



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Pflegerische Herausforderungen bei der Betreuung
substanzmittelabhängiger PatientInnen während der
stationären Entzugstherapie“

Verfasserin

Monika Lackner-Seidel

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2010

Studienkennzahl: A 057 122

Studienrichtung: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin: Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommene Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Wien, November 2010

Danke

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Diplomarbeitsbetreuerin Fr. Prof. Dr. Elisabeth Seidl, die mich mit geduldiger Unterstützung und umfassender Beratung während meiner Arbeit begleitet hat.

Ich bedanke mich sehr herzlich bei meinen Interviewpartnerinnen für ihre Gesprächsbereitschaft, ihr Interesse, ihre Zeit und die sehr offene und authentische Berichterstattung über die Herausforderungen bei der Betreuung substanzmittelabhängiger Patienten/innen.

Meiner Studienkollegin und Freundin Fr. Mag. Ulrike Füreder möchte ich besonders danken. Sie war mir eine große Unterstützung während des gesamten Studiums und ist mir jederzeit mit Rat und Tat zur Verfügung gestanden.

Meiner Familie gilt mein aufrichtiger Dank. Meiner Mutter und meinem Vater und Schwiegermutter, die mir in dieser Zeit hilfreich und unterstützend zur Seite gestanden sind und mich bei der Betreuung meines kleinen Sohnes immer unterstützt haben. Liebe Mutter vielen Dank für deine ganz besonders große Hilfe!

Meinem Bruder Friedrich ganz herzlichen Dank, dass er immer für mich da war!

Ein besonderer Dank mit viel Liebe gilt meinem Mann Günther. Ohne seine Unterstützung und Motivation wäre mir dieses Studium nicht möglich gewesen.

Mein letzter und größter Dank gilt aber meinem kleinen Sohn, der trotz seiner fünf Jahre sehr viel Verständnis, Einfühlungsvermögen und Rücksicht gezeigt hat. Vielen Dank mein lieber Simon!

1. Kurzfassung	1
2. Abstract	3
3. Einführung.....	5
I. THEORETISCHER TEIL	8
4. Sucht.....	8
4.1 Die verschiedenen Dimensionen der Sucht	9
4.2 Ursachen der Suchtentstehung	12
4.2.1 Ansätze für die Entstehung und Aufrechterhaltung von süchtigem Verhalten	12
4.2.2 Hirnpsychologische Grundlagen der Suchtentwicklung	14
4.3 Missbrauch und Abhängigkeit	14
4.3.1 Psychische Abhängigkeit.....	16
4.3.2 Physische Abhängigkeit.....	18
4.3.3 Toleranzentwicklung (Gewöhnung)	18
4.3.4 Rausch – Intoxikation	19
4.4 Allgemeine Prädispositionen zur Suchterkrankung	20
4.4.1 Angstkrankheit.....	20
4.4.2 Depression	20
4.4.3 Schmerzen	20
4.4.4 Psychose	20
4.4.5 Persönlichkeitsstörungen.....	21
4.5 Die gesundheitlichen Folgen der Sucht	22
4.5.1 Hepatitis.....	22
4.5.2 HIV und AIDS	22
4.5.3 Weitere Komplikationen.....	23
4.6 Stigma und Sucht.....	23
4.6.1 Stigma und Gesellschaft.....	24
4.6.2 Entstehung von Stigmata.....	24
4.6.3 Funktionen von Stigmata.....	24
4.6.4 Stigmatisierungen in der Pflege.....	25
4.7 Compliance und Non-Compliance	25
4.8 Pflegerische Aspekte des Suchtverhaltens	28

5.	Aggression	31
5.1	Aggressionstheorien	32
5.1.1	Psychoanalytische Theorie.....	32
5.1.2	Frustrations-Aggressions-Theorie	32
5.1.3	Lerntheoretische Aggressionsmodelle.....	32
5.1.4	Sozialtheoretische Aggressionsmodell	33
5.2	Aggressionsformen	33
5.2.1	Brachialaggression	33
5.2.2	Stellvertretende Brachialaggression	33
5.2.3	Sozialisierte (verbale) Aggression	33
5.2.4	Konträr-Verdeckte Aggression.....	34
5.2.5	Imitierte Aggression	34
5.2.6	Autoaggression.....	34
5.2.7	Kollektive Aggression	34
5.3	Gewalt	35
5.3.1	Aspekte der Gewalt in der psychiatrischen Pflege.....	35
5.3.2	PatientInnenbezogene Aspekte der Gewalt in der Psychiatrie	36
5.3.3	Pflegebezogene Aspekte der Gewalt in der Psychiatrie	36
5.3.4	Milieu- und stationsbedingte Aspekte der Gewalt in der Psychiatrie ...	38
5.4	Pflegerische Lösungs- und Interventionsstrategien	38
5.4.1	Praktische Anwendung des Pflegemodells von Orem	39
5.4.1.1	Die Theorie der Selbstpflege	39
5.4.1.2	Die Theorie des Selbstpflegedefizits	40
5.4.1.3	Die Theorie der Krankenpflegesysteme.....	40
5.4.1.4	Vollständig kompensatorische Pflegesysteme:.....	41
5.4.1.5	Teilweise kompensatorische Pflegesysteme:	41
5.4.1.6	Unterstützende und entwicklungsfördernde Pflegesysteme	41
5.4.2	Ziele von Pflegeinterventionen	42
5.5	Deeskalationsmanagement	42
5.5.1	Stufenmodell zur Deeskalation von Gewalt und Aggression	42
5.5.1.1	Aggressionen als Reaktion auf Angst und Bedrohung.....	44
5.5.1.2	Aggressionen als Beziehungsstörung und Kommunikationsversuch...	45
5.5.1.3	Aggressionen als Folge von Wut und Ärger	46
5.5.1.4	Aggressionen als Antwort auf Stress, Überforderung, Frustration.....	46
5.5.1.5	Aggressionen als Folge von Konflikten.....	47
5.5.1.6	Aggressionen als Reaktion auf Aggression	47
5.5.1.7	Aggressionen als Folge von Autonomie- und Kontrollverlust.....	47
5.5.1.8	Aggressionen in Folge von Medikamenten, Drogen, Alkohol	48
5.5.2	Grundlagen der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg.....	48
5.5.3	Die vier wesentlichen Komponenten der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg	49

6.	Definition der Pflege nach Peplau.....	50
6.1	Das Vier-Phasen-Modell nach Peplau.....	50
6.1.1	Zwischenmenschliche Beziehungen in der Psychiatriepflege.....	52
6.1.2	Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Rogers.....	53
6.1.3	Das „Vier-Ohren-Modell“ von Schulz von Thun	53
6.1.3.1	Beobachtung und Wahrnehmung	54
6.1.3.2	Wie nehmen Pflegende in der Psychiatrie ihre PatientInnen wahr?	54
6.2	Rollenerwartungen.....	55
7.	Trauma und Sucht	58
7.1	Traumatisierungen als Risikofaktor für spätere Suchterkrankungen	59
7.2	Gewalt und Traumatisierung durch substanzabhängige Personen	60
7.3	Ressourcenorientierung in der Behandlung traumatisierter substanzmittelabhängiger Personen	61
7.3.1	Stabilisierungsphase.....	61
7.3.2	Traumarekonstruktion.....	63
7.3.3	Integrationsphase	63
7.4	Hypothesen und relevante Modelle im Zusammenhang von Trauma und Sucht	63
7.5	Traumatisierung bei SuchtpatientInnen: Versorgungsmodelle und Anforderungen an das Hilfesystem	65
II.	EMPIRISCHER TEIL	67
8.	Die empirische Auseinandersetzung mit der Forschungsfrage	67
8.1	Datenerhebung	68
8.1.1	Grundprinzipien qualitativer Forschung	68
8.1.2	Gütekriterien qualitativer Forschung.....	68
8.2	Das problemzentrierte Interview	70
8.2.1	Interviewpartnerinnen	70

8.2.2	Transkription.....	71
8.2.3	Datenauswertung	71
8.3	Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	72
8.3.1	Techniken qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayer	73
8.3.2	Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring	74
8.4	Darstellung der Ergebnisse.....	75
8.4.1	Entscheidung zur Therapie.....	79
8.4.1.1	Freiwillige Aufnahme	79
8.4.1.2	Druck von Außen.....	81
8.4.2	Veränderung der Persönlichkeit	82
8.4.2.1	Krankheitseinsicht	83
8.4.2.2	Krankheitsbedingtes Verhalten.....	84
8.4.2.3	Selbstwahrnehmung	85
8.4.3	Ausmaß an Mitarbeit.....	86
8.4.3.1	Nähe- und Distanzverhalten	86
8.4.3.2	Reaktion auf Copingstrategien	87
8.4.3.3	Einhaltung von Strukturen und Rahmenbedingungen	88
8.4.3.4	Aggression.....	89
8.4.3.5	Durchhaltevermögen	89
8.4.4	Handeln der Pflegenden	91
8.4.4.1	Begleitung.....	92
8.4.4.2	Ermutigung	94
8.4.4.3	Unterstützung bei der Einhaltung von Strukturen	96
8.4.4.4	Sorge für körperliches Wohlbefinden.....	99
8.4.4.5	Deeskalierendes Handeln.....	101
8.4.5	Haltung der Pflegenden	103
8.4.5.1	Respekt	103
8.4.5.2	Geduld	105
8.4.5.3	Authentizität.....	107
8.4.6	Teamgeist.....	109
8.4.6.1	Gute Zusammenarbeit.....	109
8.4.6.2	Schutz durch Teamarbeit.....	110
9.	Resümee und Ausblick	112
10.	Bibliographie.....	120
11.	Curriculum Vitae	124

1. Kurzfassung

Die Fragestellung der vorliegenden Diplomarbeit bezieht sich auf das praxisnahe und pflegerelevante Thema von substanzmittelabhängigen PatientInnen während der stationären Entzugstherapie. Das Handeln der Pflegenden, ihre Haltung den PatientInnen gegenüber, die Zusammenarbeit im Team, aber auch das Selbstbild der PatientInnen, ihre Bereitschaft sich auf die Entzugstherapie einzulassen sowie die gesamte Mitarbeit während der Entzugstherapie stellen Herausforderungen an die Pflege dar. In der nachfolgenden Arbeit werden die verschiedenen Aspekte und Sichtweisen dieser Thematik erfasst. Die Arbeit beschreibt im theoretischen Teil die wesentlichen Erkenntnisse rund um das Thema „Sucht“ und definiert die wesentlichen Begriffe, die für die Problemstellung vonnöten sind. Die Kapitel 4 bis 7 beschäftigen sich mit der Suchtentstehung, den Begriffen Missbrauch und Abhängigkeit sowie allgemeinen Prädispositionen zur Suchterkrankung und den gesundheitlichen Folgen der Sucht. Auch der Einfluss der Gesellschaft, die Stigmatisierung ist Teil dieser Arbeit. Weiters werden die Aggressionstheorien, die Gewalt und das Deeskalationsmanagement beschrieben. Im Rahmen der Suchtkrankenpflege werden pflegerische Aspekte der Sucht beleuchtet und das Pflegemodell nach Peplau genauer beschrieben. Ein letzter Abschnitt beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Trauma und Sucht, hier werden Risikofaktoren, Hypothesen und Versorgungsmodelle genauer beleuchtet.

Im empirischen Teil der Arbeit wurden mittels semistrukturierter Interviews sechs Pflegepersonen aus zwei verschiedenen Krankenhauseinrichtungen befragt, die seit mindestens fünf Jahren substanzmittelabhängige PatientInnen durch eine Entzugstherapie begleiten. Die Ergebnisse wurden mittels Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ausgewertet.

Die Ergebnisse stellen die pflegerischen Herausforderungen bei der Betreuung von substanzmittelabhängigen PatientInnen während einer stationären Entzugstherapie dar. Entsprechend den beiden Themenschwerpunkten wurden patientenorientierte und pflegeorientierte Themen bearbeitet.

Im Rahmen dieser Arbeit hat sich gezeigt, dass eine fundierte Ausbildung zur Suchtkrankenpflege und ständige Fort- und Weiterbildungen auf diesem Gebiet

größtenteils mangelhaft sind. Der Wunsch nach diesen ist jedoch vorhanden. Nur professionell aus- und weitergebildete Pflegepersonen können die Betroffenen in adäquater Weise durch die Entzugstherapie begleiten und ihnen ein Gefühl von Sicherheit, Vertrauen und Wertschätzung entgegenbringen.

2. Abstract

The challenge of this diploma thesis is focused on practical oriented and care relevant topics related to patients addicted to drugs during their stationary detoxification.

The action of the attendants, their attitude towards the patients, the willingness to start the abuse therapy as well as the overall cooperation during the therapy represent the main challenges to care process. In this thesis the various aspects and views are described. The theoretical part describes the essential knowledge concerning the field of addiction and includes general definitions important for this field of knowledge.

Chapter 4 to 7 are focused on the synthesis of addiction the abusiveness and addiction as well as the general predisposition for addiction disease and the health effect of addiction. Furthermore the influence of society, the stigmatisation is part of this work. The theory of aggression, violence and the de-escalation management are described. In the frame of addiction nursing care related aspects are pointed out and the nursing care plan by Peplau is described. In the last section of the theoretical part is based on the relation of trauma and addiction, risk factors, hypothesis and the integrated care model are mentioned.

In the empirical part of this thesis a semi-structured interviewing process was performed with six care persons from two different hospitals. A five year minimum work experience with care special related to substance abuse therapy patients was therefore required. The results were evaluated based on the content analysis of Philipp Mayring.

The results are pointing out the care related challenges when supporting substance addicted patients during a stationary abuse therapy. According to the two main topics the patient and care oriented challenges were developed.

This thesis shows that a fundamental education in the field of addiction nursing and the required further education and training in the field are in most instances unsatisfactory even when a strong request is present.

Only nursing staff with professional education and continuously further development in the field are able to offer support during an abuse therapy transmitting a feeling of safety, trustiness and appreciation.

3. Einführung

Im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit soll das Thema „Pflegerische Herausforderungen bei der Betreuung von substanzmittelabhängigen PatientInnen“ mit ihren negativen und positiven Aspekten beleuchtet werden.

Die Besonderheit gegenüber anderen Themen über die Suchterkrankung liegt in der Beziehungsarbeit zwischen den Pflegepersonen und den substanzmittelabhängigen PatientInnen. SuchtpatientInnen werden in der Gesellschaft immer noch stigmatisiert. Hilfe- und Unterstützungsangebote sind zwar weitgehend vorhanden, trotzdem werden die Prävention und umfangreiche Entzugbehandlungstherapien teilweise vernachlässigt.

Die Gesellschaft betrachtet substanzmittelabhängige PatientInnen, da sie sich nicht der Norm der vorherrschenden Gesellschaft unterwerfen, ablehnend und ihr Verhalten wird als beängstigend betrachtet. Wieso und weshalb sie sich die Betroffenen in ihr Suchtverhalten geflüchtet haben, interessiert nur die Minderheit. Die Schuld wird immer bei den Betroffenen gesucht. Ursachen, wie traumatisch Erlebnisse in der Kindheit, Misshandlungen, finanzielle Probleme, sowie die Substanzmittelsucht unterstützende Freundkreise, werden zwar als mögliche Ursachen genannt, jedoch in den seltensten Fällen anerkannt.

Tatsache ist, dass sich die PatientInnen ihre Suchterkrankung selbst erwählt haben, da kaum jemand sie zum Konsum der Droge gezwungen hat. Und trotzdem gibt es verschiedene auslösende Faktoren, die Personen zum Substanzmittelmissbrauch herausfordern.

Die subjektive Wirklichkeit, das heißt das Erleben des Einzelnen ist nicht generalisierbar. Inwieweit sich die Betroffenen von ihren Problemen distanzieren können ist eine Frage des Selbstvertrauens, der Selbstachtung und den dafür notwendigen Verdrängungsmechanismen. Schaffen es die Betroffenen nicht sich positiver und angemessener Copingstrategien zu bedienen, ist der Konsum von psychotropen Substanzen der einzige Ausweg. Dadurch erlangen sie ein Gefühl von Euphorie, werden auf Stress- und Negativfaktoren emotionslos und reagieren in weiterer Folge mit Gleichgültigkeit.

Dieses Verhalten unterstützt einerseits die Einstellungen der Gesellschaft und andererseits den Drogenkonsum der Betroffenen. Dadurch entsteht ein *circulus vitiosus*. Die Aufgabe der Entzugstherapie und in weiterer Folge der Pflegepersonen ist, diesen Teufelskreis zu unterbrechen und geeignete Bewältigungsstrategien durch die vorhandenen Ressourcen zu erarbeiten und auch gemeinsam mit den Betroffenen durchzuführen.

Um diesen Herausforderungen auch gewachsen zu sein, ist professionelles Handeln Voraussetzung. Das stationäre Setting ist für eine erfolgreiche Entzugstherapie unumgänglich. Im Rahmen dieser Therapie spielen die Pflegepersonen, Ärzte, Physio- und auch Ergotherapeuten eine wesentliche Rolle. Die Pflegepersonen sind vierundzwanzig Stunden für die Betreuung der PatientInnen verantwortlich. Dieser Tätigkeit gilt in meiner Arbeit die besondere Aufmerksamkeit.

Wie kommt es zu einer zwischenmenschlichen Beziehung zwischen den PatientInnen und den Pflegepersonen? Meist ist der Erstkontakt im Rahmen des Aufnahmegesprächs von besonderer Bedeutung. Die Pflegepersonen stellen sich vor, geben Stationsrichtlinien und Rahmenbedingungen bekannt und sind somit die erste Anlaufstelle für die Betroffenen. Diese richten sich in weiterer Folge wiederholt an die Pflegepersonen und erwarten Hilfe und Unterstützung in allen für sie defizitären Bereichen. Die Aufgabenbereiche der Pflegepersonen im Rahmen der Suchtkrankenpflege sind sehr facettenreich.

So können Grundbedürfnisse wie ein geregelter Tag- und Nachrhythmus, die Einhaltung einer regelmäßigen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, sowie die elementarsten Hygienerichtlinien nicht mehr bewerkstelligt werden. Pflegepersonen übernehmen in ihrer Funktion die Erziehungs-, Berater- und Unterstützungsrolle, um die Betroffenen bei der Wiedererlangung oder überhaupt zum Erlernen dieser Fähigkeiten zu verhelfen.

Ich habe fast zwölf Jahre auf einer psychiatrischen Station gearbeitet und substanzmittelabhängige PatientInnen während einer Entzugstherapie begleitet. Deshalb ist es mir wichtig die Aufgabenbereiche der Pflegepersonen schriftlich zu dokumentieren.

Dazu wurden in dieser Arbeit sechs weibliche Pflegepersonen, die seit mindestens fünf Jahren im direkten Kontakt mit substanzmittelabhängigen PatientInnen stehen, befragt um die Herausforderungen der Pflegepersonen im Zusammenhang mit den betroffenen PatientInnenklientel zu erforschen und zu benennen.

I. THEORETISCHER TEIL

4. Sucht

Die Weltgesundheitsorganisation definiert die Sucht wie folgt: *„Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, der durch den wiederholten Genuss einer natürlichen oder synthetischen Substanz hervorgerufen wird und der schädlich für den Einzelnen und/oder die Gesellschaft ist“* (Bastigkeit 2003, S. 16).

Der Begriff Sucht hat im Lauf der Zeit viele Wandlungen durchgemacht. Er kommt von „siech“ = krank (vgl. Poser&Poser 1996, S. 37). Meist wird der Begriff Sucht mit Drogenabhängigkeit in gleicher Bedeutung verwendet.

„Mit der Schaffung von ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, WHO, 10. Fassung) sehen wir uns einer operationalisierten Diagnostik gegenüber, bei der der Begriff Sucht seinen Platz unter den psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen gefunden hat“ (Täschner 2002, S. 11).

Die ICD-10 definiert das Abhängigkeitssyndrom nach sicheren Kriterien. Die Diagnose „Abhängigkeit“ sollte nur gestellt werden, wenn während der letzten drei Jahre drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

- Starker Wunsch oder Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bei der Einnahme der Substanz.
- Entstehung eines körperlichen Entzugssyndroms bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
- Nachweis einer Toleranzentwicklung.
- Vernachlässigung anderer Hobbies oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums. Erhöhter Zeitaufwand, um die Droge zu beschaffen, zu konsumieren und sich von den Folgen des Konsums zu erholen.

- Anhaltender Substanzkonsum trotz Vorhandenseins eindeutiger Folgen, wie zum Beispiel durch den Drogenkonsum verursachte kognitive Verschlechterung (vgl. Bastigkeit 2003, S. 18-19).

Man geht davon aus, dass der Mensch ein natürliches Rauschbedürfnis besitzt. Er strebt nach Zuständen die Erlebnisformen hervorrufen die ihm in der täglichen Realität sonst versperrt bleiben. Dieses Streben nach Ekstase, nach einem Außerhalb von sich selbst sein, ist ein Wunsch von Überschreiten einengender Begrenzungen (meist unbewusst). Rauschmittel werden als uralter Menschheitsbesitz beschrieben (vgl. Täschner 2002, S. 11).

Opiate werden aus dem Wirkstoff des Schlafmohns gewonnen. Die wichtigsten Vertreter sind Opium, Morphin, Heroin und Kodein. Das Morphin hat die größte Bedeutung für die Medizin, es wird aus Rohopium gewonnen. Das Rohopium enthält 25 verschiedene Wirkstoffe, wobei der stärkste und wichtigste Bestandteil das Morphin ist. Der Opiatrauch wird hauptsächlich durch das Morphin verursacht (vgl. Schmidbauer 2003, S. 280ff).

Zu den zentralnervösen Hauptwirkungen zählen die Schmerzreduktion, die Euphorisierung, Dämpfung von Erregung und Angst sowie die Schlafinduktion. Als Hauptnebenwirkungen sind Atemdepression, Darmträgheit und Pupillenverengung beschrieben. Die wichtigsten Applikationsformen sind Rauchen, Schnupfen, orale Einnahme und intravenöse Injektion (vgl. Gastpar et al 2003, S. 69-70).

4.1 Die verschiedenen Dimensionen der Sucht

Die Sucht hat viele Gesichter und kommt relativ häufig vor. Sie wird auch als multikausales Problem bezeichnet. Es kommt zur Störung der körperlichen Prozesse, die sich in weitere Folge auf seelische und soziale Bereiche auswirken.

Die genetische Dimension liegt meist einer Substanzmittelsucht zugrunde. Diese führt dazu, dass weniger Dopaminrezeptoren angelegt werden als bei Menschen mit normalen Genen. Dopamin ist wesentlich für die Fähigkeit zu lernen

Situationen mit Belohnungen zu verbinden, sich zu konzentrieren und Wahrnehmungen zu selektieren. Ein Dopaminmangel kann ein starkes Verlangen nach der Substanz auslösen, durch dieses Verlangen steigt der Dopaminspiegel. Der Dopaminspiegel bestimmt nicht unmittelbar die Intensität der Gefühle, sondern führt dazu, dass Erfahrungen und Wahrnehmungen miteinander verknüpft werden. Es kommt zu einem Wechselspiel zwischen Dopamin und Serotonin. Diese Transmitter sind der bei der Sucht von Bedeutung (vgl. Loth et al 2002, S. 37-28).

Die körperliche Dimension beschreibt, dass sich der Körper mit der Zeit immer mehr auf die Zufuhr großer Substanzmengen einlässt. Wenn der Suchtkranke jetzt mit der Drogenzufuhr aufhört, entstehen Entzugerscheinungen. Diese können sehr gut durch psychotrope Substanzen ersetzt werden. Die körperliche Dimension spielt auch bei der Entstehung der Sucht eine Rolle. So kann eine physische Erkrankung die Ursache der Sucht sein. Beispielsweise Alkoholabusus im Zusammenhang mit unerkanntem Diabetes (vgl. Loth et al 2002, 38-39).

Die psychiatrische Dimension beschreibt den Zusammenhang zwischen Sucht und psychiatrischen Störungen. Entweder führt die psychiatrische Störung zur Sucht, das heißt der Substanzmissbrauch dient als Selbstmedikation und die Stimmungslage wird dadurch gehoben. Aber auch die Sucht kann eine psychiatrische Störung hervorrufen, Das kann bedeuten in Folge einer Entzugsbehandlung bei Menschen mit lang andauerndem Substanzmissbrauch können depressive Gefühle auftreten. Es kann aber auch sein, dass sich eine psychiatrische Störung und eine Sucht gegenseitig beeinflussen, zum Beispiel kann eine Verhaltensstörung zu einer krampfhaften sozialen Anpassung führen, die aber leichter fällt wenn Suchtmittel konsumiert werden. Häufige Störungen bei Süchtigen sind Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Angststörungen (vgl. Loth et al 2002, S 39-40).

Die psychologische Dimension beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Substanzmissbrauch und psychologischen Faktoren. Dieser Missbrauch kann bei Betroffenen verschiedene psychologische Funktionen erfüllen. Vor allem bei Jugendlichen mangelt es häufig an sozialen Fähigkeiten und sie sind nicht im Stande Probleme zu lösen. Durch den Substanzmissbrauch werden diese Defizite häufig kompensiert. Der Ursprung einer Sucht liegt oft in der Pubertät. Jugendliche sind sich möglichen Gefahren nicht immer bewusst, der Gruppendruck ist oft enorm (vgl. Loth et al 2002, S. 40-41).

Die sozialpsychologische Dimension beinhaltet den Zusammenhang von sozialpsychologischen Faktoren und Abhängigkeit. Die familiäre Situation, die Erziehung und der Freundeskreis können zur Entwicklung einer Sucht beitragen. Jugendsubkulturen, welche für Jugendliche ein wichtiger Bezugsrahmen sind, können das Verhalten stark beeinflussen, da es oft der Wunsch ist die Erwartungen der Gruppe zu erfüllen. Durch das Suchtverhalten des Einzelnen können sich Freunde, Verwandte, Nachbarn usw. entfremden. Oft endet es im Verlust des Arbeitsplatzes und in strafrechtlicher Verfolgung. Dadurch entstehen Schamgefühle und es kommt zu einer gesellschaftlichen Isolierung. Dies kann entweder zu dem Bewusstsein führen etwas zu ändern, oder aber die Demoralisierung verstärkt den Substanzmissbrauch (vgl. Loth et al 2002, S. 41-42).

Bei der sozialen Dimension besteht ein Zusammenhang zwischen der Sucht und der gesellschaftlichen Situation. Oft ist es die Folge des Zusammenbruchs kultureller Strukturen in einer Bevölkerungsgruppe, der nicht durch adäquate neue Werte und Normen aufgefangen werden kann. Auch ökonomische Faktoren haben einen Einfluss auf den legalen und illegalen Drogenmarkt (vgl. Loth et al 2002, S. 42).

4.2 Ursachen der Suchtentstehung

Ob ein Mensch süchtig wird oder ein süchtiges Verhalten zeigt, liegt nicht an einer Ursache alleine, es ist ein multifaktorielles Geschehen, das zur Ausprägung süchtigen Verhaltens führt.

4.2.1 Ansätze für die Entstehung und Aufrechterhaltung von süchtigem Verhalten

Neurobiologischer Ansatz: Opioide binden sich an Opioid-Rezeptoren, diese befinden sich sowohl im ZNS (Glia, Neurone) als auch im peripheren Gewebe (glatte Muskelzellen). Die Dopamin-Ausschüttung im mesolimbisch-dopaminergen System (MDS) wird durch Opioide moduliert. Je nachdem welche Rezeptoren aktiviert werden, kommt es zu einer Empfindung von Euphorie oder Dysphorie. Das MDS wird als Teil des Belohnungssystems verstanden, in dem die Ausführung lebens- oder arterhaltender Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Nahrungsaufnahme, Schlaf, Fortpflanzung, Kampf und Flucht an das Wohlbefinden gekoppelt wird. Die Aktivierung von Opioid-Rezeptoren scheint auch daran beteiligt zu sein, dass sich der Mensch an angenehme bzw. unangenehme Erfahrungen erinnert. Opioide modulieren in der ventralen Medulla oblongata die Atmung. An den Synapsen des Tractus spinothalamicus kommt es zur Weiterleitung von Signalen, die im Kortex als Schmerz bewusst werden und im limbischen System die Bewertung „unangenehm“ erhalten. Das MDS wird für das Aufrechterhalten von Craving (unstillbares Verlangen nach der Droge) und süchtigem Verhalten angenommen (vgl. Gastpar et al 2003, S. 70).

Psychologischer Ansatz: Art und Ausmaß der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen werden als ein persönliches, gesundheitspolitisches und soziokulturelles Problem beschrieben. Auch wenn es zum Wesen eines Menschen gehört „abhängig“ zu sein wird das Erscheinungsbild der Abhängigkeit wesentlich durch die jeweilige Kultivierung geprägt. Für die spezifische Behandlung von substanzgebundenen Abhängigkeiten stehen noch keine ausreichenden Hilfen zur Verfügung. Prävention, aber auch eine Erziehung zum adäquaten Umgang mit

psychotropen Substanzen, ist erforderlich. Ein Hauptaugenmerk scheint in der Erkenntnis zu liegen, dass (mit welcher Chemie auch immer) die Sehnsucht nach einer anderen, schöneren Welt auf Dauer nicht in Erfüllung geht. Auch Leid, Schmerz und Trauer gehören zum Leben. Suchtmittel fungieren hier als chemisches Ersatzmittel der Daseinsbewältigung (vgl. Beubler 2007, S. 30).

Soziale Faktoren: Die Umwelt, die Familie, Lebens- und Wohnbedingungen können negative Einflüsse ausüben und somit den Drogenmissbrauch begünstigen (vgl. Pallenbach & Ditzel 2003, S. 14).

Die Trias der Entstehungsursachen der Drogenabhängigkeit sind: Mensch, Mittel und Milieu.

Menschen neigen grundsätzlich dazu psychotrope Stoffe, die Bewusstsein und Gefühle verändern, einzunehmen um ihre Befindlichkeit zu beeinflussen oder ihre Leistungsfähigkeit zu steigern. Im Vordergrund der gewünschten Wirkung steht die Euphorie. Die Entwicklung in der Kindheit, die Familiengeschichte, die Fähigkeit Beziehungen und Freundschaften aufzubauen und zu unterhalten, die Fähigkeit sein Leben kreativ zu gestalten sind weitere Aspekte die dem Mensch zuzuordnen sind.

Der Zugang zum Mittel (Droge) ist einer der wichtigsten Faktoren bei der Suchtentstehung. Die Schwierigkeit Drogen zu erhalten verringert die Versuchung sie zu konsumieren. Aber gerade das Verbotene lockt Zielgruppen wie z.B. Jugendliche an. Weitere Faktoren, die mit der Droge unmittelbar zusammenhängen, sind die Häufigkeit und Dauer des Konsums, die Dosis, die Art der Einnahme und die Toleranzentwicklung.

Das Milieu, die individuelle soziale und familiäre Situation, die Wohnverhältnisse, zufrieden stellende Freizeitangebote und soziale Einbindung sind Faktoren, die das Umfeld des Konsumenten beeinflussen. Die allgemeine Wirtschaftslage, die Gesetzgebung, die Einflüsse von Werbung und Modeerscheinungen sowie das Verschreibungsverhalten von Ärzten bei Medikamenten mit Suchtpotential sind wesentliche gesellschaftliche Einflussgrößen. Sucht kommt in jeder Gesellschaftsform und in jedem sozialen Status vor (vgl. Bastigkeit 2003, S. 14).

4.2.2 Hirnpsychologische Grundlagen der Suchtentwicklung

Säugetiere besitzen im Gehirn ein „Belohnungssystem“. Wenn wir gelobt werden, verliebt sind, uns glücklich fühlen wird dieses angeregt. Das „Belohnungszentrum“ für Rauschmittel ist Teil des mesolimbischen Dopaminsystems. Dabei handelt sich um die VTA-Region (Ventral Tegmental Area) und den Nucleus accumbens. Es ist ein sehr altes Prinzip der Verhaltenssteuerung. Der Suchtstoff löst bei einem süchtigen Menschen ein euphorisierendes Belohnungsgefühl aus. Der Konsument ist „high“. Grundlegende Bedürfnisse wie Schlafen, Essen, familiäre Bindungen und soziale Funktionen werden vernachlässigt. Das einzige Ziel ist die Droge. Dies ist der Beginn für den Teufelskreis der Sucht. Lässt die Wirkung des Suchtstoffs nach, möchte der Konsument dieses schöne Gefühl immer wieder erleben. Am Anfang ist es ein „Möchten“, später wird es aber zum „Müssen“. Durch die Dauerstimulation kommt es im Belohnungszentrum zu Stoffwechselveränderungen und in weiterer Folge zu einer Umprogrammierung des inneren Energiestoffwechsels. Die Zellen verlieren ihre Fähigkeit auf normale Reize zu reagieren. Im Bereich zwischen Belohnungszentren und der Schaltstelle zwischen niederen und höheren Hirnregionen scheinen die Suchtmittel den Gehirnstoffwechsel zu schädigen, dadurch wird das Lustzentrum abgestumpft. Beim Süchtigen ist die innere Lust-Unlust-Regulation gestört. Durch die ständige Einwirkung der Drogen auf die Belohnungsregion kommt es zu einer Zellatrophie. Die chronische Opiateinwirkung kann unter anderem bis zu 25% der Nervenzellen der VTA-Region und ihrer Umgebung zerstören. Dadurch findet der Neurotransmitter Dopamin in dem geschädigten Belohnungssystem keine Rezeptoren mehr an die er andocken kann. Es kommt nicht mehr zu einer Belohnung von Verhalten, Gefühl und Anstrengung. Glücksgefühle können nur mehr durch eine größere Drogenmenge ausgelöst werden (vgl. Bastigkeit 2003, S. 23ff).

4.3 Missbrauch und Abhängigkeit

Der Missbrauch wird als eine einmalige, mehrmalige oder ständige Verwendung von psychotropen Substanzen ohne medizinische Indikation dargestellt. Eine Toleranzentwicklung tritt bei wiederholter oder regelmäßiger Einnahme über

Wochen auf. Es kommt zu einer Wirkungsverminderung der Substanz. Daraus resultieren eine Dosiserhöhung und eine psychische Abhängigkeit. Eine Toleranzentwicklung entsteht bei jeder Sucht. Die Abhängigkeit vom Morphintyp wird als die stärkste unter den definierten Abhängigkeitsformen beschrieben (vgl. Gastpar et al 2003, S. 70-71).

„Nach dem ICD-10 ist unter einem Abhängigkeitssyndrom eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene zu verstehen, bei denen der Konsum einer psychotropen Substanz für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden“ (Hinterhuber & Fleischhacker 1997, S.193).

„Unter Missbrauch versteht man den falschen oder den vom ursprünglichen Zweck abweichenden Gebrauch einer Sache, eines Rechtes oder einer Person“ (Hinterhuber & Fleischhacker 1997, S.193).

Die opiatabhängigen Patienten lassen sich in mindestens drei unterschiedliche Gruppen einteilen:

- Sozial integrierte, gesellschaftlich weitgehend unauffällige Patienten:
Dies sind vor allem Personen die sich das Suchtmittel durch ihre finanziellen Ressourcen leichter beschaffen können.
- Sozial zurückgezogene, oft isoliert lebende Konsumenten:
Sie leiden meist unter psychischen Krankheiten und verwenden das Substanzmittel als Selbstmedikation.
- Die Angehörigen der Drogenszene, die so genannten Junkies:
Sie leben am Rande des Existenzminimums und weisen die typischen körperlichen Schäden auf, die durch den Substanzmittelmissbrauch bedingt sind (vgl. Gastpar et al 2003, S. 73).

Bei der Entstehung einer Abhängigkeit unterscheidet man die physische und psychische Abhängigkeit:

4.3.1 Psychische Abhängigkeit

Bei der psychischen Form der Abhängigkeit kommt es zu einem inneren Zwang der Wiederholung. Es besteht das Verlangen, das durch die Droge ausgelöste Gefühl, z.B. Euphorie oder seelische Zufriedenheit, wieder herbeizuführen. Im Gegensatz zur physischen Abhängigkeit fehlen beim Absetzen der Droge die körperlichen Entzugsbeschwerden (vgl. Bastigkeit 2003, S. 17-18).

Man spricht von einer Bindung des Suchtkranken an „seinen“ Stoff. Dieses Phänomen wird umgangssprachlich als Gier und in der Sprache der Drogenszene als „schussgeil“ bezeichnet. Der Begriff „Craving“ kommt aus dem Englischen und hat die gleiche Bezeichnung (vgl. Poser&Poser 1996, S. 19). Craving wird als drangvolles, intensives Verlangen nach Opiaten beschrieben und leitet das Entzugssyndrom ein. Die Intensität des Cravings und die körperlichen Entzugssymptome führen dazu, dass der Abhängige sich das Opiat entgegen aller Widerstände zu beschaffen versucht (vgl. Gastpar et al 2003, S. 71). Die psychische Abhängigkeit kann sich je nach Wirkstoff der konsumierten Substanz sehr rasch entwickeln, oftmals schon nach dem ersten Konsum. Die psychische Abhängigkeit kann so schwer werden, dass der Suchtstoff für den Betroffenen zum wichtigsten Inhalt seines Lebens wird und alles andere an Bedeutung verliert.

Nach Poser & Poser gibt es unterschiedliche Voraussetzungen für die Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit:

- Der Stoff wirkt euphorisierend.
- Die Stoffwirkung kann von der, anderer Stoffe unterschieden werden, das heißt dieser besitzt eine subjektive, spezifische Stoffeigenschaft.
- Der Stoff löst den Wunsch nach erneuter Einnahme aus.

Die Abhängigkeit entsteht umso leichter, je schneller der Effekt nach der Zufuhr eintritt. Das Suchtpotential eines intravenös zugeführten Stoffs ist höher als das eines oral aufgenommenen. Nach langer Abstinenz kann die psychische Abhängigkeit weitgehend verschwinden. Durch erneute Zufuhr des Suchtmittels wird sie aber schnell wiederhergestellt. Die psychische Abhängigkeit ist schwer zu

beobachten, ihre Auswirkungen sind jedoch sichtbar (vgl. Poser & Poser 1996, S. 19-20).

Es treten typische psychische Veränderungen, die als amotionales Syndrom bezeichnet werden und aus der Symptomtrias Euphorie, Apathie und Passivität bestehen, auf. Diese Symptomtrias beschleunigt oder begünstigt den weiteren Drogenkonsum. Hinzukommen Veränderungen in der persönlichen Haltung, in der individuellen Wertvorstellung, in der Einstellung gegenüber den Erfordernissen des Alltags, sozialer Bedürfnisse und des Kontaktverhaltens. Es kommt zu einer suchtypischen Wesensveränderung im Sinne einer Deprivation, welche durch wachsende Kritischschwäche, Interessenversandung und letztlich Niveauverlust und Leistungsnachlass charakterisiert wird (vgl. Täschner 2002, S. 19-20).

Beobachtbare Verhaltensauffälligkeiten der psychischen Abhängigkeit sind zum Beispiel das Fordern von Arzneimittel ohne medizinische Indikation. Um die gewünschten Arzneimittel zu erhalten werden Krankheitssymptome vorgespielt, oft werden über Dritte Arzneimittel beschafft. Es kommt zu Suizid- und Gewaltandrohungen um das Suchtmittel zu erhalten. Kriminelle Aktivitäten werden gesetzt um das Arzneimittel zu beschaffen. Anstatt oraler Einnahme des Suchtmittels werden diese injiziert, das heißt Injektionslösungen werden aus Tabletten und Kapseln selbst hergestellt. Durch die intravenöse Verabreichung kommt es zu einer rascheren Anflutung des Suchtstoffs im ZNS, ein so genannter „Kick“ oder „Flash“ soll dadurch erreicht werden (vgl. Poser & Poser 1996, S. 21).

Durch die intravenöse Verabreichung kann es zu lokalen Infekten mit ausgedehnten Abszessen und systemischen Infektionen mit Erregern wie Hepatitis B, C und HI-Virus kommen, Todesfälle durch Überdosierung sind bekannt (vgl. Gastpar et al 2003, S. 71). Es besteht eine deutliche Verstärkung der psychischen Abhängigkeit in Entzugssituationen, da durch die körperlichen Entzugerscheinungen die Gier nach einer erneuten Stoffzufuhr besonders intensiviert wird (vgl. Poser & Poser 1996, S. 21).

4.3.2 Physische Abhängigkeit

Bei der physischen Abhängigkeit handelt es sich um eine chronische Vergiftung. Die Dosis des Rauschgifts muss ständig gesteigert werden. Im Zentrum der Existenz des drogenabhängigen Menschen steht die Aufnahme der Droge (vgl. Bastigkeit 2003, S. 16). Bei Absetzen der Droge kommt es zu Entzugerscheinungen. Die physische Abhängigkeit entsteht durch wiederholten Konsum des Suchtstoffs. Der Körper „braucht“ die Droge. Entzugerscheinungen können leicht identifiziert werden. Sie können sich in Entzugssituationen aber auch nach Gabe eines Antagonisten entwickeln. Die erneute Zufuhr der Droge kann sie verschwinden lassen oder mildern. Das Entzugssyndrom ist umso ausgeprägter je schneller die Wirkung des Suchtstoffs nachlässt (vgl. Poser & Poser 1996, S. 21-23).

Typische Entzugerscheinungen können sein:

Verlangen nach Opiaten (Craving), Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen, Muskelschmerzen, Zittern, Pupillenerweiterung, Durchfall, Schwitzen, Frieren, Fieber, Tränen, Nasenlaufen, Gähnen, Angst, Unruhe, Schlaflosigkeit (vgl. Gastpar et al 2003, S. 71).

Begleiterscheinungen als Folge unsauberer Injektionsnadeln sind Hepatitis B und C Infektionen, Syphilis, HIV-Infektionen. Durch die soziale Desintegration nehmen Mundhygiene und Zahnpflege ab, Zahnfleischentzündungen, Karies und Zahnverlust sind die Folgen. Durch mangelnde Ernährung treten Magen- und Zwölffingerdarmveränderungen auf, sowie durch allgemeine Abwehrschwäche in einzelnen Fällen Parasitenbefall wie Läuse, Krätzmilben und Flöhe. Bei Frauen kann sich eine sekundäre Amenorrhoe entwickeln (vgl. Täschner 2002, S. 18-21).

4.3.3 Toleranzentwicklung (Gewöhnung)

Durch die kontinuierliche Einnahme von Fremdstoffen gewinnt der Organismus allmählich die Fähigkeit, giftige und in manchen Fällen auch tödliche Substanzmengen zu verarbeiten. Dieser organische Umstrukturierungsprozess wird als Toleranzerwerb bezeichnet (vgl. Täschner 2002, S. 16). Es wird zwischen einem totalen und einem partiellen Toleranzerwerb unterschieden. Bei der totalen

Toleranzentwicklung kann der Effekt der Droge auch mit einer Dosissteigerung nicht wiederhergestellt werden. Die partielle Toleranz ist häufiger, hier wird die Wirkung durch Dosiserhöhung teilweise oder ganz wiedererreicht. Die Toleranz besteht nicht nur gegenüber der Droge selbst. Auch die Wirkung nah verwandter Stoffe ist abgeschwächt oder aufgehoben. Die erworbene Toleranz ist aber auch rückbildungsfähig und kann im Lauf einiger Tage aber auch Wochen verschwinden. Dieses Phänomen bezeichnet man als Toleranzverlust. Wenn sich der betroffene Suchtkranke nach einer Abstinenz aber trotzdem die alte Menge an Drogen zuführt kann es zu einer akuten Intoxikationserscheinung aber auch zu Todesfällen kommen (vgl. Täschner 2002, S. 16ff).

4.3.4 Rausch – Intoxikation

Sowohl beim Rausch als auch bei der Intoxikation handelt es sich um einen Zustand unmittelbarer Drogeneinwirkung.

„Nach ICD-10 versteht man unter einer Intoxikation einen vorübergehenden Zustand nach Aufnahme von psychotropen Substanzen mit klinisch bedeutsamen Störungen oder Veränderungen der körperlichen, psychischen oder Verhaltensfunktionen und –reaktionen“ (Uchtenhagen et al 2000, S. 262).

Ihre Ausprägung ist dosisabhängig und klingt mit Abbau bzw. Ausscheidung der zugeführten Substanz ab. Der Rausch ist gekennzeichnet durch mehr oder weniger stark ausgeprägte Veränderungen der Bewusstseinstätigkeit. Zu den wesentlichen Merkmalen gehören die Wahrnehmungs-, Denk- und Gefühlsveränderung. Aber auch heitere Verstimmung, Enthemmung und Antriebssteigerung, beschleunigter Gedankengang einerseits und depressive Verstimmung, Ermüdung und Erschöpfung auf der anderen Seite charakterisieren einen Rauschzustand. Die Grenze zwischen Rausch und Intoxikation lässt sich schwer bestimmen. In der Regel beruht der Rausch auf einer Intoxikation. Nicht jede Intoxikation führt aber zu einem Rauschzustand (vgl. Täschner 2002, S. 16-17). Bei einer akuten Intoxikation kann dieser übersprungen werden und es kann zu den typischen Symptomen wie Atemdepression, Schläfrigkeit bis zum Koma, begleitet von Bradypnoe bis hin zum Atemstillstand, kardialen Arrhythmien und Krampfanfällen kommen.

4.4 Allgemeine Prädispositionen zur Suchterkrankung

Bei der Untersuchung von Suchtkranken stellt man regelmäßig fest, dass neben der Suchterkrankung häufig auch noch andere psychische Krankheiten bestehen.

4.4.1 Angstkrankheit

Angstkrankheiten aller Art sind häufige Ausgangspunkte für eine Abhängigkeitserkrankung. Medikamente können die Angst wirksam lindern oder zeitweise ganz unterdrücken. Die Wirkung lässt aber nach kurzer oder längerer Zeit nach und es entsteht eine Tendenz zur Dosiserhöhung. Wenn Angstpatienten über eine längere Zeit mit Medikamenten behandelt werden, verbessert sich die Angst. Nach Absetzen der Substanz kehrt sie aber in alter Intensität zurück. Auch Zwangsneurosen gehen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Substanzmittelabhängigkeit einher.

4.4.2 Depression

Medikamentenabhängigkeit und Depression treten häufig gemeinsam auf. Angst und Unruhezustände sowie depressive Schmerzzustände werden behandelt. Wenn Opioide zur Schmerzreduktion verwendet werden, entsteht zusätzlich eine euphorisierende Wirkkomponente. Das damit verbundene Glücksgefühl führt zur Gewöhnung.

4.4.3 Schmerzen

Oft steht am Anfang der Suchterkrankung eine schmerzhafte Grunderkrankung wie zum Beispiel Migräne, Spannungskopfschmerz oder chronische Rückenschmerzen. Wenn nun Opioide oder opioidehaltige Schmerzmittel eingesetzt werden, besteht das Risiko einer Abhängigkeitserkrankung (vgl. Poser & Poser 1996; S. 7ff).

4.4.4 Psychose

Patienten mit einer schizophrenen Psychose haben ein erhöhtes Risiko eine Drogenabhängigkeit zu entwickeln. Vor allem bei jüngeren Patienten ist das gehäufte Zusammentreffen von Psychose und Missbrauch zu beobachten. Eine

mögliche Ursache ist, dass der durchschnittliche Erkrankungsbeginn von Psychosen und Drogenabhängigkeit im frühen Erwachsenenalter liegt. Es handelt sich um eine Lebensphase in der sich der Jugendliche von seiner Familie ablöst. Für psychisch labile Jugendliche ist der Versuch der Integration in die jugendliche Subkultur besonders riskant, da der Einfluss von Freunden generell eine häufige Eintrittskarte in die Sucht ist. Für die Betroffenen ist die Verfügbarkeit von psychotropen Substanzen ein besonderes Risiko, die eigene Realität mit einer „drogeninduzierten Normalität“ zu vertauschen (vgl. Uchtenhagen et al 2000, S. 209-210).

4.4.5 Persönlichkeitsstörungen

Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen neigen zu Suchtkrankheiten. Vor allem ängstliche Persönlichkeiten greifen im Sinne einer Selbstmedikation zu Beruhigungsmitteln. Während der Suchtkrankheit bleibt die Persönlichkeitsstörung bestehen und wird oftmals durch eine Entzugsbehandlung wieder deutlich merkbar oder sogar verstärkt. Missbrauch und Abhängigkeit von Suchtstoffen sind vor allem bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen häufig (vgl. Poser & Poser 1996, S. 13-14). Die häufigsten komorbiden Störungen bei Drogenpatienten sind die Persönlichkeitsstörung, die Depression und die psychotische Störung (vgl. Uchtenhagen et al 2000, S. 272).

Hypothesen über den Zusammenhang von Substanzmittelmissbrauch und psychiatrischen Störungen

Der Konsum von Drogen fördert die Entstehung von sonstigen psychischen Störungen. Es ist ein Versuch psychische Erkrankungen zu behandeln. Die Folge davon kann ein sozialer Abstieg sein. Für die PatientInnen erleichtert der Drogenkonsum eine für sie akzeptable Identitätsbildung. Eine Gruppe von PatientInnen scheinen eine gemeinsame genetische Vulnerabilität für Persönlichkeitsstörungen und Drogenkonsum aufzuweisen. PatientInnen mit Abhängigkeitsstörungen, die eine zugrunde liegende sonstige psychiatrische Störung aufweisen, profitieren von einer Therapie und zeigen gute Remissionschancen (vgl. Uchtenhagen 2000, S. 272-273).

4.5 Die gesundheitlichen Folgen der Sucht

Die Folgen der Sucht sind für alle abhängigen Patienten früher oder später spürbar. Folgende Begleiterkrankungen der Sucht können entstehen:

4.5.1 Hepatitis

Eine häufige Komplikation der Sucht ist die Hepatitis. Die wichtigsten viralen Formen sind Hepatitis B und C. Abhängige halten oft die elementarsten Regeln der Hygiene bei der intravenösen Verabreichung nicht ein. Sie verwenden verunreinigte Injektionsnadeln. Die virale Form der Entzündung ist ansteckend. Für die Pflegeperson ist es notwendig, die Symptome einer Leberentzündung zu kennen, und sie muss auch wissen, wie sie sich vor einer Ansteckung schützen kann. Die Ansteckung erfolgt durch Blut oder sexuellen Kontakt. Die präikterischen Symptome äußern sich durch Müdigkeit, leichtes Fieber, manchmal Schmerzen im Oberbauch und Appetitlosigkeit. Das ikterische Stadium ist gekennzeichnet durch Gelbsucht, dunklen Urin und Schwellung der Lymphknoten. Die Erkrankung kann zu einer Leberzirrhose, zu einem Leberkrebs und in der Folge auch zum Tode führen. Pflegepersonen, die drogenabhängige PatientInnen betreuen, sollten sich unbedingt gegen Hepatitis B impfen lassen. Bei Hepatitis C gibt es keine Impfung. Für die Pflegepersonen ist die Einhaltung der Hygieneregeln oberstes Gebot, nur so können sie eine Ansteckung verhindern (vgl. Loth et al 2002, S. 47-48).

4.5.2 HIV und AIDS

Das HI-Virus wird durch Körperflüssigkeiten übertragen. Die Ansteckung bei drogenabhängigen Menschen erfolgt meist durch gemeinsam benutzte Spritzen, die mit dem Blut eines Infizierten verunreinigt sind. Durch einen HIV-Test wird festgestellt, ob jemand Antikörper gegen das HI-Virus im Blut hat. Ein positiver Test bedeutet jedoch nicht, dass jemand schon an Aids erkrankt ist. Antiretrovirale Therapien können die Verbreitung des HI-Virus im Blut hemmen. Der Erkrankte kann somit länger beschwerdefrei leben. Nach einem positiven Testergebnis nehmen Abhängige oft noch mehr Drogen, um ihre Gefühle in den Griff zu bekommen (vgl. Loth et al 2002, S. 50-51).

4.5.3 Weitere Komplikationen

Neben Hepatitis und HIV Infektionen gibt es noch eine Vielzahl anderer Erkrankungen deren Ursache der Drogenkonsum ist. Tuberkulose ist eine bakterielle Infektion, sie ist ansteckend, wenn Bakterien im Schleim oder Sputum vorhanden sind. Die Infektion erfolgt durch Anhusten oder Anniesen. Symptome sind Husten, Appetitmangel, Gewichtsverlust, Nachtschweiß und leichtes Fieber. Für die Pflegeperson ist es wichtig auf die Symptome zu achten um die Erkrankung rechtzeitig zu erkennen. Der Patient muss von gesunden Patienten abgeschirmt werden. Weiters kommt es durch mangelnde Hygiene immer wieder zu lokalen Infekten mit ausgedehnten Abszessen (vgl. Loth et al 2002, S. 49).

4.6 Stigma und Sucht

Stigma stammt aus dem Griechischen und bedeutet Stich, Zeichen, Brandmal. Es galt früher als Besitzanzeige und Schutzmarke für Tiere, Besitz und Menschen (Sklaven).

Goffmann (1975) bezeichnet Stigma als soziales Vorurteil gegenüber bestimmten Menschen, die Eigenschaften besitzen welche von der Gesellschaft als minderwertig, schlecht oder gefährlich bezeichnet werden.

Kawesa-Thöni (1992) beschreibt Stigma als ein „persönliches Attribut, das einen gesellschaftlich unerwünschten und negativen Symbolwert besitzt und affektiv besetzt ist“. Durch ein einziges Merkmal werden Rückschlüsse auf die ganze Person abgeleitet. Die Person wird diskriminiert und von der sozialen Gesellschaft ausgeschlossen.

Auch in der Religion kommt das Wort Stigma vor, es bedeutet Wundmal. Menschen erfahren die Leidensgeschichte Jesu Christi am eigenen Körper.

In der Soziologie bedeutet Stigmatisierung, dass eine Person oder Gruppe aufgrund ihres Stigmas (unerwünschte Eigenschaften) kategorisiert wird (vgl. Käppeli 2004, S. 163ff).

4.6.1 Stigma und Gesellschaft

Durch die Gesellschaft werden Mittel zur Kategorisierung von Personen geschaffen. Beispielsweise heißt es, dass psychisch kranke Menschen, auch drogenabhängige Menschen, unberechenbar, unverständlich und gefährlich sind. In jeder Gesellschaft gibt es stigmatisierte Gruppen, sie unterscheiden sich in der Auswahl der zugeschriebenen Eigenschaften und dem Ausmaß der Stigmatisierung. Die Normen der Gesellschaft sind aber einem ständigen Wandel unterworfen (vgl. Käppeli 2004, S. 165).

4.6.2 Entstehung von Stigmata

Brusten und Hohmeier (1975) beschreiben vier Hypothesen zur Entstehung von Stigmata:

- Als Ursache von Herrschaftsstrukturen, damit sie in der Gesellschaft Normen, Macht und Privilegien durchsetzen können.
- Gesellschaftliche Unterschiede beeinflussen die Entstehung von Normen und somit neue Stigmatisierungen.
- Durch die vorherrschende Leistungsorientierung der Gesellschaft werden Menschen, die dieser Orientierung nicht entsprechen, ausgegrenzt.
- Der Mensch hat das Bedürfnis sich von Anderen zu unterscheiden und somit Angst vor dem ihm Fremden.

Stigmatisierungen lassen sich leichter durchsetzen, wenn sie gegen eine allgemein gültige Norm verstoßen. Je höher der gesellschaftliche Status, desto geringer ist die Möglichkeit der Stigmatisierung. Die Personen sind meist wehrlos und unterlegen, sich gegen die Stigmatisierungsvorwürfe zu wehren ist oft schwierig (vgl. Käppeli 2004 S. 165-166).

4.6.3 Funktionen von Stigmata

Stigmata liegen oft einer Orientierungsfunktion in sozialen Interaktionen zugrunde. Durch kleine Merkmale können sich schon Vorurteile und Vermutungen über einen Menschen bilden. Sie beeinflussen jedoch die Wahrnehmung und münden oft in

Selektion, welches das Sammeln von neuen Erfahrungen behindert. Die eigene Identität hervorzuheben, als normal zu bewerten und somit die Ablehnung des Anderen zu rechtfertigen hilft die Stabilität aufrecht zu erhalten (vgl. Käppeli 2004, S. 166).

4.6.4 Stigmatisierungen in der Pflege

Stigmatisierungen kommen auch in der Pflege vor. Diagnosen und Symptombeschreibungen können damit verbunden werden wie zum Beispiel psychiatrische Diagnosen wie Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Sie weichen von Normvorstellungen ab und sind mit Vorurteilen behaftet. Sie können auch bei Pflegepersonen Unsicherheit, Ekel, Abneigung auslösen. Dadurch kann es vorkommen, dass PatientInnen negativ wahrgenommen werden und somit ihr Problem oder Leid hinter dem Stigma versteckt bleibt. Allein durch den Aufenthalt in einer psychiatrischen Abteilung kann das Stigma oft schlimmer sein als die Erkrankung selbst. PatientInnen erleben oft ihre Aufnahme in eine psychiatrische Abteilung als Schock. Sie machen sich Schuldzuweisungen, haben Angst und schämen sich, dass es soweit gekommen ist. Die Einstellung der Gesellschaft gegenüber psychisch kranken Menschen ist abweisend und distanziert. Auch die Medien tragen dazu bei, dass dieses Vorurteil verstärkt wird. Nur durch professionell geschultes Gesundheitspersonal kann es dem Patienten ermöglicht werden, seine Krankheit anzunehmen und den Vorurteilen der Gesellschaft entgegen zu wirken (vgl. Käppeli 2004, S. 169ff).

4.7 Compliance und Non-Compliance

Der Begriff „Compliance“ stammt aus dem englischen und bedeutet in etwas einwilligen, einverstanden sein, sich fügen, nachgeben und gefällig sein. Laut Käppeli sind beide Begriffe sehr unglücklich gewählt, da sie den PatientInnen eine passive Rolle zuweisen. Ein besserer Ausdruck, die gegenseitige Beziehung zwischen Pflegepersonen und PatientInnen zu beschreiben, findet sich in den Begriffen „adherence/non-adherence“ sowie „cooperation/non-cooperation“ wieder (Käppeli 2004, S. 246).

Steiner und Vetter (1994) beschreiben den Begriff Compliance als Bereitschaft der PatientInnen bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mitzuwirken.

Hentinen und Kyngäs (1992) sehen Compliance als einen aktiven, verantwortungsbewussten Prozess in dem die PatientInnen selbst aktiv werden müssen, um ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Non-Compliance kann somit als das Verhalten der PatientInnen bezeichnet werden, sich medizinischen und gesundheitlichen Ratschlägen und Anordnungen zu widersetzen.

Carpenito (1995) beschreibt Non-Compliance als eine eigenständige Pflegediagnose, sie beinhaltet die Angst der PatientInnen vor negativen Nebenwirkungen der Therapie, schließt aber auch unbekannte Gründe mit ein.

Bei Gordon (1994) steht Non-Compliance für eine fehlende Bereitschaft zur Kooperation. Trotz Aufklärung über die Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsziele befolgen die PatientInnen die Empfehlungen nicht (vgl. Käppeli 2004, S. 246-247).

Fast alle Interaktionen zwischen Pflegepersonen und PatientInnen enden mit Empfehlungen und Hinweisen für die Betroffenen. Ein therapeutisches Ziel kann ohne Compliance nicht erreicht werden. Das Problem der Non-Compliance ist weit verbreitet und schlägt sich in hohen Folgekosten nieder. Viele Krankenhausaufenthalte sind die Folge von Nichtbeachtung und Nichteinhaltung der Therapievorschlüsse. Vor allem bei PatientInnen, deren Behandlung die Änderung ihrer täglichen Gewohnheiten verlangen, wie zum Beispiel SuchtpatientInnen, ist die mangelnde Therapiemotivation sehr hoch. Die Ursachen dieser Non-Compliance beschäftigt die Medizin, Pflegewissenschaft, Psychologie und Soziologie gleichermaßen. Dabei richtet sich das Hauptaugenmerk auf die Art der Erkrankung, die Eigenschaften der PatientInnen und die Schulung von Betroffenen und deren Auswirkungen. Das „health belief model“ nach Rosenstock (Käppeli 2004) ist eine der bekanntesten Theorien im Zusammenhang mit Compliance. Es beruht auf entscheidungstheoretischen Begriffen wie „Wertigkeit“ und „Attraktivität“ eines Ziels,

sowie auf der subjektiven Wahrscheinlichkeit dieses angestrebte Ziel auch zu erreichen.

Beeinflusst wird das theoretische Konzept durch:

- Anfälligkeit: Wie schätzen die PatientInnen ihre Krankheit ein, wie gefährdet sind sie für eine Erkrankung und wie stark sind sie bereits erkrankt?
- Auswirkungen: Wie wirkt sich die Krankheit auf die Betroffenen aus?
- Nutzen: Die PatientInnen sollten erkennen, wie sehr sich die Therapie auf ihre Gesundheit auswirkt und welche Vorteile sie durch ihre aktive Mithilfe erlangen.
- Hindernisse: Das empfohlene Verhalten wird durch die Haltung der Betroffenen gegenüber ihren physischen, psychischen und finanziellen Beeinträchtigungen mitbestimmt.

Das „subjektive Krankheitskonzept“, wie das „health belief model“ im deutschsprachigen Raum genannt wird, beeinflusst somit das Verhalten der PatientInnen gegenüber medizinischen Ratschlägen, bestimmt jedoch nicht ob sie sich compliant verhalten oder nicht (vgl. Käppeli 2004, S. 249-250).

In ihrem sozialpsychologischen Modell beschreiben DiMatteo und DiNicola (vgl. Käppeli 2004, S. 250) Compliance als ein Resultat komplexer Interaktionen, das durch folgende Faktoren beeinflusst wird:

- Die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Pflegepersonen und PatientInnen.
- Das Wahrnehmen und Annehmen der Erkrankung durch die Psychoedukation.
- Das soziale Umfeld der Betroffenen inklusive Bewältigungsstrategien.
- Diese Erkenntnis kann dem Pflegepersonal zur Steigerung der Compliance bei den PatientInnen verhelfen (vgl. Käppeli 2004, S. 251).

4.8 Pflegerische Aspekte des Suchtverhaltens

Pflegepersonen spielen eine wichtige Rolle bei der Prävention, Behandlung und Nachbetreuung von Suchtpatienten. Bei der stationären Entzugstherapie stehen Pflegepersonen 24 Stunden am Tag im direkten Kontakt mit den PatientInnen. Ein hohes Maß an Professionalität ist Voraussetzung um den PatientInnen eine menschliche Betreuung gewährleisten zu können.

Für die Pflegepersonen ist es notwendig über Verhaltensweisen der Betroffenen Bescheid zu wissen, denn erst dadurch kann ein rechtzeitiges Erkennen und zur Sprache bringen möglich gemacht werden. Das Suchtverhalten kann bei jedem Süchtigen mehr oder weniger ausgeprägt sein. Die Abhängigkeit wird von vielen Süchtigen verleugnet, sie geben anderen die Schuld an ihrer Sucht. Werden sie auf ihr Suchtproblem angesprochen, wechseln sie das Thema. Durch Lügen erreichen sie, dass mehr Schmerzmittel verabreicht werden. Die Betroffenen haben sich eine Taktik erworben um einer eventuellen Verantwortung aus dem Weg zu gehen oder weil sie sich einfach nur schämen, deshalb versuchen sie zu täuschen oder alles abzustreiten.

Jede Entzugstherapie ist ein Hoffen auf Umkehr. Dass Betroffene ihre Suchterkrankung gleich bei der ersten Entzugstherapie überwinden, ist jedoch die Ausnahme. Da die meisten PatientInnen leiden schon seit Jahren an Ihrer Suchtproblematik, deshalb ist es umso schwieriger sie davon zu befreien und sind Rückfälle vorprogrammiert. Trotzdem sollte jeder Versuch zur Entwöhnung als positiv gesehen werden, da er das Selbstwertgefühl und die Selbstachtung der Betroffenen stärkt. Der Rückfall löst bei Pflegepersonen trotzdem Unverständnis, Ärger oder sogar Zorn aus. Eine Herausforderung in der Betreuung der PatientInnen liegt darin, ihnen Grenzen zu setzen, aber auch nicht zurückzuweisen, wenn sie es nicht schaffen clean zu bleiben. Dieses Verhalten benötigt sehr viel Professionalität und Empathie, dass nur durch eine angemessene Distanz und Erfahrung gewährleistet werden kann.

Als großer Fortschritt, sowohl in körperlicher als auch in seelischer und sozialer Hinsicht, kann es gesehen werden, wenn sich die SuchtpatientInnen einer Therapie

unterziehen. Wenn die Betroffenen es trotzdem nicht schaffen, neigt man dazu sie abzulehnen, aber auch ein vollständiges Akzeptieren ihres Verhaltens kann eine Besserung nicht garantieren. Ein angemessener Druck von außen ist notwendig, um den PatientInnen eine Chance zu geben sich von ihrer Suchtproblematik zu lösen. Durch viele negative Reaktionen auf ihren Drogenkonsum neigen die PatientInnen dazu heimlich Drogen zu nehmen. Durch ihren jahrelangen chronischen Suchtmittelkonsum haben die PatientInnen gelernt, sich ihre Drogen unauffällig zu beschaffen. Werden sie dabei erwischt, neigen Pflegepersonen dazu, enttäuscht und wütend zu reagieren. Auch in eigens dafür vorgesehenen Entzugstherapiestationen gelingt es PatientInnen immer wieder sich heimlich Drogen zu beschaffen und diese zu konsumieren. Durch Urinproben unter Aufsicht, welche auf Drogen untersucht werden, kann der heimliche Drogenkonsum aufgedeckt werden. Dies sollte jedoch noch lange kein Zeichen dafür sein, dass die Pflegepersonen ihre Arbeit falsch gemacht haben. Dieses Gefühl zu unterdrücken fällt manchmal sehr schwer, erst recht, wenn man dabei noch belogen wurde. Leugnen die Betroffenen dann noch ihr inakzeptables Verhalten und projizieren es auf andere, spricht man von Projektion. Gründe dafür sind oft Angst vor der Wirklichkeit, die SuchtpatientInnen rationalisieren ihr Verhalten um ihre Selbstachtung nicht ganz zu verlieren.

Erklären die Betroffenen ihre Sucht auf irrationale Weise, spricht man von magischem Denken. Sie glauben als Einzige daran, dass ihre Ideen wahr sind. So glauben junge substanzabhängige Frauen oft daran, dass alles besser wird, wenn sie ein Kind bekommen und Mutter sind. Ein gut ausgearbeiteter Therapieplan hilft dem multiprofessionellen Team an einem Strang zu ziehen. Die PatientInnen stehen dabei immer im Vordergrund. Ein häufiges und auffälliges Verhalten von zur Entzugstherapie aufgenommen PatientInnen ist ihre Suche nach Drogen. Sie gehen ziellos herum, stöbern in Kästen, legen ihre Medikamente zur Seite um diese zu sparen und sie zu einem falschen Zeitpunkt einzunehmen oder gemeinsam mit anderen Medikamenten.

Durch ständige Kontrollen und klare Grenzen kommt es auf Entzugstherapiestationen häufig zu „Drop-outs“. Drop-out bedeutet, dass die Behandlung von den PatientInnen vorzeitig abgebrochen wird, weil ihr Verlangen

nach der Droge stärker ist als nach dem Therapieerfolg. Obwohl sich die Pflegepersonen keine Schuldzuschreibungen machen müssen, haben sie auch keinen Grund zur Zufriedenheit. Für die PatientInnen bedeutet dies immer einen Rückfall in den Drogenkonsum.

Auch ein grenzenloses Verhalten ist bei SuchtpatientInnen häufig zu beobachten. Sie rauchen eine Zigarette nach der anderen, trinken den ganzen Tag Kaffee oder essen pausenlos. Sie sind sehr fordernd und lösen damit oft großen Ärger aus. Sie täuschen Krankheiten vor oder andere Mängel, nur um ihr Ziel zu erreichen und schaffen es sogar, dass Pflegepersonen darauf hereinfallen.

SuchtpatientInnen haben fast immer ein negatives Selbstbild, Ursache dafür ist oft die jahrelange Kritik durch das soziale Umfeld. Durch dieses negative Selbstbild neigen sie paradoxer Weise dazu etwas zu tun, was andere ärgert. Sie verhalten sich so ungeschickt, dass sie andere wütend machen. Sie sind daran gewöhnt abgewiesen zu werden, sie wollen ihre Grenzen ausloten um negative Reaktionen hervorzurufen. Sie provozieren mit ihrem Verhalten und fühlen sich durch abweisendes Verhalten der Pflegepersonen in ihrem Misstrauen bestätigt. Trotz allem sind sie verwundbar und eine Intervention in der Suchtkrankenpflege ist es, darauf Rücksicht zu nehmen.

Die Pflegepersonen sollten den PatientInnen mit therapeutischer Neutralität begegnen. Damit ist eine neutrale Freundlichkeit ohne Vorwürfe gemeint, die sich auf das Wissen über die substanzmittelabhängigen PatientInnen und ihr Suchtverhalten stützt. Die Pflegepersonen müssen bereit sein die abhängigen PatientInnen zu betreuen, kleine Fortschritte im Auge behalten, gut zuhören und unterstützend eingreifen können, sowie Kontakt zu den Betroffenen aufzubauen um sie dadurch besser zu verstehen. Voraussetzung für die Betreuung der PatientInnen ist neben fundiertem Wissen über Sucht und Suchtverhalten auch die Bereitschaft, die eigene Haltung gegenüber den substanzmittelabhängigen PatientInnen ständig zu evaluieren. Zu den wichtigsten Bestandteilen der Suchtkrankenpflege zählen: Grenzen setzen, konsequent bleiben und Regeln und Sanktionen festlegen. Erst dadurch ist es möglich für Klarheit im Team und bei den PatientInnen zu sorgen.

Die Pflegepersonen erklären den Betroffenen die Stationsregeln und die Konsequenzen bei Nichteinhaltung dieser. Dies schafft eine Struktur für die

PatientInnen, beinhaltet aber auch die Gefahr eines „Drop-outs“. Dafür gibt es verschiedene Ursachen: das Verlangen, der Drang nach der Droge, Uneinigkeit zwischen Pflegepersonen und PatientInnen bezüglich den Stationsregeln und drittens durch die Pflegepersonen, wenn sie zum Moralisieren neigen.

Wenn die Betroffenen die Behandlung abbrechen, ist es wichtig ihnen beim Abschied klar zu machen, dass sie willkommen ist wenn sie eines Tages wieder Hilfe brauchen (vgl. Loth et al 2002, S. 69ff).

5. Aggression

Aggression stammt von *aggredior* (lat.) und bedeutet nach Käppeli nähern, herangehen, jemanden gewinnen, angreifen, anfallen, überfallen. Jeder Mensch hat ein maßvolles Aggressionspotential, welches Bestandteil normaler Bewältigungsstrategien ist. Dieses trägt zum seelischen Gleichgewicht und zur Erhaltung der Selbstachtung bei. Es bedeutet Durchsetzungswille und ist somit ein positiver Bestandteil der Persönlichkeit. Die Aggression ist somit eine normale, zielorientierte, nicht feindselige Aktivität.

Die gestörte Aggression wird von Nissen (1995) als eine *„feindselige, ungezähmte und destruktive Komponente bezeichnet mit der auf Ängste, Frustrationen und Versagungen mit demütigenden, quälenden, zerstörenden Handlungen gegen andere oder sich selbst reagiert wird“* (Käppeli 2004, S. 227-228).

Mitscherlich bezeichnet Aggression als ein vitales Grundvermögen, eine Triebausstattung, die in der sozialen Realität die vielfältigsten Umwandlungen erfährt und immer eine ziel- und sachgerechte Aktivität ist (vgl. Steinert 1995, S.9).

Im Vergleich zu Mitscherlich sieht Bandura Aggression als eine Verhaltensweise, die zur persönlichen Schädigung oder zur Zerstörung von Eigentum führt. Die Schädigung kann sowohl psychisch (in Form von Abwertung oder Erniedrigung) als auch physisch sein (vgl. Steinert 1995, S. 9).

Für Selg besteht Aggression in einem gegen einen Organismus oder ein Organismussurrogat gerichteten Austeilen schädigender Reize (vgl. Steinert 1995, S. 9 - 10).

5.1 Aggressionstheorien

5.1.1 Psychoanalytische Theorie

Nach Freud gibt es einen Lebens- und Todestrieb. Der Lebenstrieb wird dem Todestrieb gegenübergestellt und zielt auf die Selbstzerstörung des Einzelnen ab. Die libidinöse Triebenergie wandelt die Todestriebenergien nach außen, und tritt negativ in Erscheinung. Der Begriff Todestrieb wird heute vom Begriff Aggression ersetzt (vgl. Steinert 1995, S. 36-39).

5.1.2 Frustrations-Aggressions-Theorie

Frustration ist einerseits die Folge der Aggression, andererseits führt sie aber auch zu einer Aggression. In der Psychiatrie sind Frustrationen und die daraus folgenden Aggressionen als „narzisstische Kränkungen“ bekannt. Aufgrund ihrer Erkrankung und ihrer Persönlichkeit haben viele psychiatrische PatientInnen eine geringe Frustrationstoleranz. Durch Frustration können aber auch andere Reaktionen ausgelöst werden, wie zum Beispiel Resignation oder Leugnung der frustrierten Bedürfnisse (vgl. Steinert 1995, S 36-39).

5.1.3 Lerntheoretische Aggressionsmodelle

Aggressives Verhalten wird wie jedes andere soziale Verhalten durch Lernen erworben. Durch Beobachtung aggressiven Verhaltens (Modelllernen) und Erfolge durch aggressives Verhalten (Verstärkungslernen) kann Aggression erworben werden (vgl. Käppeli 2004, S. 227). Als „Identifikation“ bezeichnet man die Übernahme von Modellen in das Selbstbild und Verhalten. Übernehmen Personen, die selbst Opfer von Bestrafungen, Misshandlungen sind diese aggressive Haltung, wird dies als „Identifikation mit dem Aggressor“ bezeichnet (vgl. Steinert 1995, S 36-39).

5.1.4 Sozialtheoretische Aggressionsmodell

Nach Käppeli beschäftigt sich das sozialtheoretische Aggressionsmodell mit der Entstehung von Aggression im sozialen Zusammenhang. Es handelt sich um ein Zusammenspiel von mehreren Personen, einen Wettbewerb zwischen Individuen, Sündenbockbildung, Mobbing (vgl. Käppeli 2004, S. 227ff).

5.2 Aggressionsformen

Wesuls et al (2005) unterscheiden folgende Aggressionsformen:

5.2.1 Brachialaggression

Sie beschreibt An- oder Übergriffe auf die körperliche Unversehrtheit des Menschen, z.B. Festhalten, Schlagen, Treten, Beißen, Spucken, Schubsen, gezieltes Werfen mit Messern, sexuelle Übergriffe. Sie ist die gefürchtetste Aggressionsform, da sie neben den körperlichen Schäden starke psychische Beeinträchtigungen verursacht. Sie wird selten gezielt ausgeführt, sondern erfolgt meist im Affekt (vgl. Wesuls et al 2005, S. 16).

5.2.2 Stellvertretende Brachialaggression

Aggressionen gegen Menschen oder gegen sich selbst werden stellvertretend an Gegenständen ausgelebt, z.B. Türe schlagen, auf Tisch hämmern, etwas zertrümmern, ungezieltes Werfen mit Gegenständen. Dabei werden große innere Spannungszustände entladen (vgl. Wesuls et al 2005, S. 16-17).

5.2.3 Sozialisierte (verbale) Aggression

Der Angriff erfolgt mit kommunikativen Waffen. Beschimpfungen, Schreien, Drohen, Ab- und Entwertungen, Provokationen, Klingeln, Sticheleien, sexuelle Anspielungen, üble Nachrede, Ignorieren, Verweigerung. Schon kleinste und subtilste Verbalaggressionen können auf das Opfer erhebliche Auswirkungen haben (vgl. Wesuls et al 2005, S. 17).

5.2.4 Konträr-Verdeckte Aggression

Sie erfolgt in Form eines aufopfernden Helfens, Pflegens und Dienens. Das Ziel ist die Kontrolle und die Bevormundung des Patienten. Die Entwicklung von Autonomie wird verhindert, Abhängigkeiten werden geschaffen. Sie ist eine häufige Aggressionsform in Helferbeziehungen (vgl. Wesuls et al 2005, S. 17).

5.2.5 Imitierte Aggression

Es kommt zur Nachahmung aggressiver Verhaltensweisen, dabei wird das Verhalten eines Aggressors übernommen und an Dritte weitergegeben. Das Ziel dieser Aggressionsform ist, sich durchzusetzen, sich zu schützen oder zu imponieren (vgl. Wesuls et al 2005, S. 17).

5.2.6 Autoaggression

Durch Selbstbestrafung, Selbstverletzung versucht der Patient seinem Leid bewusst ein Ende zu setzen. Die Autoaggression erfolgt häufig stellvertretend für die Aggression, die gegen eine andere Person gerichtet ist. Besonders bei mangelnder Selbstzufriedenheit, Selbstannahme oder bei Schuldgefühlen werden innere Spannungszustände an sich selbst abreagiert (vgl. Wesuls et al 2005, S. 17).

5.2.7 Kollektive Aggression

Individuelle, belastende Aggressionspotentiale verlangen nach Abreaktion und verbinden sich mit dem Aggressionspotential anderer. Dies geschieht durch die Einigkeit einer Gruppe, dass eine spezielle Person es verdient hat „besonders“ behandelt zu werden. Diese kollektiven Aggressionsprozesse geschehen häufig und können sowohl von Patienten als auch von Mitarbeitern ausgehen. Aggressive Verhaltensformen bestimmen in mannigfaltiger Art und Weise den Alltag. Sie münden bei Eskalation häufig in Brachialaggression. Dabei können alle Menschen eines Systems sowohl Opfer als auch Täter sein (vgl. Wesuls et al 2005, S. 16ff).

5.3 Gewalt

Von Gewalt wird gesprochen, wenn eine Person vorübergehend oder dauerhaft daran gehindert wird, ihre Bedürfnisse entsprechend zu leben. Der Wunsch oder das Bedürfnis einer Person wird somit missachtet. Gewalt wird als eine Einwirkung auf Personen verstanden, in die sie nicht einwilligen oder mit der sie nicht einverstanden sind (vgl. Wesuls et al 2005, S. 14).

5.3.1 Aspekte der Gewalt in der psychiatrischen Pflege

In der Psychiatrie gehört die Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt unabdingbar zur Arbeit. Sie ist eine Form des gesellschaftlichen Umgangs mit Gewalt. Leider werden Psychiatrie und Gewalt immer noch in vielen Bereichen gleichgesetzt. Die Öffentlichkeit sieht die Psychiatrie als eine Institution, die selbst Gewalt ausübt und anwendet. Dieses Image wird aus alten Bildern und Filmen gespeist (Wärter und Zwangsjacken). Aber auch das negative Image, das psychisch Kranke in vielen Gesellschaftsgruppen immer noch haben, trägt dazu bei. Für viele bedeutet psychisch krank zu sein zugleich auch eine Form von Gefährlichkeit. Die Aspekte der institutionalisierten Gewalt und die vermeintlich gefährlichen psychisch Kranken, haben sich für die psychiatrischen Mitarbeiter in den letzten Jahren drastisch gewandelt. Durch weltweite Reformen wurden sowohl die Charakteristika der Institution als auch die der PatientInnen verändert. Wärter, die PatientInnen in großen Bettensälen beaufsichtigen, gehören der Vergangenheit an. Kleinere Stationen, vermehrte Anzahl von psychiatrisch ausgebildeten, pflegerischen und therapeutischen Personal, auch Konzepte wie Bezugspflege haben sich etabliert. Die Modernisierung und Differenzierung der Behandlungsmethoden hat sich ebenso positiv auf die Bevölkerung ausgewirkt (vgl. Sauter & Richter 1998, S. 7-9). Bei der Enttabuisierung von Gewalt und Aggression im Pflegebereich geht es darum, Ursachen für Aggression und Gewalt zu verstehen und einen wertschätzenden Umgang zu finden (vgl. Käppeli 2004; S. 234).

5.3.2 Patientenbezogene Aspekte der Gewalt in der Psychiatrie

Psychiatrische PatientInnen müssen neben ihrer Grunderkrankung viele Frustrationen über sich ergehen lassen. Durch den stationären Aufenthalt sind ihre Bedürfnisse oft sehr eingeschränkt. Dies betrifft vor allem die Intimsphäre, Bewegungsfreiheit und den Schlaf-Wach-Rhythmus. Der Einfluss von Drogen kann sich aggressionsfördernd auswirken, die enthemmende Wirkung kann dazu führen, dass die Betroffenen gewalttätig werden. Bei Suchterkrankungen sollten aggressive Tendenzen im intoxikierten Zustand als auch im Entzugsstadium nie außer Acht gelassen werden. Auch äußere Faktoren können sich auf die Stimmung der PatientInnen auswirken, wenn sie zum Beispiel von Angehörigen unter Druck gesetzt werden sich in Behandlung zu begeben, sie aber selbst diese noch nicht akzeptiert haben (vgl. Sauter & Richter 1998, S. 33-112).

Aggressives Verhalten kann aber auch von den Pflegepersonen ausgehen. Durch Nichteingehen auf Fragen, Wünsche, Anliegen der PatientInnen, erleben diese ein Gefühl der direkten Abweisung. Um dieses Gefühl zu bewältigen entwickeln die Betroffenen unterschiedliche Strategien:

- Sie setzen aggressive Handlungen.
- Suchen nach einem „gutem Personal“.
- Reagieren mit Rückzug oder Resignation.
- Weichen auf Arztgespräche aus.

Ziel des aggressiven Verhaltens ist es eine emotionale Entlastung zu finden (vgl. Käppeli 2004, 235-236).

5.3.3 Pflegebezogene Aspekte der Gewalt in der Psychiatrie

Aggressives Verhalten und Gewalt gegenüber den PatientInnen zeigen sich durch Vernachlässigung, Vermeidung, Routineabfertigung, verbale Ausfälle, Provokation, Entwertung. Dieses menschliche Versagen kann traumatisch erlebt werden. Schlechtes Gewissen, Scham, Schuldgefühle können die Täter begleiten aber auch Erleichterung und Gefühllosigkeit (Käppeli 2004, S. 234).

Ursachen für die Aggressions- und Gewaltbereitschaft liegen oftmals in der Personalstruktur. Zu wenige Pflegepersonen, die als Ansprechpartner für die

PatientInnen dienen, um drohende Eskalationen einzudämmen. Auch die fachlichen Qualifikationen der Pflegepersonen spielen in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle. Unerfahrene Pflegepersonen können nicht auf ausreichende Erfahrung in der Psychiatrie zurückgreifen, vorhandene Aggressionen der PatientInnen werden nicht wahrgenommen und können sich dadurch weiterentwickeln. Wesentlich ist auch die Psychohygiene der Mitarbeiter, findet man in seiner Freizeit keine Entspannung und kann seinen Stress nicht abbauen, wirkt sich diese Anspannung negativ auf die Arbeit mit den PatientInnen aus.

Die Zusammenarbeit innerhalb des Pflgeteams und innerhalb des multiprofessionellen Teams kann sich ebenso ungünstig auf das Stationsklima auswirken und beeinflusst in weiterer Folge auch die Zusammenarbeit mit den PatientInnen. Unnötige Aggressionen können sich aber auch durch mangelnde Transparenz zwischen den Berufsgruppen entwickeln, vor allem wenn relevante Informationen nicht weitergeleitet werden. Durch die Berufsgruppenhierarchie werden die Pflegepersonen oftmals in die undankbare Rolle gedrängt, die ausführende Gewalt zu sein. Wenn zum Beispiel der diensthabende Arzt eine Zwangsmedikation oder Fixierung telefonisch anordnet. PatientInnen gegenüberzustehen und Gewalt anwenden zu müssen, ohne dass zuvor eine fachliche Aufklärung stattgefunden hat, löst bei vielen Pflegepersonen ein Gefühl der Ohnmacht aus.

Aber auch die Pflegepersonen können mit ihrer Macht den PatientInnen gegenüber missbräuchlich umgehen, wenn sie den Betroffenen das Gefühl vermitteln, grundsätzlich am längeren Hebel zu sitzen und das Recht auf das letzte Wort zu haben (vgl. Sauter & Richter 1998, S. 33ff).

Aggressive Gefühle von Pflegepersonen sind ernst zu nehmen aber auch erlaubt. Bewältigungsstrategien mit aggressivem Verhalten seitens des Pflgepersonals sind: Räumliche Entfernung; Gedankliche Distanzierung; Selbstbeherrschung; Supervision; Arbeitsentlastung; Hobbies und Sport.

Pflegepersonen können Aggressionshandlungen durch PatientInnen oftmals als besonders traumatisierend erleben, vor allem wenn sie mit längerer Bedrohung und Verletzung einhergehen. Um posttraumatische Belastungsreaktionen auffangen zu

können, sollten in jeder Klinik Anlaufstellen (Kriseninterventionsteams) zur Verfügung stehen (vgl. Käppeli 2004, S. 234-235).

5.3.4 Milieu- und stationsbedingte Aspekte der Gewalt in der Psychiatrie

Schon allein die psychiatrische Klinik kann durch ihre Rahmenbedingungen zu einer Förderung des aggressiven und gewalttätigen Potentials der PatientInnen beitragen. Zu wenig Personal, räumliche Enge, fehlende Einzelzimmer, fehlende Privatsphäre, Überbelegung, hoher Lärmpegel, übermäßige Kontrolle durch die Pflegepersonen, fehlendes Wissen und ungenügend Erfahrung, fehlende Information der PatientInnen über die Therapie, können Aggressionen verstärken und Gewalt eskalieren lassen (vgl. Käppeli 2004, S. 231-232).

Auf geschlossenen Stationen gehört der Umgang mit gewalttätigen Situationen zu den häufigsten Problemen des Pflegepersonals. Die Aufnahmesituation und die Ereignisse, die zur Aufnahme führen sind oft schon Auslöser für Aggression und Gewalt. Die PatientInnen sind bei Zwangseinweisung nicht selten hoch erregt und somit gewaltbereit.

Aus Sicherheitsgründen werden Gegenstände des täglichen Lebens (Besteck, Vasen, Geschirr) aus dem Stationsgeschehen entfernt. Durch geschlossene Türen, Kriseninterventionsräume und lückenlose Überwachung, Fixierungsmaßnahmen wird eine Beziehungspflege zu den PatientInnen im Sinne des Pflegeprozesses zusätzlich erschwert (vgl. Sauter & Richter 1998, S. 36).

5.4 Pflegerische Lösungs- und Interventionsstrategien

Prävention und das Beenden von Aggressionshandlungen sind von der Abteilungsstruktur und –kultur abhängig. Eine wesentliche Voraussetzung ist, dass ein bestimmtes Verhalten der PatientInnen immer im Gesamtkontext betrachtet werden soll. Ausreichende Informationen über die PatientInnen, eine bestmögliche Beziehungsgestaltung und Pflegeanamnese können eine optimale Betreuung der PatientInnen gewährleisten (vgl. Sauter & Richter 1998, S. 37).

Das Erleben und das Verhalten der PatientInnen kann durch die Qualität der Interaktion erheblich beeinflusst werden. Eine direkte Zuwendung bewirkt, dass sich die Betroffenen respektiert und angenommen fühlen, ihre Angst reduziert und ein Gefühl von Sicherheit vermittelt wird. Durch zuhören, sich auf die Situation einlassen, einfühlsam sein, vertrauen, ermutigen und trösten (Caring) wird den PatientInnen vermittelt, dass sie den Pflegepersonen nicht egal ist. Pflegepersonen können durch kompetenten Umgang bestimmte Situationen entschärfen. Erhöhte Sensibilität gegenüber nonverbalen Signalen und Selbstreflexion sind wichtige Faktoren im Umgang mit Aggressionen. Gespräche, Zeit geben, Beruhigung sind zentrale Pflegeinterventionen. Die PatientInnen ermutigen, ihre Gefühle von Ärger und Zorn auf eine annehmbare Weise auszudrücken, sind sehr wichtig. Weitere wirksame Strategien sind Ablenkung, körperliche Aktivität, Anwendung von Entspannungstechniken (vgl. Käppeli 2004, S. 238-240).

5.4.1 Praktische Anwendung des Pflegemodells von Orem

Orem sieht in der Krankenpflege einen Ersatz für gesundheitsbezogene Aktivitäten, wenn der Patient nicht in der Lage ist diese selbst auszuführen. Sie unterteilt ihr Konzept in drei unterschiedliche Theorien: die Theorie des Selbstpfledefizits, die Theorie der Selbstpflege und die Theorie der Krankenpflegesysteme (vgl. Kirkevold 1997, S. 61).

5.4.1.1 Die Theorie der Selbstpflege

Sie beinhaltet alle Handlungen, welche der Mensch plant und selbständig ausführt um sein Leben, seine Gesundheit und sein Wohlbefinden zu erhalten. Krankheitsbedingte Selbstpflegebedürfnisse treten bei Menschen auf, die durch Krankheit, Unfall, eine physische oder psychische Behinderung auf medizinische Behandlung angewiesen sind. Die Selbstpflegefähigkeit, welche Motivation, geistige und manuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten beinhaltet, um die eigenen Selbstpflegebedürfnisse zu erkennen und ihnen adäquat zu begegnen, ist vorhanden (vgl. Kirkevold 1997, S. 62).

5.4.1.2 Die Theorie des Selbstpflegedefizits

Das Selbstpflegedefizit wird von Orem als Missverhältnis zwischen Selbstpflegefähigkeit und Selbstpflegebedarf beschrieben, das heißt der Mensch ist durch gesundheitliche Einschränkungen nicht mehr in der Lage, eine angemessene Selbstpflege auszuüben. Meist übernehmen Angehörige die Betreuung, Orem nennt dies „Fürsorge für Abhängige“ (vgl. Kirkevold 1997, S. 63-64).

5.4.1.3 Die Theorie der Krankenpflegesysteme

Diese Theorie kommt in Frage, wenn weder der Patient noch der Angehörige in der Lage sind den Selbstpflegeanforderungen nachzukommen. Die Pflegeperson unterstützt den Patienten, da er die nötigen Handlungen nicht selbständig durchführen kann, sie erkennt die Bedürfnisse und hat die Fähigkeit diese zu kompensieren. Sie ergänzt oder ersetzt die Handlungen des Patienten und schafft somit die Möglichkeit, dass der Patient zukünftig selbständig seine Bedürfnisse befriedigen kann (vgl. Kirkevold 1997 S. 65).

Entsprechend dem Entwicklungsstand und der Funktionsfähigkeit des Selbst- oder Abhängigenfürsorgevermögens der PatientInnen müssen die Pflegepersonen den aktuell vorhandenen oder absehbaren Selbstfürsorgebedarf erkennen und dementsprechend handeln. Sie müssen über die erforderlichen Kompetenzen verfügen um wesentliche Pflegemaßnahmen für die oder mit den PatientInnen durchführen zu können (vgl. Schaeffer 1997, S. 93). Orem umschreibt die Kompetenzen mit Diagnosestellung, Verordnung, Behandlung und Verwaltung der Pflege und fasst diese mit der Bezeichnung „Pflegeprozess“ zusammen.

Laut Orem bedienen sich alle professionellen Helfer verschiedener fördernder Methoden:

- Für die PatientInnen handeln oder etwas tun.
- Die Betroffenen führen und leiten.
- Die PatientInnen physisch und psychisch unterstützen.
- Eine entwicklungsfördernde Umgebung schaffen.
- Die Betroffenen unterrichten und anleiten.

Nach Orem sind Pflegesysteme Konstrukte, die sich aus Handlungen der PatientInnen, der Pflegepersonen und den Interaktionen zwischen beiden Gruppen in einer Pflegesituation ergeben.

Orem unterscheidet drei verschiedene Pflegesysteme:

5.4.1.4 Vollständig kompensatorische Pflegesysteme:

Das vollständige kompensatorische Pflegesystem kommt bei PatientInnen zur Anwendung, die nicht in der Lage sind bewusst zu handeln. Das betrifft PatientInnen, die außerstande sind Entscheidungen in Bezug auf ihre Selbstpflegefähigkeit bewusst fällen zu können. PatientInnen, die keine Entscheidungen treffen können, aber unter Anleitung handeln können (vgl. Kirkevold 1997, S. 66)

5.4.1.5 Teilweise kompensatorische Pflegesysteme:

Beim teilweise kompensatorischen Pflegesystem handeln sowohl die PatientInnen als auch die Pflegepersonen.

5.4.1.6 Unterstützende und entwicklungsfördernde Pflegesysteme

Unterstützende und entwicklungsfördernde Pflegesysteme kommen zur Anwendung, wenn PatientInnen lernen sollen, die in ihrer Situation erforderlichen Maßnahmen selbständig durchzuführen (vgl. Kirkevold 1997, S.66ff).

Dies bedeutet bezugnehmend auf aggressions- und gewaltvermeidende Pflegeinterventionen: Analyse und Beurteilung der erlebten Situation. Sind Ereignisse vorausgegangen? Wie ist es zu eskalierenden Situationen gekommen? Gab es warnende Zeichen und Symptome, die dem Ereignis vorausgegangen sind? Gibt es Maßnahmen, die eine Änderung der Eskalation möglich gemacht hätten? Die Pflegepersonen können die PatientInnen dabei unterstützen, dass sie annehmbare Ausdrucksmöglichkeiten erkennen, entwickeln und Hilfen zur Selbstkontrolle erlernen können. Das kann durch Gespräche, Ablenkung, körperliche Aktivität, Entspannungstechniken erreicht werden (vgl. Käppeli 2004, S. 240-241).

5.4.2 Ziele von Pflegeinterventionen

- Die PatientInnen können sich bei der Problemlösung engagieren.
- Die PatientInnen zeigen eine realistische und konstruktive Selbstverteidigung.
- Sie sind in der Lage, Gefühle von Ärger und Feindseligkeit wahrzunehmen und angemessen auszudrücken.
- Die Betroffenen können mit der Unterstützung ihres sozialen Umfeldes Kontrolle über ihr Verhalten zeigen.
- Die PatientInnen verletzen sich nicht selbst, verletzen keine anderen Personen und zerstören keine Gegenstände.
- Sie erkennen die möglichen Konsequenzen bei extremer Gewalt und Aggression.
- Die Zahl der gewalttätigen Reaktionen nimmt ab.
- Die PatientInnen können die Ursachen für ihr Verhalten und auch mögliche präventive Maßnahmen beschreiben (vgl. Käppeli 2004, S. 241).

5.5 Deeskalationsmanagement

„Mit dem Begriff der Deeskalation wird der umgekehrte Vorgang der Eskalation beschrieben“ (Ketelsen 2004, S. 22).

Bei der professionellen Deeskalation (Gewaltprävention) werden konzeptualisierte Methoden und Mittel eingesetzt um aggressive Spannungen um dadurch in weiterer Folge destruktive Entwicklungen zu reduzieren. Die Betroffenen sollten dadurch im Bereich der Kommunikation bleiben oder wieder in diesen zurückfinden (Ketelsen 2004, S. 22).

5.5.1 Stufenmodell zur Deeskalation von Gewalt und Aggression

Deeskalationsstufe I: Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression

Die Anwendung von Gewalt ist eine der Hauptursachen für Aggressionsentwicklung bei PatientInnen. Sie lassen sich aber durch kreative Ideen, patientinnenorientiertes Denken, Veränderungen von Organisation und Routineabläufen, Handlungs- und

Kommunikationskompetenz weitgehend abschwächen. Dazu ist es notwendig, dass bestimmte Stationsregeln, Behandlungskonzepte, Anordnungen sowie Routineabläufe ständig reflektiert und gegebenenfalls geändert werden. Nur so kann das Ziel der Gewaltfreiheit, welches das Leitbild jeder Institution sein sollte, erreicht werden.

Deeskalationsstufe II: Veränderung der Sichtweisen und Interpretation aggressiver Verhaltensweisen

Die spontane Reaktion eines Menschen auf Verhaltensweisen hängt von Bewertungsprozessen ab. Diese sind Wahrnehmung, Interpretation und Einstellungen. Die Bewertungsprozesse entscheiden, welches Gefühl ausgelöst wird. Auf keinen Fall sollte der Mitarbeiter die Aggression auf seinen Selbstwert bzw. seine Kompetenz beziehen. Da dies jedoch ein häufig unbewusster Vorgang ist kommt es in weiterer Folge dazu, dass der Mitarbeiter entsprechend seiner persönlichen Gefühle reagiert und auf die Aggression einsteigt. Nur durch professionelles Verhalten, die Beherrschung und Kontrolle der eigenen Gefühle, kann eine deeskalierende Wirkung eintreten. Der Umgang mit Aggression muss in der professionellen Beziehung zu den PatientInnen geplant, zielorientiert und reflektiert sein. Die Reaktion auf ein aggressives Verhalten muss konstruktiv und im Sinne der jeweiligen Zielsetzung der PatientInnen förderlich sein.

Deeskalationsstufe III: Verständnis der Ursachen aggressiver Verhaltensweisen

Die Kenntnis über die Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen ist die Voraussetzung für eine deeskalierende Maßnahme. Da meist hinter aggressiver Verhaltensweise ein aktuelles Bedürfnis oder Problem steht, ist diese Erkenntnis notwendig, um die PatientInnen verstehen und beruhigen zu können.

Deeskalationsstufe IV: Kommunikative Deeskalationstechniken

Wichtigstes Ziel in einer eskalierenden Situation ist die Verhinderung von Brachialaggression. Dabei ist es notwendig den PatientInnen und sich selbst so schnell und gewaltarm wie möglich aus der angespannten Situation herauszuhelfen. Ziel dabei ist es, dass die Anspannung der PatientInnen abnimmt um ein Gespräch

mit ihnen führen zu können. Bei diesen Gesprächen sollte immer die Lösung der aktuellen Probleme und die Befindlichkeit der PatientInnen im Vordergrund stehen (vgl. Wesuls et al 2005, S. 21-33).

Deeskalationsstufe V: Patientenschonende Abwehr- und Fluchttechniken

Körperliche Abwehrtechniken und Fixierung von PatientInnen sollten das allerletzte Mittel der Gefahrenabwehr sein. Sie sind nur anzuwenden, wenn alle anderen Möglichkeiten der Deeskalation ausgeschöpft sind. Zu den körperlichen Abwehrtechniken zählen alle Techniken, die Aggressionshandlungen eines Menschen abwehren, unterbrechen oder beenden. Effektive und verletzungsfreie Interventionstechniken sind für Menschen in Gesundheitsberufen bei der Arbeit mit aggressiven PatientInnen unverzichtbar. Sie sollten bestimmte Anforderungen erfüllen:

- Sie müssen patientengerecht sein.
- Sie sollen zu einer Deeskalation beitragen und verletzungsfrei sein.
- Sie müssen für das Gesundheitspersonal leicht erlernbar und im Team durchführbar sein.
- Sie sollten auch für körperlich schwächere Mitarbeiter anwendbar sein.

Deeskalationsstufe VI: Patientenschonende Immobilisations- und Fixierungstechniken

Die Fixierung von PatientInnen gegen ihren Willen ist eines der unangenehmsten Aufgaben von Mitarbeitern in Gesundheitsberufen. Um psychische und physische Verletzungen der Mitarbeiter und PatientInnen zu vermeiden, müssen Zwangsmaßnahmen immer im Team geplant und abgesprochen werden und dürfen nur von geschulten Personen durchgeführt werden. In psychiatrischen Abteilungen sind Leitlinien und Standards Voraussetzung (vgl. Wesuls et al 2005, S.45- 55).

5.5.1.1 Aggressionen als Reaktion auf Angst und Bedrohung

Unser Alltagsleben wird von Ängsten gesteuert und beeinflusst. Diese können sehr unterschiedlich sein. Angst vor Ablehnung und Zurückweisung, Existenzängste, Versagensängste, Verlustängste, Ängste als Ergebnis negativer Erfahrungen und

Traumata. Bei kranken Menschen können sie sich weiter ausbauen in Form von Kontroll- und Autonomieverlust, Statusverlust und Abhängigkeit.

Dabei kommt es zu einem inneren Spannungszustand. Die PatientInnen fühlen sich in ihrer Integrität bedroht. In weiterer Folge kommt es zu einer Selbstentfremdung und letztlich zu einem Zustand von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Bei den PatientInnen entsteht das Gefühl die Kontrolle über alles zu verlieren, sie projizieren einen Teil der inneren Bedrohung nach außen um ihre Ängste zu entlasten. Ein vernünftiges Denken und Handeln ist kaum noch möglich. Bei PatientInnen mit einer psychischen Erkrankung (Suchterkrankung) reicht schon eine Kleinigkeit aus aggressives Verhalten hervorzurufen. Können PatientInnen ihre Ängste weder zeigen noch selbst wahrnehmen, kann ein großer Anspannungszustand entstehen. Dahinter verbergen sich jedoch Ängste. Es Bedarf eines geschulten, empathischen Mitarbeiters diese Hintergrundängste zu erkennen und durch vorsichtiges Fragen zu konkretisieren und damit in weiterer Folge Vertrauen zu schaffen (vgl. Wesuls et al 2005, S. 24-25).

5.5.1.2 Aggressionen als Beziehungsstörung und Kommunikationsversuch

Ein fundamentales Grundbedürfnis des Menschen ist die Kommunikation. Können sich die PatientInnen nicht ausdrücken oder mitteilen, das heißt ihre Bedürfnisse, Meinungen, Interessen und Gefühle äußern, kommt es zur Frustration und Aggression. Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen liegt oft eine Störung der Beziehungsfähigkeit zu sich selbst und anderen vor. Beziehungs- und Kommunikationsmuster entwickeln sich oft aus gewaltvollem, autoritärem, bestrafendem oder missbrauchendem Milieu und stecken voller Gewalt und Aggression. Verhaltensstrategien, die zum Überleben in solchen Milieus notwendig sind, werden dann im Erwachsenenalter beibehalten. Somit überträgt der psychisch kranke Mensch sein erlerntes Verhalten auch in das Behandlungssystem. Nur durch empathische Wahrnehmung können die PatientInnen mit ihren Bedürfnissen und Gefühlen hinter der Aggression wahrgenommen werden und eine Kommunikation kann ohne Aggression stattfinden (vgl. Wesuls et al 2005, S. 25ff).

5.5.1.3 Aggressionen als Folge von Wut und Ärger

Durch Ärger und Wut können sich Menschen in eine starke Anspannung versetzen und dies kann in weiterer Folge zu aggressiven Verhaltensweisen führen. Ärger und Wut werden angestaut, sie können sich bis ins Unermessliche steigern und zu Kontrollverlust und heftigen Aggressionsausbrüchen führen. Dieser Leidesdruck ist den PatientInnen oft nicht bewusst. Wenn mit Ärger und Wut nicht anderes umgegangen werden kann, keine anderen Verhaltensmuster gelernt wurden kommt es zur Aggression. Be- und Verarbeitungsmuster von Ärger und Wut können jedoch durch Ablenkung, Atmungs- und Entspannungstechniken sowie sportliche Aktivitäten abgewendet werden. Solche Möglichkeiten sollten mit den PatientInnen gemeinsam erarbeitet werden um ihnen die Möglichkeit zu bieten, auf Wut und Ärger optimal zu reagieren. Die Meinung, Wut und Ärger könne durch schreien, Sandsackboxen, Holzhacken oder auf Gegenstände einschlagen ausgelebt werden, ist falsch. Es kommt nur vorübergehend zu einer Erleichterung und Befriedigung. In Wahrheit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Wut und Ärger künftig nur durch Brachialgewalt ausgelebt werden kann. Durch die Befriedigung und Erleichterung kommt es zu einer Verstärkung und die Betroffenen lernen, dass sich ihr Verhalten lohnt und gut anfühlt. In vielen Milieus sind aggressive Verhaltensweisen die einzig erlernte Variante. Da Ärger und Wut oft Botschaften über sich selbst transportieren ist es erforderlich mit den PatientInnen an neuen Bewältigungsmöglichkeiten zu arbeiten (vgl. Wesuls et al 2005, S. 27-28).

5.5.1.4 Aggressionen als Antwort auf Stress, Überforderung, Frustration

Auf Stress, Überforderung und Frustration reagieren viele Menschen gereizt und aggressiv. Dies hängt von der individuellen Frustrationstoleranz und der Stressbewältigung ab. Psychisch kranke Menschen haben eine höhere Anzahl von Stressoren. Aber auch ständig gestresstes und überfordertes Personal lebt am Limit seiner physischen und psychischen Möglichkeiten.

Aggressionspotentiale können nur durch Reduktion der Stressoren vermindert werden. In Eskalationssituationen können gestresste Pflegepersonen nicht mehr gelassen und ruhig reagieren, ebenso haben die PatientInnen keine Stress- oder Frustrationstoleranz mehr (vgl. Wesuls et al 2005, S. 28-29).

5.5.1.5 Aggressionen als Folge von Konflikten

Unterschiedliche Interessen, Bedürfnisse und Ziele von Menschen können Konflikte auslösen. Versucht man seine eigenen Interessen, Bedürfnisse und Ziele bedingungslos gegenüber anderen durchzusetzen, kann dies oft mit aggressiven Verhaltensweisen einhergehen. Ein hohes Aggressions- und Eskalationspotential entsteht aber erst, wenn beide Konfliktpersonen versuchen sich mit allen verfügbaren Mitteln durchzusetzen. Der Verlierer fühlt sich unterlegen, ist verletzt, gedemütigt, entwickelt Rachegefühle und Rachestrategien zur Wiederherstellung seines erlittenen Selbstwertverlustes. Geeignete Lösungsstrategien von Konflikten sind für ein gewalt- und aggressionsfreies Miteinander unverzichtbar. Die Austragung des Konfliktes ist dabei oft wesentlicher als die Lösung, da Verletzungen und Kränkungen emotional viel tiefer nachwirken (vgl. Wesuls et al 2005, S. 29).

5.5.1.6 Aggressionen als Reaktion auf Aggression

Eine Eskalationsspirale bilden Aggression und Gegenaggression, da keiner Schwäche und Unterlegenheit zeigen möchte. Dabei kann es zu Machtkämpfen zwischen Pflegepersonen und PatientInnen kommen um zu zeigen, wer der Stärkere ist. Solche Eskalationen münden häufig in Brachialaggression. Dass die eigenen Verhaltensweisen Auswirkungen auf den anderen haben, werden dabei nicht beachtet. Solche Situationen sollten immer vermieden werden, da es dabei keinen Gewinner gibt. Den PatientInnen Grenzen zu zeigen oder ihr nicht akzeptables Verhalten verändern zu müssen, bedeutet nicht gewaltvoll oder aggressiv handeln zu müssen (vgl. Wesuls et al 2005, S. 29ff).

5.5.1.7 Aggressionen als Folge von Autonomie- und Kontrollverlust

Wird den PatientInnen ihre Selbstbestimmung und die Kontrolle über sich selbst abgesprochen, so entwickeln sie ein aggressives Selbstbehauptungsverhalten. Ihr Ziel ist es, ihre Autonomie zu wahren und die Kontrolle zurückzuerobern. Um ihren Selbstwert zu behaupten reagieren sie mit Aggression.

Dies ist eine der häufigsten Aggressionsursachen in den Gesundheitsberufen. Deshalb sollte, wo immer dies möglich ist, den PatientInnen ihre Autonomie und

Kontrolle zugestanden werden um somit ihren Selbstwert zu erhalten und zu fördern (vgl. Wesuls et al 2005, S. 31).

5.5.1.8 Aggressionen in Folge von Medikamenten, Drogen, Alkohol

Durch Drogen, Alkohol und Medikamente kommt es häufig zu einer Enthemmung des Aggressionspotentials. Vor allem im Umgang mit intoxikierten Patienten ist Vorsicht geboten, da sie häufig nicht ansprechbar sind und Aggressionsdurchbrüche kaum deeskalierbar sind (Wesuls et al 2005, S. 31ff).

5.5.2 Grundlagen der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg

Die gewaltfreie Kommunikation gründet auf sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten, die unsere Möglichkeiten erweitern, auch in herausfordernden Umständen menschlich zu bleiben. Sie ist nichts Neues sondern erinnert uns an bereits Bekanntes, wie unsere zwischenmenschliche Kommunikation ursprünglich gedacht war und sie soll diese auch wieder lebendig machen. Damit ist die Umgestaltung unseres sprachlichen Ausdrucks gemeint und die Art zuzuhören. Aus gewohnheitsmäßigen, automatischen Reaktionen formen sich bewusste Antworten, die in das Bewusstsein eingeprägt über das stehen, was wahrgenommen, gefühlt und gebraucht wird. Die gewaltfreie Kommunikation soll uns anregen, uns ehrlich und klar auszudrücken und anderen Menschen trotzdem respektvoll und einfühlsam Aufmerksamkeit zu schenken. Wir lernen sorgfältig zu beobachten und die Verhaltensweisen und Umstände, die uns stören, genau zu bestimmen. Die gewaltfreie Kommunikation soll die alten Muster von Verteidigung, Rückzug und Angriff umwandeln und dabei uns selbst und andere sowie unsere innere Einstellung und die Dynamik unserer Beziehungen in einem neuen Licht zu sehen. Rosenberg spricht von der gewaltfreien Kommunikation als einen „Prozess der Kommunikation“ oder einer „Sprache der Einfühlsamkeit“. Sie soll eine ständige Mahnung sein, die Aufmerksamkeit in eine Richtung zu lenken, damit die Wahrscheinlichkeit steigt, das zu bekommen wonach wir suchen (Rosenberg 2003, S. 19ff).

5.5.3 Die vier wesentlichen Komponenten der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg

Beobachtungen: Was höre ich den anderen sagen, was sehe ich das der andere tut? Hier geht es darum zu beschreiben was geschieht, ohne zu beurteilen oder zu bewerten. Beobachtungen sind ein wichtiges Element in der gewaltfreien Kommunikation, wenn wir einem anderen Menschen ehrlich mitteilen wollen wie es uns geht. Verknüpft man die Beobachtung mit einer Bewertung wird die Wahrscheinlichkeit vermindert, dass andere das hören was man sagt. Sie neigen eher dazu Kritik zu hören, deshalb ist es wichtig Beobachtungen und eigene Bewertungen immer zu trennen.

Gefühle: Ich drücke aus was ich fühle wenn ich die Handlung beobachte. Ich kann mich verletzt, traurig, erschrocken aber auch amüsiert und froh fühlen. Ein ausreichender Wortschatz ermöglicht Gefühle klar und deutlich zu beschreiben und erleichtert zudem auch mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Auch bei Konfliktlösungen kann es sehr hilfreich sein durch das Ausdrücken von Gefühlen die eigene Verletzlichkeit zu zeigen. Die gewaltfreie Kommunikation unterscheidet zwischen dem Ausdruck von Gefühlen einerseits und Wörtern, die Gedanken und Einschätzungen wiedergeben, andererseits.

Bedürfnisse: Bei diesem Schritt drücke ich aus, welche Bedürfnisse hinter meinen Gefühlen stecken. Dabei sollten die drei Komponenten gegenwärtig sein, wenn man die gewaltfreie Kommunikation einsetzt, um ehrlich ausdrücken zu können wie es den Einzelnen dabei geht. Hier geht es um das Erkennen und Akzeptieren der Bedürfnisse hinter unseren Gefühlen.

Bitten: Hier wird ausgedrückt was wir vom anderen erwarten oder wünschen. Was kann mein Gegenüber konkret tun, um die gemeinsame Lebensqualität zu verbessern? Eine Seite der gewaltfreien Kommunikation besteht darin, dass alle vier Informationsteile klar ausgedrückt werden, sei es mit Worten, Gesten oder Mimik. Auf der anderen Seite nehmen wir die gleichen Informationsteile von unseren Mitmenschen auf. Ziel ist es, eine Beziehung aufzubauen und zu erhalten,

eigene Bedürfnisse zu befriedigen und Konflikte ohne Gewalt zu lösen (vgl. Rosenberg 2003 S. 21ff).

6. Definition der Pflege nach Peplau

Peplau definierte die Pflege als einen absichtsvollen, seriellen Prozess, in welchem die Pflegekraft ihr Selbst als eine edukative und Reife bewirkende Kraft gegenüber den PatientInnen einbringen. Ziel der Pflege ist es die Gesundheit zu fördern. Die Gesundheit wird als eine Vorwärtsbewegung der Persönlichkeit und anderer im Gang befindlicher Prozesse beschrieben. Ein kreatives, konstruktives und produktives persönliches und gesellschaftliches Leben sollte dadurch ermöglicht werden. Pflegepersonen und PatientInnen sollen lernen auf gesundheitliche Probleme zu reagieren. Die Pflegepersonen übernehmen dabei eine kooperative Rolle, sie arbeiten im Sinne der Gesundheit in einem multiprofessionellen Team. Die Persönlichkeit der Pflegepersonen ist für den Lernprozess der PatientInnen von großer Bedeutung. Die Förderung des persönlichen Wachstums und Reifens der Pflegepersonen ist somit Schwerpunkt der Ausbildung.

6.1 Das Vier-Phasen-Modell nach Peplau

1. Orientierungsphase:

In dieser Phase haben die PatientInnen einen Leidensdruck und somit den Wunsch sich professionell helfen zu lassen. Dies wird als erster Schritt zur Weiterentwicklung ihrer Persönlichkeit beschrieben. Die Pflegepersonen und die PatientInnen sind einander fremd. Die Aufgabe der PatientInnen besteht darin, dass sie ihre momentanen Defizite verstehen und die angebotene Hilfe erkennen. Die Tätigkeit der Pflegepersonen besteht darin, den Betroffenen zu helfen ihre Bedürfnisse und Probleme zu benennen und zu verstehen, um daraus die geeigneten Hilfemaßnahmen für sie abzuleiten. Die Pflegepersonen übernehmen die Rolle der ZuhörerIn, sie versuchen die Handlungsweise der PatientInnen zu klären und ihnen bei der Verbalisierung ihres subjektiven Erlebens zu helfen. Eine

weitere und wesentliche Handlung der Pflegepersonen ist, die unmittelbare pflegerische Versorgung der PatientInnen zu gewährleisten (vgl. Mischo-Kelling & Wittneben 1995, S. 38-41). Diese Phase ist grundlegend für die weitere Kooperation zwischen den Pflegepersonen und den PatientInnen. Die Orientierungsphase gilt als abgeschlossen, wenn die Betroffenen und die Pflegepersonen beginnen, die Probleme der PatientInnen übereinstimmend zu bewerten. Sie können gemeinsam über ihre zukünftige Arbeitsweise kommunizieren (vgl. Kühne-Ponesch 2004, S.127).

2. Identifikationsphase:

In dieser Phase können die PatientInnen mit wechselseitiger Abhängigkeit, mit Isolation aber auch mit Hilflosigkeit reagieren. Umgekehrt können aber auch genauso die Pflegepersonen mit einem dieser Verhaltensmuster reagieren. Diese Phase ist der Schlüssel dafür, dass die Betroffenen aktiv am Pflegeprozess mitarbeiten. Verhalten sich die PatientInnen jedoch passiv, haben die Pflegepersonen die Aufgabe die Beziehungsarbeit zu reflektieren. Wichtig ist es, dass die Betroffenen ihre für die Genesung erforderliche Rolle vollständig akzeptieren. Nur eine kontinuierliche Klärung der Erwartungshaltung der PatientInnen in Bezug auf die Pflegepersonen und auf ihre Rolle kann Fortschritte in der Identifikationsphase bewirken (vgl. Mischo-Kelling & Wittneben 1995, S. 42). Die PatientInnen identifizieren sich mit den Pflegepersonen. Dadurch kann die Beziehung zwischen beiden gefestigt und Vertrauen aufgebaut werden.

3. Nutzungsphase:

Ziel ist, dass sich die PatientInnen selbst akzeptieren und aktiv an den Pflegehandlungen und den Entscheidungen bezüglich ihrer Krankheit teilnehmen. Aus dieser Beziehung ziehen die PatientInnen den maximalen Nutzen zur Bewältigung ihres Gesundheitsproblems. Sie können von der angebotenen Hilfe Gebrauch machen (Vgl. Kühne-Ponesch 2004, S. 127-128). Unproduktive Verhaltensweisen werden durch die Aufmerksamkeit der Pflegepersonen rechtzeitig erkannt und können dadurch abgewendet werden, sie unterstützen die Betroffenen indem sie zuhören, reflektieren und interpretieren.

4. Ablösungsphase:

Die PatientInnen und die Pflegepersonen beenden ihre Beziehung. Die Betroffenen sind nun in der Lage ihre Bedürfnisse selbst zu befriedigen und ihre Probleme durch effektivere Problemlösungsstrategien zu bewältigen, sie beginnen neue Ziele anzustreben. Durch die Unterstützung der Pflegepersonen erlangen die PatientInnen ihre Funktionsfähigkeit zurück und können sich wieder sozial integrieren (vgl. Mischo-Kelling & Wittneben 1995, S.42- 43).

In der Orientierungsphase sind die Pflegepersonen eine unbekannte, unterstützende Person und Beraterin, der Fokus liegt auf der Problemdefinition im Rahmen des Pflegeassessments. Als Lehrerin und Führungsperson fungieren sie in der Identifikationsphase, in der klinische Beobachtungen und Messungen im Rahmen der Pflegeplanung durchgeführt werden.

In der Nutzungsphase unterstützt sie in der Führer-, Ersatz- und Lehrerrolle die PatientInnen, Lösungsstrategien im Rahmen des Pflegeprozesses anzuwenden. In der letzten Phase übernimmt sie die Rolle der Unterstützerin und Lehrerin. Damit beendet sie durch die Evaluierung, welche im Pflegeprozess beinhaltet ist, die interpersonelle Beziehung zum Betroffenen (vgl. Kühne-Ponesch 2004, S. 132).

6.1.1 Zwischenmenschliche Beziehungen in der Psychiatriepflege

Die Pflegepersonen, die PatientInnen und was zwischen ihnen vorgeht sind die entscheidenden Elemente in jeder Pflegesituation. Das Zusammenspiel von Gedanken, Gefühlen und Handlungen bestimmt die Beziehung zwischen beiden. Zwei wesentliche Probleme von PsychiatriepatientInnen sind Verständigungs- und Beziehungsschwierigkeiten. Die Aufgabe der Pflegepersonen ist es, den PatientInnen ein Gefühl des Verstanden- und Geachtetseins zu verschaffen (vgl. Peplau 1997, S. 21ff). Eine forschende, erkundende Haltung ist ganz wesentlich in der Pflegeperson-PatientInnen-Beziehung, dabei steht die Gesprächsführung im Vordergrund. Die Grundlagen eines pflegerisch-psychiatrischen Gesprächs sind Empathie, Akzeptanz, Kongruenz und respektvoller Umgang mit dem Gegenüber. Für die Pflegepersonen ist es besonders wichtig unterschiedliche Techniken und Hilfskonstruktionen zu kennen und zu nutzen (vgl. Schädle-Deininger 2006, S. 94-

95). Sie aufschlussreich das Gespräch ist, entscheidet nicht die Dauer, sondern die Sprech- und Denkweise der Pflegepersonen (vgl. Peplau 1997, S. 215).

6.1.2 Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Rogers

Das nondirektive, klientenzentrierte Gesprächstherapieverfahren von Rogers genießt im Bereich der psychiatrischen Pflege eine besondere Aufmerksamkeit. Um mit der ganzen Person in Verbindung zu stehen, bilden bei Rogers ausdrücklich personale Eigenschaften die Grundlage für ein angemessenes Gesprächsverhalten (vgl. Behrends 2004, S. 307-311).

Die Therapie basiert auf der Verbalisierung von Gefühlen. Das Mitgeteilte wird mit eigenen Worten wiederholt und soll somit dem Gesprächspartner helfen sich selbst und seine Bedürfnisse mehr wahrzunehmen, um dadurch seine Selbstheilungskräfte zu mobilisieren. Die psychiatrischen PatientInnen werden trotz ihrer Erkrankung als kompetent angesehen. Ziel ist es, ihre Fähigkeiten und Ressourcen zu entdecken, um ihr Verhalten zu ändern. Die Betroffenen selbst tragen die Verantwortung für persönliche Entscheidungen. Beim anthropologischen Ansatz von Rogers steht der Mensch als Person im Mittelpunkt, deshalb kann er auch problemlos ins pflegerische Handeln integriert werden. Bei dieser Gesprächsführung haben die PatientInnen die Möglichkeit zu erfahren, dass sie um ihrer selbst Willen akzeptiert werden und Zuwendung nicht immer an eine Bedingung geknüpft wird (vgl. Schädle-Deininger 2006, S. 147-148).

6.1.3 Das „Vier-Ohren-Modell“ von Schulz von Thun

Schulz von Thun geht von der Feststellung aus, dass menschliche Kommunikation mehrere Seiten hat. Dabei handelt es sich um die Sachebene, die Beziehungsebene, die Selbstoffenbarungsebene und die Appellebene. Bei allen vier Ebenen kommt es auf die Bereitschaft der Pflegepersonen an, sich in den Beziehungsprozess einzulassen, um den PatientInnen die Möglichkeit zu eröffnen sich in einen produktiven Prozess zu begeben (vgl. Behrends 2004, S. 307-311). Schulz von Thun ist der Meinung, dass ein Empfänger mit seinen zwei Ohren schlecht ausgestattet ist. Er sollte vier Ohren haben, um die vier Seiten einer Botschaft aufzunehmen. Je nachdem, welches der vier Ohren der Empfänger

gerade eingeschaltet hat, nimmt das geführte Gespräch einen unterschiedlichen Verlauf. Dadurch stellt der Empfänger die Weichen für eine zwischenmenschliche Beziehung. Das Sachohr ist auf Tatsachen programmiert. Beim Beziehungsohr hört der Empfänger vor allem ob kritisiert oder hilfreich miteinander geredet wird. Das Selbstoffenbarungsohr hört auf Bedürfnisse und Gefühle. Das Appellohr hört den Wunsch oder die Absicht, wozu der Sprecher einlädt, was das Gegenüber denken, fühlen oder tun soll.

6.1.3.1 Beobachtung und Wahrnehmung

Grundhaltungen gegenüber psychiatrischen PatientInnen sind vielen Einflüssen ausgesetzt. Eigene Erfahrungen, politische und soziale Strömungen und Literatur fließen in die Wahrnehmung, Beobachtung und das daraus resultierende Verhalten ein. Sie beeinflussen wie man auf Krankheitssymptome und die PatientInnen reagiert. Die Beobachtung nimmt zielgerichtet das Verhalten und Erleben von Menschen wahr. Beobachtungen sind subjektiv, das heißt, dass der Einzelne immer nur einen Teil der Wirklichkeit wahrnimmt. Die Wahrnehmung ist ein psychischer Vorgang, die Person nimmt aus ihrer Umgebung eigene Informationen wahr. Auch die Wahrnehmung ist subjektiv, sie wird durch Einstellungen, Ansichten, Gefühle und Erwartungen beeinflusst (vgl. Schädle-Deininger 2006, S.94-96).

Der Interaktionsprozess wird durch die Wahrnehmung von PatientInnen und Pflegepersonen beeinflusst. Die Pflegepersonen sollten sich im Klaren sein, dass sie Teil der zu beobachtenden Situationen sind. Dadurch können sie auch zu Fehlerquellen, wie zum Beispiel den „Haloeffekt“, beitragen. Der Haloeffekt besagt, dass hervorstechende Persönlichkeitsmerkmale, ein guter oder schlechter Eindruck, die Wahrnehmung beeinflussen kann. Auch die eigene Verfassung, Persönlichkeit, das Temperament spielen dabei eine Rolle. Durch Rekonstruktion bestimmter Situationen können eigene Wahrnehmungen bewusst gemacht werden (vgl. Schädle-Deininger 2006, S. 98-99).

6.1.3.2 Wie nehmen Pflegende in der Psychiatrie ihre Patienten wahr?

Behrends beschreibt im Rahmen einer Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie am Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe Universität Frankfurt/Main die oben genannte Untersuchung.

Ziel der Untersuchung war es, herauszufinden, ob Pflegende in der Psychiatrie ihre PatientInnen unter für sie typischen Gesichtspunkten wahrnehmen, das heißt durch eine bestimmte Brille betrachten. Ist also die typisch pflegerische Sichtweise angemessen oder blendet sie bestimmte Eigenschaften der ihnen anvertrauten Menschen aus.

Es wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Das Instrument der Datenerhebung war eine Gruppendiskussion mit jeweils vier Teilnehmern. Die durchschnittliche Berufserfahrung der Pflegepersonen betrug 3,5 Jahre. Die Aufzeichnung erfolgte mittels Tonband.

Die Auswertung der Daten hat mit Hilfe der Grounded Theory stattgefunden. Vorannahmen des Untersuchers waren, dass es unter Pflegepersonen in der Psychiatrie typische Wahrnehmungsmuster gibt, die sich überwiegend an den Defiziten der PatientInnen orientieren. Ein ressourcenorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege ist notwendig um Defizite der PatientInnen zu überbrücken und mit ihnen gemeinsam ihre Kompetenzen zu suchen und zu reaktivieren.

Das Ergebnis zeigt, dass Pflegepersonen an ihren PatientInnen überwiegend Defizite wahrnehmen. Als Gründe werden genannt, dass sie die Betroffenen in Phasen sehr schlechten Befindens begegnen. Auch die Umgebung spielt eine Rolle, da sich die PatientInnen nicht natürlich sondern befangen verhalten. Die Pflegepersonen versuchen die Defizite der PatientInnen zu beseitigen, die Kompetenzen der Betroffenen werden kaum wahrgenommen. Die Pflegepersonen realisieren, dass ihre innere Haltung von den negativen Eindrücken beeinflusst wird, eine Herausforderung für sie ist es, positive Erwartungen an ihre Arbeit zu knüpfen. Beim Ergebnis handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe, das nicht generalisierbar ist (vgl. Wolff 2002, S. 300-309).

6.2 Rollenerwartungen

Das Rollenverständnis der Pflegepersonen in der Psychiatrie wird durch eine mechanistische und dynamische Betrachtungsweise beeinflusst. Bei der mechanistischen Betrachtungsweise handelt es sich um die beschreibende Psychiatrie. Durch ihre Eigenschaften, ihren Körperbau aber auch die

Persönlichkeitsmerkmale werden Menschen auf bestimmte Typen festgelegt. Durch Typisierungen, wie zum Beispiel „überaktiv“ oder „apathisch“, werden die PatientInnen mit einem auffälligen Merkmal etikettiert, welches zugleich angibt wie mit ihnen umgegangen werden soll. Bei der mechanistischen Theorie fehlt somit der mitmenschliche Umgang mit den PatientInnen.

Die dynamische Betrachtungsweise schließt Gefühle, Gedanken, Handlungen und Krankheit des Menschen, zwischen Menschen und in Gemeinschaften ein. Biologische, psychologische und sozialwissenschaftliche Theorien werden einbezogen und dienen als Werkzeug für zwischenmenschliche Beziehungen in bestimmten Situationen. Die dynamische Theorie ist, da sie den Kontextzusammenhang stärker mit einbezieht, tragfähiger und stärker als die mechanistische Theorie.

Übliche Pflegehandlungen wie Waschen, Eingeben von Essen und Trinken, Verabreichen von Medikamenten, technischen Verrichtungen vermitteln in Allgemeinkrankenhäusern PatientInnen und Pflegepersonen oftmals das Gefühl der Zufriedenheit. Fallen diese Tätigkeiten in psychiatrischen Institutionen weg, kann es vorkommen, dass sich die Pflegepersonen verloren und nutzlos und die PatientInnen sich vernachlässigt oder entwertet fühlen. Deshalb wird in der Psychiatrie eine ganze Reihe neuer interpersonaler Techniken benötigt (vgl. Schaeffer et al 1997, S. 58-66).

Peplau hat ihr Modell auf den Prozess der Durchführung einer therapeutischen Beziehung zentriert. Jede Interaktion mit PatientInnen ist für die wechselseitige Synthese der zwischen beiden entwickelten Inhalte bedeutsam. Das Ziel der PatientInnen in ihrer Beziehung zu Pflegepersonen ist das interpersonale Lernen. Es handelt sich dabei um einen Prozess in dem die Pflegepersonen verschiedene Rollen einnehmen um die PatientInnen kennen zu lernen und zu unterstützen. Durch das Anbieten von kognitivem Wissen übernimmt sie die Rolle des Lehrers, in der Rolle der unterstützenden Person ermöglicht sie den PatientInnen Zugang zu Dienstleistungen. In der Beraterrolle reagiert sie auf die von den PatientInnen geäußerten Wünsche und Bedürfnisse. In der Führungsrolle motiviert sie die Betroffenen sich aktiv im Beziehungsprozess einzubringen. Als technische Expertin bietet sie den PatientInnen die notwendige Fachpflege an. In der Ersatzrolle dient

sie den Betroffenen als Katalysator beim Wiedererleben früherer Beziehungen (vgl. Mischo-Kelling & Wittneben 1995, S.45-46).

Kann die Pflege Theorie von Peplau dazu beitragen Compliance auf der geschlossenen Suchtstation herzustellen?

Stahlmann beschäftigt sich in ihrer Arbeit mit den Möglichkeiten des Schaffens von Compliance und Beziehungsarbeit im Rahmen einer geschlossenen Suchtstation. Ziel ihrer Arbeit ist es, Pflegepersonen auf Suchtstationen zu ermöglichen sich mit ihren Fähigkeiten kritisch auseinanderzusetzen und Wege der Beziehungsgestaltung mittels Pflege Theorien zu erkennen und diese auch umzusetzen. Die Sucht jedes einzelnen Menschen hat immer eine ganz individuelle Geschichte, sie enden aber in ganz typischen Verhaltensweisen wie zum Beispiel Euphorie, Affektlabilität und Enthemmung.

Die Ergebnisse zeigen, dass theoretische Modelle einen wegweisenden Bezugsrahmen bieten können um die Schwierigkeiten des einzelnen Menschen zu verstehen. Durch das Vier-Phasen-Modell von Peplau rücken die PatientInnen ganz in den Mittelpunkt der therapeutischen Beziehung und finden auch in ihren Gefühlen Unterstützung. Zeithaben ist ein Anspruch den Peplau immer wieder stellt, aber auch die Notwendigkeit von praktischer Arbeit und Besprechungen innerhalb des Pflegeteams werden hervorgehoben. Abhängigkeitserkrankungen werden auch heute noch in der Gesellschaft falsch bewertet. Es mangelt an Verständnis den abhängigen Menschen zu akzeptieren, auch Vorurteile des Umfelds tragen zu diesem Unverständnis bei.

Peplaus Pflege Theorie, die die Pflege als zwischenmenschlichen Prozess erkennt und den Schwerpunkt auf die kommunikative Beziehung zu den PatientInnen legt, ist somit auch in der Beziehungsarbeit auf Suchtstationen anwendbar. Sucht Krankheiten werden auch in Zukunft in der psychiatrischen Pflege eine sehr große Rolle spielen. Deshalb wären für Pflegepersonen, die auf Suchtstationen arbeiten, ständige Aus- und Fortbildungsmaßnahmen notwendig (vgl. Stahlmann 2004 S. 340-345).

7. Trauma und Sucht

Kastenberger (2008) beschreibt das Trauma als ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. (Hausmann 2003, S. 59).

„Als Trauma wird auch eine Verletzung mit nachhaltiger Schädigung einer bereits vorhandenen Struktur bezeichnet. Die Verletzung kann sowohl den körperlichen als auch den psychischen Bereich betreffen“ (Hausmann 2003, S. 59).

In einem bestimmten Umfang zählen der Konsum psychotroper Substanzen sowie traumatisierende Ereignisse im Alltag zu den ubiquitären Erfahrungen. Wie einschneidend sie sich für den Einzelnen auswirken, hängt von dessen Lebenskontext ab. Die Erfahrungsbereiche (Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch) sind in unterschiedlichem Ausmaß Gegenstand von psychologischer und psychiatrischer Theoriebildung. Der Zusammenhang von Traumatisierung, psychischer und emotionaler Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch einerseits und dem Konsum psychotroper Substanzen andererseits wird in der aktuellen Literatur häufig beschrieben. Eine Untersuchung des Zusammenhangs psychischer Störungen und deren Bewältigung ist sehr wichtig, um die Einordnung traumatisierter Erlebnisse und deren Bewältigung mit psychotropen Substanzen in das Gesamtsystem psychischer Erkrankungen zu ermöglichen (vgl. Schäfer 2006, S. 236-237).

7.1 Traumatisierungen als Risikofaktor für spätere Suchterkrankungen

Zwischen Traumatisierung und substanzabhängigen Störungen bestehen vielfache Zusammenhänge. Durch eine Untersuchung der Allgemeinbevölkerung wurde belegt, dass Traumatisierungen in der Kindheit, aber auch in späteren Lebensabschnitten einen wichtigen Risikofaktor für die Entwicklung substanzabhängiger Störungen darstellen. Ebenso hat die Traumatisierung mit ihren Folgen eine deutliche Auswirkung auf den Verlauf der Abhängigkeit und den Therapieerfolg.

Traumatische Erfahrungen, die in frühen Lebensabschnitten stattgefunden haben, sind von besonderer Bedeutung für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. Sie werden mit dem Begriff der „frühen interpersonalen Traumatisierung“ umschrieben. Dabei handelt es sich meist um wiederholte Ereignisse, die sich über die gesamte Kindheit bzw. Jugend erstrecken wie etwa sexuellen Missbrauch, körperliche Gewalt, emotionale Gewalt aber auch mangelhafte Versorgung durch die nächsten Bezugspersonen. PatientInnen in Entzugskliniken weisen meist hohe Raten traumatischer Erfahrungen auf. Es gibt unterschiedliche Aspekte, weshalb Personen mit Suchterkrankungen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Traumatisierung aufweisen. Aus Erfahrungen weiß man, dass bestimmte Konsumsituationen den Kontakt zu potentiellen Tätern wahrscheinlicher machen und die Betroffenen somit Risikofaktoren im intoxikierten Zustand nicht adäquat einschätzen können. Vor allem die Beschaffungsprostitution und die Gewaltbereitschaft in der „Szene“ bedingen ein erhebliches Risiko traumatischer Erfahrungen. Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen ist, dass Traumatisierungen in der Kindheit und im Jugendalter nicht etwa resistenter gegen die Auswirkungen späterer Opfererfahrungen machen. Im Gegenteil, sie führen zu einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Erkrankungen. Die Begründung liegt darin, dass die Betroffenen aufgrund der Vorbelastung sehr viel weniger Ressourcen zu Verfügung haben, um traumatische Erfahrungen zu bewältigen. Kindliche sexuelle Traumatisierungen können somit bei

betroffenen Personen zu problematischem Substanzmittelkonsum im Jugendalter beitragen. Die Wahrscheinlichkeit erneut Opfer sexueller Gewalt zu werden ist dadurch erhöht. Solche Entwicklungen münden oft in einem Teufelskreis aus Traumatisierung und Sucht, die ohne spezifische Hilfs- und Unterstützungsangebote nicht zu durchbrechen sind. Substanzmittelabhängige Personen weisen somit auch erhöhte Prävalenzraten zusätzlicher psychischer Störungen auf. Besonders deutlich sind die Zusammenhänge bei Störungen, für deren Ursache Traumatisierungen eine wesentliche Rolle spielen, wie zum Beispiel die Posttraumatische Belastungsstörung, Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ oder die Depression. Traumatisierungen und ihre Folgen führen auch zu Problemen während der Entzugstherapie. Schlechtere Therapiecompliance mit fortgeschrittenem Substanzkonsum, geringere Remissions- und höhere Abbruchraten aber auch häufigere und schnellere Rückfälle sind die Folge. Besonders das verstärkte Auftreten von unauslöschbaren, seelischen Erfahrungen und weiteren posttraumatischen Symptomen im Entzug scheinen oft dafür verantwortlich zu sein, dass keine dauerhafte Abstinenz erreicht werden kann. Auch die Behandlung traumatisierter Personen wird von Therapeuten als sehr schwierig empfunden. In diesen Fällen ist es eine besondere Herausforderung ein therapeutisches Verhältnis zu etablieren. Gelingt dies nicht kommt es häufig zu Therapieabbrüchen. Die Betroffenen benötigen eine lange Stabilisierungsphase, es kommt häufiger zu Rückfällen und somit zu einer Verlängerung der Therapiedauer. Traumatische Erfahrungen in der Kindheit und Jugend erhöhen die Wahrscheinlichkeit, in späteren Lebensabschnitten substanzbezogene Störungen zu entwickeln (vgl. Schäfer 2006, S. 11ff).

7.2 Gewalt und Traumatisierung durch substanzabhängige Personen

Die Gewaltverhaltensweisen bei substanzmittelabhängigen Personen gegenüber Nichtabhängigen, aber auch gegenüber anderen Abhängigen, sind noch nicht ausreichend erforscht. Man geht davon aus, dass das Gewaltpotential unter Substanzmitteleinfluss zu einem erheblichen Teil durch verschiedene Faktoren wie

etwa illegalem Handel und Beschaffung bestimmt sind. Der Konsum der Substanz Cannabis ist nicht in der Lage, ein höheres Ausmaß an Aggression beim Konsumenten zu erzeugen. Wird Cannabis jedoch im Zusammenhang mit anderen Substanzmitteln eingenommen und es tritt in der Folge ein Gewaltverhalten auf, ist dies in der Regel auf die andere Substanz und die Wechselwirkungen zurückzuführen.

Die Einnahme von Opiaten führt nachweislich zu einer erhöhten Aggressionsneigung. Personen unter Benzodiazepineinfluss zeigen ebenfalls eine deutlich stärkere Aggressionsneigung. Um die Effektivität von Entzugstherapien zu erhöhen, ist die Integration des Themas der Gewalt im Therapiekonzept unerlässlich. Es ist notwendig Aggressionsprobleme unter Substanzmitteleinfluss kombiniert zu behandeln. Trotzdem ist nicht davon auszugehen, dass eine rein substanzbezogene Therapie das Risiko für weitere Gewalthandlungen nachhaltig reduziert. Sucht- und Gewaltprobleme im Zusammenhang mit einer weiteren psychischen Störung, sollten deshalb an einem Ort und in einem Setting behandelt werden (vgl. Schäfer 2006, S. 56ff).

7.3 Ressourcenorientierung in der Behandlung traumatisierter substanzmittelabhängiger Personen

7.3.1 Stabilisierungsphase

Es gilt die Wirklichkeit ohne den Einsatz von Suchtmitteln besser aushaltbar und bewältigbar zu machen bevor die komplexen Traumatisierungserfahrungen substanzmittelabhängiger PatientInnen gezielt bearbeitet werden können. Schon während der Entzugsbehandlung ist es sinnvoll, stabilisierende Vorstellungstechniken zur Persönlichkeitsstärkung und Entspannung einzusetzen. Dabei ist es wichtig den Betroffenen dafür zu gewinnen selbst zu üben und sich den therapeutischen Anleitungen nicht einfach nur zu überlassen. Zu Beginn der Therapie ist es notwendig nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen die weniger selbstschädigend sind. Auch die Wahrnehmung für Momente von Glück, Freude und Zufriedenheit sollten gefördert werden. Nach Fähigkeiten und Stärken des Betroffenen sollte gemeinsam geforscht und diese auch positiv verstärkt werden.

Die Fähigkeit, gehobene Emotionen zu erleben ist, laut Hirnforscher links präfrontal verortet, die Fähigkeit schmerzliche Gefühle zu empfinden rechts präfrontal. Alles was man erreichen will, muss man sozusagen im Gehirn trainieren damit es verfügbar ist. Wichtig ist es aber, von Anfang an Probleme von Einschränkungen zu trennen, da es nicht für alles eine Lösungsmöglichkeit gibt. Dinge die nicht geändert werden können sollten von den Betroffenen akzeptiert werden. Dies bewirkt auch, dass sich die PatientInnen besser fühlen.

Die Selbstbeziehung von traumatisierten Personen ist häufig von Kontrollverlust und Kontrollverlustängsten geprägt, deshalb ist es umso wichtiger, dass die neue Beziehungs- und Lernerfahrung auf der Basis von Selbstbestimmung und Selbstkontrolle gestaltet wird.

Durch Regeln bieten Entzugstherapien eine wesentliche Hilfe für die therapeutische Auseinandersetzung mit den Betroffenen. Damit sich die PatientInnen aber motiviert fühlen, aktiv und zielorientiert am Therapieprozess mitzuwirken, ist es erforderlich die Regeln auf ein Minimum zu begrenzen und den Betroffenen Möglichkeiten zum Rückzug zu gewähren. Der Wunsch der PatientInnen ist es zu verstehen was nicht in Ordnung ist, sie wollen Abläufe und Ergebnisse von Untersuchungen und Behandlungen verstehen und eine realistische Vorstellung der Prognose erhalten. Sie wünschen sich Unterstützung und Hilfe bei der Bewältigung ihrer Beschwerden, sowie Anleitung und Unterstützung selber etwas zu tun.

Die Zwei-Erwachsenen-Ebene sollte deshalb angestrebt werden. Sie beschreibt die Zusammenarbeit mit den PatientInnen als kompetente Erwachsene und dem Therapeuten. Die Psychoedukation ist eines der wichtigsten und stabilisierenden Elemente in der Sucht- und Traumatherapie. Wissen hilft gegen Ohnmacht, diese kann von traumatisierten Personen am allerwenigsten ertragen werden. Durch Wissensvermittlung fühlen sie sich entlastet. Durch eine „innere Bühne“ kann man substanzmittelabhängigen Menschen mit einer Traumafolgestörung helfen nicht wieder in süchtiges Verhalten auszuweichen. Die „innere Bühne“ ist als ein imaginärer Ort zu verstehen. In diesem finden verschiedene Selbstanteile der Betroffenen ihren Platz.

7.3.2 Traumarekonstruktion

Als eine ressourcenorientierte Traumabearbeitung wird die Imagination gesehen, die den PatientInnen helfen soll sich nicht gänzlich verloren und ausgeliefert zu fühlen. Auch die gezielte Distanzierung dient der Traumarekonstruktion, sie soll die Selbstheilungsstrategie der PatientInnen aufgreifen. Aber auch der „innere“ Trost ist eine ressourcenfördernde Maßnahme. Die Fähigkeit zum inneren Trost muss oft lange vorbereitet werden und geschieht während der Stabilisierungsphase.

7.3.3 Integrationsphase

In dieser Phase geht es vor allem um das Betrauern von Nichterlebtem, von Verpasstem und um eine neue Gegenwarts- und Zukunftsorientierung. Vor allem die Zukunftsorientierung hilft Menschen nach schweren Belastungen zu genesen. Die Therapie sollte deshalb darauf ausgerichtet sein Zukunftsmodelle zu entwerfen, die mehr sind als Verbote, Verzicht von Suchtmitteln und Vermeidung suchtfördernder Rahmenbedingungen. Vor allem das Wahrnehmen was bereits gelingt hilft bei der Zukunftsorientierung. Auch die Beschäftigung mit Fertigkeiten und Stärken sollte besonders gefördert werden. Im Besonderen ist das Erleben neuer Strategien im Umgang mit Konflikten jenseits der Sucht von Bedeutung (vgl. Schäfer 2006, S. 197ff)

7.4 Hypothesen und relevante Modelle im Zusammenhang von Trauma und Sucht

Da es kaum eine Modellbildung gibt, ist es notwendig auf Modelle und Konstrukte aus anderen Zusammenhängen zurückzugreifen und zu prüfen, welche Hypothesen im Rahmen der großen Psychotherapieschulen verfolgt werden. Traumatisierung ist eines der Zentralthemen der Psychoanalyse, jedoch in einer sehr selektiven Betrachtung, oft ohne Einbeziehung des biografischen Zusammenhanges und unter Ausklammerung schwerer chronischer Störungen. Auch das Interesse für die Sucht ist bei der Psychoanalyse sehr gering. Erst seit ihrer Begründung durch Freud spielen traumatisierende Erlebnisse eine zentrale Rolle in der Neurosetheorie. Jedoch liegt ihr Beitrag vor allem in der Aufbereitung und Bearbeitung der

Entwicklungs- und Beziehungsaspekte. Zwei Namen kennzeichnen grundlegend verschiedene Richtungen der psychodynamischen Traumatalogie.

Es gibt folgende Grundannahmen

- Freud (Ich-Psychologie)
- Ferenczi (Objektbeziehungstheorie) (vgl. Schäfer 2006)

Freud hat den Schwerpunkt der Betrachtung und die Pathogenese im Laufe seiner Entwicklung in die intrapsychischen Vorgänge des Einzelnen gelegt. Bei Ferenczi sind Beziehungen grundsätzlich das Ergebnis des Handelns und Fühlens aller Beteiligten. Traumatische Beziehungsabfolge nach Ferenczi:

- Das harmlose Spiel eines Kindes mit einem vertrauten Erwachsenen.
- Ein unbegreifliches, oder sich ständig wiederholendes gewalttätiges Ereignis, von dem vertrauten Erwachsenen verursacht.
- Das Leugnen des Erwachsenen durch Nichtanerkennen des Geschehenen und somit auch keine Auseinandersetzung darüber.

Für Ferenczi liegt das eigentliche Trauma in der Beziehungsverweigerung des Täters. Durch Verleugnung, dass nichts geschehen ist, wird das Trauma erst pathogen.

Die Bindungstheorie nach Bowlby (vgl. Schäfer 2006) beschäftigt sich mit der Frage, warum und wie Traumatisierung, Vernachlässigung und Sucht in der Familie interagieren.

Die Selbstmedikationshypothese nach Khantzian (1985), ist bis heute Gegenstand der Modelldiskussionen, sie gilt als eine Art Grundverständnis süchtigen Verhaltens. Die Ausgangshypothese ist, dass Menschen mit psychischen Störungen versuchen, die eigene Befindlichkeit mit psychotropen Substanzen zu beeinflussen, dies entspricht einem Bewältigungsversuch. Schäffer (2006) beschreibt die Sucht als einen primär sozialen, interaktionellen Prozess, dessen somatisch-biologische Folgewirkungen im Verlauf zunehmend an Bedeutung gewinnen. Kein Ereignis, das zum Trauma wird, steht für sich alleine. Es wirkt pathogen aus dem Kontext, der Lebensgeschichte, den fehlenden oder vorhandenen Ressourcen, der Reaktion des Lebenssystems oder anderer Aspekt (Schäfer, Ingo:2006; S.238ff).

7.5 Traumatisierung bei SuchtpatientInnen: Versorgungsmodelle und Anforderungen an das Hilfesystem

Ein Grossteil von PatientInnen mit substanzbezogenen Störungen war in der Kindheit und Jugend traumatischen Erfahrungen, wie sexuellen, physischen oder emotionalen Misshandlungen, ausgesetzt. Die Folgen dieser Erlebnisse tragen häufig zu komplexen Problemkonstellationen bei, die zu einem schweren Verlauf der Abhängigkeit, geringeren Therapieerfolgen und einer schlechteren Prognose führen. Besonders im Falle kindlicher Traumatisierung kann es zu Störungen wie Selbstwertverlust, Identitätsverlust, Störungen des Bindungsverhaltens, dysfunktionalen Copingsstrategien, Ängstlichkeit und Depressivität kommen. Unsicherheiten im Umgang mit Betroffenen können ursächlich dafür verantwortlich gemacht werden, dass die Folgen dieser Erfahrungen nicht angemessen im Rahmen der Therapie berücksichtigt oder erst gar nicht diagnostiziert werden. Es handelt sich bei den Personen, die einen potentiellen Bedarf an spezifischen Versorgungsangeboten aufweisen, keinesfalls um kleine Untergruppen, sondern um einen bedeutenden Teil der PatientInnen mit Suchterkrankungen.

Um Konzepte und Strategien für bedarfsgerechte und effiziente Hilfsangebote für PatientInnen mit Suchterkrankungen und zusätzlichen Traumatisierungserlebnissen zu schaffen, ist es notwendig, Suchthilfesysteme, die sich über Jahrzehnte etabliert haben in Frage zu stellen. Die Suchttherapie geht davon aus, dass eine hohe Eigenmotivation die Voraussetzung für eine sinnvolle Entzugsbehandlung darstellt. Implizit wird davon ausgegangen, dass eine Therapie psychiatrischer Begleiterkrankungen oder eine Stabilisierung sozialer Beziehungen nur bei erfolgreicher Abstinenzbehandlung möglich ist.

Jedoch muss gerade bei traumatisierten PatientInnen aufgrund der oft komplexen Zusammenhänge zwischen traumabezogenen Symptomen und Substanzgebrauch gerechnet werden, dass in vielen Fällen keine vollständige Abstinenz erreicht werden kann und es während der Behandlung in verstärktem Maße zu Abbrüchen und Rückfällen kommt. Deshalb sind flexible, niedrighschwellige Behandlungsangebote und angemessene Therapieziele notwendig, die sich vor allem am Einzelfall orientieren. Wichtig sind auch die Kontinuität der

therapeutischen Beziehung und ein flexibler, differenzierter Umgang mit Krisensituationen und Rückfällen. Bei PatientInnen, die in der Folge traumatischer Lebenserfahrungen qualifizierte Hilfe benötigen, reicht die traditionelle Behandlungskette („Entgiftung – stationäre Entzugsbehandlung – Nachsorge“) oft nicht aus. Wichtig ist eine institutionsübergreifende Zusammenarbeit, das heißt eine Kooperation und Koordination der Hilfsangebote über die verschiedenen Teile des Hilfesystems hinweg in lokalen Netzwerken.

Die Interventionsebenen, die im Bereich der Psychotraumatologie eine Vielzahl von Therapiemethoden anbieten, müssen direkt auf die Zusammenarbeit mit dem substanzmittelabhängigen Patienten übertragen werden. In welcher Reihenfolge substanzbezogene Störungen und weitere traumabezogene Symptome behandelt werden, hängt von den angebotenen Behandlungsmodellen ab. Einerseits kann die traumabezogene Symptomatik in den Mittelpunkt gestellt werden, unter der Annahme, dass durch eine erfolgreiche Traumatherapie auch die Substanzproblematik aufgelöst werden kann. Andererseits kann aber auch die Entzugsbehandlung angestrebt werden, da fortgesetzter Konsum die Wirksamkeit traumabezogener psychotherapeutischer Interventionen herabsetzen oder unmöglich machen kann. Eine Möglichkeit besteht in parallelen Behandlungsmodellen, da beide Symptombereiche zeitgleich aber voneinander getrennt behandelt werden. Diese integrativen Behandlungsmodelle werden heutzutage favorisiert, da sie nachweislich bei traumatisierten substanzmittelabhängigen Personen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu Therapieerfolgen führen (vgl. Schäfer 2006 S. 256ff).

II. EMPIRISCHER TEIL

8. Die empirische Auseinandersetzung mit der Forschungsfrage

Im Anschluss an den theoretischen Teil werden im Rahmen einer qualitativen Studie die pflegerischen Herausforderungen bei der Betreuung von substanzmittelabhängigen PatientInnen während einer stationären Entzugstherapie empirisch untersucht. Zu Beginn wird auf die theoretischen Ausführungen zu der qualitativen Forschung eingegangen, anschließend die Vorgehensweise der im Forschungsprozess angewandten problemzentrierten Interviews und die Auswertung der Daten erläutert.

Mit Hilfe der Interviews wird versucht die pflegerischen Herausforderungen bei der Betreuung von substanzmittelabhängigen PatientInnen während einer stationären Entzugstherapie aufzuzeigen und Empfehlungen abzugeben.

Der empirische Teil der Arbeit konzentriert sich auf die Beantwortung der vorliegenden Forschungsfragen:

- Was sind die pflegerischen Herausforderungen bei der Betreuung von substanzmittelabhängigen PatientInnen während der stationären Entzugstherapie?
- Was macht die Qualität der Pflege aus in der Zusammenarbeit mit substanzmittelabhängigen PatientInnen?
- Auf welche speziellen Bedürfnisse der PatientInnen muss Rücksicht genommen werden?
- Welche besonderen Ansprüche stellen die PatientInnen an das Pflegepersonal während der stationären Entzugstherapie?

Die folgenden Kapitel widmen sich der näheren Darstellung der Erhebung und der Auswertung der Daten dieser qualitativen Untersuchung,

8.1 Datenerhebung

Die qualitative Forschung betrachtet den Mensch ganzheitlich. Menschen werden als komplexe Wesen gesehen, die sich nur durch ihren persönlichen Ausdruck voneinander unterscheiden. Die Wahrheit wird als etwas Subjektives gesehen, jeder einzelne nimmt Dinge anders wahr und interpretiert diese auch anders. Die Vorgehensweise der qualitativen Forschung ist induktiv, die Erhebungsinstrumente halb oder nicht standardisiert. Durch die Entwicklung von Konzepten soll das Ziel erreicht werden, subjektives Empfinden und individuelles Erleben zu beschreiben (vgl. Mayer: 2002, S. 71-73).

8.1.1 Grundprinzipien qualitativer Forschung

Qualitative Forschung ist:

- subjektiv
- idiographisch (das Einzigartige beschreibend)
- ganzheitlich (nicht einzelne Merkmale, sondern der persönliche Ausdruck sind wesentlich)
- bezogen auf das Relevanzsystem der Betroffenen. Das bedeutet, dass der Verlauf und Inhalt der Forschung weitgehend von der Sicht der Betroffenen bestimmt werden.
- theoriebildend
- induktiv
- interpretativ (die Bedeutung der sozialen Wirklichkeit erschließt sich nur über die Interpretation derselben)
- offen und flexibel im Vorgehen
- orientiert sich am Alltagsgeschehen (vgl. Mayer 2002, S. 71-73)

8.1.2 Gütekriterien qualitativer Forschung

Verfahrensdokumentation

Da das Vorgehen bei der qualitativen Forschung sehr spezifisch ist, werden die Methoden für die Untersuchung meist für diesen Gegenstand speziell entwickelt oder abgeändert. Damit der Forschungsprozess nicht als willkürliche und

unüberprüfbare Vorgehensweise erscheint, muss dieser für andere nachvollziehbar sein.

Argumentative Interpretationsabsicherung

Da sich Interpretationen nicht beweisen lassen, müssen sie mit Argumenten begründet werden, diese müssen in sich schlüssig sein.

Regelgeleitetheit

Damit die qualitative Forschung nicht als willkürlich und unsystematisch bezeichnet wird, muss sie sich an Regeln halten und das vorhandene Material systematisch bearbeiten.

Nähe zum Gegenstand

Qualitative Forschung setzt an konkreten sozialen Problemen an. Wenn man wissen will, wie jemand ein bestimmtes Ereignis erlebt, muss man sich in die Lebenswelt der Betroffenen begeben.

Kommunikative Validierung

Die Ergebnisse können überprüft werden, indem man sie den Betroffenen vorlegt und mit ihnen darüber diskutiert. Bei der Arbeit wurde diesem Gütekriterium nicht nachgekommen.

Triangulation

Um die Stärken und Schwächen der eigenen Vorgehensweise zu erkennen, ist es hilfreich verschiedene Datenquellen, Theorieansätze und Methoden heranzuziehen, um unterschiedliche Lösungswege für die Fragestellungen zu finden (Mayring 2002, S 144ff).

8.2 Das problemzentrierte Interview

Zur Erhebung der Daten wurde für diese empirische Arbeit das problemzentrierte Interview gewählt. Diese Form des Interviews stammt vom deutschen Psychologen Witzel und zielt darauf ab, subjektive Sichtweisen von befragten Personen zu gesellschaftlich relevanten Problembereichen zu erfassen. Eine vom Forscher wahrgenommene Problemstellung wird zum Ausgangspunkt des Forschungsprozesses. Den Befragten soll durch dieses Interview die Möglichkeit geboten werden, ihre eigene Problemsicht zum Ausdruck zu bringen, diese kann auch im Gegensatz zur Forschungsperspektive stehen. Die Befragten sollen möglichst frei zu Wort kommen, auch wenn es sich auf eine bestimmte Problemstellung zentriert, die vom Interviewer eingeführt und mit Hilfe eines Leitfadens auf bestimmte Fragestellungen hingelenkt wird (Mayer 2003, S. 15-16).

8.2.1 Interviewpartnerinnen

Für die vorliegende Untersuchung wurden durch persönlichen Kontakt Pflegepersonen angesprochen, die in ihrem Tätigkeitsfeld substanzmittelabhängige PatientInnen während einer Entzugstherapie begleiten. Für diese Arbeit habe ich folgende Auswahlkriterien festgelegt:

- Die Pflegepersonen müssen eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung haben.
- Die Pflegepersonen müssen ihre Tätigkeit auf einer Station ausführen, auf welcher unter anderem substanzmittelabhängige Patienten eine Entzugsbehandlung vollziehen.

Alle von mir befragten männlichen Pflegepersonen haben das Interview mit der Begründung, dass sie sich nicht trauen auf ein Tonband zu sprechen, abgelehnt. Daher wurden die Interviews mit sechs weiblichen Pflegepersonen geführt.

Die Interviewpartnerinnen wurden persönlich über Sinn und Zweck der Untersuchung informiert, es wurde ihnen Anonymität zugesichert und es wurde ein Ort für ein Treffen vereinbart, an dem man störungsfrei sprechen konnte.

Alle Interviews wurden, mit Zustimmung der Interviewpartnerinnen, auf Tonband aufgenommen. Die Interviews wurden im Zeitraum Mai bis September 2009 geführt.

Sie dauerten zwischen 45 und 60 Minuten. Zwei Interviews wurden in der Wohnung der Interviewpartnerinnen, die anderen vier wurden an einem, durch die Interviewpartnerinnen ausgewählten Ort, durchgeführt.

8.2.2 Transkription

Die Verschriftlichung der stattgefundenen Kommunikation nennt man Transkription. Um eine ausführliche interpretative Auswertung zu ermöglichen, ist für die qualitative Datenanalyse eine wörtliche Transkription unbedingt erforderlich. Durch die Transkription der Interviews wird man mit den Inhalten sehr vertraut und es empfiehlt sich, diese daher selbst und sobald wie möglich nach der Datenerhebung durchzuführen (vgl. Mayer 2003, S. 34-35).

Es werden drei Grundformen von Transkriptionen unterschieden:

- Die phonetische Umschrift (diese wird vor allem bei Sprachanalysen bevorzugt).
- Die literarische Umschrift (der gesprochene Dialekt wird in unserem gebräuchlichen Alphabet wiedergegeben).
- Die Übertragung ins normale Schriftdeutsch (der Dialekt wird bereinigt).

Da es sich in der hier vorliegenden Arbeit um eine rein inhaltliche Analyse handelt und die sprachlichen Aspekte keine Rolle spielen, wurde die Form der Übertragung ins normale Schriftdeutsch gewählt. Dies erleichtert das anschließende Lesen und Bearbeiten der Interviews. Durch Sonderzeichen wurden kurzes Absetzen einer Äußerung, mittlere bis lange Pausen, Frageintonationen und auffällig starke Betonungen gekennzeichnet (Mayer 2003, S. 34-36).

8.2.3 Datenauswertung

Im Gegensatz zur quantitativen Auswertung existieren bei der qualitativen Analyse keine fixen Standards. Um die Forschungsfrage am besten beantworten zu können, muss ein Auswertungsverfahren angewendet werden, dass nicht von der Theorie sondern vom Datenmaterial bestimmt wird. Das angewendete Verfahren muss jedoch systematisch und konsequent sein, um den Gütekriterien, welche die Regelgeleitetheit und die Nachvollziehbarkeit beinhalten, gerecht zu werden. Im

Groben lassen sich bei der qualitativen Datenauswertung zwei verschiedene Richtungen unterscheiden:

Die interpretativ-explikativen Verfahren

Bei diesen deutenden Verfahren wird in der Tiefe nach vorhandenen Strukturen und Bedeutungen gesucht, die auf den ersten Blick nicht sichtbar sind. Beispiele dafür sind die objektive Hermeneutik oder textanalytische Verfahren.

Die interpretativ-reduktiven Verfahren

Bei diesen deskriptiven Verfahren wird das Gesagte und anschließend Niedergeschriebene reduziert und umgeschrieben, in Kategorien zusammengefasst, die miteinander verknüpft sind und interpretiert. Bei allen Arten reduktiver Datenanalyse sind die Kodierung, Kategorisierung und Synthese zentrale Elemente. Beispiele für interpretativ-reduktive Verfahren sind die Phänomenologische Analyse nach Giorgi oder Colaizzi, die Grounded Theorie und die bei dieser Arbeit verwendete Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayer: 2002, S. 153-173).

8.3 Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

„Inhaltsanalyse ist eine Forschungstechnik für die objektiven, systematischen und quantitativen Beschreibung des manifesten Inhalts von Kommunikationen,“ (Berelson, 1959).

Gegenstand der Inhaltsanalyse ist somit die Kommunikation. Da die Analyse nach expliziten Regeln abläuft, zeigt sich eine systematische Vorgehensweise. Diese Regelgeleitetheit ermöglicht auch anderen die Vorgehensweise zu verstehen, nachzuvollziehen und zu überprüfen. Durch Aussagen über das zu analysierende Material werden Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation gezogen (vgl. Mayring 2008, S. 12).

8.3.1 Techniken qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayer

Einbettung des Materials in den Kommunikationszusammenhang

Im Vergleich zu anderen liegt der Vorteil inhaltsanalytischen Vorgehens darin, dass das Material immer in seinem Kommunikationszusammenhang verstanden wird. Das Material wird auf seine Entstehung und Wirkung hin untersucht. Der Text immer innerhalb seines Kontextes interpretiert.

Systematisches regelgeleitetes Vorgehen

Das Hauptanliegen der Inhaltsanalyse ist das systematische Vorgehen. Eine Festlegung des konkreten Ablaufmodells ist notwendig. Regeln, die jeden Analyseschritt, jede Entscheidung im Auswertungsprozess begründen und nachvollziehbar machen können, müssen festgelegt werden. Wie wird an das Material herangegangen, welche Teile werden nacheinander analysiert, welche Bedingungen müssen erfüllt werden um die Systematik der Inhaltsanalyse einzuhalten? Sie sollte so beschrieben sein, dass ein zweiter Auswerter die Analyse ähnlich durchführen kann.

Kategorien im Zentrum der Analyse

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse soll versucht werden die Ziele der Analyse in Kategorien zu konkretisieren. Das Categoriesystem ist das zentrale Element der Analyse. Sie ermöglicht die Intersubjektivität des Vorgehens und die Nachvollziehbarkeit.

Gegenstandsbezug statt Technik

Die qualitative Inhaltsanalyse soll nicht bloße Technik sein, sondern eine Anbindung am konkreten Gegenstand der Analyse ermöglichen. Der Gegenstand soll im Vordergrund stehen, das heißt, dass die angewandte Verfahrensweise nicht als Technik verstanden werden soll die blind von einem auf den anderen Gegenstand übertragen werden kann.

Überprüfung der spezifischen Instrumente durch Pilot-Studien

Da bei der qualitativen Inhaltsanalyse bewusst auf voll-standardisierte Instrumente wegen des Gegenstandsbezuges verzichtet wird, müssen die Verfahren in einer Pilotstudie getestet werden.

Theoriegeleitetheit der Analyse

Theoretische Argumente müssen bei qualitativ orientierter Forschung herangezogen werden. Theoriegeleitetheit heißt, dass der Stand der Forschung zum Gegenstand und vergleichbaren Gegenstandsbereichen systematisch bei allen Verfahrensentscheidungen herangezogen werden kann.

Einbezug quantitativer Analyseschritte

Werden beim Analyseprozess quantitative Schritte eingebaut, müssen diese sorgfältig begründet und ausführlich interpretiert werden (vgl. Mayer 2002, S. 264ff).

Gütekriterien

Die Einschätzung der Ergebnisse nach den Gütekriterien der quantitativen Forschung wie Objektivität, Reliabilität und Validität sind auch in der qualitativen Inhaltsanalyse besonders wichtig (Mayring 2008, S. 42ff).

Objektivität beschreibt das Ausmaß der Unabhängigkeit der Testergebnisse von der Forscherin. Reliabilität bedeutet, dass wiederholte Messungen eines Objektes mit einem Messinstrument dieselben Werte liefern. Während Validität das Ausmaß beschreibt, in dem ein Messinstrument das misst, was es messen soll (Mayer 2002, S. 264ff).

8.3.2 Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring

1. Schritt: Analyseeinheiten werden bestimmt: am Transkript werden inhaltstragende Teile unterstrichen.
2. Schritt: Paraphrasierung: inhaltstragende Textstellen werden in eine grammatikalische Kurzform gebracht.

3. Schritt: Generalisierung: Die Paraphrase wird auf eine bestimmte Abstraktionsebene verallgemeinert.
4. Schritt: Reduktion durch Selektion: bedeutungsgleiche Paraphrasen werden gestrichen.
5. Schritt: Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration: Kategorien werden zusammengefasst und durch eine neue Überkategorie wiedergegeben.
6. Schritt: Zusammenstellung der Aussagen in einem neuen Categoriesystem. Mit den generalisierten Aussagen werden kurze, allgemeine Kategorien gebildet.
7. Schritt: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Categoriesystems: Neue Aussagen werden am Ausgangsmaterial rücküberprüft (vgl. Mayring, 2008, S. 60).

8.4 Darstellung der Ergebnisse

In der Folge werden die Ergebnisse in Hinblick auf die gestellten Forschungsfragen empirisch beantwortet.

Die Herausforderungen der Pflegepersonen bei der Betreuung substanzmittelabhängiger PatientInnen werden in zwei Themenschwerpunkte unterteilt:

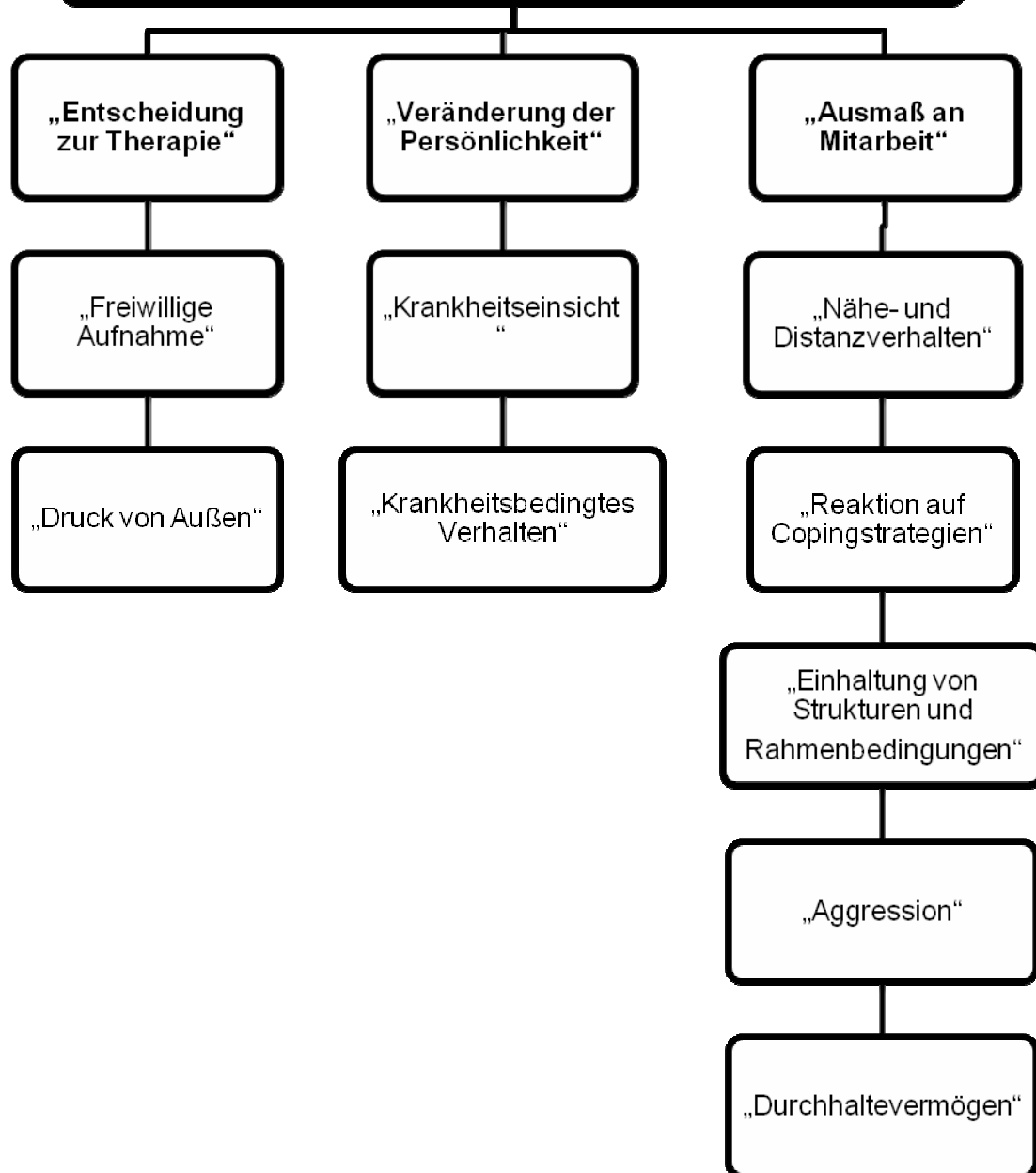
- PatientInnenorientierte Themen
- Pflegeorientierte Themen

Die Herausforderungen an das Pflegepersonal während der Betreuung substanzmittelabhängiger PatientInnen werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Die Einflusskriterien der PatientInnen, beziehend auf die Betreuung durch die Pflegepersonen, sind ihre Bereitschaft zur Entzugstherapie, ihre Mitarbeit während der Therapie und ihre durch die Substanzmittel veränderte Persönlichkeit. Faktoren, die vom Pflegepersonal ausgehen und die Betreuung beeinflussen, werden durch Pflegehandlungen, die Haltung der Pflegenden gegenüber den PatientInnen und die Zusammenarbeit im Team beschrieben. Die

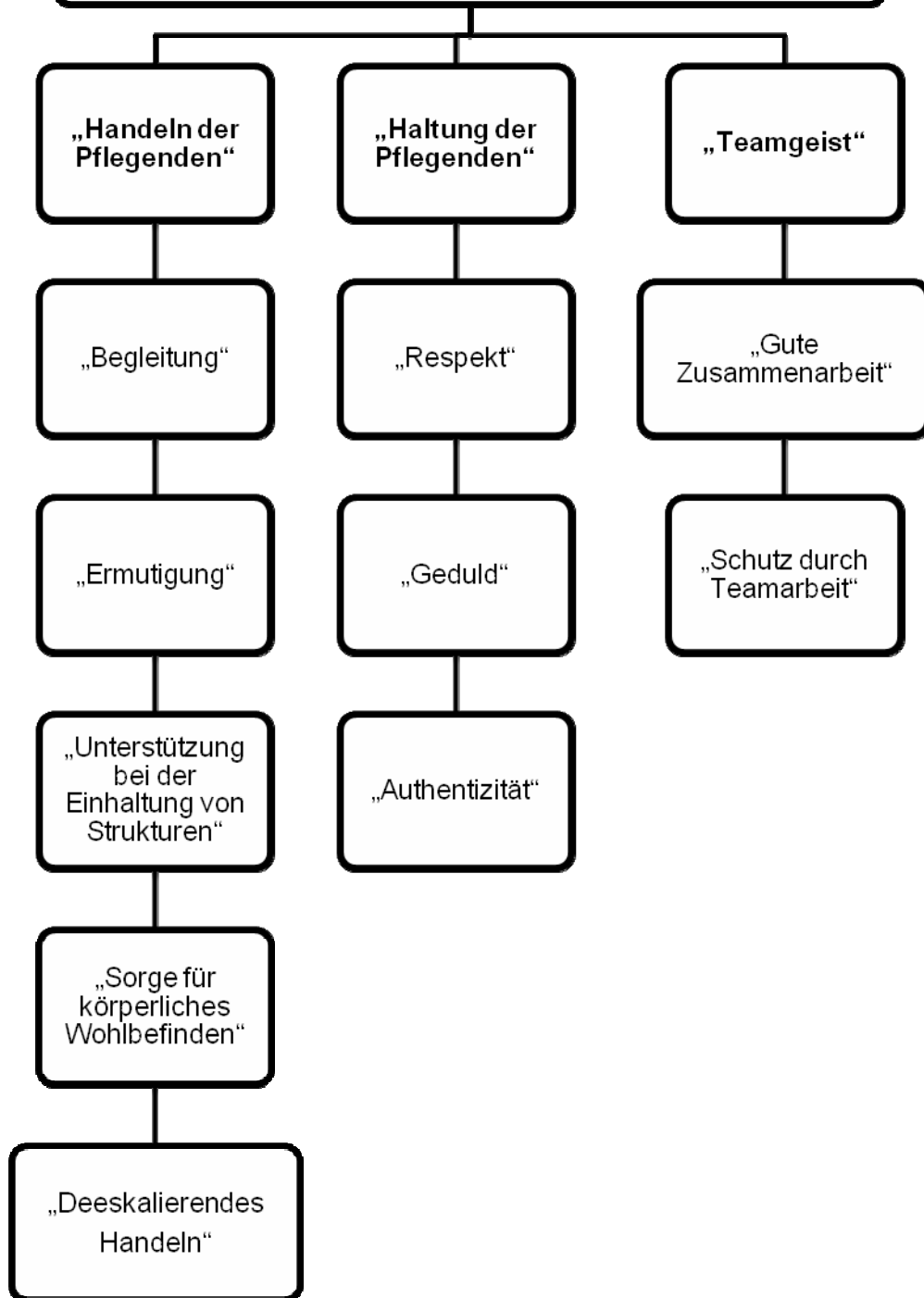
oben genannten einflussnehmenden Faktoren auf die Betreuung substanzmittelabhängiger PatientInnen während der stationären Entzugstherapie werden in den beiden folgenden Grafiken genauer aufgezeigt.

Anschließend wird die inhaltliche Beschreibung der einzelnen Kategorien mit Originalzitaten aus den Interviews dargestellt.

Patientenorientierte Themen



Pflegeorientierte Themen



8.4.1 Entscheidung zur Therapie

Die Kategorie „Entscheidung zur Therapie“ hat einen großen Stellenwert in der Entzugstherapie. Von der PatientInnenseite aus betrachtet, ist sie oft entscheidend für die erfolgreiche Beendigung der Therapie. Aus Sicht der Pflegepersonen ist sie schon von Beginn an von großer Bedeutung für die Interaktion zwischen beiden. Sie hat Einfluss auf die Mitarbeit der PatientInnen während der gesamten Entzugstherapie. Es ist deshalb auch notwendig diese Kategorie in Subkategorien zu unterteilen, welche die „Freiwillige Aufnahme“ und die „Aufnahme durch Druck von Außen“ unterscheiden.

8.4.1.1 Freiwillige Aufnahme

Die freiwillige Aufnahme bedeutet, dass sich die PatientInnen durch eigene Motivation zur Entzugstherapie entscheiden. Um die Freiwilligkeit und die Mitarbeit der Betroffenen schon im Vorfeld zu überprüfen werden Vereinbarungen getroffen. Diese Vereinbarungen sind an regelmäßige Telefonanrufe, meist zweimal pro Woche, gebunden. Dabei werden Eigeninitiative, Engagement, Durchhaltevermögen und Therapiebereitschaft der PatientInnen überprüft und gestärkt.

„Mit dem Patienten wird vereinbart, dass er sich regelmäßig melden muss, bis er zur stationären Aufnahme kommt.“

Die PatientInnen werden auf eine Warteliste gesetzt und müssen sich bis zur stationären Aufnahme an die mit ihnen getroffenen Vereinbarungen halten. Vergessen die Betroffenen wiederholt sich telefonisch zu melden, kann es vorkommen, dass sie von der Warteliste gestrichen werden.

„Wenn man sieht, dass sich der Patient nicht regelmäßig meldet kann es auch vorkommen, dass er nicht aufgenommen wird.“

Der Wille sich auf eine Entzugstherapie einzulassen muss von den PatientInnen selbst kommen.

„Patienten, die sich freiwillig zur Entzugsbehandlung entschieden haben, zeigen sich während der gesamten Therapie deutlich motivierter.“

„Es gibt einige Patienten, da sieht man deutlich, dass sie die Entzugstherapie machen wollen. Diese arbeiten auch mit.“

Die freiwillige Aufnahme ist oftmals an das Alter und die bisherige Lebenserfahrung der Betroffenen gebunden.

„Ich glaube, je jünger die Patienten sind, umso weniger Erfahrungen haben sie gesammelt.“

So lässt sich erwähnen, dass PatientInnen mit wenig Lebenserfahrung und kurzem Drogenkonsum, das heißt, in der Regel ein bis zwei Jahre, die Bedeutung der Abhängigkeit noch nicht erkennen.

„Ich meine damit, dass sie noch nicht wissen, was es bedeutet, abhängig zu sein.“

„Patienten, die erst seit einem Jahr abhängig sind, kennen die Problematik noch nicht und sie wollen noch gar nicht entzogen werden.“

PatientInnen mit einem jahrelangen Drogenkonsum haben schon viele negative Erfahrungen gesammelt. Durch Erlebnisse, wie zum Beispiel den Verlust der Familie, der Freunde, der Wohnung, des Berufs, aber auch der körperlichen Gesundheit erkennen sie, dass ohne fremde Unterstützung keine Hoffnung mehr besteht und melden sich freiwillig zur Aufnahme. Psychische und physische Beschwerden verstärken den Wunsch sich helfen zu lassen.

„Sie kommen ja deshalb, weil sie sich krank fühlen beziehungsweise, so wie es die Patienten nennen „dreckig“ geht.“

„Die Patienten erkennen schon, dass sie ein Problem haben, deshalb melden sie sich auch zur stationären Therapie.“

PatientInnen, die unter Drogeneinfluss stehen, erkennen oft den Ernst der Lage nicht, sie müssen erst verstehen lernen, dass die Sucht eine Krankheit ist.

„Ich kann Erfahrung nicht vermitteln, das kann niemand ... jeder muss seine Erfahrungen selber machen.“

„Erst wenn sie ganz weit unten sind, schon einige Entzugsbehandlungen hinter sich haben, erkennen sie, dass sie Hilfe und Unterstützung benötigen.“

8.4.1.2 Druck von Außen

Die Subkategorie Druck von Außen beschreibt im Gegensatz zur Eigenmotivation die Fremdmotivation der Betroffenen, welche zur Therapieentscheidung notwendig ist. Dieser Druck kann durch Eltern, Angehörige und durch eine gerichtliche Auflage ausgeübt werden.

„Die Patienten werden zur Aufnahme begleitet, entweder von Eltern, Freunden oder haben eine gerichtliche Auflage. Dabei erkennt man sehr rasch, dass der Patient nicht freiwillig zur Aufnahme kommt, sondern weil es der Wunsch der Angehörigen ist.“

„Ich spreche dabei Gründe an, die nicht mit dem Patienten und seiner Erkrankung in Zusammenhang stehen, sondern durch sein soziales Umfeld ausgelöst werden.“

Dieser Druck von Außen obliegt unterschiedlichen Belastungskriterien. So macht es einen Unterschied, ob die PatientInnen durch Eltern, Freundeskreis, berufliche Situation oder durch eine gerichtliche Aufnahme zur Therapie gezwungen werden. Handelt es sich um junge PatientInnen, welche sich noch in einer Erziehungsobhut befinden, also minderjährig sind, oder bereits ihre Volljährigkeit erreicht haben und in einer Beziehung leben? Hat der Betroffene eine Berufsausbildung, übt er einen Beruf aus oder ist er arbeitslos?

„Viele kommen, weil sie einen Entzug auf Anraten ihrer Familie oder Eltern machen und werden einfach überrumpelt.“

Erklärungen helfen meist nicht aus, die Betroffenen müssen selbst erkennen, dass sie Hilfe benötigen.

„Ich vergleiche das mit einem Kleinkind. Ich kann einem Kind hundertmal erklären, dass es nicht auf den morschen Baum klettern darf, verstehen wird es mich erst, wenn es einmal heruntergefallen ist.“

Die „Therapie statt Strafe“ übt den stärksten Druck auf die PatientInnen aus. Die Betroffenen sind im Rahmen ihrer Suchterkrankung straffällig geworden. Durch eine gerichtliche Entscheidung kann beschlossen werden, dass die PatientInnen die Möglichkeit erhalten, ihre Suchterkrankung durch eine Entzugstherapie behandeln zu lassen. Entscheiden sich die Betroffenen gegen eine Behandlung, müssen sie in eine Strafanstalt. Um dieser Maßnahme zu entgehen, wählen die PatientInnen die Entzugstherapie. Diese Entscheidung ist rational nachvollziehbar, steht jedoch in keinem Zusammenhang mit Motivation und Freiwilligkeit und stellt eine Herausforderung an die Mitarbeit und Motivation während der Therapie dar.

„Ein Problem ist, wenn ein Patient Therapie statt Strafe hat. Da ist die Motivation so gut wie überhaupt nicht vorhanden, das heißt sie sitzen ihre Zeit auf der Station ab und sind froh, dass sie nicht ins Gefängnis müssen.“

8.4.2 Veränderung der Persönlichkeit

Die Kategorie „Veränderung der Persönlichkeit“ beschreibt die subjektive und objektive Darstellung der PatientInnen während der gesamten Entzugstherapie. Dazu gehört auch die Krankheitseinsicht, welche erforderlich ist, damit sich die PatientInnen überhaupt auf die Entzugstherapie einlassen können. Das krankheitsbedingte Verhalten ist eine durch die Erkrankung bedingte Verhaltensänderung der Betroffenen. Die Krankheitseinsicht und das Verhalten beeinflussen wiederum die Selbstwahrnehmung. Wie sehen sich die Betroffenen selbst, welche Anteile überwiegen, die positiven oder die negativen? Die Kategorie Veränderung der Persönlichkeit wird deshalb in die Subkategorien „Krankheitseinsicht“, „Krankheitsbedingtes Verhalten“ und „Selbstwahrnehmung“ unterteilt.

8.4.2.1 Krankheitseinsicht

Die Krankheitseinsicht beschreibt die Fähigkeit der PatientInnen zu erkennen, dass ihre momentane Lebenssituation krankmachende Aspekte enthält und psychische und physische Schäden verursacht. Der regelmäßige Konsum von Substanzmitteln bewirkt, dass die Betroffenen in einer realitätsfremden Welt leben und somit nicht erkennen wie krank sie eigentlich sind und wie dringend sie Hilfe von außen benötigen.

„Der Patient erkennt nicht, dass er krank ist und Hilfe benötigt.“

Bei der Krankheitseinsicht spielt aber auch das Alter der PatientInnen eine wesentliche Rolle, dass heißt umso jünger die Betroffenen sind desto weniger Krankheitseinsicht ist vorhanden. Als „jung“ werden PatientInnen bezeichnet, die sich noch in der Pubertät befinden bzw. die Volljährigkeit gerade erst erreicht haben.

„Junge Patienten prahlen oft damit, was sie schon in ihrem kurzen Leben erlebt haben.“

Durch die meist kurze Phase der Abhängigkeit (ein bis zwei Jahre) steht die Problematik der Sucht noch nicht im Vordergrund. Der Substanzmissbrauch wird als cool beziehungsweise Erfahrungssammlung betrachtet. Durch Peer-Groups kann dieses Verhalten unterstützt und verstärkt werden. Die Folgeerscheinungen werden ausgeblendet oder heruntergespielt.

„Patienten, die erst seit kurzem abhängig sind, kennen die Problematik noch nicht.“

Bei vielen PatientInnen fehlt es auch an Erfahrung. Ihr jugendliches Alter hat es ihnen noch nicht erlaubt Lebenserfahrung zu sammeln. So wie allgemein in der Bevölkerung gibt es aber auch bei drogenabhängigen Menschen Intelligenzunterschiede. Es fehlt meist an Schul- und Berufsausbildung und sie haben nicht gelernt sich selbst zu reflektieren.

„...kann Erfahrung nicht vermitteln, jeder muss Erfahrung selber machen.“

8.4.2.2 Krankheitsbedingtes Verhalten

Durch die Suchterkrankung bedingt, weisen die PatientInnen verschiedene Verhaltensweisen auf. Pflegepersonen, die mit substanzmittelabhängigen Menschen arbeiten, werden im Rahmen ihrer Ausbildung (Suchtkrankenpflege) darin geschult. Dadurch wird ein professionelles Handeln der Pflegepersonen ermöglicht und den PatientInnen eine optimale Behandlung gewährleistet. Eine krankheitsbedingte Verhaltensweise zeigt sich durch das Verleugnen. Viele Betroffene belügen nicht nur ihr soziales Umfeld, sondern auch sich selbst. Das Besondere daran ist, dass die PatientInnen völlig davon überzeugt sind das Richtige zu tun.

„Viele Patienten betrügen sich selbst und belügen ihr Umfeld.“

„Das Pflegepersonal muss aufpassen, dass es nicht selbst Opfer dieser Lügen und Intrigen wird.“

„Patienten denken oft nicht mehr an die Zukunft, sie denken nur noch an den Drogenkonsum. Sie neigen dazu alles zu verleugnen. Sie sind sehr erfinderisch.“

Die PatientInnen versuchen die Schuld für ihr eigenes Vergehen bei anderen Personen zu suchen. Durch dieses Verhalten versuchen die Betroffenen von sich abzulenken. Sie versuchen eigene Fehler auf ihr soziales Umfeld zu projizieren, es ist eine Form der Bewältigungsstrategie.

„Patienten suchen für vieles einen Sündenbock. Das Pflegepersonal ist schuld, wenn sie Entzugsbeschwerden haben, da wir zu wenig oder „falsche“ Medikamente ausgeteilt haben; das sind alles Projektionen. Die Patienten versuchen eigene Probleme auszulagern mit denen sie nicht fertig werden.“

„Sie suchen die Schuld immer wieder bei Außenstehenden, sie würden sogar sich selbst verleugnen. Das Leugnen gehört zum Krankheitsbild dazu.“

Ein wesentliches Merkmal der Erkrankung ist, dass die PatientInnen versuchen, das Team untereinander auszuspielen. Sie versuchen mit allen Mitteln ihre unmittelbaren Bedürfnisse durchzusetzen.

„Die Patienten versuchen ihre eigenen Wünsche und Ziele zu erreichen, diese lassen sich jedoch meist nicht mit den Behandlungszielen vereinbaren.“

„Wenn eine Pflegeperson nein sagt, versuchen sie es bei der nächsten.“

8.4.2.3 Selbstwahrnehmung

Wie schon zu Beginn erwähnt, kann die Krankheitseinsicht und Durchhaltebereitschaft von der Selbstwahrnehmung beeinflusst werden. Die Selbstwahrnehmung ist abhängig von der psychischen und physischen Entwicklung der PatientInnen. Viele Betroffene stammen aus einem desolaten sozialen Umfeld, Schul- und Berufsausbildung waren nebensächlich. Daraus resultiert, dass das Selbstbewusstsein und das Selbstvertrauen in Mitleidenschaft gezogen wurden

„...verlernt, an sich selbst zu glauben. Fühlt sich minderwertig.“

„Das Selbstbewusstsein des Patienten ist stark herabgesetzt.“

„...sieht sich selbst als eine Person, die sehr viel Negatives erlebt hat.“

Durch den Konsum von nicht legalisierten Drogen sehen sich die Betroffenen dazu veranlasst, nicht den Normen der Gesellschaft entsprechend oder sogar kriminell zu handeln. Sie wissen, dass sie etwas Verbotenes, nicht Rechtmäßiges, unternehmen. Von der Gesellschaft werden sie deshalb mit Ablehnung und Abneigung gestraft.

„...Patient sieht sich sehr negativ, fühlt sich durch Gesellschaft stigmatisiert.“

„Der Patient muss, um an Drogen zu gelangen, etwas Verbotenes, oftmals Kriminelles unternehmen und wird dadurch stigmatisiert.“

Um trotzdem in der Gesellschaft existieren zu können, haben sich die PatientInnen bestimmte Verhaltensmuster aneignet. Diese stoßen wiederum auf noch mehr

Ablehnung in der Gesellschaft, es entsteht ein Teufelskreis aus dem es ohne fremde Hilfe kein Entrinnen zu geben scheint.

„Der Patient wird stigmatisiert und erfüllt diese Rolle auch.“

„Patienten haben gelernt zu überleben, sie haben gewisse Taktiken und Schemata verinnerlicht.“

8.4.3 Ausmaß an Mitarbeit

Das „Ausmaß an Mitarbeit“ zeigt sich in der Zusammenarbeit mit den PatientInnen als sehr vielseitig. Dementsprechend individuell muss diese auch betrachtet werden. Im Vordergrund steht der Patient/die Patientin, ihm/ihr gehört unsere ganze Aufmerksamkeit. Um die Mitarbeit zu fördern aber auch einzufordern ist es notwendig, das Ausmaß an Mitarbeit in allen seinen Facetten zu betrachten. Es wird in „Nähe und Distanzverhalten“, „Reaktion auf Copingsstrategien“, „Einhaltung von Strukturen und Rahmenbedingungen“, „Aggression“ und „Durchhaltevermögen“ unterteilt.

8.4.3.1 Nähe- und Distanzverhalten

Von Bedeutung ist auch das Nähe- und Distanzverhalten. Viele PatientInnen schaffen es nicht, die nötigen Umgangsformen einzuhalten. Durch die mangelnde Schul- und Berufsausbildung haben sie diese nicht gelernt. Sie wissen oft gar nicht was es bedeutet seinem Gegenüber mit Respekt zu begegnen und in einer höflichen Art und Weise miteinander zu kommunizieren.

„Der Patient zeigt sich in Gesprächen distanzlos, wird kumpelhaft, duzt das Pflegepersonal, fragt nach intimen Angelegenheiten, betritt Räume, in welche er keinen Zutritt hat.“

„Es gibt Patienten, die sehr anhänglich sind, ständig die Nähe des Pflegepersonals suchen, viel Gesprächskontakt benötigen, oftmals sogar distanzlos werden.“

Andere PatientInnen wiederum suchen die Nähe des Pflegepersonals, sie zeigen, dass sie sich verlassen, verloren und einsam fühlen. Die durch den Entzug zusätzlich verstärkte, psychische und physische Beeinträchtigung unterstützt ihren Wunsch sich sicher und gut aufgehoben zu fühlen.

„Wenn es den Patienten schlecht geht, suchen sie sich einen Halt.“

Durch Gespräche, intensives Zuhören, Einfühlungsvermögen, Nähe, die auch durch Berührung entstehen kann, lernen die PatientInnen loszulassen, ihre Gefühle zu zeigen und gewinnen dadurch an Kraft, Stärke und Ausdauer.

„Viele Patienten mögen keine Berührung, das muss man herausfinden, andere jedoch reagieren sehr positiv darauf.“

„Der Patient kann loslassen, schreit, weint seine Ängste, Sorgen heraus.“

8.4.3.2 Reaktion auf Copingstrategien

Unter Copingstrategien werden im stationären Setting Bewältigungsstrategien verstanden, welche den PatientInnen während der Entzugstherapie helfen sollen, ihre physischen und psychischen Entzugssymptome zu lindern. Spaziergänge im Garten, Gesellschaftsspiele, Sport, aber auch Aromavollbäder, Einreibungen der Gelenke mit Menthol bieten Ablenkung, Entspannung und Beruhigung.

„Der Großteil der Patienten ist froh ein bisschen Ablenkung zu erhalten, vor allem, wenn die Entzugsbeschwerden nicht so stark sind.“

„Patienten nehmen Beschäftigungsangebote gerne an, sie sagen, dass es ihnen gut tut.“

Viele PatientInnen kennen die Möglichkeiten nicht, sich mit Beschäftigungen abzulenken, sie wollen es gar nicht erst versuchen. Das Craving, welches als unstillbares Verlangen nach der Droge bezeichnet wird, ist meist der Hauptgrund. Sie sehen in der Einnahme von Medikamenten die einzige Linderung ihrer Beschwerden.

„Es gibt Patienten, die mit nichts einverstanden sind, jede Beschäftigung und Ablenkung ablehnen, diese als kindisch und Blödsinn betrachten, im schlimmsten Fall Mitpatienten negativ beeinflussen.“

„Man darf nicht vergessen, dass die Patienten gewohnt waren jahrelang auf Medikamente und Drogen zurückzugreifen und keine anderen Bewältigungsformen mehr kennen.“

8.4.3.3 Einhaltung von Strukturen und Rahmenbedingungen

Die Einhaltung von Strukturen und Rahmenbedingungen gehört zu den wichtigsten Voraussetzungen während der stationären Entzugstherapie. Die Betroffenen müssen im stationären Setting erlernen sich wieder an Strukturen zu halten. Durch ihr durch Drogen dominiertes Leben und die Ich-bezogene Verhaltenweise haben sie nie gelernt sich an Strukturen zu halten.

„Zu Beginn der Therapie ist es oft schwer sich an Strukturen zu halten. Bisher hatten sie ja keine und plötzlich werden ihnen diese vorgegeben.“

„Entzugspatienten fällt es schwer sich an Grenzen und Strukturen zu halten.“

„Durch seine Erkrankung hat der Patient im sozialen Umfeld verlernt sich an Grenzen und Strukturen zu halten.“

Im Rahmen des stationären Aufenthalts erleben die PatientInnen oft erstmals was es heißt sich an Rahmenbedingungen und Strukturen zu halten. Im Rahmen des Erstgesprächs werden sie über stationäre Richtlinien informiert.

„Patienten werden im Vorfeld über Strukturen und Rahmenbedingungen informiert.“

„Diejenigen, die das nicht akzeptieren können, kommen erst gar nicht zur Entzugsbehandlung oder brechen innerhalb kürzester Zeit den Entzug ab.“

Die PatientInnen erfahren aber auch, was es bedeutet sich nicht an die vorgegebenen Strukturen und Rahmenbedingungen zu halten. Ihr bisheriges Leben war nur auf den Augenblick fokussiert, Konsequenzen wurden nie in Betracht

gezogen. Für viele Betroffene ist dies eine neue Erfahrung und verlangt sehr viel Disziplin, um nicht mit den negativen Konsequenzen (Entlassung) in Berührung zu kommen.

„Viele Patienten halten sich nicht an Richtlinien, vergessen zum Teil, dass sie sich in einem Krankenhaus befinden.“

„Fehlendes Einhalten von Stationsrichtlinien bedingen oftmals die Entlassung des Patienten.“

8.4.3.4 Aggression

Im Rahmen der stationären Entzugstherapie kann es auch zu aggressiven Verhaltensweisen der PatientInnen kommen. Durch die Entzugssymptomatik befinden sich die Betroffenen in einer Ausnahmesituation. Durch die physischen und psychischen Entzugsbeschwerden fühlen sie sich oftmals hilflos, kraftlos und in die Enge getrieben. Am häufigsten zeigt sich die verbale Aggression. Das geschulte Pflegepersonal erkennt schon im Vorfeld durch die Körperhaltung, Mimik und Gestik eine innere Anspannung des Patienten und kann somit deeskalierend eingreifen.

„Verbale Aggressionen kommen häufig vor, auch sieht man an der Körperhaltung, Mimik und Gestik, dass der Patient angespannt ist.“

„Die Patienten pflegen einen rauen Umgangston, der nicht sehr höflich ist. Der raue Umgangston war auch zu ihrer Selbsterhaltung notwendig.“

Tätliche Übergriffe sind selten, wenn doch, wird diese Form der Aggression meist an Gegenständen ausgelassen.

„Die Patienten beginnen zu schreien, schimpfen, schlagen die Türen zu.“

8.4.3.5 Durchhaltevermögen

Die Ausdauer kann auch als Indikator für eine erfolgreich abgeschlossene Entzugstherapie bezeichnet werden. Wie viel Ausdauer die PatientInnen besitzen zeigt sich während der gesamten Entzugstherapie. Oft zeichnet sich schon beim Erstgespräch ab, dass die Therapie aufgrund der mangelnden Ausdauer

abgebrochen wird. Ein Grund können mangelnde Aufklärungsgespräche vor Therapiebeginn sein.

„Patienten sind nicht gut auf den Entzug vorbereitet.“

„Wenn die Patienten schon ein therapeutisches Setting im Vorfeld hätten, wäre das sicher von Vorteil.“

Aber auch trotz Aufklärungsgesprächen und ausreichenden Informationen im Vorfeld zeigen viele PatientInnen ein Desinteresse und gleichgültiges Verhalten in Hinsicht auf die bevorstehende Therapie.

„Zeigt sich gleichgültig in Bezug auf die Therapie.“

„Zeigt wenig Eigenverantwortung.“

Die Betroffenen kommen häufig zur Anmeldung und zum Aufklärungsgespräch und befinden sich häufig noch in einem durch Substanzen berauschten Zustand. Dadurch ist es den PatientInnen auch nicht möglich, sich mit der Wirklichkeit auseinanderzusetzen.

„Patienten sind zu Beginn der Therapie durch Substanzen beeinträchtigt.“

Auch während der Therapie können bestimmte Faktoren die Ausdauer beeinflussen. Die während der Therapie auftretenden physischen aber auch psychischen Beschwerden, sind die Hauptursachen für einen Therapieabbruch. Die körperlichen Entzugsbeschwerden lassen die Motivation und Durchhaltebereitschaft sehr schnell sinken.

„Wenn körperliche Beschwerden auftreten, ist die Motivation gleich null.“

Die PatientInnen sind es gewohnt bei den geringsten Entzugerscheinungen diese durch eine sofortige Substanzzufuhr zu beseitigen. Während der Entzugstherapie besteht diese Möglichkeit nicht mehr, deshalb versuchen sie körperliche Beschwerden durch vermehrte Medikamenteneinnahmen zu kompensieren.

„Sie lassen sich gehen, haben eine geringe Schmerzgrenze und verlangen bei jeder Gelegenheit nach Medikamenten.“

Sich, durch die während der Therapie angebotenen alternativen Möglichkeiten (Vollbäder, Spaziergänge, Gesellschaftsspiele) Entspannung und Ablenkung zu verschaffen werden sehr selten in Anspruch genommen. Sie sind fast ausschließlich darauf trainiert und fixiert sich durch orale oder intravenöse Medikamente Beruhigung zu verschaffen.

„Viele Patienten sind ausnahmslos medikamentenfixiert, sie versuchen erst gar nicht, sich durch andere Möglichkeiten zu entspannen und zu beruhigen.“

Im Vordergrund stehen die psychischen Entzugsbeschwerden, das Craving, welches das Unvermögen des Betroffenen beschreibt sich mit etwas Anderem als der Droge zu beschäftigen. Die PatientInnen schaffen es nicht sich mit etwas anderem abzulenken. Sie denken Tag und Nacht nur daran, wie sie zur nächsten Droge kommen.

„Der Patient denkt nur an die Droge, zeigt starken Gifthunger.“

Es gibt Abbruchgründe die plötzlich und durch unüberlegte Handlung der PatientInnen auftreten können. Die Betroffenen entscheiden sich aus „heiterem Himmel heraus“ die Therapie zu beenden. Nachvollziehbare Gründe dafür gibt es nicht.

„Ich bezeichne das als Schalterphänomen; alles läuft nach Plan und auf einmal macht es Klick und der Patient will nach Hause gehen.“

8.4.4 Handeln der Pflegenden

Die Kategorie „Handeln der Pflegenden“ umfasst die gesamten Pflegehandlungen im Rahmen der Suchtkrankenpflege. Dieser Bereich beinhaltet vorwiegend die Zusammenarbeit mit den PatientInnen auf psychischer Ebene. Es sind Handlungen, die zum Berufsbild der Pflegenden gehören, somit als Voraussetzung angesehen werden und deren Umsetzung und Anwendung eine Selbstverständlichkeit zu sein

scheint. Umso wichtiger ist es diese Kategorie in Subkategorien zu unterteilen, um die einzelnen Handlungen ausführlich und nachvollziehbar beschreiben zu können. Die Subkategorien lauten „Begleitung“, „Ermutigung“, „Unterstützung bei der Einhaltung von Strukturen“, „Sorge für körperliches Wohlbefinden“ und „deeskalierendes Handeln“.

8.4.4.1 Begleitung

Um die PatientInnen während der gesamten Therapie professionell begleiten zu können, ist es notwendig sein Gegenüber erst einmal kennen zu lernen. Dieses Kennen lernen findet fast immer im Rahmen des pflegerischen Erstgesprächs statt. PatientInnen, die das erste Mal zu einer Entzugsbehandlung kommen fühlen sich unsicher, fremd, haben Erwartungsängste und brauchen Sicherheit. Diese Sicherheit kann ihnen durch informative, aufklärende und einfühlsame Gespräche vermittelt werden.

„...führt aufklärende Gespräche im Rahmen des Erstgesprächs.“

„Beim Pflegegespräch steht empathisches Zuhören, Übermittlung von Fachwissen und Beratungsfunktion im Vordergrund.“

„Kontaktaufnahme findet hauptsächlich durch das Pflegepersonal statt.“

Das gemeinsame Therapieziel ist eine erfolgreiche Beendigung der Entzugstherapie. Die Pflegepersonen drücken dieses folgendermaßen aus:

„...begleitet Patient während der Behandlung, hilft ihm sein Therapieziel zu erreichen.“

„...führt einfühlsame Gespräche.“

Die PatientInnen leiden während der Entzugstherapie wiederholt unter psychischen und physischen Entzugsbeschwerden. Die Pflegepersonen begleiten die Betroffenen und bieten Unterstützung zur Linderung der Beschwerden an. Durch die Umsetzung von zuvor mit den PatientInnen vereinbarten Maßnahmen gelingt dieses

auch vielfach. Maßnahmen können Bewegung, Sport, Spaziergänge in Begleitung, Gesellschaftsspiele, wohltuende Vollbäder und Aromatherapie sein.

„Ich biete statt Medikamente alternative Möglichkeiten gegen Entzugsbeschwerden an.“

„Oft hilft ein Aromabad, es ist entspannend und wohltuend.“

„Ich fördere die Bewegung durch Spaziergänge im Garten oder Ballspiele.“

Viele PatientInnen reagieren auf diese Maßnahmen sehr positiv, die erfahrenen Pflegepersonen erkennen das am entspannten Zustand der Betroffenen. Die PatientInnen nehmen wieder Anteil an ihrem sozialen Umfeld. Sie riechen, sehen, schmecken und beginnen sich für Neues zu interessieren.

„Durch Spaziergänge an der frischen Luft können Patienten neue Eindrücke sammeln und ein wenig abschalten.“

„Beschäftigung soll zur Ablenkung und zur Konzentrationsförderung dienen.“

Um den Sinn und Zweck dieser Maßnahmen für die Betroffenen verständlich und nachvollziehbar zu machen, bedarf es an sehr viel Einfühlungsvermögen, Beratungs- und Informationsgesprächen.

„...berate und informiere in bestimmten Situationen.“

Begleitung heißt aber auch rund um die Uhr für die PatientInnen da zu sein, sowie Sicherheit und Wohlbefinden zu vermitteln.

„Ich Sorge, dass sich der Patient gut aufgehoben fühlt.“

„Der Patient weiß, dass er jederzeit zum Pflegepersonal kommen kann und seine Wünsche, Anliegen und Beschwerden Gehör finden.“

Erkennen die Pflegepersonen, dass Kraft und Motivation der PatientInnen nachlassen, versuchen sie im Rahmen von Therapieprogrammen Unterstützungsmöglichkeiten anzubieten.

„Ich gestehe den Patienten im Rahmen des Behandlungsschemas Freiheiten zu.“

„Ich biete Lösungsmöglichkeiten, wie Telefongespräche mit Angehörigen an.“

8.4.4.2 Ermutigung

Die Ermutigung gehört zu den wichtigsten Aufgaben während der gesamten Entzugstherapie. Sie beginnt schon beim Erstkontakt mit den Betroffenen und hört erst auf, wenn die PatientInnen die Station wieder verlassen haben. Viele Betroffene kommen das erste Mal zu einer stationären Entzugstherapie, sie sind verunsichert und zeigen Erwartungsängste.

„Natürlich erkennt man, dass der Patient zu Beginn der Therapie skeptisch, unsicher reagiert. Das ist ein nachvollziehbares Verhalten. Viele Patienten waren jahrelang auf sich alleine gestellt, warum sollte es jetzt jemand ernst mit ihnen meinen.“

„...indem ich ihm vor Augen führe, dass es schon ein großer Schritt war sich für die Entzugstherapie zu entscheiden, wenn er schon mitten in der Entzugstherapie ist, bestärke ich ihn positiv. Wie zum Beispiel: jetzt haben sie schon die Hälfte der Morphindosis reduziert und sie halten das auch weiterhin aus.“

Andere PatientInnen sind zum Zeitpunkt der Aufnahme durch Substanzmittel beeinflusst. Sie zeigen euphorisch motiviertes, realitätsfremdes Verhalten. Hier beginnt die Ermutigung beim Auftreten der ersten Entzugsbeschwerden.

„Am meisten sind die Patienten noch am Anfang motiviert, es beginnt ein Neustart, ein neues Kapitel in ihrem Leben. Solange sie noch substituiert sind scheint alles in Ordnung, aber wenn der Entzug beginnt, heißt das für mich, dass körperliche Entzugsbeschwerden auftreten, ja dann ist die Motivation gleich null.“

Rasches und adäquates Handeln ist in diesen Situationen notwendig. So können ermutigende Gespräche, welche direkten Einfluss auf die Motivation der Betroffenen haben, von großer Bedeutung sein.

„Ich bestärke den Patienten den Entzug weiterzumachen. Erkläre ihm wie positiv es war, dass er sich zum Entzug angemeldet hat, dass er es schon sehr weit geschafft hat, seine Symptomatik vorübergehend ist und welche Zukunftschancen er dadurch hat.“

„Was die Motivationsgespräche betrifft, versuche ich sehr einfühlsam zu sein. Ich ziehe Vergleiche zu anderen Patienten die in der gleichen Situation waren und es trotzdem geschafft haben.“

„Ich erkläre, dass am Ende der Entzugsbehandlung einfach die meisten Beschwerden auftreten, der Körper muss sich erst umstellen und die ganzen Substanzen müssen vollständig ausgeschwemmt werden, dazu braucht es Geduld und Durchhaltevermögen.“

Durch die Entzugsbeschwerden kehren die PatientInnen in die Realität zurück, sie beginnen sich oft nach Jahren das erste Mal wieder richtig wahrzunehmen und zu spüren. Ängste und Sorgen, welche bisher von den Drogen überdeckt wurden, treten in den Vordergrund. Klärende Gespräche sind in diesen Situationen sehr hilfreich.

„Viele Patienten haben Angst sich selbst kennen zu lernen, sich wieder zu spüren, Schmerzen auszuhalten, eigentlich sich selbst auszuhalten. In diesem Fall helfen Gespräche mit den Patienten, damit er weiß, dass er seine Ängste nicht alleine austragen muss, sondern jederzeit jemand für ihn da ist, der seine Gedanken versteht und akzeptiert.“

„Gespräche werden meist sehr positiv angenommen. Der Patient lernt dadurch, dass er sich nicht hinter seiner Droge verstecken muss, sondern akzeptiert wird, so wie er ist.“

„Man kann nur verstärkt Gespräche, Beschäftigung und Zuwendung anbieten um den Patienten aus seiner akut und subjektiv problematischen Situation herauszuholen.“

Eine gute Zusammenarbeit im Team kann die Betroffenen durch Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit ebenso ermutigen und Vertrauen schaffen.

„Durch die Zusammenarbeit im Team gelingt es aber sehr gut, den Patienten Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln, dadurch erkennt er sehr rasch, dass wir es ernst mit ihm meinen und er kann sich ganz auf die Entzugstherapie einlassen.“

8.4.4.3 Unterstützung bei der Einhaltung von Strukturen

Auf jeder Station gibt es Strukturen und Rahmenbedingungen. Auf Entzugsstationen werden diese im Behandlungsvertrag oder in den Stationsrichtlinien festgehalten und zu Beginn der Behandlung den PatientInnen zur Aufklärung und Information übermittelt. Die Betroffenen akzeptieren diese Richtlinien mit ihrer Unterschrift.

„Zu Beginn der Behandlung erhalten die Patienten ein Informationsblatt, die alle Richtlinien und die Tagesstruktur beinhalten.“

„Strukturen werden in den Stationsrichtlinien genau festgehalten, zum Beispiel wissen die Patienten, dass sie die Station nicht verlassen dürfen, sowie nur original verpackte Nahrungsmittel und Pflegeutensilien von Angehörigen erhalten. Sie haben während des stationären Aufenthalts Besuchsverbot, die Patienten werden darüber schon bei der Anmeldung informiert und unterschreiben das auch.“

„Der Behandlungsvertrag beinhaltet die Stationsrichtlinien, das Behandlungsschema. Für die Patienten müssen klare Strukturen erkennbar sein.“

„Der Patient erhält beim Erstgespräch ein Informationsblatt über die Stationsrichtlinien zur Entzugstherapie.“

Die Vorgabe von klaren Strukturen und Rahmenbedingungen sind bei der Zusammenarbeit mit substanzmittelabhängigen PatientInnen von großer Bedeutung. Durch ihr von Drogen bestimmtes Leben haben die Betroffenen verlernt Ordnung in ihrem Alltag zu halten.

„Sie haben es oftmals verlernt, sich an Grenzen und Strukturen zu halten.“

„Durch den ständigen Drogenkonsum bestand das Leben der Patienten nur mehr aus einem Gedanken, nämlich, wie komme ich zur nächsten Dosis. Tagesstrukturen gab es keine.“

„Durch seine Erkrankung, hat der Patient im sozialen Umfeld verlernt sich an Grenzen und Strukturen zu halten.“

Rahmenbedingungen und die Einhaltung einer Tagesstruktur können aber auch Sicherheit und Wohlbefinden vermitteln.

„Die meisten Patienten fühlen sich durch die Aufnahme schon entlastet, sie befinden sich in einem geschützten Umfeld. Rahmenbedingungen und Strukturen vermitteln ihnen Sicherheit.“

So lernen die Betroffenen sich wieder an einen Tag- und Nachtrhythmus zu gewöhnen.

Sie lernen an einen regelmäßigen Tagesablauf teilzunehmen. Das morgendliche Aufstehen ist für die PatientInnen keine Selbstverständlichkeit. Viele haben gelernt, durch die illegale Drogenbeschaffung in der Nacht wach zu sein und am Tag zu schlafen. Eine zum Teil regelmäßige warme Nahrungszufuhr kennen viele nicht. Die Betroffenen wohnen in desolaten Verhältnissen oder sind obdachlos, deshalb sind sie Ordnung und Sauberkeit nicht gewohnt.

„Zur Tagesstruktur gehört das morgendliche Aufstehen, weiters das Einhalten und Einnehmen von geregelten Mahlzeiten, das Sauberhalten von Bett und Nachtkästchen, das Einhalten von Therapie und Untersuchungen.“

„Viele haben zuvor auf der Straße gelebt und kennen keinen geregelten Tagesablauf mehr. Sie kommen aus einem Chaos und brauchen dringend eine Stütze, ein Gerüst, an dem sie sich festhalten können. Vielleicht können sie das auch später mitnehmen und anwenden.“

Die Aufgabe der Pflegepersonen ist es, die PatientInnen wiederholt an die Tagesstruktur zu erinnern, sie aufzufordern diese einzuhalten und die Notwendigkeit dieser im Rahmen von Gesprächen immer wieder zu vermitteln, sie anzuleiten und ihnen bei der Umsetzung behilflich zu sein.

„Wir wecken die Patienten jeden Morgen zur gleichen Zeit, fordern sie auf ihr Frühstück einzunehmen, erinnern sie an die Körperpflege. Wir machen gemeinsam mit den Patienten die Betten sauber, lernen ihnen Ordnung zu halten.“

„Medikamente werden zu fixen Zeiten ausgegeben. Um sie wieder an einen geregelten Tag- und Nachtrhythmus zu gewöhnen ist es auch notwendig, dass die Patienten so wenig wie möglich tagsüber im Bett liegen oder schlafen, viele würden den ganzen Tag im Bett verbringen. Unsere Aufgabe ist es, sie darauf aufmerksam zu machen.“

„Die Patienten unterschreiben den Behandlungsvertrag, vergessen diesen aber oft wieder. Wichtig ist sie wiederholt daran zu erinnern.“

Bei der Umsetzung und Einhaltung der Strukturen und Rahmenbedingungen spielt auch die Zusammenarbeit im Team eine wesentliche Rolle. Für die PatientInnen muss klar erkennbar sein, dass im multiprofessionellen Team ein ständiger Informationsaustausch stattfindet.

„Wichtig ist der Austausch der Pflegepersonen untereinander, beziehungsweise müssen die Pflegepersonen eine klare Struktur vorgeben.“

„Viele Patienten vergessen während der Entzugstherapie, dass sie einen Behandlungsvertrag unterschrieben haben, arbeiten nicht mit, versuchen das

Pflegepersonal auszuspielen, halten sich nicht an die Richtlinien, vergessen zum Teil, dass sie sich in einem Krankenhaus befinden.“

8.4.4.4 Sorge für körperliches Wohlbefinden

Das oberste Ziel der Pflegeperson ist, dass die Betroffenen während der gesamten stationären Aufenthaltsdauer keinen körperlichen Schaden erleiden. Dazu ist es notwendig, dass die PatientInnen lernen mit ihrem Körper sorgfältig umzugehen. Die Pflegepersonen unterstützen sie dabei, sie informieren und bieten Anleitung.

„Die Patienten sind mobil, sie können sich größtenteils selbst versorgen. Wir nehmen eine Unterstützerrolle ein, das heißt wir müssen den Patienten anhalten ausreichend zu essen und zu trinken, seine Körperpflege durchzuführen, wenn notwendig fehlende Pflegeutensilien, Kleidung bereitstellen und für einen gesunden Schlaf- und Wachrhythmus sorgen.“

Viele PatientInnen leben auf der Straße. Ein Vollbad, eine Dusche und frische Kleidung sind ihnen fremd. Sie bieten bei der Aufnahme einen optisch verwahrlosten Eindruck. Hier bedarf es an sehr viel Fingerspitzengefühl um die Integrität der Person zu wahren und die Betroffenen nicht in ihrer Würde zu verletzen.

„Viele Patienten nehmen sich nicht mehr wahr, das heißt sie merken nicht, dass sie unangenehm riechen und sich Mitpatienten von ihnen abwenden. Hier ist ein empathisches Vorgehen durch die Pflegeperson sehr wichtig.“

„Ich erkläre den Patienten immer, dass man im Entzug vermehrt schwitzt und man sich nach dem Duschen und Waschen einfach besser fühlt, außerdem lindert eine warme Dusche oder ein Vollbad oftmals die Entzugsbeschwerden.“

„...indem ich ohne sie zu verurteilen auffordere ihrer Körperpflege nachzukommen. Ich erkläre ihnen, dass sie dadurch auch ihr Wohlbefinden steigern können und dies einfach zu einem geregelten Tagesablauf dazugehört.“

Die Betroffenen kennen keine Hygienerichtlinien. Neben dem äußeren Erscheinungsbild weisen viele einen schlechten Allgemeinzustand auf und leiden unter Infektionskrankheiten wie Hepatitis und HIV.

„Die Hygiene ist oftmals fatal, Patienten die gepflegt sind und auf sich achten sind in der Minderheit. Patienten die sich nur damit beschäftigen müssen wie sie zum nächsten Gift gelangen haben oft keine Wohnung, leben sehr verwahrlost. Das sieht man vor allem an der Kleidung und am Zahnstatus.“

„Begleiterkrankungen durch den Drogenkonsum, wie zum Beispiel Hepatitis und HIV sowie Spritzenabszesse, sind nicht selten, deshalb ist es umso wichtiger, dass sich die Patienten an die Hygienerichtlinien halten um nicht Mitpatienten zu gefährden.“

Zum körperlichen Wohlbefinden gehören auch die Flüssigkeitszufuhr und die Nahrungsaufnahme. Durch den bisherigen Lebenswandel der PatientInnen wurden diese Grundbedürfnisse vernachlässigt. Die Pflegepersonen informieren die Betroffenen, weshalb eine ausgewogene und ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr notwendig ist.

„Wir nehmen eine beratende Rolle ein. Wir informieren den Patient zum Beispiel weshalb es wichtig ist, dass er genug Flüssigkeit zu sich nimmt. Da er im Entzug vermehrt schwitzt und die Substanzen vom Körper ausgeschwemmt werden müssen. Wir achten auf eine ausreichende und regelmäßige Nahrungszufuhr.“

„Wir achten darauf, dass der Patient regelmäßig isst, aber auch ausreichend trinkt. Wir führen bei jedem Entzugspatienten eine Flüssigkeitsbilanz.“

„Auch auf die Trinkmenge aufmerksam machen, die bei jeder Entzugstherapie ganz wichtig ist. Die meisten Patienten trinken viel zu wenig ... auf gesunde Ernährung achten, die regelmäßig angebotenen Mahlzeiten einnehmen, nicht nur Süßigkeiten und Chips sondern auch Obst und Gemüse.“

Viele Betroffene befinden sich während der stationären Entzugstherapie in einer Ausnahmesituation. Sie lernen sich selbst und ihren Körper seit Jahren erstmals wieder kennen und spüren. Die bisherigen Copingstrategien (Bewältigungsstrategien) finden keine Anwendung, das heißt psychische und physische Entzugsbeschwerden können nicht durch die Zufuhr von Drogen ausgeschaltet werden. Pflegepersonen bieten den Betroffenen alternative Möglichkeiten an um die körperlichen Beschwerden zu mildern. So kann ein Vollbad mit Aromaölen krampflösend und entspannend wirken. Spaziergänge im Garten und Gesellschaftsspiele bieten Ablenkung und machen auch Freude.

„Zum Beispiel ein Entspannungsbad, Gespräche, Spaziergänge im Garten. Die Patienten fühlen sich oft eingesperrt, ein Spaziergang in der frischen Luft kann sehr zur Beruhigung beitragen. Bei Schmerzen in den Extremitäten helfen oft Einreibungen mit kühlenden Salben.“

„Oft hilft ein Aromabad, es ist entspannend und wohltuend. Beruhigende Teegetränke, aber auch Gespräche um sich den Frust von der Seele zu reden, sind befreiend.“

„Bei leichten Entzugsbeschwerden hilft oft ein wohltuendes Vollbad, warme Duschen, viel Flüssigkeit. Wir bieten den Patienten Tee, Säfte, Mineralwasser an. Gegen Muskelkrämpfe hilft Einreiben mit Lavendelspirituss oder Franzbranntwein.“

8.4.4.5 Deeskalierendes Handeln

Durch die psychischen und physischen Entzugsbeschwerden stehen die PatientInnen unter hohem Druck und innerer Anspannung, welche oft nur durch inadäquate Verhaltensweisen entweichen können. Die Pflegepersonen lernen im Rahmen ihrer Ausbildung und auf Schulungen mit dieser Aggressionsform umzugehen und dementsprechend entgegenzuwirken.

„...indem man versucht die Umgebung so reizarm wie möglich zu gestalten, die Patienten ganz gezielt auf das aktuelle Problem anspricht, sie nicht

überfordert, ihnen ganz klare Strukturen vorgibt und nicht zu viel Informationsinhalt auf einmal vermittelt.“

„Wichtig ist, dass man ruhig bleibt. Keine Aussagen tätigt, die den Patienten noch mehr reizen könnten, Distanz wahren, den Patienten auf seine Eigenverantwortung hinweisen. Er ist freiwillig zum Entzug gekommen.“

Als Ausdruck ihrer Ohnmacht beginnen die PatientInnen oft zu schimpfen oder ihre angestaute Aggression an Gegenständen zu entladen. Ein bestimmtes Maß an Verständnis ist erforderlich, deeskalierende Gespräche sind dabei sehr hilfreich. Tätliche Übergriffe gegenüber anderen Personen sind sehr selten, wenn doch, enden sie meist in einer vorzeitigen Entlassung der Betroffenen.

„Die Personen pflegen oft einen Umgangston, der nicht sehr höflich ist. Wir wissen aber, dass viele Patienten aus einem sozialen Umfeld kommen, wo sie nichts anderes gewohnt waren und dieser raue Umgangston somit auch zu ihrer Selbsterhaltung notwendig war.“

„Wenn der Patient verbal aggressiv und dysphorisch reagiert, versuche ich ihn durch ein beruhigendes Gespräch zu besänftigen, damit er sich wieder entspannt. Nimmt die Aggression zu werde ich mir Hilfe holen.“

Geschulte Pflegepersonen erkennen an der Körperhaltung, Mimik und Gestik den Anspannungsgrad der PatientInnen und können somit rechtzeitig und gezielt handeln.

„Nachdem wir alle verpflichtet sind einen Deeskalationskurs zu absolvieren, haben wir diesbezüglich schon Vorteile. Wir schauen nicht weg beziehungsweise laufen davon, sondern greifen gezielt in die Situation ein. Wir suchen das Gespräch mit den Patienten und fragen gezielt nach dem Grund seiner Dysphorie, im Gespräch finden wir heraus was zu seiner Entspannung beitragen könnte.“

8.4.5 Haltung der Pflegenden

Die Kategorie „Haltung der Pflegenden“ beschreibt die Grundhaltung der Pflegepersonen, welche im sozialen Kontakt mit den Betroffenen erforderlich ist. Diese sollte in jedem Fall positiv sein. Sie ist Voraussetzung für den Beziehungsaufbau und die Zusammenarbeit mit den PatientInnen. Erwartungsängste, die bei vielen Betroffenen vorhanden sind können somit schon bei der ersten Begegnung gemildert werden. Die eigene Haltung spiegelt sich während des gesamten Aufenthalts in der Zusammenarbeit mit den PatientInnen wieder. Die Pflegepersonen werden zum Vorbild und übernehmen damit auch eine bestimmte Erziehungsfunktion. Ziel ist, dass die Betroffenen ihre Emotionen in bestimmten Situationen adäquat einsetzen lernen. Eine gegenseitig wertschätzende Grundhaltung ist die beste Grundlage um die Betroffenen zu einem erfolgreichen Therapieabschluss zu führen. Diese Haltung umfasst den Respekt, die Geduld und die Authentizität.

8.4.5.1 Respekt

Respekt hat vor allem in der zwischenmenschlichen Beziehung große Bedeutung, umso mehr in der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und PatientInnen. Der Respekt beginnt bereits vor der Aufnahme der Betroffenen, damit ist gemeint, wie die PatientInnen bei der Aufnahme erwartet werden. EntzugspatientInnen werden sehr oft von der Gesellschaft stigmatisiert, somit ist ihre Grundeinstellung anderen Menschen gegenüber sehr negativ. Die Pflegepersonen können mit einer respektvollen Haltung dieser Einstellung entgegenwirken.

„Drogenpatienten sind für viele Menschen ein eigenes Kapitel, sie bekommen sofort einen Stempel aufgedrückt, viele schauen auch darüber hinweg. Menschen schauen allgemein gerne weg.“

„Eine stabile Ausgangsbasis schaffen, das alleine ist schon eine Herausforderung ... die gegenseitige Akzeptanz, Respekt aufbauen, um mit dem Patienten auch arbeiten zu können“.

Eine freundliche Begrüßung schafft oft den ersten Schritt in eine gemeinsame Richtung. Die Betroffenen fühlen sich willkommen und ihre, durch die Aufnahme verbundenen Ängste, werden abgeschwächt. Sie können sich fallen lassen und fühlen sich sicher und geborgen.

„Eine positive Grundeinstellung ist Voraussetzung, auch Wertschätzung. Man darf nicht vergessen, dass der Patient im Vordergrund steht.“

„Mir persönlich gelingt das meist mit ein bisschen Humor, ich fühle mich nicht als Lehrer, ich habe keine Erziehungsfunktion.“

Trotzdem ist es wichtig Autorität zu vermitteln. Die Betroffenen müssen von Anfang an wissen, dass sie sich in einer Institution befinden. Alle Mitarbeiter sind professionell ausgebildet und haben das Bestreben gemeinsam mit den Betroffenen das Therapieziel zu erreichen. Hierfür ist es notwendig, dass bestimmte Umgangsformen eingehalten werden. Schon beim Erstgespräch ist es notwendig, die PatientInnen über einen respektvollen Umgang zu informieren, um unerwünschte Auseinandersetzungen zu vermeiden.

„...indem ich den Patienten schon im Vorfeld darauf aufmerksam mache, zum Beispiel beim Erstgespräch oder in der jeweiligen Situation direkt darauf anspreche. Ich erkläre dem Patienten auf welcher Ebene wir uns unterhalten können, dazu gehören für mich Höflichkeit, Respekt, Ruhe und die gegenseitige Wertschätzung.“

Während des gesamten Aufenthaltes haben die Pflegepersonen für die Betroffenen eine Vorbildfunktion. Viele PatientInnen haben nie gelernt wertschätzend miteinander umzugehen. Traumatische Kindheitserlebnisse und Beziehungsprobleme sind oftmals die Ursache für ihren Drogenmissbrauch. Diese negativen Erfahrungen prägen den Umgangston der Betroffenen, trotzdem ist es nie zu spät sie eines Besseren zu belehren.

„Ich setze meine Rolle ganz bewusst ein, indem ich die wertschätzende Grundhaltung, die in jeder Kommunikation vorhanden sein sollte, vorlebe.“

„Ich sehe mich als ein am Boden gebliebenes Vorbild, denn niemand ist perfekt. Wichtig ist, dass man den Patienten niemals das Gefühl gibt, der Mega-Versager zu sein.“

Viele PatientInnen haben eine sehr niedrige Toleranzschwelle, das heißt sie haben nie gelernt mit Alltagsproblemen umzugehen. Schon kleine Anforderungen bringen sie aus ihrem Konzept. Der Griff zur Droge hat diese Probleme relativiert. Jetzt stehen sie vor neuen Anforderungen und müssen lernen auch ohne dem Substanzmittel ihr Leben zu meistern.

„Sie haben eine sehr niedrige Toleranzschwelle, weil sie keinen Reifungsprozess durchlebt haben. Natürlich fehlt ihnen das im Nachhinein, das kommt einem Teufelskreis gleich“.

8.4.5.2 Geduld

Sich Zeit nehmen, warten können, die Hoffnung nicht verlieren, ist eine sehr wichtige Voraussetzung in der Zusammenarbeit mit den Betroffenen. Viele PatientInnen schaffen die Entzugsbehandlung nicht, sie brechen ab oder werden innerhalb kürzester Zeit wieder rückfällig. Es ist von Bedeutung, dass die Pflegepersonen nicht die hohe Rückfallsquote im Kopf haben, sondern dem Mensch, der vor ihnen steht. Hier ist es vorrangig sich nicht von den eigenen Gefühlen leiten zu lassen, professionelles Handeln steht im Vordergrund.

„Sehr, sehr viel Geduld, Hoffnung ist Voraussetzung, da die Frustration durch die hohe Rückfallsquote doch gegeben ist.“

„Das allerschwierigste überhaupt ist die eigene Frustration zu erleben, damit meine ich, dass es viele Patienten nicht schaffen werden, also wieder rückfällig werden und deshalb ist auch ein Stück weit eine Hoffnungslosigkeit dabei.“

Viele PatientInnen leiden während der Therapie unter starken Stimmungsschwankungen, sie ziehen sich zurück und lehnen jeden Kontakt ab oder werden distanzlos, betreten Räume zu denen sie keinen Zutritt haben und duzen

die Pflegepersonen. Diese Situationen erfordern Geduld und Ausdauer im professionellen Handeln der Pflegepersonen. Die distanzierten PatientInnen erfahren, dass ihr Rückzug akzeptiert wird, trotzdem werden kurze Kontakte durch die Pflegepersonen hergestellt. Distanzlose PatientInnen benötigen ein ruhiges und klärendes Gespräch um ihre Grenzen einhalten zu können.

„Zu Beginn der Behandlung brauchen die Patienten viel Ruhe. Ich akzeptiere, wenn sie nicht an einer Beschäftigung teilnehmen wollen.“

„Viele distanzieren sich und möchten in Ruhe gelassen werden. In solchen Fällen ist es schon wichtig, dass Kurzkontakte mit dem Patienten vereinbart werden. Wenn der Patient einmal nicht sprechen möchte, sollte man dies akzeptieren und ihn informieren, dass er sich jederzeit melden kann“.

„...durch ein ruhiges und klärendes Gespräch schaffe ich klare Grenzen.“

„...wichtig ist, dass man ruhig bleibt.“

Zeit nehmen, Zeit haben, Zeit schenken ist für zwischenmenschliche Beziehungen ein wesentliches Merkmal. Stress und Hektik verursachen bei den Betroffenen Unruhe. Die PatientInnen müssen wissen, dass die Pflegepersonen jederzeit für sie da sind. Ängste, Sorgen, Entzugsbeschwerden können somit abgeschwächt werden, das Therapieziel (erfolgreiche Entzugstherapie) wird dadurch aufrechterhalten.

„...indem ich mir Zeit nehme für Gespräche.“

„Die Pflegepersonen sind rund um die Uhr beim Patienten.“

Kommt es während der Entzugsbehandlung zu einem Therapieabbruch, ist es wichtig, den Betroffenen das Gefühl zu vermitteln, trotz allem auch in Zukunft wieder für sie da zu sein. Dass eine Enttäuschung über den Therapieabbruch vorhanden ist, kann den PatientInnen vermittelt werden. Frustration und Ärger sind trotzdem nicht angebracht.

„Wir versuchen dem Patient, auch wenn es in dieser Situation oft nicht leicht ist, neutral gegenüber zu treten und lassen ihm wissen, dass er, wenn er sich wieder für eine Therapie entscheiden wird, jederzeit bei uns melden kann.“

„Sicher hat man das Gefühl, dass alles vergebene Liebesmühe war und ist enttäuscht. Wenn ich das alles persönlich nehmen würde, könnte ich diesen Beruf nicht ausführen. Nimmt er diese Chance nicht wahr können wir nichts dagegen machen, vielleicht schafft er es ja beim nächsten Mal.“

„Ich darf den Patienten nie wertend gegenübertreten.“

„Der Patient weiß, dass er jederzeit zum Pflegepersonal kommen kann und seine Wünsche, Anliegen und Beschwerden Gehör finden.“

„Wir bringen den Patienten Aufmerksamkeit, Wertschätzung und Empathie entgegen und sind Tag und Nacht für sie da.“

8.4.5.3 Authentizität

Bei all ihren Handlungen sollen die Pflegepersonen authentisch bleiben, die Betroffenen sollen sie als echt und ungekünstelt wahrnehmen. Gerade substanzmittelabhängige PatientInnen, die durch ihren bisherigen Lebenswandel oftmals stigmatisiert wurden, reagieren besonders sensibel. Sie erkennen sofort, ob die Person es ehrlich mit ihnen meint oder sich nur hinter einer Fassade versteckt. Die Betroffenen leiden vielfach unter starken psychischen und physischen Entzugsbeschwerden. Die Pflegepersonen reagieren darauf, indem sie diese Beschwerden ernst nehmen und dementsprechend handeln.

„Im Gespräch immer authentisch bleiben, zeigen, dass ich wirklich interessiert bin. Die Patienten sind sehr sensibel.“

„Ich behandle alle Patienten gleich, egal ob Obdachloser oder jemand der noch ein gut funktionierendes soziales Netz um sich hat.“

„Unsere Patienten sind sehr sensibel, sie merken sofort wenn es jemand nicht ernst mit ihnen meint.“

„Ich trete den Patienten wertschätzend und authentisch gegenüber, spreche ihn als Herrn oder Frau XY an und bezeichne ihn nicht als Junkie.“

Die PatientInnen sollen erkennen, dass von Anfang an ehrliches Interesse vorhanden ist, nur so können sie sich fallen lassen und fremde Hilfe akzeptieren. Die Vorurteile der Gesellschaft sind während der Therapie deutlich zu erkennen.

„Ich muss ehrliches Interesse zeigen um mit ihm gemeinsam seine Ressourcen herauszufinden und somit seine Ziele auch planen zu können.“

Die Stigmatisierung spielt eine wesentliche Rolle, die Patienten spüren das und das macht sie misstrauisch und skeptisch, auch dem Pflegepersonal gegenüber. Sie fragen sich, wie ernst man es wirklich mit ihnen meint“.

Die Haltung der Pflegenden sollte in keinem Fall wertend sein. Die Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson lehrt, dass Menschen mit besonderen Bedürfnissen einen hohen Anspruch an Toleranz, Akzeptanz und Wertschätzung benötigen. Diese Herausforderungen bestimmen den täglichen Arbeitsablauf der Pflegepersonen und sind für die Genesung der Betroffenen entscheidend.

„Natürlich erkennt man, dass der Patient zu Beginn der Therapie skeptisch und unsicher reagiert, das ist ein nachvollziehbares Verhalten, viele Patienten waren jahrelang auf sich alleine gestellt. Warum sollte es jetzt jemand ernst mit ihnen meinen?“

„Sie müssen lernen wieder Vertrauen zu fassen. Durch die Zusammenarbeit im Team gelingt es aber sehr gut den Patienten Geborgenheit zu vermitteln, dadurch erkennt er sehr rasch, dass wir es ernst mit ihm meinen und er kann sich ganz auf die Entzugstherapie einlassen.“

„Viele substanzmittelabhängige Patienten haben gelernt, um am Leben zu bleiben, sich selbst und andere Menschen ständig zu belügen. Natürlich ist dies für die Pflegepersonen eine besondere Herausforderung. Sie bringen den Patienten ehrliches Interesse entgegen und werden trotzdem belogen.“

„Nur durch die in den Ausbildungen gelernte Professionalität und die eigene innere Stärke gelingt es uns trotzdem neutral und aufrichtig zu bleiben.“

„Wenn man von einem Patient belogen wird, ist es wichtig, dass man sich ihm gegenüber nicht nachtragend verhält. Wir messen dem Geschehenen nicht übermäßige Bedeutung bei, sondern versuchen durch positive Äußerungen den Patienten zu motivieren sich an die Wahrheit zu halten.“

„Ich finde, das Verhalten kann man mit dem von Kindern vergleichen. Wenn ein Kind etwas Verbotenes macht und ich mache daraus ein großes Theater und drohe Konsequenzen an, mache ich alles nur noch viel schlimmer. Wenn man im Gegensatz dazu dem Ganzen eine gewisse Lässigkeit entgegenbringt, ist das alles nicht mehr so interessant, sie lernen somit, dass es ja gar nicht so schlimm ist bei der Wahrheit zu bleiben.“

8.4.6 Teamgeist

Die Zusammenarbeit im Team, welche in erster Linie die Pflegepersonen, Ärzte und in weiterer Folge auch die Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter umfasst, ist für den positiven Abschluss der Entzugstherapie der Betroffenen von großer Bedeutung. Jeder hat seinen eigenen Aufgabenbereich, aber alle verfolgen das gleiche Ziel. Wichtig ist, dass die PatientInnen die Bedeutung der einzelnen Berufsgruppen erkennen und akzeptieren. Zum Teamgeist gehören die „gute Zusammenarbeit“ und der „Schutz durch Teamarbeit“.

8.4.6.1 Gute Zusammenarbeit

Die gute Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen ist nicht nur für die PatientInnen von Vorteil, sie prägt auch das gesamte Stationsklima. Fühlen sich alle MitarbeiterInnen auf der Station wohl und die Arbeit bereitet ihnen Freude, so spiegelt sich dieses auch im Verhalten der Betroffenen wieder.

„Eine gute Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen ist notwendig, um diese Menschen, die oftmals von der Gesellschaft ausgegrenzt werden zu unterstützen, zu motivieren, dass sie wieder einen Sinn im Leben finden.“

„Erstens, weil mir das Team gut gefällt und das ist für mich das wichtigste. Ich glaube, dass man jede Arbeit machen kann, wenn das Team passt.“

Substanzmittelabhängige PatientInnen haben nie gelernt, sich auf andere Menschen zu verlassen, sie gehen ihren eigenen Weg. Beschaffungskriminalität und das negative Selbstbild sind ihre ständigen Begleiter. Sie müssen erst lernen Vertrauen zu anderen Menschen zu fassen, dies funktioniert aber nur durch eine gute Zusammenarbeit.

„Würde jeder nur für sich arbeiten, wäre dies sinnlos. Der Patient erkennt sofort, dass nicht alle an einem Strang ziehen und würde das zu seinem Vorteil nutzen.“

„Es müssen für alle, damit meine ich auch das gesamte multiprofessionelle Team, klare Strukturen vorhanden sein.“

Eine lückenlose Informationsweitergabe ist erforderlich, Informationsdefizite würden sich sehr negativ auf den Behandlungsverlauf auswirken.

„Wichtig ist, dass alle Informationen, die den Patient betreffen, weitergegeben werden und keiner in Eigenregie arbeitet.“

„Wichtig ist der Austausch der Pflegepersonen untereinander, beziehungsweise müssen alle Pflegepersonen klare Strukturen vorgeben.“

8.4.6.2 Schutz durch Teamarbeit

Das Miteinander bringt aber auch den Vorteil, dass man sich vor ungewollten Aktionen der Betroffenen schützen kann. Viele PatientInnen versuchen das Team untereinander zu spalten. Für die Betroffenen ist es wichtig zu wissen, wer seine Bezugsperson für den jeweiligen Tag ist. Alle Pflegehandlungen werden von der Bezugsperson durchgeführt. Wünsche, Anliegen, Beschwerden werden von dieser erfasst und weitergeleitet. Die Bezugspflege bietet den Vorteil, dass die Betroffenen wissen, wer ihre Ansprechperson für den jeweiligen Tag ist. Die Bezugspflegepersonen vereinbaren mit den PatientInnen Ziele, die es während der Entzugstherapie zu erreichen gilt. Die Pflegepersonen arbeiten gemeinsam mit den

Betroffenen Maßnahmen aus um diese Ziele auch zu erreichen. Wöchentlich findet ein Bezugspflegegespräch statt, die zuständigen Pflegepersonen und die PatientInnen setzen sich zusammen und evaluieren die vergangene Woche. Wichtig ist, dass die Ressourcen der PatientInnen vollkommen ausgeschöpft werden.

„Wir haben die Bezugspflege, dass heißt, jeder Patient wird informiert welche Pflegeperson für ihn zuständig ist. Der Informationsaustausch findet ausschließlich mit der Bezugsperson statt, alle anderen Mitarbeiter verweisen den Patienten an diese. Nur so können die Patienten klare Grenzen kennen lernen und akzeptieren.“

„Dem Patient wird in der Früh mitgeteilt welche Pflegeperson für ihn am Tag zuständig ist. Wendet sich der Patient zwischendurch an eine andere Pflegeperson, nimmt diese sein Anliegen entgegen, das Entscheiden und Ausführen obliegt aber ausschließlich der Pflegeperson, die für ihn die Verantwortung übernommen hat. Das ist wichtig! Somit hat der Patient keine Chance das Personal gegeneinander auszuspielen.“

Viele PatientInnen brechen die Entzugstherapie vorzeitig ab oder werden anschließend wieder rückfällig. Diese negativen Erfahrungen lösen im Team Gefühle wie Enttäuschung, Ärger, aber auch Wut aus. Diese negativen Gefühle sind nachvollziehbar, in der Zusammenarbeit mit den Betroffenen aber völlig unangebracht. Der ständige Austausch im Team bietet die Möglichkeit, dass diese Gefühle nicht überhand nehmen und die Entzugstherapie beeinflussen.

„Für mich ist es eine Grundvoraussetzung, dass ich im Team über meine Gefühle sprechen kann. Wir tauschen uns untereinander aus und können auch Gefühle zeigen, das hilft mir persönlich sehr.“

„Wir haben ein sehr tolles multiprofessionelles Team und sprechen ganz frei und offen miteinander, das ist sehr positiv und motivierend.“

„...natürlich sprechen wir im Team darüber, das hilft schon. Wenn ich alles persönlich nehmen würde, könnte ich diesen Beruf nicht ausführen.“

9. Resümee und Ausblick

Im abschließenden Teil dieser Arbeit werden eine Zusammenfassung und die Beantwortung der Forschungsfragen auf Basis der empirischen Erhebung gegeben. Beschrieben werden Erkenntnisse und Erfahrungen sowie Herausforderungen von Pflegepersonen bei der Betreuung von substanzmittelabhängigen PatientInnen während der stationären Entzugstherapie.

Im empirischen Teil der Arbeit werden zwei Themenschwerpunkte bearbeitet:

- Pflegeorientierte Themen
- Patientenorientierte Themen

Die Ergebnisse und Empfehlungen beruhen auf den durchgeführten Interviews mit Pflegepersonen. Weshalb sie in pflege- und patientenorientierte Themen aufgeteilt wurden lässt sich dadurch erklären, dass einerseits das Handeln, die Haltung und die Zusammenarbeit im Team behandelt und andererseits die Gründe zur Therapieentscheidung, die Persönlichkeit und das Ausmaß an Mitarbeit der PatientInnen aus der Sicht der Pflegepersonen beschrieben wird.

Patientenorientierte Themen

Die Entscheidung zur Therapie obliegt zwei wichtigen Aspekten. Entscheiden sich die PatientInnen freiwillig zu einer Therapie wird von den Pflegepersonen beschrieben, dass diese Freiwilligkeit die besseren Voraussetzungen für einen positiven Therapieabschluss ergibt.

Die Betroffenen melden sich telefonisch regelmäßig und zeigen ihr ehrliches Interesse an der Entzugstherapie. Die Pflegepersonen erwähnen jedoch, dass jüngere PatientInnen oftmals wenig Erfahrung im Hinblick auf ihre Erkrankung haben, diese als cool und lässig empfinden und den Hintergrund der Tragödie an einer Suchterkrankung zu leiden nicht erkennen.

Dies ist eine weitere Herausforderung für die Pflegepersonen, da sie Erfahrung nicht vermitteln können. Jeder muss diese selbst machen. PatientInnen mit langjähriger Suchterfahrung haben gelernt, dass ihre Krankheit nur durch professionelle Hilfe zu behandeln ist und es ohne Unterstützung keine Zukunftsperspektiven mehr gibt. Sie zeigen sich deutlich motivierter, haben jedoch

viele Jahre ihres Lebens durch das Suchtmittel verschwendet, sind durch körperliche Beeinträchtigungen gehandicapt und müssen einen Neustart beginnen.

Für die Pflegepersonen zeigt sich, erst wenn die PatientInnen ganz unten sind und schon einige Entzugsbehandlungen hinter sich haben, erkennen sie, dass sie Hilfe und Unterstützung notwendig haben.

Der zweite Aspekt betrifft die Aufnahme durch einen Druck von außen. Dieser findet entweder durch die Familie, Beruf oder durch eine gerichtlich bewirkte Aufnahme, sozusagen als „Therapie statt Strafe“, statt. Diese PatientInnen sind deutlich weniger motiviert. Ihnen fehlt es oft an Erfahrung, sie werden aber durch Peer-Groups in ihrem bisherigen Dasein unterstützt und finden daher keinen nennenswerten Grund sich einer Entzugstherapie zu unterziehen. Hierin liegt vor allem die Herausforderung der Pflegepersonen. Betroffene, die eigentlich gar keine Behandlung wollen, sogar gezwungen werden sich dieser zu unterziehen und deshalb meistens relativ schnell wieder in ihre alten Verhaltensmuster zurückfallen.

Pflegepersonen vergleichen dieses Verhalten mit dem eines Kleinkindes, welchem man hundertmal sagen kann nicht auf einen morschen Baum zu klettern. Verstehen wird es erst, wenn es einmal heruntergefallen ist. Bei der Auflage „Therapie statt Strafe“ sitzen die meisten PatientInnen ihre Zeit auf der Station ab und warten bis sie wieder in ihre so genannte Freiheit entlassen werden.

Während der gesamten Entzugstherapie der Betroffenen stellt die Veränderung ihrer Persönlichkeit eine besondere Herausforderung dar. So mangelt es oftmals an der Krankheitseinsicht, welche für eine erfolgreiche Entzugstherapie dringend erforderlich ist. Pflegepersonen beschreiben, dass vor allem junge PatientInnen damit prahlen, was sie in ihrem kurzen Leben schon alles erlebt haben. Die Suchterkrankung steht noch nicht im Vordergrund, Folgeerscheinungen werden ausgeblendet. Die kurze Dauer der Abhängigkeit hat noch keine Folgen hinterlassen, Schul- und Berufsabschluss sind kein Thema. Viele PatientInnen betrügen sich selbst und belügen auch ihr Umfeld. Für die Pflegepersonen stellt das krankheitsbedingte Verhalten der PatientInnen eine besondere Herausforderung dar. Sie müssen aufpassen, nicht selbst Opfer dieser Lügen und Intrigen zu werden. Die Betroffenen suchen die Schuld nicht bei sich selbst, sondern verlagern diese nach außen und projizieren sie auf ihr Umfeld. Die professionell ausgebildeten

Pflegepersonen erkennen dies sofort und können dementsprechend entgegenwirken, indem sie die Betroffenen darauf ansprechen und aufklärende Gespräche führen.

Da die Selbstwahrnehmung der PatientInnen von der psychischen und physischen Entwicklung abhängig ist und viele Betroffene aus desolaten sozialen Verhältnissen stammen, ist diese meist sehr negativ. Das Selbstbewusstsein ist stark herabgesetzt, sie fühlen sich minderwertig und stigmatisiert. Die Ursache der Stigmatisierung ist vielfach auf DrogenpatientInnen zurückzuführen, die sich nicht der Norm entsprechend verhalten oder kriminelle Handlungen vollführen. Sie machen etwas Verbotenes, welches von der Gesellschaft abgelehnt wird.

Die Betroffenen haben durch ihre sich anezogenen Verhaltensmuster gelernt zu überleben, egal ob sie gesellschaftstauglich sind oder nicht. Dieses nicht gesellschaftskonforme Verhalten ist ein wesentlicher Teil der Arbeit im Umgang mit dieser Patientengruppe und eine der größten Herausforderungen der Pflegepersonen.

Während der gesamten Entzugstherapie haben die Pflegepersonen immer wieder die Aufgabe die Betroffenen zur Mitarbeit zu motivieren. Sind die Betroffenen dazu bereit und, wenn ja, wie können sie dabei unterstützt werden? Das Nähe- bzw. Distanzverhalten ist eine Form der Mitarbeit. Einige PatientInnen zeigen sich distanzlos, werden kumpelhaft und duzen das Pflegepersonal. Sie kennen keine Grenzen und halten sich nicht an die vereinbarten Regeln. Andere wiederum sind völlig distanziert, lassen keine Nähe zu und zeigen ein ablehnendes Verhalten. Um eine professionelle Beziehung zwischen Pflegepersonen und PatientInnen aufbauen zu können bedarf es an sehr viel Erfahrung, Wissen und Gefühl. So kann die körperliche Nähe, wie zum Beispiel das Halten einer Hand eine Woge an Emotionen bei den Betroffenen hervorrufen, mit der man aber dann auch kompetent umzugehen hat.

Viele PatientInnen lernen durch das stationäre Setting erstmals sich an Strukturen und Rahmenbedingungen zu halten, eine erstmalige Erfahrung für die Betroffenen. Bis dahin haben sie sich nur an sich selbst und an der Droge orientiert, jetzt werden ihnen Richtlinien und Grenzen vorgegeben. Die Herausforderung der Pflegepersonen sind die bisherigen Erfahrungen und das aktuelle Geschehen in

Einklang zu bringen, ohne den Betroffenen ihre Autonomie zu nehmen. Bewältigungsstrategien, welche den PatientInnen ermöglichen sollen sich abzulenken, zu entspannen und wieder zu sich selbst zu finden, sind ein Angebot der Pflegepersonen. Sie knüpfen individuell an die Bedürfnisse und Probleme der Betroffenen an und sollten von diesen auch angenommen werden. Bewältigungsstrategien werden auch als Copingstrategien bezeichnet und sind nur sinnvoll, wenn sie auch den Zweck ihres Inkrafttretens erfüllen. Diese werden an den Ressourcen der PatientInnen gemessen und geplant und in weiterer Folge umgesetzt.

Auch die Aggressionen der PatientInnen stellen für das Pflegepersonal eine Herausforderung dar. Die Betroffenen befinden sich durch ihre psychischen und physischen Entzugsbeschwerden, aber auch wegen ihrer Zukunftsängste, in einer Ausnahmesituation und können diese nur mit ihren angelernten, bisher wirksamen Reaktionsmustern bewerkstelligen. So kommt es nicht selten zu verbalen Aggressionen, die sich gegen die Pflegepersonen richten. Verbale Ausfälligkeiten werden häufig beschrieben, tätliche Übergriffe hingegen sind die Ausnahme. Durch Deeskalationstrainings sind die Pflegepersonen geschult. Es kommt sehr selten zu körperlichen Verletzungen. Frustration und Enttäuschung sind aber auch durch gründliche Schulung nicht völlig zu vermeiden.

Pflegeorientierte Themen

Die Pflegehandlungen bei substanzmittelabhängigen Patienten umfassen unterschiedliche Tätigkeiten und stellen einen wesentlichen Schwerpunkt der Betreuung dar. Das Begleiten der PatientInnen während der gesamten Entzugstherapie beginnt schon bei der Aufnahme. So beschreiben Pflegepersonen schon die Aufnahme der Betroffenen als einen wesentlichen Teil ihrer Tätigkeit, da die Kontaktaufnahme in erster Linie durch die Pflegepersonen stattfindet. Aufklärende Gespräche, empathisches Zuhören, aber auch Vermittlung von Fachwissen stehen im Vordergrund. Die Begleitung endet erst mit Abschluss einer erfolgreichen oder vorzeitig beendeten Entzugstherapie. Während dieser Zeit ist es notwendig die PatientInnen zu unterstützen, für sie Zeit zu haben, einfach nur da zu sein. Durch einfühlsame Gespräche werden allgemeine Ängste, Zukunftsängste,

aber auch aktuelle Beschwerden der Betroffenen angehört, ernst genommen und gelindert. Ein Aufgabengebiet der Pflegepersonen ist es auch, körperliche und psychische Entzugsbeschwerden zu lindern. Alternative Möglichkeiten, wie ein entspannendes Aromabad oder einfach nur Spaziergänge im Freien, tragen dazu bei, dass die Betroffenen abgelenkt und ihre Beschwerden gemildert werden. Die PatientInnen können somit neue Eindrücke gewinnen und die Beschäftigung hilft ihre Konzentration zu fördern. Pflegepersonen nehmen im Rahmen der Begleitung auch eine Beraterrolle ein. Sie beraten und informieren die Betroffenen in bestimmten Situationen und sorgen dafür, dass sie sich gut aufgehoben fühlen. Den Betroffenen wird vermittelt, dass sie sich jederzeit beim Pflegepersonal melden können und ihre Wünsche, Anliegen und Beschwerden Gehör finden.

Die Ermutigung der Betroffenen stellt auch für die Pflegepersonen eine ständige Herausforderung dar. Viele Betroffene reagieren zu Beginn, aber auch während, der Therapie mit Skepsis und Ängsten. Diese Verhaltensweisen zu relativieren gehören auch zum Aufgabenbereich der Pflegepersonen. Sie verstehen, dass die PatientInnen bis jetzt auf sich alleine gestellt waren, unsicher reagieren und können diese Verhaltenweisen auch nachvollziehen.

Sie sehen es als großen Schritt, dass sich die Betroffenen zur Therapie entschieden haben und bestärken sie positiv. Kommt es während der Therapie zu einem Gemütseinbruch der PatientInnen, reagieren die Pflegepersonen adäquat. Sie motivieren die Betroffenen und informieren sie durch sehr einfühlsame Gespräche, erklären, dass diese Stimmungsschwankungen im Entzug gehäuft auftreten können und sie daran nicht verzweifeln müssen. Die Pflegepersonen erkennen die Angst der PatientInnen sich selbst wieder kennen zu lernen, sich wieder zu spüren und versuchen ihnen zu helfen ihre Schmerzen auszuhalten. Empathische Gespräche werden meist sehr positiv von den Betroffenen angenommen, sie lernen sich so zu akzeptieren wie sie sind.

Einhaltung von Strukturen und Rahmenbedingungen kann schon im Vorfeld mit Informationsblättern unterstützt werden. In den Stationsrichtlinien wird festgehalten welche Rechte die Betroffenen haben, beziehungsweise welche Pflichten von ihnen eingefordert werden. Um dieser Vorgehensweise mehr Ausdruck zu verleihen, müssen die Richtlinien zu Beginn der Therapie von den PatientInnen unterschrieben

werden. Sie schließen somit einen Vertrag ab und können im Therapieverlauf wiederholt auf die Einhaltung der eigenhändig unterfertigten Richtlinien aufmerksam gemacht werden. Die Pflegepersonen berichten, dass die PatientInnen, durch ihr zuvor von Drogenmissbrauch dominiertes Leben, verlernt haben sich an Grenzen und Strukturen zu halten. Das stationäre Setting bietet den Betroffenen einen geschützten Rahmen, diese Strukturen und Rahmenbedingungen vermitteln Sicherheit.

Die Pflegepersonen helfen auch beim Einhalten der Tagesstruktur. Diese beinhalten das Einhalten eines Tag- und Nachtrhythmus, die regelmäßige Einnahme von Mahlzeiten, das Einhalten von Ordnung und Sauberkeit und die Teilnahme an Therapien und Untersuchungen. Das oberste Ziel der Pflegeperson ist, dass die PatientInnen während der gesamten Therapie keinen körperlichen Schaden erleiden. Um dieses Ziel auch zu gewährleisten, sorgen die Pflegepersonen für das körperliche Wohlbefinden der Betroffenen. Sie nehmen dabei eine Unterstützerrolle ein, indem sie sie bei der täglichen Körperpflege unterstützen und motivieren diese auch durchzuführen. Eine besondere Herausforderung, da viele PatientInnen nicht mehr wahrnehmen, dass sie unangenehm riechen und sie dadurch isoliert werden. Die Pflegepersonen erklären den PatientInnen, dass sie im Entzug vermehrt schwitzen und eine regelmäßige Körperpflege das Wohlbefinden steigert. Zugunsten der Droge wurde auf eine Körperhygiene kaum Wert gelegt, somit fehlen auch elementare Körperpflegeutensilien (Zahnbürste, Seife) um diese korrekt durchführen zu können. Die Pflegepersonen stellen fehlende Pflegeartikel bereit und beraten die Betroffenen bei der Anwendung.

Begleiterkrankungen durch den Drogenkonsum, wie zum Beispiel Hepatitis, HIV und Spritzenabszesse sind nicht selten. Deshalb ist es die Aufgabe der Pflegepersonen, die Betroffenen über die Hygienerichtlinien aufzuklären. Psychische und physische Entzugsbeschwerden bringen die Betroffenen oft in eine Ausnahmesituation. Sie stehen unter hoher innerer Anspannung und als Ventil zeigen sich oftmals inadäquate Verhaltensweisen. Die Pflegepersonen haben im Rahmen ihrer Ausbildung gelernt mit diesen Herausforderungen umzugehen. Sie versuchen die Umgebung so reizarm wie möglich zu gestalten, sprechen das aktuelle Problem direkt an und greifen deeskalierend ein. Verbale Aggressionen und dysphorische

Verhaltensweisen werden durch beruhigende und besänftigende Gespräche gemildert.

Um einen respektvollen Umgang mit den PatientInnen zu erlangen, bedarf es sehr viel Toleranz und Akzeptanz. Die PatientInnen stehen im Vordergrund, trotzdem ist Respekt nur im gegenseitigen Einvernehmen vermittelbar. Die Pflegepersonen übernehmen eine Vorbildfunktion, sie zeigen vor wie eine gegenseitig wertschätzende Kommunikation ablaufen kann. Geduldig sein, sich Zeit nehmen und warten können ist eine Eigenschaft, die bei Pflegepersonen nicht fehlen sollte. Bei substanzmittelabhängigen PatientInnen kommt es während der Therapie immer wieder zu vorzeitigen Therapieabbrüchen, die Rückfallsquote ist sehr hoch. Die Frustration der Pflegepersonen steigt mit jedem Abbruch der Betroffenen, dennoch erfordert es auch weiterhin Geduld und Hoffnung. Die Pflegepersonen sollten dadurch nicht abstumpfen oder sogar daran zerbrechen. Es ist daher wichtig den Betroffenen neutral gegenüberzutreten und sie wissen zu lassen, dass sie sich jederzeit wieder melden und eine neue Therapie beginnen können.

Das Gefühl der Enttäuschung bei den Pflegepersonen ist vorhanden, darf jedoch nicht die Überhand gewinnen, da dadurch ihre Professionalität angezweifelt werden kann. Auch die Stimmungsschwankungen der PatientInnen während der Therapie benötigen sehr viel Geduld. Das emotionale Öffnen der Betroffenen und die Mitwirkung an der Therapie, sind davon abhängig. Wenn die PatientInnen nicht sprechen möchten, sollte dies akzeptiert werden. Dennoch kann ihnen in Form von Kurzkontakten vermittelt werden, dass sie sich jederzeit melden können und immer jemand für sie da ist. Hat der Betroffene das erkannt, steht einer zwischenmenschlichen Beziehung nichts mehr im Wege. Substanzmittelabhängige PatientInnen wurden durch ihren bisherigen Lebenswandel von der Gesellschaft oftmals stigmatisiert. Hier liegt es an den Pflegepersonen Vertrauen zu den Betroffenen aufzubauen und Authentizität zu vermitteln. Die Pflegepersonen zeigen, dass sie die Beschwerden der Betroffenen nachvollziehen können, sie bleiben in den Gesprächen immer authentisch, zeigen sich interessiert und nehmen Anteil. Erst durch ehrliches Interesse gewinnen die Betroffenen Vertrauen und nur so ist es möglich, gemeinsam die Ressourcen der PatientInnen herauszufinden.

Von den Pflegepersonen wird vor allem der Teamgeist erwähnt. Eine gute Zusammenarbeit prägt das gesamte Stationsklima, fördert Wohlbefinden und Freude und unterstützt somit auch die Betreuung der PatientInnen. Die gute Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen wird von Pflegepersonen als essentiell empfunden, um die Betroffenen zu unterstützen, zu motivieren um ihnen wieder einen Sinn im Leben zu geben. Ein konstruktives Zusammenarbeiten des multiprofessionellen Teams ist für die Betroffenen von Vorteil. Sie erkennen, dass alle an einem Strang ziehen und fühlen sich dadurch ernst genommen. Der Schutz durch Teamarbeit unterstützt die Pflegepersonen und dient dazu, sich nicht von den PatientInnen gegeneinander ausspielen zu lassen. Die Bezugspflege unterstützt diese Herangehensweise zusätzlich. Jeder Betroffene weiß, welche Pflegeperson am Tag und in der Nacht für ihn zuständig ist. Die zuständigen Pflegepersonen entscheiden und sind verantwortlich welche Handlungen gesetzt und ausgeführt werden. Es gibt nur eine Linie, die Betroffenen müssen dies erkennen, verstehen und lernen damit umzugehen.

Die Suchtkrankenpflege ist sehr facettenreich, eine fundierte Ausbildung und ständige Fort- und Weiterbildungen in diesem Bereich sind wünschenswert. Dem Deeskalationstraining steht eine wesentliche Aufgabe bei der Ausübung dieser Tätigkeit zu, es sollte dem gesamten multiprofessionellen Team zur Verfügung stehen. Die zwischenmenschliche Beziehung, welche auch die Kommunikation beinhaltet, hat einen besonderen Stellenwert in der Suchtkrankenpflege. Sonderausbildungen würden auf diesem Gebiet zur besseren Interaktion zwischen den Betroffenen und Pflegepersonen beitragen. Supervisionen und Coachings zur Verbesserung der Zusammenarbeit im Team und Entlastung der Pflegepersonen sollten als Angebot zur Verfügung stehen. Das Bezugspflegemodell, welches die Grundlage für die Beziehungspflege ist, sollte allen Pflegepersonen klar und verständlich vermittelt werden. Dadurch könnten die Ressourcen der Betroffenen besser umgesetzt und die Gesundheitspflege gefördert werden.

10. Bibliographie

Attelslander Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung. Walter de Gruyter GmbH & Co. KG Berlin 2003

Bastigkeit Matthias: Rauschdrogen, Drogenrausch, Eigenschaften, Wirkung und Notfallbehandlung. Verlagsgesellschaft Stumpf – Kossendey - Edeweicht- Wien, Media Print, Paderborn 2003

Behrends, Detlef: Das geplante Pflegegespräch mit persönlichkeitsgestörten Patienten – ein Beitrag zur Gesprächsführung in der forensischen Psychiatrie. Psych Pflege 2004; 10: 307-311; Georg Thieme Verlag KG Stuttgart - NewYork

Beubler, Eckhard/Haltmayer, Hans/Springer, Alfred: Opiatabhängigkeit, Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. Springer Verlag Wien New York 2007

Frank, Norbert/Stary, Joachim: Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens. Ferdinand Schöning GmbH Verlag; Paderborn 2003

Gastpar, Markus T./Kasper, Siegfried/Linden, Michael(hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, Wien - New York 2003

Hausmann, Clemens: Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung; Grundlagen-Interventionen-Versorgungsstandards. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2003

Hinterhuber, Hartmann/Fleischhacker Wolfgang W.: Lehrbuch der Psychiatrie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart New York 1997

Käppeli, Silvia: Pflegekonzepte; Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Hans Huber Verlag, Bern 2004

Ketelsen, Regina/Schulz, Michael/Zechert, Christian: Seelische Krise und Aggressivität; Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Psychiatrie Verlag GmbH, Bonn 2004

Kirkevoid, Marit: Pflege-theorien. Urban Schwarzenberg Verlag, München – Wien – Baltimore 1997

Kühne-Ponesch, Silvia: Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2004

Loth, Chris/Rutten, Ruud/Huson-Anbeek, Diny/Linde Linda (Hg.): Professionelle Suchtkrankenpflege. Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle 2002

Mayer, Hanna: Einführung in die Pflegeforschung. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2002

Mayer, Hanna: Pflegeforschung - Ansätze und Methoden II „Das qualitative Interview“. Facultas Verlags- und Buchhandels AG Wien, 2003

Mayring, Philipp: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag; Weinheim und Basel 2002

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Beltz Verlag; Weinheim und Basel 2008

Mischo-Kelling, Maria/Wittneben, Karin: Pflegebildung und Pflege-theorien. Urban Schwarzenberg Verlag, München – Wien – Baltimore 1996

Pallenbach, Ernst/Ditzel, Walter: Drogen und Sucht; Suchtstoffe-Arzneimittel-Therapie. Wissenschaftliches Verlagsverzeichnis Stuttgart 2003

Peplau, Hildegard E.: Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege; Ausgewählte Werke. Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle 1997

Poser, Wolfgang/Poser, Sigrid: Medikamente- Missbrauch und Abhängigkeit; Entstehung Verlauf Behandlung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York 1996

Prattke, Angela: Sucht. Formen, Probleme; Aufgaben der Pflege. Kohlhammer Verlag 2001

Rosenberg Marschall, B.: Gewaltfreie Kommunikation, Aufrichtig und einfühlsam miteinander sprechen, Neue Wege in der Mediation und im Umgang mit Konflikten; Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 2003

Sauter, Dorothea/Richter, Dirk (Hg.): Experten für den Alltag; Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern. Psychiatrie Verlag, Bonn 1999

Sauter, Dorothea/Richter, Dirk (Hg.): Gewalt in der psychiatrischen Pflege. Hans Huber Verlag, Bern – Göttingen –Toronto - Seattle 1998

Schädle-Deininger, Hilde: Fachpflege Psychiatrie. Urban-Fischer Verlag, München 2006

Schaeffer, Doris/Moers, Martin/Steppe, Hilde/Meleis Afaf: Pflege-theorien, Beispiele aus den USA. Hans Huber Verlag, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle 1997

Schäfer, Ingo/Krausz, Michael: Trauma und Sucht; Konzept-Diagnose-Behandlung. Klett-Cotta-Verlag Stuttgart 2006

Schmidbauer, Wolfgang/Scheidt, Jürgen: Handbuch der Rauschdrogen. Fischer Taschenbuch Frankfurt am Main, Springer Verlag Wien New York 2003

Stahlmann, Sabine: Kann die Pflege-theorie der Hildegard Peplau dazu beitragen, Compliance auf der geschlossenen Suchtstation herzustellen? Psych Pflege 2004; 10: 340-345 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart - New York

Steinert, Tilman: Aggression bei psychisch Kranken. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1995

Uchtenhagen, Ambros/Zieglgänsberger, Walter: Suchtmedizin; Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. Urban-Fischer Verlag München-Jena 2000

Wesuls, Ralf/Heinzmann, Thomas/Brinker, Ludger: Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa); Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in Gesundheitsberufen. Unfallkasse Baden-Württemberg Stuttgart – Karlsruhe 2005

Wolff, Stepan: Wie nehmen Pflegende in der Psychiatrie ihre Patienten wahr? Psych Pflege 2002, 8: 300-309; Georg Thieme Verlag KG Stuttgart-New York

11. Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name:	Monika Lackner-Seidel
Wohnsitz:	Friedhofstraße 36 2351 Wiener Neudorf
Geburtsdaten:	20.02.1973
Staatsbürgerschaft:	Österreich
Familienstand:	verheiratet

Ausbildung

1979-1983	Volkschule Neumarkt in der Steiermark
1983-1987	Hauptschule Neumarkt in der Steiermark
1987-1992	Bundeshandelsakademie Treibach/Althofen
1992-1995	Allgemeine Krankenpflegeschule der Stadt Wien
1998	Berechtigung zur Berufsausübung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege nach §111 Abs. 2 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
1999	Intensivkurs für psychiatrisch intensivpflichtige Patient/Innen
2002-2010	Studium Pflegewissenschaft, Universität Wien
2009-2010	Ausbildung zur Skills Trainerin

Berufspraxis

1995-2005	Vollzeitbeschäftigung AKH-Wien
2005-2006	Schwangerschaftskarenz
2006-2008	Teilzeitbeschäftigung AKH-Wien
2008-2009	Bereichsleitungsververtretung Landes- Thermenklinikum Baden
2009-	Vollzeitbeschäftigung AKH-Wien