzung ist die Bereitschaft des Pflegenden sich mit seinen eigenen Gefühlen und Wahrnehmungen auseinander zusetzen und diese in die Beziehung zum Patienten mit einzubringen.

Empathie: definiert Rogers als die Fähigkeit die innere Welt des Klienten so zu verspüren, als wäre sie die eigene. Durch die einführende Haltung des Pflegenden fühlt sich der Patient ernst genommen und verstanden. Gleichzeitig ermöglicht es ihm sein Erleben und seine Gefühle bewusster wahrzunehmen und dadurch auch einen anderen Zugang zu sich selbst zu bekommen.

Wertschätzung und bedingungsfreie Akzeptanz: beschreibt Rogers als echte Zuwendung, die frei ist von Beurteilungen und Bewertungen der Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen des Klienten.

Diese positive Wertschätzung bedeutet Respekt und Achtung für die Person des Patienten und ist an keinerlei Bedingungen geknüpft. Der Patient fühlt sich sowohl in seine positiven als auch in seinen negativen Gefühlen akzeptiert, kann sich dadurch auch selber besser akzeptieren und Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten aufbauen.

Orientierung an der Wahrnehmungswelt des Klienten: Eine empathische, wertschätzende und kongruente Grundhaltung garantiert nicht, dass der Patient diese auch so wahrnimmt. Es liegt in der Hand des Pflegenden eindeutig und unmissverständlich aufzutreten und seine Wahrnehmung dafür zu sensibilisieren wie der Patient ihn wahrnimmt.

(vgl. 5, S.233ff und vgl.8, S.327ff)

6.4 Gesprächstechniken

Basierend auf der oben beschriebenen Grundhaltung möchte ich nun einige Gesprächstechniken erläutern. Ich sehe diese Techniken als hilfreiche Methoden um die Kommunikation mit Patienten professionell zu gestalten. Jeder Pflegende wird im Laufe seiner beruflichen Tätigkeit seine ganz persönliche und spezielle Art der Gesprächsführung entwickeln, jedoch gibt es meiner Meinung nach grundlegende Elemente die jeder Pflegende berücksichtigen sollte. Ich werde im Folgenden die Techniken näher beschreiben die, meiner Meinung nach, im Pflege- Patienten Gespräch eine wichtige Orientierungshilfe sein können.

Aktives Zuhören: Bedeutet meinem Gegenüber meine ganze Aufmerksamkeit zu schenken. Durch Mimik (Blickkontakt), Gestik (z.B. zustimmendes Nicken), Körperhaltung (sich dem Patienten zuwenden) und einer entspannten Gesprächsatmosphäre (Störungsquellen ausschalten, Zeit nehmen) vermittele ich dem Patienten Interesse und Gesprächsbereitschaft. Ich lasse den Patienten ausreden und bin mit meiner eigenen Meinung zurückhaltend. Ich achte auf meine eigenen Gefühle und die die ich beim Patienten wahrnehme. Ich bewerte und berate den Patienten nicht, sondern versuche ihn in seinen Empfindungen und Wahrnehmungen positiv zu verstärken. Die Kunst beim aktiven Zuhören ist die Ausgewogenheit zwischen geduldigem Zuhören und aktiver Beteiligung.

Offene Fragen: sind so formuliert das der Patient mehrere Antwortmöglichkeiten hat und dienen dazu vielfältige Informationen und Meinungsäußerungen zu bekommen. Sie vermeiden das der Patient lediglich mit Ja oder Nein antwortet.

Die meisten W- Fragen (Fragen die mit wieso, warum, weshalb etc. beginnen) sind offene Fragen. Der Pflegende sollte darauf achten Patienten mit eingeschränkten verbalen Ausdrucksmöglichkeiten hiermit nicht zu überfordern.

Paraphrasieren: Äußerungen des Gesprächspartners werden mit eigenen Worten wiederholt, um sicherzustellen, dass ich ihn richtig verstanden habe und er mich korrigieren kann wenn das nicht der Fall ist. Der Patient wird hiermit indirekt ermutigt seine Gedanken und Gefühle deutlicher wahrzunehmen und auszudrücken.

Verbalisieren emotionaler Inhalte: Aktuell wahrgenommene Gefühle des Patienten werden angesprochen. Beispiel: „ Meine Mutter nörgelt doch immer an allem herum, nichts kann ich ihr recht machen.“ – „ Das scheint sie wütend zu machen, ist das so?“.

Zusammenfassen: Der Pflegende gibt den Gesprächsinhalt und eventuell entstandene Resultate zusammengefasst wieder. Dem Patienten wird hiermit nochmals verdeutlicht das der Pflegende aufmerksam zugehört hat. Patienten mit beeinträchtigter Gedächtnisfunktion können zusammengefasste Informationen besser verstehen und behalten. Abschließend bietet es außerdem die Möglichkeit Missverständnisse aufzuzeigen und zu klären.
(vgl.9, S.99ff)

6.5 Bedeutung von Gesprächstechniken im Stationsalltag

Diese Gesprächstechniken können lediglich eine Orientierungshilfe und Anregung für Pflegende darstellen. Sie können nur hilfreich und wirksam sein wenn ich sie mit meiner persönlichen, individuellen Art und Weise verbinde. Auch wenn ich die Meinung vertrete das gezielt - geplante Gesprächskontakte ein grundlegender Bestandteil der psychiatrischen Pflege sind, sollten ungeplante, zufällige Kontakte im Stationsalltag in ihrer Bedeutung für die Beziehung zum Patienten nicht unterschätzt werden.

Ganz „untherapeutisch“ mit einem Patienten über scheinbar belanglose Themen zu reden oder gemeinsam einen Kaffee zu trinken bewirkt oft mehr als jedes professionell gestaltete Gespräch.

Schlussbetrachtung

Ich habe in dieser Facharbeit Konzepte und Theorien erläutert die meiner eigenen Sichtweise von Psychiatrischer Pflege entsprechen.

Meine Grundhaltung und persönlichen Sichtweisen sind maßgebend für meine Arbeit als Pflegende.

Auch wenn ich den Schwerpunkt auf die humanistische Sichtweise gelegt habe, ist es mir wichtig hinzuzufügen das fachliche Kompetenz und eine kontinuierliche Fortbildung meiner Kenntnisse und Fähigkeiten gleichermaßen notwendig sind um ein professionelles Arbeiten zu gewährleisten.

Eine Grundhaltung dem Patienten gegenüber kann zwar, im Grunde genommen, mehr gelebt als besprochen werden, jedoch sehe ich es als absolut notwendig an das jedes Team seine Vorstellung von Pflege definiert und hierdurch eine Basis für die gemeinsame Arbeit findet. Es bedarf einer einheitlichen Organisationsform um ganzheitliche und patientenorientierte Pflege gewährleisten zu können.

Die oben erläuterte Organisationsform der Bezugspflege wird dem am ehesten gerecht. Durch die umfassende, kontinuierliche Zuständigkeit der Pflegenden wird eine Beziehung ermöglicht aus der Vertrauen und Sicherheit, für beide Beteiligten, entstehen kann.

Die individuelle Art der Pflegenden spielt hierbei eine ausschlaggebende Rolle, wodurch die Pflegende nicht mehr austauschbare „Arbeitskraft“, sondern Bezugsperson ist. Für den Patienten bedeutet dies, dass er nicht nur als Patient sondern als Individuum wahrgenommen wird.

Da die Pflegenden eigenverantwortlich arbeiten und ihre pflegerischen Tätigkeiten selbständig gestalten, werden Motivation und Zufriedenheit gefördert.

Ein solches Organisationsmodell lässt sich, meiner Meinung nach, nur in einem multiprofessionellen Team praktizieren. Kompetenz- und Entscheidungsmodalitäten müssen eindeutig geklärt sein um Überforderung und Selbstüberschätzung vorzubeugen.

Beratung und Austausch in Form von Supervision und regelmäßigen Teamsitzungen sind grundlegende Voraussetzungen.

Neue und unerfahrene Mitarbeiter müssen in einem solchen System besonders unterstützt werden. Verantwortung und Selbständigkeit können Angst und Unsicherheit auslösen. Angst davor Fehler zu machen, etwas zu übersehen oder falsch einzuschätzen, sind Befürchtungen die wahrscheinlich jeder Pflegende kennt. Auch langjährige Berufserfahrung schützt einen nicht davor Fehler zu machen oder eine Situation falsch einzuschätzen. Hierbei ist es

einerseits wichtig sich selbst und seine Kollegen kritisch zu hinterfragen, andererseits kollegial und achtsam miteinander umzugehen.

Innerhalb der Beziehungsarbeit ist ein sensibler Umgang mit Nähe und Distanz erforderlich.

In einer vertrauensvollen Beziehung kann oft eine große Nähe zueinander entstehen. Nur aus einer gesunden Distanz heraus ist es möglich Nähe zuzulassen. Hier ist es Aufgabe der Pflegenden ein professionelles Gleichgewicht zwischen Fürsorge, Empathie und notwendigen fachlichen Entscheidungen zu finden.

Sympathie und Antipathie gegenüber einem Patienten sind menschliche Gefühle, die innerhalb des Teams Berücksichtigung finden sollten. Professionelle Haltung bedeutet nicht dass ich mit jedem Patienten gleich gut klar komme oder dass ich jeden Patienten mögen muss. Dabei sollte nicht vergessen werden das auch der Patient das Recht hat mich, als pflegende Person, zu mögen oder nicht zu mögen. Auch das sollte in der Auswahl der Bezugspflegerperson Berücksichtigung finden.

Beziehungsarbeit ist ein grundlegendes Werkzeug psychiatrisch Pflegender. Die vorgestellten Modelle verdeutlichen das Beziehungsarbeit mehr ist als eine Umgangsform. Vielmehr werden das Handwerk und die praktische Arbeit Pflegender explizit definiert. Dies ist eine wichtige Grundlage für das Berufsbild der Pflege.

Mir ist durchaus bewusst, dass in dieser Arbeit ein hoher Anspruch an die Pflegenden gestellt wird, ich bin jedoch davon überzeugt dass eine Mischung aus Fachlichkeit und menschlicher Grundhaltung einen solchen Anspruch praktikabel machen.

Alle vier Konzepte die ich erläutern habe verdeutlichen, dass für eine professionelle Beziehungsgestaltung, beide Aspekte gleichermaßen notwendig sind. Was nützt mir Fachwissen und technisches Know-how wenn der Patient mir nicht vertraut und dieses Wissen nicht umgesetzt werden kann? Und was nützt dem Patienten eine Vertrauensperson die ihm keine fachlichen Informationen und professionelle Beratung anbieten kann?

Abschließend möchte ich bemerken, dass mehrere wichtige Themen in dieser Hausarbeit nur begrenzt Platz gefunden haben. Ich hoffe aber das es mir gelungen ist die Beziehungsarbeit in der psychiatrischen Pflege, als das darzustellen was sie für mich ist, nämlich das Fundament um mit psychiatrisch erkrankten Menschen erfolgreich und befriedigend arbeiten zu können.

Literaturverzeichnis

Bücher:

1. Arets J., Obex F., Vaessen J., Wagner F.: Professionelle Pflege, 2. Auflage, Eicanos Verlag, Bocholt, 1997.
2. Benner P., Wrubel J.: Pflege, Streß und Bewältigung, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1997.
3. Brockhaus Enzyklopädie, 19. Auflage, Brockhaus GmbH Mannheim, 1987.
4. Dörner K., Plog U.: Irren ist menschlich, 6.überarbeitete Auflage der Neuausgabe 1984, Psychiatrie Verlag, Bonn, 1990.
5. Frenzel P., Keil W.W., Schmid P.F., Stölzl N.: Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie, Facultas Universitätsverlag, Wien, 2001.
6. Peplau E. Hildegard: Zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1997.
7. Rogers C. : Die nicht-direktive Beratung, 6. Auflage, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1985.
8. Sauter D., Abderhalden C., Needham I. ,Wolff S.: Lehrbruch Psychiatrische Pflege,1. Auflage 2004, Verlag Hans Huber, Bern, 2004.
9. Schädle-Deininger H., Villinger U.: Praktische Psychiatrische Pflege, 2.Auflage, Psychiatrie Verlag, Bonn 1997.

Internet:

10. [www.primary nursing.de](http://www.primarynursing.de), Fischer, Thomas, Was ist Primary nursing?, ohne Angaben des Erstellungsdatums.
11. www.pflegeforschung.ch, Die Pflgetherorie der zwischenmenschlichen Beziehung, Heuer Andreas, ohne Angabe des Erstellungsdatum.
12. <http://pflegeforschung-psy.ch>, Needham, Ian, Rezeption der Bezugspflege in der psychiatrischen Pflege im deutschsprachigem Raum, 2000.

Fachzeitschriften:

13. Tauch J., van Laak C., Bezugspflege in der psychiatrischen Pflege, Psychiatrische Pflege 4 (1998), S.100-104, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.
14. Walther J., Förner M., Frey A., Görnt-Au E., Zum Pflegemodell von Hildegard Peplau, Psychiatrische Pflege 2 (1996), S. 186-191, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwandt und die Stellen, die anderen Werken im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, mit Quellenangaben kenntlich gemacht habe.

Unterschrift des Verfassers

Ort, den