

Das Unverständliche

Was erschwert, verhindert, erleichtert die Kooperation zwischen einem Team und Diabetes-PatientInnen mit Familien?

Dagmar Greitemeyer¹

Zusammenfassung

Was Menschen nicht verstehen, erscheint ihnen unvernünftig. Ein Team versucht, Probleme der Kooperation mit Familien und Diabetes-Patienten zu beschreiben, mit Hilfe von Erklärungen zu verstehen und Ideen zu erfinden, die Zusammenarbeit ermöglichen.

Erstes Einkreisen des Problems durch das Team

Patienten und ihre Eltern (manchmal auch Geschwister) kommen in die Klinik mit einem Problem (Diabetes). Dort sind Experten für das Problem und seine verschiedenen Aspekte: Medizin, Ernährung, Psychologie, Sozialarbeit und Pflege. Sie machen vielfältige Angebote aufgrund ihres Wissens und ihrer Erfahrung im Umgang mit dieser Krankheit. Am einfachsten wäre es, wenn die Familien sagen würden, wie es ist, und die MitarbeiterInnen der Klinik würden ihr Wissen, das auf den beschriebenen Ist-Zustand zugeschnitten ist, weitergeben; die Familien würden es annehmen und umsetzen. Diese Vorstellung basiert auf einem Menschenbild, das vom aufgeklärt-rationalen Individuum ausgeht. Tatsächlich aber kommt es oft nur zu einer begrenzten Kooperation zwischen Team und Familie. Die Frage, weshalb das so ist, löste in der Supervision einen kreativen Suchprozeß aus. Die Beschreibung wird aus der Perspektive des Teams vorgenommen - die Beschreibung durch die Familie fehlt. Das wäre nur möglich, wenn Team und Familie gemeinsam Gespräche führen würden, in denen es um die Form der Kooperation geht, vielleicht mit einer Supervisorin als Moderatorin.

Manche PatientInnen und/oder deren Eltern führen Täuschungsmanöver aus. Im Falle von Kindern fälschen die Eltern (meistens die Mütter) die Daten im Blutzuckerprotokoll - genannt „das Büchlein“ -, im Falle von Jugendlichen sind sie es selbst. Das Büchlein ist das Dokument, das in den Gesprächen als Grundlage der Beratung dient. Hohe Blutzuckerwerte werden als niedrige eingetragen. Der falsche Eintrag verhindert die Auswahl der angemessenen Konsequenz. Wir haben uns gefragt: Was sind Folgen des Verhaltens? Was wird erreicht? Was wird vermieden? Die Folge ist: Alle freuen sich in der Sprechstunde. Die BeraterInnen bekommen den Eindruck, daß ihre Arbeit Erfolg zeigt. Die PatientInnen und die Eltern werden gelobt. Die Messungen der Langzeitwerte in der Klinik ergeben aber leider eine andere Einschätzung. Zweifel auf Seiten des Teams kommen auf, werden ausgespro-

1) Es handelt sich bei dem vorliegenden Text um das von der Autorin aufgeschriebene Ergebnis einer Supervisionseinheit mit dem Diabetes-Team einer Kinderklinik.

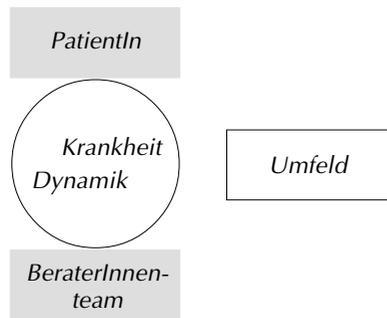
chen, aber meist werden tatsächlich vorgenommene falsche Eintragungen geleugnet. Die Betroffenen würden ja dann ihr Gesicht verlieren! Aber die Beziehung ist nun nicht getragen von Vertrauen, sondern wird, nachdem der Verdacht aufgetaucht ist, von Mißtrauen vergiftet. Auf den ersten Blick scheint es so zu sein, als ob die Patienten und ihre Familien sich nicht rational verhalten würden und sich nur schaden. Außerdem ärgert sich das Team, und das fördert nicht gerade sein Engagement. Es läßt sie immer wieder an sich zweifeln. Was wäre, wenn die richtigen Daten eingetragen würden? „Es wird schwierig, wenn Probleme auftauchen“ sagen die Eltern. Alle wären enttäuscht. Zweifel am Bemühen der Eltern würden wach. Das bedeutet, das Offenlegen der Probleme in der Durchführung der Anweisungen würden zu weiteren Problemen und zu Konflikten mit dem Team führen. Deshalb ist es verständlich, und so gesehen, auch vernünftig, daß versucht wird, dem auszuweichen und den Schein von »alles ist in Ordnung« aufrechtzuerhalten.

Neben diesen Informationen, die aus den Eintragungen in dem Büchlein gewonnen werden, gibt es noch andere Quellen: Das Team weiß, daß der verbale Inhalt von Aussagen nicht unbedingt das wiedergibt, was tatsächlich gefühlt und gedacht wird. Viel mehr Informationen werden gewonnen, wenn auf die Art geachtet wird, wie die Aussagen gemacht werden (Körperhaltung, Mimik, Gesten, Töne, manchmal auch verwendete Metaphern). Menschen wollen meistens einen guten Eindruck machen. Die Hoffnung dahinter ist, Zuwendung und Anerkennung zu bekommen und dadurch den eigenen Selbstwert zu erhöhen, indem man sich so zeigt, wie man denkt, daß der andere einen haben will. Es geht um Selbstdarstellung. Wenn zu Täuschungen gegriffen wird, ist das ein Ausdruck für Blockaden, die innen (persönliche Faktoren) und/oder außen (familiäre Faktoren, Beziehungsfaktoren zwischen Familie und Team, kontextabhängige Faktoren wie gesellschaftliche Bewertung von Diabetes) liegen können. Wobei zu beachten ist, daß unbewußte Motive nicht pathologisiert werden. Viele PatientInnen befürchten, durch die Behandlung abhängig zu werden; das Täuschungsverhalten könnte als Versuch, sich unabhängig zu machen, gedeutet werden. Auch das Motiv, nicht von einer Gruppe ausgeschlossen zu werden, ist verständlich. Und, wie auf einem Kongreß gesagt wurde: „Mit illusionären Phantasien und mit Regressionen, also dem Zurückgreifen auf kindlichere Weisen des Fühlens und Denkens, konnten die Patienten ihr Leiden aushalten“ (Vorbach 1997).

Ist es von daher gesehen überhaupt realistisch, in der Klinik zu erwarten, daß jemand offen sagt, welche Probleme er hat? Oder hoffnungsvoller gefragt, was bräuchte jemand, um sich zeigen zu können, wie er ist, in diesem Kontext?

Wir haben ein Raster der Betrachtung der Situation der Familie erarbeitet, das gleichzeitig Anhaltspunkte für Fragen enthält, die in die Konversation zwischen dem Team und der Familie einfließen können. Die verschiedenen Aspekte sind entsprechend einem von der Supervisorin bevorzugten Ebenenmodell dargestellt. Es schließt sich eine Analyse der Teamsituation an.

Abbildung 1: Ein Raster der Betrachtung



Die einzelne Person

- Es muß davon ausgegangen werden, daß eine Übertragung von früheren Erfahrungen auf die jetzige Kliniksituation vorgenommen wird; (z.B. berichtete eine Patientin, daß sie jedesmal beim Betreten der Klinik zitterte, obwohl nach ihrer Einschätzung aller Druck von Seiten der Ärztin genommen wurde).
- Den Kindern fehlt ein Gefühl von Unversehrtheit; sie entwickeln demzufolge oft ein negatives Körperbild.
- Es ist eine Altersfrage: Jugendliche befinden sich im Spannungsfeld zwischen Freiheit und Anpassung; sie wollen gegen Regeln verstoßen/wollen aber auch Regeln einhalten.
- Krankheit spielt in diesem Alter eine besondere Rolle. Jugendliche wollen normal (wie andere Jugendliche) erscheinen. Jede Abweichung ist ein Problem.

Zweierbeziehungen

In einer Familie spielte zum Beispiel die Beziehungsdynamik zwischen Mutter und Tochter mit der gegenseitigen Schuldzuweisung eine Rolle; beide suchten einen Verbündeten gegen die andere. Jede beschuldigte die andere, die Unwahrheit zu sagen.

Triaden

In dem Dreieck zwischen Vater-Mutter-Kind gibt es unterschiedliche Loyalitäten; Bündnisse von zweien gegen einen, der ausgeschlossen wird. Auch ein Wechsel dieser Rollen bringt keine grundsätzliche Veränderung.

Das Familiensystem

- Welche Muster haben sich in der Familie entwickelt, um mit der Krankheit umzugehen?
- Ernährung ist in vielen Familien das Ressort der Mutter und mit vielen verschiedenen Bedeutungen besetzt (Essen = Zuwendung und Liebe). Die mit der Krankheit verbundenen Kränkungen sind zu beachten.

- Die Familiengeschichte (bisherige Erfahrungen mit Krankheit und Institutionen) muß einbezogen werden (in einer Familie drohte eine Heimeinweisung, weil schon einmal ein Kind weggegeben werden mußte).
- Der Zusammenhang zwischen Fassade und Krankheit (die Familie möchte den Schein von Gesundheit aufrechterhalten).
- Manche Familien haben gelernt, Fassaden zu zeigen - je nach Betrachter wird ein anderes Bild präsentiert - den Erwartungen entsprechend.
- „Das magische Denken“: Leugnung als Abwehrmechanismus (was im Protokollheft steht, gilt). Die Familie und der Patient glauben selbst daran.

Das Umfeld

In welche Lebenszusammenhänge ist das Kind/der Jugendliche und seine Familie eingebettet. Welche Rolle spielen die verschiedenen Bezugspersonen?

Krankheit

- Der Aspekt »chronische Krankheit«: Vielleicht wird versucht, das Nicht-Veränderbare aus dem Bewußtsein zu streichen? Wie leben alle mit der Belastung? Wie gehen sie mit den Erfahrungen von Hilflosigkeit und Schmerz um? Wie erleben sie die Abhängigkeit von den Experten in der Klinik?
- Das Täuschungsverhalten könnte auch als Spiegel des Umgangs mit der Krankheit überhaupt aufgefaßt werden: Es wird versucht, sich selbst und der Umwelt gegenüber, das Abweichende von der Norm zu verstecken, und das geschieht durch Leugnen.

Ressourcen

Welche Ressourcen können auf allen Ebenen wahrgenommen werden?

Es gibt also viele Gründe, weshalb es nicht zu dem vom Team gewünschten Ausmaß an Kooperation kommt: Es fehlt an der Bereitschaft, sich zu öffnen, sich zu zeigen; nur die Fassade soll präsentiert werden. Loyalität gegenüber Familienmitgliedern spielt eine Rolle, die Betroffenen verfolgen andere Ziele. Die Diskrepanz zwischen dem, was jemand sagt und was er tut (also eigentlich will), weist auf unbewußte Pläne, vielfach auf Angst. Auch die mangelnde Krankheitsakzeptanz als hemmender Faktor ist zu bedenken.

Das Team

- Die Interaktion im Team und die Form der Kooperation innerhalb des Teams könnten ein Spiegel sein für die Situation der Familie (Metapher: Weiterreichen der heißen Kartoffel).
- Wie ist die Einstellung der Berater und ihr Verhalten? So gibt z.B. die Anwesenheit der Diätassistentin dem Essen besonderes Gewicht; das bedeutet, daß das nicht übereinstimmt mit dem Kreis der Verteilung (vgl. Abbildung 2, ein Bild, das den PatientInnen und Familien gezeigt wird), mit dem Herunterspielen der Bedeutung des Essens. Auch das nonverbal

Vermittelte steht dazu in Widerspruch (eigentlich denken die anderen auch alle, daß das Essen eine herausragende Rolle spielt).

- Die Verantwortung als Arzt/Ärztin für das Leben der PatientInnen läßt wenig Spielraum für Gelassenheit und Übergabe der Verantwortung an die PatientInnen.
- Der Kontext »Klinik« ist zu beachten - er beeinflußt die Mitarbeiter und die PatientInnen und deren Familien.

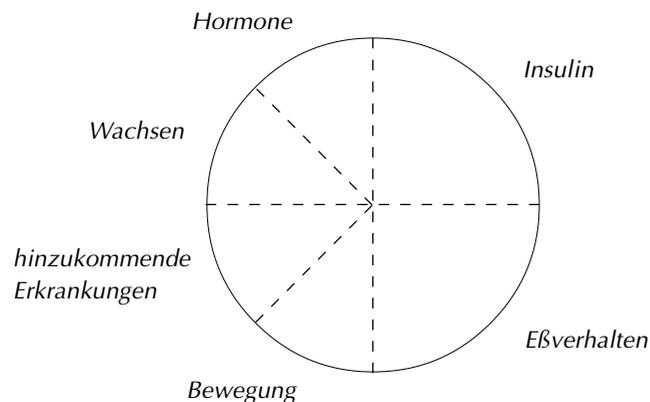
Bisherige Versuche des Teams im Umgang mit dem Problem waren:

- Eine wertschätzende Haltung zeigen (die Leistung jedes Familienmitgliedes wird gewürdigt).
- Es wird versucht, Verständnis für die Gefühle, Rollen und Muster der Familie zu bekommen (durch Team-Gespräche).
- Das Blutzuckerprotokoll ignorieren. Die Erfahrung zeigte, daß sich die Situation nicht verschlechtert hat, wenn es ignoriert wird.

Den Druck bewußt wegnehmen, indem offen darüber gesprochen wird.

- Verantwortung an die Eltern abgeben / an die Jugendlichen abgeben - je nachdem, wer sie vorher in eher unangemessener Weise (das ist altersabhängig) hatte.
- Die Sprache beachten: Statt von »Lüge« zu sprechen, bei angenommenen Fälschungen wird von »anderen Werten« gesprochen.
- Die Komplexität ins Blickfeld rücken, indem den PatientInnen und ihren Familien erklärt wird, daß Blutzuckerwerte von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden können. Das heißt, daß nicht alle Faktoren im Verantwortungsbereich der betreffenden Menschen liegen.

Abbildung 2: Einflußfaktoren



Liste der Interventionen

Häufig angewandt werden:

- Zwischentermine geben
- Schulung verstärken
- Zur Diätassistentin, zur Diabetesberaterin, zum Psychologen schicken
- Motivationsverstärker einsetzen (neues Gerät, erhobener Zeigefinger als Symbol, blauer Pen/roter Pen)
- Sprechstunde ohne Eltern (Einzelgespräche mit den PatientInnen)
- Aktives Zuhören
- Verbale Konfrontation: auf Widersprüche hinweisen und erklären lassen

Gelegentlich angewandt werden:

- stationär aufnehmen
- Einzelgespräch mit Eltern
- Gruppengespräche (Kinder oder Eltern)
- Therapeutenwechsel vorschlagen
- PatientInnen fragen, was ihnen gut tut, was nicht, wie sie es wollen
- Konfrontation damit, daß sie sich nicht helfen lassen wollen
- Provokationen

Selten angewandt werden:

- in die Kur schicken
- Rückmeldung an die Eltern: „Sie fördern damit die Krankheit.“
- Langzeitunterbringung im Diabetesheim
- Sorgerechtsentzug („letzte Waffe“)

Das ist wie eine Hierarchie der anfänglichen Annäherung und allmählichen Entfernung bei Nicht-Kooperation.

Ideen für die Konversation zwischen Team und Familie

Die Fragestellung läßt sich so formulieren: Soll das Team in Familien eingreifen (intervenieren), Familien gar angreifen? Jeder einzelne (aus seiner speziellen beruflichen Perspektive) kann sich fragen: Will ich? Soll ich? Muß ich? Wenn ja, wie?

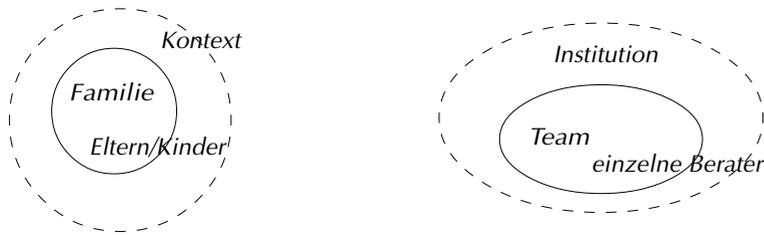
Wie soll das Team mit Täuschung **umgehen**? Mit Versuchen, dahinter zu blicken, Zugangsmöglichkeiten zu finden, das Feste zu verflüssigen, Angebote zu machen oder ein „Bollwerk“ zu lassen, es zu respektieren? Was wäre, wenn die Absicht der Täuschung mit dem Ziel, den Schein aufrechtzuerhalten, ernst genommen werden würde? Versuche, eine wichtige Strategie im Umgang mit Diabetes zu nehmen oder die Familie gar austricksen zu wollen, würden nicht gerade von Respekt gegenüber der Familie zeugen. Die alte familientherapeutische Regel, „wenn etwas genommen wird, muß etwas anderes an die Stelle treten“, wäre auch hier zu bedenken.

Welche Möglichkeiten der Metakommunikation gibt es?

Was würde passieren, wenn das Team die eigene Hilflosigkeit eingestehen würde?

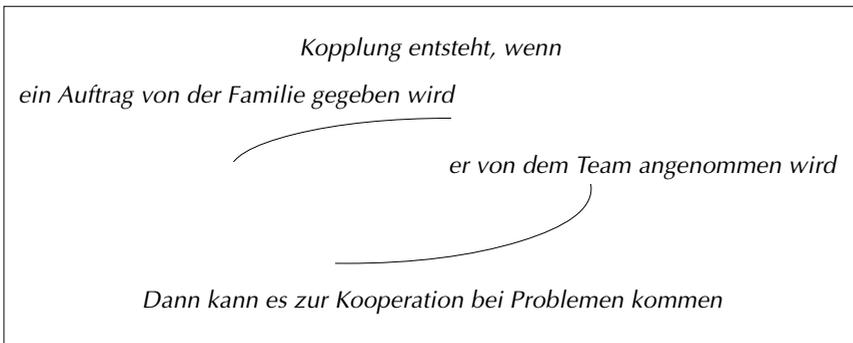
Ausgangspunkt für alle Überlegungen ist das Wissen um die Komplexität der Situation:

Abbildung 3: Familie und Team



ein komplexes Gebilde
mit einer langen Geschichte
mit generationsübergreifenden Mustern
mit Zielen, Geheimnissen und
einer zu wahren Intimsphäre

Wissen
gesellschaftlicher Auftrag
(„Dienstleistung“)
Ziele
Gefühl der Verantwortung



Als **Fazit** der gemeinsamen Reflexion ergaben sich die folgenden Punkte:

- Abschied von Allmachtsphantasien: „Wir können nicht alle Familien retten“ und „Wollen wir überhaupt retten?“ Einen Rettungsring zuwerfen, jemanden mit Gewalt aus dem Wasser ziehen, wenn der Ertrinkende sich sträubt? Oder wenn er behauptet, gar nicht am Ertrinken zu sein?
- Das Team unterstützt sich gegenseitig darin, die eigene Grenze nicht aus dem Auge zu verlieren.

- Gibt es ein Recht auf Selbstvernichtung (wie auf Selbstverwirklichung)? - Bei Erwachsenen ja, bei Kindern aber nicht!
- Wichtig ist die Beziehung zur Familie!
- Die Form der Äußerungen hat unterschiedliche Wirkungen:
„So geht es nicht!“ / „Das müssen Sie so machen!“ / „Aha, bei Ihnen ist es so!“ / „Wie interessant!“ / „Mir fällt auf, daß Sie..., das wundert mich, das kenne ich nicht.“
- 5 % der Familien sind nicht erreichbar.
- Es gibt Kunden, Klagende und Besucher.
Das Team versucht, Besucher und Klagende in Kunden zu verwandeln, aber wenn sie nicht wollen, wird das akzeptiert.
- Differenzierung: Je nach Familie, je nach Berater (eigene Toleranzschwelle) ist es unterschiedlich; es gibt kein Rezept für alle!

Eine wichtige Idee: **Die Erfolge studieren!** Wie kam es zu einer guten Kooperation? Impulse für Wandel können auf allen Ebenen ansetzen. Besonders wirksam könnte der Versuch sein, auf einer Metaebene das Thema »Kooperation« mit allen Beteiligten anzusprechen. Was wird als erleichternd, was als erschwerend betrachtet? Dabei wird eine gleichberechtigte Perspektive von allen - trotz der Unterschiede aufgrund der Hierarchie - für nützlich gehalten (von Schlippe 1995). Die Themen Verantwortung, Vertrauen, Bindung und Trennung können auf diese Weise gemeinsam erarbeitet werden. Der Krankheit Diabetes kann dabei ein Symbol (Kissen, Stein, Spritze...) zugeordnet werden, das zunächst in die Mitte gelegt wird, um dann aus verschiedener Sicht Personen zugeordnet zu werden (Methode nach White & Epston 1990).

Als Leitfaden können folgende Fragen dienen (abgewandelt nach den sieben wichtigen Fragen in Hendricks & Hendricks 1992):

1. Welche Vereinbarungen werden nicht eingehalten?
2. Wie fühlen sich alle Beteiligten?
3. Was will jeder?
4. Inwiefern beeinflusst die Vergangenheit die Gegenwart?
5. Was haben alle davon, wenn sie steckenbleiben?
(Definition als Steckenbleiben, wenn getäuscht wird)
6. Was will ich sagen (die Wahrheit äußern)?
7. Wie kann ich dem anderen behilflich sein?

Letztlich bedeutet eine Einstellung des Respekts gegenüber den Patienten und ihren Familien, daß das Team akzeptieren muß, wenn jemand nicht die Verantwortung für die Krankheit so übernimmt, wie das in der Vorstellung und nach bisherigen Erfahrungswerten gut wäre.

Das Irrationale am Verhalten von Kranken und/oder deren Angehörigen (nicht die empfohlene Lebensführung einhalten, erhobene Daten fälschen) ist ein Stein des Anstoßes, da es

das Team vor viele Rätsel stellt. Einerseits möchten sie die PatientInnen und ihre Familien ernst nehmen und sie als Partner ansprechen. Andererseits aber werden sie mit unvernünftig erscheinendem Verhalten konfrontiert. Manche sind dann vielleicht versucht, zu autoritärem Verhalten zurückzukehren (Befehle statt Anregungen erteilen). Es wäre nicht die Lösung. Das, was Außenstehende oder auch die Betroffenen selbst als irrational bezeichnen, bekommt diese Zuschreibung nur, da es unverständlich ist und den aufgestellten Regeln widerspricht. Aus einer anderen Perspektive betrachtet, erscheint dasselbe Verhalten als vernünftig, da es einem bestimmten Plan oder einer bestimmten Konstruktion zugeordnet werden kann. Diese sind aber oft nicht bewußt oder sie werden vor Außenstehenden verborgen gehalten.

Wenn von Täuschung und Lüge gesprochen wird, impliziert das eine bewußte Absicht. Und es wird manchmal unterstellt, daß damit eine aggressive Botschaft an das Gegenüber verbunden ist. Die Unterscheidung zwischen Selbsttäuschung (dann steht die psychische Verarbeitung der Krankheit im Vordergrund) und Täuschung nach außen (dann muß der Beziehungsaspekt beachtet werden) bietet sich an. Die Frage »was führt dazu?« ist wichtig, weil dann ein Zugang zu den unbewußten Motiven, den Ängsten, irrational erscheinenden Wünschen, inneren Bildern über die Krankheit und über die Arzt-Patient-Beziehung möglich ist. Der Wunsch, gesund und damit vollkommen zu sein und keine Unzulänglichkeit (nicht dem entsprechen, was als erforderlich oder ausreichend erachtet wird) wahrzunehmen, könnte eine treibende Kraft sein. Es gehört schon viel Mut dazu, zu der Krankheit zu stehen, vor sich selbst, in der Familie und vor dem Team. Und eigentlich können die als irrational erscheinenden Verhaltensweisen auch als Strategien betrachtet werden, die Krankheit zu bewältigen. Vielleicht haben nur Kranke Zugang zu der Vernünftigkeit, die darin liegt? Eine Alternative könnte nur dann diese Strategie ersetzen, wenn sie auch die dahinterliegenden Ängste, Wünsche und Bilder berücksichtigt.

Literatur

- Hendricks, G. & Hendricks, K. (1992). *Liebe macht stark*. München: Mosaik.
- v. Schlippe, A. (1995). Chronische Krankheit, Familie, Institution. Einführung in das Schwerpunktthema. In: *Systema* 9(3), pp. 5-7.
- Vorbach, P. (1997). Warum Kranke unvernünftig sind. Bericht über den Tübinger Psychosomatik-Kongreß 1997. In: *Schwäbisches Tagblatt* vom 28.1.1997.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken*. Heidelberg: Carl Auer.

Dr. Dagmar Greitemeyer
Mörikestraße 11
72076 Tübingen