Bestell-Nr. 1410020
4. Quartal 2013

pflegen: palliativ

20

Für die professionelle Pflege unheilbar kranker und sterbender Menschen

palliativ

Emotionen

FRIEDRICH

GRUNDLAGEN
Einblicke in die Hirnforschung

Kongress
Palliative Geriatrie auf dem Weg

PRAXIS
Der Zauber der Klinikclowns

WORKSHOP
Den Körper erspüren

Wenn die Seele *vereist*

© rislena/photocase.com

Palliative Versorgung fordert von den Mitarbeitenden „emotionale Höchstleistungen" im Kontakt mit den Patienten und Bewohnern, im Team und gegenüber der eigenen Person. Was, wenn die empathischen Fähigkeiten ausbleiben, wenn keine Gefühle mehr wahrgenommen werden? Ein- und Ausblicke in psychologische Zusammenhänge.

MATERIAL
Kartenset Emotionen & Anleitungsbroschüre

STEFAN ZETTL

Manche Menschen fühlen sich von ihren Emotionen wie „getrieben", d. h. sie werden immer wieder von heftigen Gefühlen überflutet – z. B. als Folge einer Borderlinestörung (Persönlichkeitsstörung, die sich in Veränderungen der zwischenmenschlichen Beziehungen und in einem sehr negativen Selbstbild bemerkbar macht). Andere Menschen leiden unter dem Gegenteil, d. h. dem Empfinden, zu wenig zu fühlen und sich dadurch u. a. auch in das Erleben anderer Menschen nicht gut einfühlen zu können. Eine Mitarbeiterin in der ambulanten Pflege berichtet dazu in der Teamsupervision folgendes:

„Ich weiß gar nicht, was mit mir passiert ist. Ich habe meine Arbeit in der häuslichen Pflege mit großer Begeisterung angefangen. Meine Vorstellung war: ‚Endlich kannst du die Dinge mehr selbst steuern, nicht mehr dieser zunehmend unerträgliche Klinikalltag mit seiner permanenten Hetze und dauernden Überforderung.' Aber inzwischen setzt bei mir wieder der gleiche Mechanismus ein. Ich ziehe mich innerlich von den Patienten zurück und reagiere zunehmend mit weniger Einfühlung auf ihre Anliegen. Die Patienten merken es hoffentlich nicht – aber eigentlich funktioniere ich nur noch. Die Empathie ist mir irgendwie abhanden gekommen."

Für die von der Pflegenden beschriebenen Entwicklung können unterschiedliche Ursachen verantwortlich sein. Das beginnt bei der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens mit seinen negativen Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung bei gleichzeitig unrealistischen Erwartungen an die eigene Leistungsfähigkeit und/oder einer unzureichenden Work-Life-Balance.

In den folgenden Abschnitten werden einige dieser Faktoren näher beleuchtet und Möglichkeiten der Vorbeugung beschrieben.

Emotionen gehören zur seelischen Grundausstattung

Was wäre ein Leben ohne Emotionen? Die Antworten auf diese Frage würden je nach Person wohl sehr unterschiedlich ausfallen:

„Mein Gott wäre das toll, nie wieder Angst vor Prüfungen zu haben!"

„Einfach eine schreckliche Vorstellung, man würde kein Glück mehr empfinden können!"

„Ich wäre froh, ich würde mich nicht immer so total verunsichert fühlen, wenn ich mal bei der Arbeit von Kolleginnen oder meiner Vorgesetzten kritisiert werde."

„Ohne Mitgefühl geht doch Pflege überhaupt nicht, oder?"

Emotionen gehören – ob gewünscht oder nicht – zur seelischen „Grundausstattung" jedes Menschen und besitzen eine physiologische, eine kognitive, eine Gefühls- und eine motivationale Komponente (→ Beitrag Steudter, S. 4; Folta-Schoofs, S. 8) Das bedeutet, Personen, die eine bestimmte Emotion erleben,

- bemerken dabei körperliche Veränderungen: z. B. Hitzegefühl bei Beschämung
- haben bewertende Gedanken: z. B. „Jetzt würde ich mich am liebsten in Luft auflösen."
- erleben ein meist definierbares und benennbares Gefühl: z. B. Angst
- zeigen in der Folge des Gefühls häufig ähnliche Verhaltensweisen: z. B. im Gesichtsausdruck.

Der US-amerikanische Anthropologe und Psychologe Paul Ekman (2010) fand bei seinen interkulturellen Studien zahlreiche Hinweise auf eine erbliche Bedingtheit des Ausdrucksverhaltens von Emotionen und unterschied sieben Basisemotionen: Fröhlichkeit, Wut, Ekel, Furcht, Verachtung, Traurigkeit und Überraschung. Sie kommen kulturübergreifend bei allen Menschen in gleicher Weise vor und werden mimisch, gestisch und körpersprachlich zum Ausdruck gebracht.

Regulierung von Gefühlen

Emotionen entstehen in unterschiedlichen Strukturen des Zentralen Nervensystem (ZNS) und werden von der Ausschüttung spezifischer Neurotransmitter begleitet (→ Beitrag Folta-Schoofs, S. 8). Beispielsweise spielt bei der Entstehung von Ängsten der Mandelkern (Amygdala, Teil des Limbischen Systems im Gehirn) eine zentrale Rolle. Das Gehirn spielt aber auch bei der *Regulierung* der sich entwickelnden Gefühle die zentrale Rolle. Es kontrolliert und reguliert die Dauer, Häufigkeit und Intensität positiver und negativer Affektzustände. Ebenso spielen frühe Bindungserfahrungen eine zentrale Rolle bei der Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstregulation; bei Patienten mit einer Borderlinestörung ist deshalb die Fähigkeit zur Kontrolle der eigenen Emotionen deutlich vermindert. Aber auch Verletzungen des Zentralnervensystems, z. B. nach einem Verkehrsunfall, können zu einer verminderten Selbstregulation führen: Die Betroffenen zeigen sich in sozialen Situationen enthemmt, in denen eigentlich von ihnen die Fähigkeit zur Hemmung von Handlungsimpulsen („gute Erziehung") erwartet wird.

PRAXISBEISPIEL

Routine

Herr Menzel*, ein 78-jähriger Patienten mit fortgeschrittenem metastasierendem Prostatakarzinom, wird palliativmedizinisch behandelt. Infolge der Schmerztherapie mit Opioiden kommt es als Nebenwirkung zu einer Einschränkung seiner Darmperistaltik und zu Verstopfung. Die Schwester der zuständigen Sozialstation „räumt" den Enddarm mit ihren Fingern aus, um den Patienten zu erleichtern. Eine dabei anwesende Pflegeschülerin kämpft ganz offensichtlich mit ihren Ekelgefühlen und fühlt sich zum wiederholten Mal verunsichert, ob sie wohl den richtigen Beruf gewählt hat. Ihre Frage: *„Mein Gott, wie hältst du das eigentlich aus?"* wird von der Kollegin mit den Worten kommentiert: *„Du, man gewöhnt sich einfach daran. Am Anfang ging mir das auch so, aber irgendwann wird das dann doch zur Routine."*

* Name von der Redaktion geändert

Notwendige Schutzfunktion

Die Fähigkeit zur Emotionsregulierung hat wichtige positive Funktionen. Sie ermöglicht es beispielsweise, durch den Einsatz von Abwehrmechanismen Gefühle zu regulieren, vollständig zu hemmen oder zu unterbinden. So „funktionieren" wir bei einer Reanimation vollkommen automatisiert und es entstehen keine, die eigene Handlungsfähigkeit behindernden Emotionen. Manchmal setzen diese erst mit zeitlicher Verzögerung ein (*„Hinterher haben mir die Knie gezittert!"*). In potentiell lebensbedrohlichen Situationen (z. B. einer Vergewaltigung) kann unbewusst eine Dissoziation auftreten: Das Opfer steht dann in seinem Erleben mehr oder weniger teilnahmslos neben sich, spürt keinerlei Angst oder Panik (*„Das bin gar nicht ich, der das da gerade passiert."*). Die Fähigkeit zur Hemmung von Emotionen stellt daher auch eine überlebensnotwendige Schutzfunktion dar. Andere Schutzmechanismen wirken sich auf die Bewertung von belastenden Situationen aus (sogenannte kognitive Umbewertungen) und helfen dabei, in Situationen handlungsfähig zu bleiben. Die Vorstellung *„Mein Handeln hilft dem Patienten dabei, mit seinen gesundheitlichen Problemen besser zurecht zu kommen"* hält beispielsweise Ekelgefühle in Schach.

Herausforderungen in der palliativen Pflege

Auch in der Pflege kommt es immer wieder zu Situationen, in denen von den Mitarbeitenden erwartet wird, dass sie ihre Emotionen „im Griff" haben (→ Praxisbeispiel).

© jd-photodesign - Fotolia.com

Regelmäßige Entspannungsübungen und Selbstachtsamkeit beugen emotionalen Überlastungen vor

Pflege erfordert die Fähigkeit, sich in den Patienten einfühlen, sich aber auch von eigenen Gefühlen distanzieren zu können. Im Verlauf der beruflichen Entwicklung scheint es bei den meisten Mitarbeitenden zu einer zunehmenden Gewöhnung an solche Situationen zu kommen. Dazu ein Altenpfleger: *„In der Pflege, oder in der Medizin ganz allgemein, muss man in einen Zustand kommen, in dem man sich vor nichts mehr ekelt. Ekel ist erlaubt, wenn es ganz besonders grausig wird; aber Kotze, Kot, künstliche Ausgänge und Sputum dürfen einem im Grunde nichts ausmachen. Genauso wenig wie sterbende Patienten oder Tote. Mit der Zeit härtet man ab und irgendwann sind auch die ganz argen Sachen nicht mehr schlimm. Intimwäsche – ganz egal, bei wem – und überhaupt die Arbeit am Patienten sind für mich weder peinlich noch eklig."*

Wie dieser Prozess funktioniert und warum sich Menschen in unterschiedlicher Weise an bestimmte Situationen gewöhnen können, ist noch weitgehend ungeklärt. Aber wo verläuft die Grenze zwischen der notwendigen professionellen Distanz und einer inadäquaten Gefühllosigkeit?

Professionelle Distanz ist dadurch gekennzeichnet, dass man sich in den Patienten einfühlen, empathisch auf dessen Bedürfnisse reagieren kann, um sich dann aber auch wieder distanzieren zu können. Ist dieser Wechsel zwischen Nähe und Distanz nicht mehr möglich, erlebt man den Patienten nur noch wie hinter einer Glasscheibe, dann ist eine patientenzentrierte Pflege kaum noch möglich.

Emotionale Erschöpfung

In den 1970er-Jahren wurde von dem Psychologen Herbert Freudenberger das Phänomen des Burnouts erstmals bei ehrenamtlich tätigen Personen im Gesundheitswesen beschrieben, die durch ein Übermaß an idealistischem Engagement „ausbrannten". Als ein zentrales Kennzeichen gilt dabei die emotionale Erschöpfung, die zu einer gefühllosen, gleichgültigen oder zynischen Einstellung gegenüber anderen Personen (z. B. Patienten oder Bewohnern) führt. Als drohende Vorzeichen hierfür gelten u. a.:

- Man fühlt sich spürbar gereizt und reagiert schon bei geringsten Anlässen emotional überschießend.
- Man erlebt sich als innerlich gehetzt, kommt kaum zur Ruhe und fühlt sich auch in der Freizeit zu dauernder Aktivität verpflichtet.
- Man bemerkt, dass einem immer häufiger keinen Spaß mehr bereitet, was bisher mit Freude verbunden war.
- Man kann nur noch schwer auf persönliche Begegnungen und Gespräche eingehen; es fällt zunehmend schwer, anderen zuzuhören.
- Die innere Unruhe überlagert die eigenen Interessen an sozialen Beziehungen; man vernachlässigt familiäre und freundschaftliche Kontakte.
- Man beginnt, sich der Außenwelt zu verschließen, und zieht sich sozial immer mehr zurück.
- Man entwickelt Einschlaf- bzw. Durchschlafstörungen oder erwacht früh morgens mindestens eine Stunde vor dem Aufstehen.

Als besonders gefährdet gelten Mitarbeitende mit

- großer Begeisterungsfähigkeit für die Arbeit
- erhöhten Erwartungen an sich selbst
- Negierung der eigenen Belastbarkeitsgrenzen
- Zurückstellung persönlicher Bedürfnisse und Interessen
- unkritischer und bereitwilliger Übernahme neuer Arbeitsaufträge.

Dieser zunächst schleichende Prozess führt zu einem immer ausgeprägten Rückzug der Pflegenden von den Patienten. Ein amerikanischer Arzt (Spurgeon, 2003) beschreibt seine diesbezüglichen Erfahrungen mit den Worten: *„I've done too much for too many for too long with too little regard for myself"*. Die eigene Bedürftigkeit wird bis zur Selbstverleugnung negiert. Bis einem Mitarbeitenden der Satz: *„Ich kann nicht mehr"* ehrlich und problemlos über die Lippen kommt, sind leider viel zu oft Jahre vergangen.

Gesellschaftliche Faktoren

Aber auch gesellschaftliche Prozesse beeinflussen das Gefühlserleben. Als begünstigend sind dabei die dramatischen gesellschaftlichen Umwälzungen anzusehen, die sich auch auf das Gesundheitswesen auswirken. Moderne Gesellschaften weisen eine unerbittliche Steigerungslogik auf, die von einem dauernden Zwang zu wirtschaftlichem Wachstum, Beschleunigung und Innovation gekennzeichnet ist. Der amerikanische Soziologe Richard Sennett (1998) beschreibt die Auswirkungen dieser Entwicklungstendenzen auf das Erleben von Menschen, die sich unentwegt den wechselnden Anforderungen der Gesellschaft anzupassen haben. Sie führen zu einem erschöpften Selbst, dem Empfinden, immer weniger Zeit für sich zu haben, gefühllos zu werden und nur noch zu funktionieren.

Der durch die Folgen der Globalisierung immer hemmungsloser entfesselte Kapitalismus überfordert und frustriert dabei viele Menschen. Ökonomische Zwänge führen auch zu einer Eiszeit in einem zunehmend profitorientierten Gesundheitswesen, in dem die Patienten als „Kunden", die Mitarbeitenden vor allem als Dienstleister und Kostenfaktor angesehen werden. In Kliniken, die sich zunehmend als Unternehmen verstehen, in denen Gewinne erwirtschaftet werden sollen, tritt die Humanität in den Hintergrund. Es gilt darüber zu wachen, dass dieser Kern der Pflege nicht wegrationalisiert wird.

Hinweis auf eine seelische Erkrankung?

In Fachkreisen wird immer wieder darüber diskutiert, ob es sich bei dem Burnout um eine Modediagnose handelt und/oder eigentlich Anzeichen einer latenten oder manifesten Depression vorliegen. Kennzeichnend dafür ist eine depressive Stimmung in einem für die Betroffenen

- deutlich ungewöhnlichen Ausmaß
- die meiste Zeit des Tages
- fast täglich
- im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen
- sowie der Verlust von Interesse oder Freude an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren.

Weiterhin haben bereits Betroffene mit einer „leichten depressiven Episode" Schwierigkeiten, ihre normale Berufstätigkeit und sozialen Aktivitäten fortzusetzen, auch wenn sie sie nicht vollständig aufgeben. In der Pflege macht sich das dann u. a. in der fehlenden Möglichkeit zur emotionalen Zuwendung gegenüber den Patienten/Bewohnern bemerkbar. Hierin werden schon die Überschneidungen mit dem Burnout-Syndrom erkennbar. Wie können Pflegende darauf reagieren?

Vorbeugende Maßnahmen

Ist es überhaupt möglich, lange Jahre im Bereich der Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen zu arbeiten, ohne dass sich das Mitfühlen in Sarkasmus und emotionale Unerreichbarkeit verwandelt? Bisherige Erfahrungen lassen folgende Strategien als hilfreich erscheinen:

- Förderung von Selbstachtsamkeit, um eigene Ressourcen und Grenzen adäquat einschätzen zu können.
- Kritische Auseinandersetzungen mit den eigenen Pflegezielen und -idealen. Erscheinen sie vor dem Hintergrund der realen Arbeitsbedingungen realistisch und angemessen?
- Konsequente Trennung von Arbeit und Freizeit.
- Konsequente Förderung von Lebenslust als „Gegenkraft" gegen die berufsbezogenen Belastungen.
- Suche nach sozialen Unterstützungssystemen außerhalb der Arbeit.
- Regelmäßige und konsequente Anwendung eines Entspannungsverfahrens.

Fazit

Zustände von Gefühllosigkeit können in bestimmten begrenzten Situationen sinnvoll und notwendig sein, um nicht durch überschießende Emotionen denk- und handlungsunfähig zu werden. Gerade in der Palliativpflege entstehen immer wieder Situationen, in denen diese Fähigkeit gefordert wird. Ein sich auf längere Zeit hinweg bestehendes Empfinden von emotionaler Taubheit ist dagegen häufig ein Hinweis auf ein seelisches Problem, das der Aufarbeitung und gegebenenfalls psychotherapeutischen Behandlung bedarf. ■

Literatur

Ekman, P. (2010): *Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren*. 2. Aufl. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag

Freudenberger, H. (1974): *Staff burn-out*. Journal of Social Issues 30: 159–165

Sennett, R. (1998): *Der flexible Charakter*. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin Verlag

Spurgeon, D. (2003): *Medicine, the unhappy profession?* CMAJ 168: 751–752

Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. **STEFAN ZETTL**
Psychologischer Psychotherapeut,
Psychoanalytiker, Schwerpunktpraxis
für Psychoonkologie, Heidelberg
s.zettl@t-online.de