

Pflege als Beziehungswandel - Ein verstehender Zugang zu den Belastungen pflegender Angehöriger

erschienen in:

Diakonia, Internationale Zeitschrift für die Praxis der Kirche, 32. Jg., Mai 2001, S. 218 – 222.

Wider alle Vernunft scheint dem Außenstehenden manchmal das Verhalten pflegender Angehöriger zu sein. Ermattete, überlastete Pflegende - Pflegende, die klaglos ihr Leben in den Dienst des Angehörigen stellen - Pflegende, die auf vieles verzichten, was ihnen zuvor wichtig war. Aus Unkenntnis und Berührungsscheu, verstehen die, die nicht betroffen sind, solche Verhaltensweisen nicht. Eine pflegende Angehörige erzählte mir in einem unserer Gespräche: „Am schlimmsten habe ich immer die Leute erlebt, die lauter gute Ratschläge für einen hatten. Viele haben mir damals gesagt, daß ich jetzt auch an mich denken müsse. Daß ich mir etwas Gutes tun solle. Ich glaube, daß niemand die Situation eines Pflegenden wirklich verstehen kann.“

Wie aber ist jenseits der „guten Ratschläge“ ein Verständnis der Situation pflegender Angehöriger möglich? Im folgenden möchte ich ***Pflege als eine gravierend veränderte Form einer bis dahin mehr oder weniger intakten freundschaftlichen, familiären oder ehelichen Beziehung verstehen***. Mir geht es um einen psychoanalytischen Blick auf die Beziehung zwischen den Menschen, die sich vor geraumer Zeit aneinander gebunden haben oder durch familiäre Bande ohnehin unauflöslich miteinander verbunden sind. Um Veränderung so zu begreifen, muß der Blick auf die Beziehungsgeschichten fallen, die Menschen teilen. Am Anfang ist der andere wie ein Versprechen, all diese ausgesprochenen und unausgesprochenen Erwartungen zu erfüllen. Jedoch enden alle Beziehungen erfahrungsgemäß mit Enttäuschungen, wie lakonisch ein Psychoanalytiker bei einem Workshop sagte, dessen Teilnehmer ich war.

Der Verlust des pflegenden Angehörigen erstreckt sich jedoch auf mehr: Er verliert nicht nur seine Illusion über den anderen, schmerzlicher scheint mir der Verlust dessen zu sein, was er für sich alleine und gemeinsam mit seinem Angehörigen aufgrund der mehr oder weniger umfassenden Pflegebedürftigkeit nicht mehr tun kann. Alle Pläne, die ein Paar für das Alter geschmiedet hat, alle Wünsche und Hoffnungen, müssen je nach Krankheitsbild und Krankheitsverlauf einer häufigeren und tiefgreifenderen Revision unterzogen werden. Wie sich die Beziehung zwischen Betreuer und pflegebedürftigem Angehörigen letztendlich entwickelt, hängt meines Erachtens von der Fähigkeit zu trauern ab.

Beziehungsbelastungen

Körperliche Anstrengung scheint mir nicht die wesentliche Belastung zu sein, wenn eine pflegende Angehörige sagt, daß sie, nachdem ihr Mann in eine Pflegeeinrichtung gekommen sei, noch genauso viel Streß, noch genauso viele Sorgen habe. Wie sind diese Sorgen zu verstehen, was macht die anderen Belastungen aus? Ich glaube, daß die durch Krankheit oder Unfall verursachte Pflegebedürftigkeit erheblich das Beziehungsgeflecht der miteinander verbundenen Personen verändert. Sie ist eine Anfrage an die Qualität der bestehenden Bindung, anschaulicher formuliert: Wie sind die Menschen, die nun von einem Schicksalsschlag betroffen sind, vorher miteinander umgegangen? Wie haben sie ihre Beziehung gestaltet? Wie sind sie mit schwierigen Lebenssituationen oder Krisen umgegangen? Die Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen wirft bewußt oder unbewußt die Frage auf, ob man sich ein weiteres Zusammensein mit dem kranken Menschen vorstellen kann. Ist es möglich eine neue und für beide Seiten befriedigende Balance von Nähe und Distanz zu erreichen, wenn doch gerade das Dilemma der Pflegebedürftigkeit darin besteht, daß zwangsläufig eine ***pflegerische Nähe*** notwendig wird, die möglicherweise der

Beziehungsnähe an sich nicht entspricht? Das scheint mir eine der zentralen Fragen für pflegende Angehörige zu sein. Es ist verständlich, daß jemand unter bestimmten Umständen mit dem Gedanken spielt, seinen Angehörigen in einer existentiell schwierigen Situation zu verlassen, oder ihn in eine Pflegeeinrichtung zu geben. Erst vor kurzem sprach ich zufällig mit einer Bekannten, deren Schwager durch einen tragischen Fahrradunfall vom sechsten Halswirbel ab querschnittsgelähmt ist. Sie erzählte, daß ihre Schwester aus der gemeinsamen Wohnung ausziehen wolle, um sich ein Haus weiter einzumieten. Der Gedanke eines gemeinsamen Lebens mit einem querschnittsgelähmten Mann erscheint ihr unerträglich, auch wenn beide ein gemeinsames Kind haben. Unerträglich wohl auch darum, weil sie das gleiche Schicksal bereits bei ihrem Vater hautnah erlebt hat.

Phantasien und Gedanken über eine mögliche Trennung oder tatsächliche Trennungen können von heftigen Schuldgefühlen begleitet sein. Das Gewissen meldet sich und ruft: "Das kannst Du ihm doch jetzt nicht antun!", "Er braucht dich doch!". Obwohl pflegende Angehörige in dieser Frage unter Gewissensdruck und unter sozialem Druck stehen, hängt die Entscheidung auch davon ab, wie der Stand der Beziehung vor Ausbruch der Pflegebedürftigkeit des Angehörigen war. Wurde bereits vorher über eine mögliche Trennung nachgedacht, dann bricht die Bindung hier vielleicht auseinander. Zwei Menschen haben sich auseinandergeliebt. Bleibt die Bindung jedoch bestehen, müssen sich alle Beteiligten mit der neuen Situation und den damit verbundenen Gefühlen auseinandersetzen. Unter schwierigen pflegerischen Umständen kann sich eine Hauptbetreuungsperson dazu entschließen, den erkrankten Angehörigen in ein Alten- und Pflegeheim zu geben. Das bedeutet nicht zwangsläufig eine Entlastung, vielmehr zeigen die pflegenden Angehörigen häufig große Schuldgefühle, da sie die Bindung zum anderen gelockert haben. Ich stelle mir vor, wie schwer das für eine Ehepaar sein muß, das sich zeit seines Lebens gut verstanden hat und sich am Beginn ihrer Beziehung das Versprechen gegeben hat, in guten und schlechten Zeiten, in Freud und Leid füreinander einzustehen. Das gebrochene Versprechen lastet schwer und mahnt immer wieder an, was eigentlich das Richtige wäre. Gewissensbisse, die einen bis in den Traum hinein verfolgen können, sind die Folge. Dabei spielt es manchmal keine Rolle, ob es tatsächlich notwendig war, die Pflege in die Verantwortung eines Altenheims zu stellen oder nicht. Alleine die Kluft zwischen dem real leistbaren und dem unerreichbaren Ideal selbstaufopfernder Pflege mag als Gewissenslast erlebt werden und zu massiven Schuldgefühlen führen. Egal was und wieviel ich tue, es reicht niemals an das heran, was das Gewissen zu tun gebietet. So fühlen sich gerade die pflegenden Angehörigen häufig am meisten durch Schuldgefühle belastet, vom Gefühl der Unzulänglichkeit verfolgt, die von außen betrachtet am meisten für ihre Angehörigen tun.

Die Krankheit eines Angehörigen konfrontiert Menschen auf sehr harte Weise mit der Unwägbarkeit des Lebens. Natürlich wissen wir alle um die Gebrechlichkeit des Menschen ebenso, wie um dessen Sterblichkeit. Jeden Tag lesen wir darüber in der Zeitung, schauen uns die Nachrichten im Fernsehen an, hören von tragischen Schicksalen im Bekannten und Verwandtenkreis. Wir tun dies jedoch, ohne die Möglichkeit von Krankheit und Tod unmittelbar auf uns zu beziehen. Tod und Krankheit halten wir uns auf Abstand, weil wir sonst nicht mehr angstfrei leben könnten. Im Moment der Konfrontation mit der Krankheit eines Angehörigen bricht jedoch diese Leichtigkeit des Seins zusammen: Ängste brechen auf. Angst darum, ob und wann sich die Krankheit verschlimmert. Angst um den möglichen Tod des Angehörigen. Angst darum, ob man die Pflege seines Angehörigen lange genug übernehmen kann. Angst vor eigenen Krankheiten, die einem die

Pflege erschweren oder verunmöglichen würden. Der Blick auf Gott und die Welt ist für einen pflegenden Angehörigen nicht mehr unbefangen. Unter diesem Druck findet Pflege eben auch statt. Mit der grundsätzlichen Entscheidung über das Fortbestehen oder den Abbruch einer Bindung und einer notwendigen Veränderung der Nähe-Distanz-Regulation ist ebenfalls eine Revision des Verhältnisses von Abhängigkeit und Unabhängigkeit verbunden. Auch hier ist eine Schiefelage eingetreten: Während die Situation des pflegenden Angehörigen unverändert ist, gerät der Pflegebedürftige zwangsläufig in eine Abhängigkeit. Das führt unter Umständen zu einem Rollentausch in der Beziehung. Der ehemals aktive, dominante Partner ist durch seine Erkrankung in eine passive Rolle gedrängt, während der pflegende Partner mit einem Male eine ungewohnte Verantwortung übernehmen muß. Er ist nun für die Pflege zuständig, muß sagen, „wo's lang geht“. Das kann für beide Seiten belastend sein, weil es die gewohnten Verhältnisse auf den Kopf stellt. Die Abhängigkeit des einen ist eben auch die Abhängigkeit des anderen - die Last des einen ist die Last des anderen. Da scheint es mir nur natürlich, daß der betreuende Angehörige gelegentlich zornig auf das Schicksal oder auf den erkrankten Angehörigen ist: „Früher hat er sich nie um meine Interessen gekümmert, und jetzt kann er es nicht mehr!“ Für viele Betreuer ist es schwierig, den Zorn über den kranken Angehörigen zuzulassen. Der andere in seiner Hilfsbedürftigkeit und seiner Not wirkt zu gebrechlich, zu verletzlich, um ihm das anzutun. Meistens staut sich die Aggression an, um sich dann bei irgendeiner Gelegenheit zu entladen. Gleichgültig jedoch, ob die Aggression geäußert wird oder nicht, ruft sie bei dem Betreuer Schuldgefühle hervor.

Dabei ist der Zorn nicht nur ein Ventil, um die physische und psychische Belastung der Pflege zu bewältigen; er ist nicht nur ein im letzten zum Scheitern verurteilter Versuch die Unerklärlichkeit des Schicksals zu bewältigen. Er ist auch psychoanalytisch als Versuch der Selbstbehauptung zu verstehen, ein Versuch der Selbstabgrenzung in einer Lebenssituation, die das Eigene so grundlegend in Frage stellt. Das gilt für beide Seiten. So kann auch der erkrankte Angehörige mit seinem Schicksal hadern und wütend auf den gesunden Partner sein. Er mag ihm, sofern es ihm nicht gelingt seine Krankheit und die damit verbundenen Konsequenzen zu akzeptieren, das Leben zur Hölle machen. Die Tyrannei hat viele Gesichter: absichtlich einkoten, nachts klingeln, Stuhlgang zurückhalten, unleidlich sein, um nur einige zu nennen. Im Grunde aber ist es ein verzweifelter Ausdruck des Nicht-mehr-selbst-sein-könnens. Eigenheit und Gemeinsamkeit - nachdem die Voraussetzungen dazu nicht mehr die gleichen sind, stellt sich die Frage: Was können wir noch miteinander teilen? Nehmen die Pflegehandlungen schon soviel Zeit in Anspruch, daß der Betreuer sich nicht auch noch um die emotionalen Belange des anderen kümmern kann? Beziehungen leben von einer Balance zwischen Eigensinn und Gemeinsinn. „Die Menschen reichen einander das Himmelsbrot des Selbstseins“, schrieb einmal der jüdische Religionsphilosoph Martin Buber. Ohne daß wir etwas teilen, ohne daß wir uns mitteilen, entsteht keine Gemeinsamkeit. Und es ist eben diese Gemeinsamkeit, die zu gestalten für eine Beziehung in beiden Richtungen wichtig ist. Beschränkt sich die Pflege auf rein pflegerische Handlungen, werden die Menschen einander fremd und verlieren ihren Lebenssinn. „Wenn doch alles bloß bald ein Ende hätte!“ „Welchen Sinn macht denn dieses Leben noch!“ Die **Entfremdung** scheint mir eine große Belastung und Gefahr in der Beziehung von Betreuer und pflegebedürftigem Angehörigen zu sein. Dabei ist es gleichgültig, ob Betreuer und pflegebedürftiger Angehöriger zusammenwohnen oder nicht. Gerade im engen Zusammenleben kann es zu einer unerreichbaren Nähe in der Beziehung kommen, zu der Kälte

einer emotionalen Einsamkeit. Hingegen kann eine wohlwollende räumliche und seelische Distanz zu einer tragfähigen Beziehung führen.

Beziehungen sind stets geknüpft an ein bestimmtes Verhältnis von Gleichheit und Ungleichheit. Bei aller Individualität legen wir doch Wert darauf, daß wir gleiche Pflichten und gleiche Rechte haben, daß die Bilanz von Geben und Nehmen für beide Seiten stimmt. Die Pflegebedürftigkeit verändert dieses Verhältnis grundlegend in beiden Richtungen. Aufgrund seiner physischen oder psychischen Versehrtheit bringt der kranke Angehörige nicht mehr die gleichen Voraussetzungen mit. Seine Ungleichheit zwingt den gesunden Angehörigen dazu, mehr für den anderen dazusein, ihm mehr zu geben, als es üblicherweise der Fall ist. Das kann als Ungerechtigkeit erlebt werden, die einem vom Schicksal auferlegt ist, oder das einem von seinem Angehörigen angetan wird. Natürlich weiß man, daß er an seinem Leiden in aller Regel nicht selbst schuld ist, daß ihm der Zorn nicht gebührt, den man empfindet. Trotzdem richtet er sich häufig gegen ihn, vielleicht aber auch gegen den behandelnden Arzt, der nach dem eigenen Eindruck nicht sein Bestes gegeben hat, die Krankheit nicht früh genug diagnostiziert hat oder die falschen Medikamente verschrieben hat.

Die Pflegebedürftigkeit und die damit verbundenen Veränderungen im Beziehungsgeflecht sind verbundenen mit Schuldgefühlen, Scham, Zorn, Kummer, Schmerz und anderen Emotionen. Je nach der Intensität, Häufigkeit und Dauer stellen diese Gefühle für alle Beteiligten eine erhebliche Belastung dar. Von der Art und Weise, wie es der Beziehung gelingt, sich auf die veränderte Situation einzustellen und die mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen Gefühle zu verarbeiten, wird abhängen, ob sich eine befriedigende oder unbefriedigende Lösung findet.

Trauern als Beziehungsarbeit

Inwieweit sich die Beziehung zwischen Betreuer und pflegebedürftigem Angehörigen positiv entwickelt, hängt meines Erachtens von der Fähigkeit zu trauern ab. Um die emotionale Reaktionen in der Beziehung angemessen verstehen zu können, halte ich es für wichtig, sie als Ausdruck des Trauerprozesses zu sehen. Gelungene Trauerarbeit kann Versöhnungsbereitschaft auslösen, kann zu Reifungsschritten führen, die neue Perspektiven innerhalb der Beziehung eröffnet.

Die ***Phase der Betäubung*** steht in Verbindung mit der Intensität, Plötzlichkeit, Dauerhaftigkeit und dem Grad an Einschränkung, die mit der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen einhergeht. Vermutlich gelingt es einer Beziehung rascher sich auf die Pflegesituation einzustellen, wenn die Beeinträchtigung weniger gravierend, vielleicht nur zeitlich begrenzt ist. Dagegen ist eine Beziehung hoch belastet, in der die Pflegebedürftigkeit schlagartig und dauerhaft gegeben ist. In diesem Augenblick fühlen sich Angehörige häufig betäubt, und sind nicht in der Lage, die Situation zu akzeptieren. Verdrängung, Verleugnung und Betäubung mögen zunächst als unangemessene Reaktionen des Angehörigen und des Betroffenen erscheinen. Sie dienen aber zunächst lediglich dazu, die Unbegreiflichkeit, den dramatischen Einbruch der Krankheit in das eigene Leben aushalten zu können. Ohne die Betäubung drohten einen Angst, Zorn, Bitterkeit oder Verzweiflung zu übermannen. Insofern schützt die Betäubung, gewährt eine unterschiedlich lange Frist des sich mit den Tatsachen vertraut machens. Diese Frist variiert von Fall zu Fall - sie mag rasch vorüber sein

oder Jahre in Anspruch nehmen. Die Betäubungsphase in all ihren Ausformungen jedenfalls ist ein notwendiger Bestandteil des Trauerprozesses und ermöglicht eine Auseinandersetzung mit der Pflegesituation. Bedenklich wird das Betäubt sein, das verharrende Gefühl des Unwirklichen, das Verleugnen der Krankheit erst, wenn sich die Konsequenzen von außen offensichtlich oder innerlich spürbar gegen Betreuer und Angehörigen wenden. Wenn der Betäubung keine Zeit des Erwachens folgt.

Läßt die Betäubung nach, verzeichnen die Betroffenen die Realität des Verlustes. J. Bowlby (1991) spricht von der **Phase der Sehnsucht und Suche nach der verlorenen „guten Zeit“**. Die kann begleitet sein von intensivem Gram, Qual, Zorn, der in manchen Fällen die Form einer allgemeinen Reizbarkeit oder Bitterkeit annimmt. Ruhelosigkeit und Schlaflosigkeit sind weitere Kennzeichen dieses Abschnitts. Der Pflegende steckt in einer ambivalenten, zwiespältigen Lage: einerseits realisiert er nach dem Abklingen der Betäubung den mit dem Verlust verbundenen Schmerz und die hoffnungslose Sehnsucht nach dem ehemaligen Glück, andererseits mag die irrationale Hoffnung da sein, daß alles wie durch ein Wunder gut wird. In dieser Spannung von Schmerz und irrationaler Hoffnung entsteht meines Erachtens der Zorn des pflegenden Angehörigen. Zorn auf das, was einem das Schicksal, der Angehörige oder andere Menschen angetan haben. Auf den Zorn reagieren viele Pflegende mit Gewissensbissen. Ähnlich wie die Betäubung die Aufgabe hat, überwältigende Emotionen wie Angst und Schmerz abzuwehren, besteht die Funktion des Zorns möglicherweise darin, den nunmehr fühlbaren Schmerz auf andere zu werfen. Andere Menschen werden beschuldigt, für das Unglück verantwortlich zu sein. So, wie der Jude zur Klagemauer geht, um dort Gott für das anzuklagen, was ER ihm angetan hat. In diesem Sinne besitzt der Zorn die Aufgabe, das Selbst des Pflegenden zu schützen, damit es unter der Last des Schmerzes nicht zusammenbricht. Vielleicht ist der Zorn auch wie ein Schrei, der die anderen auf das eigene Los aufmerksam machen soll.

Bewältigt der trauernde Angehörige die hoffnungslose Sehnsucht, lernt er die damit zusammenhängenden Emotionen als Ausdruck seines Zwischen-den-Zeiten-stehens zu verstehen. Ob die Sehnsucht, so unerfüllbar sie auch sein mag, zwangsläufig verschwindet, vermag ich nicht genau zu sagen. Ebenso wenig möchte ich behaupten, daß ein vollständiges Verschwinden dieser Sehnsucht ein Zeichen für einen erfolgreichen Trauerprozeß ist. Zumindest aber läßt sich sagen, daß üblicherweise eine **Phase der Desorganisation und Verzweiflung** folgt. Nicht mehr betäubt und bereit, die Situation anzunehmen, steht der pflegende Angehörige vor einer durch die Krankheit veränderten Situation. Die Welt ist für ihn nicht mehr die gleiche wie zuvor, alles ist durcheinander geraten, die Welt ist aus den Fugen. Das, was getragen hat - die Wünsche, Hoffnungen, Gewohnheiten - führen nicht weiter. „So viele Straßen einst; so viele Sackgassen heute“, schreibt der englische Schriftsteller und Literaturhistoriker Clive Staples Lewis (1961). Verzweiflung, Depression, Resignation und Apathie sind typische Merkmale dieser Phase. Erlebt werden sie als Frage nach dem Sinn des Geschehenen, aber auch als generelle Sinnfrage an sich selbst und das Leben.

Schreitet der Trauerprozeß fort, wird die Verzweiflung und Apathie überwunden. In der letzten **Phase eines größeren oder geringeren Grades von Reorganisation** beginnt der pflegende Angehörige die Situation zu prüfen, in der er sich befindet, und mögliche Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Diese Neudefinition seiner selbst und der Situation ist schmerzlich, weil sie mit der

unwiderruflichen Anerkenntnis der Pflegesituation verbunden ist. Sie ist aber die Voraussetzung dafür, neue Pläne machen zu können. Die Reorganisation beinhaltet nicht nur eine emotionale Lösung, sondern bedarf konkreter Handlungspläne. Die besondere Belastung pflegender Angehöriger besteht im Einzelfall darin, daß dieser Prozeß je nach Verlauf und Fortschreiten der Krankheit immer wieder von vorne beginnen kann.

Eine gelungene Trauerarbeit bedeutet nicht, daß es keine emotionalen Belastungen mehr gibt. Es gibt immer wieder Situationen von Verzweiflung, Erschöpfung, Resignation oder Zorn. Entscheidend ist aber aus meiner Sicht, daß es sich hier um Reaktionen handelt, wie sie in jeder Beziehung auftreten und nicht um chronifizierte emotionale Reaktionen. Insofern verstehe ich sie als ein Zeichen der Lebendigkeit der Beziehung. Unterstützend für die Hauptpflegeperson kann sicherlich das Gespräch mit Familienangehörigen sein, vorausgesetzt sie ist bereit, die mit der Veränderung des Beziehungsgefüges verbundenen Gefühle zuzulassen und sich damit auseinanderzusetzen. Das wird ihr einfacher gelingen, wenn sie ein Gegenüber hat, das diesen Gefühlen Raum geben und sie geklärt zurückgeben kann.

Bibliographie

- | | |
|----------------------|---|
| Bowlby, John | Verlust, Trauer und Depression. Fischer, Frankfurt/M. 1991 |
| Buber, Martin | Das dialogische Prinzip. Verlag Lambert Schneider, Heidelberg 1984, 5.Aufl. |
| Lewis, Clive Staples | A Grief Observed. Faber, London 1961 |