

VERLUST DER AUSSCHIEDUNG – EIN PSYCHOSOZIALES PFLEGEPROBLEM?

1. EINFÜHRUNG

Seit nunmehr 7 Jahren pflege ich, als leitender Krankenpfleger, tagtäglich auf der Dialysestation Menschen, deren Nierenfunktion durch unterschiedlichste Krankheitsbilder dermaßen eingeschränkt ist, dass die harnpflichtigen Substanzen nicht oder nur noch ungenügend ausgeschieden werden.

In den meisten Fällen scheiden die Patienten zu Beginn der Behandlung noch genügend Flüssigkeit aus. Diese Urinausscheidung nimmt aber im Laufe der Dialysebehandlungen ab. Dieser Tatsache sind sich die Patienten bewusst, deshalb haben sie die Aufgabe, in regelmäßigen Abständen Aus- und Einfuhrkontrollen vorzunehmen und das Pflege-team über den aktuellen Stand zu informieren. Das Personal wird über eine ausgeglichene Bilanz bzw. auch über einen Rückgang informiert. Das Ausbleiben der Ausscheidung wird oftmals jedoch erst durch das Auftreten klinischer Symptome offensichtlich. In diesem Stadium weisen einige Patienten das Ende ihrer Urinausscheidung noch weit von sich. An dieser Stelle stellen sich mir folgende Fragen: Warum wird auf der einen Seite der Rückgang der Ausscheidung freimütig mitgeteilt, aber auf der anderen der Verlust nicht? Welche Bedeutung hat die Ausscheidung für den Menschen und welche pflegerischen Konsequenzen ergeben sich im täglichen Umgang daraus? Zunächst gehe ich auf das Thema Ausscheidung und Funktion der Niere aus medizinisch-pflegerischer sowie aus medizinisch-geschichtlicher Sicht ein.

Im Anschluss daran beschreibe ich exemplarisch die Situation der Dialysepatienten unter besonderer Berücksichtigung des chronischen Verlaufs der Erkrankung. Anhand von zwei Gesprächsprotokollen mit Betroffenen setze ich mich mit der psychosozialen Komponente auseinander. In einer zusammenfassenden Diskussion berichte ich über

mögliche Lösungsansätze, weiterführende Fragen und Anregungen.

Bei der Recherche zu dieser Arbeit stellte sich sehr schnell heraus, dass die gesellschaftliche Tabuisierung der Ausscheidungsfunktion sich im Literaturmangel deutlich widerspiegelt. Wenn man zum Thema Ausscheidung Literatur findet, ist sie nahezu ausschließlich medizinischer Natur. Direkt zu meiner Fragestellung bin ich weder im Internet noch in Fachbüchern, -zeitschriften fündig geworden.

2. AUSSCHIEDUNG AUS MEDIZINISCH- PFLEGERISCHER SICHT

Um den Stoffwechsel aufrecht zu erhalten, ist der Körper u. a. auf die Zufuhr von Energie in Form von Nahrungsmitteln angewiesen. Die sich daraus ergebenden, nicht mehr verwertbaren Stoffwechselprodukte in fester, gelöster oder flüchtiger Form werden durch die Ausscheidungsorgane Lunge, Haut, Leber, Dickdarm und Niere ausgeschieden. Die Energiezufuhr und das Ausscheiden von Stoffwechselrestprodukten bilden eine funktionelle Einheit, das eine geht nicht ohne das andere.

In Zusammenhang mit der speziellen Problematik der Dialysepatienten lege ich das Hauptaugenmerk auf die Ausscheidungsfunktion der Niere.

2.1 Physiologischer und pathophysiologischer Abriss der Nierenfunktionen

Die Aufgaben der Niere erstrecken sich von der Regulation des Wasser- und Mineralienhaushaltes über die Ausscheidung von harnpflichtigen Substanzen bis zur Regulation des Säure-Basen-Haushaltes. Neben der Ausscheidungsfunktion erfüllt die Niere noch Aufgaben zur Blutdruckregulation,

Blutbildung und Knochenstoffwechsel. In diesem Zusammenhang werde ich jedoch nur die Ausscheidungsfunktion der Niere genauer betrachten.

Die Nieren bilden zusammen täglich ca. 180 Liter Primärharn in den Glomeruli, das entspricht einer glomerulären Filtrationsrate von ca. 125 ml /min. Dieser Primärharn entspricht der eiweißfreien Zusammensetzung des Blutes. Diese Menge wird durch ein kompliziertes Rückresorptionsystem in dem Tubulusapparat der Niere zu ca. 1,0 bis 2,5 Litern Endharn in 24 Stunden konzentriert. Je nach Flüssigkeitsaufnahme, Außentemperatur, körperlicher Betätigung oder anderweitigem Verlust variieren die Harnmenge und Konzentration. Somit werden wasserlösliche Stoffwechselprodukte ausgeschieden und der Mineralienhaushalt und Wasserhaushalt nach den individuellen Bedürfnissen des Menschen geregelt. Wird durch Erkrankungen die Funktion der Nieren eingeschränkt, geht die Bildung des Primärharns zurück und damit die Entgiftungsleistung, während die Ausscheidungsmenge gleich bleibt. Erst bei Verlust von 50 % der normalen Nierenfunktion lässt sich die Erkrankung anhand von Blutwerten nachweisen. Bei einem chronischen Krankheitsverlauf nimmt die Produktion des Primärharns kontinuierlich ab und in dem Maße steigen die Nierenretentionsparameter im Blut an und der Patient entwickelt Krankheitssymptome wie z. B. Müdigkeit bis hin zur Somnolenz, Knochenschmerzen, Hautveränderungen, Anämie und Herzrhythmusstörungen.

2.2 Medizinisch-pflegerische Intervention bei terminaler Niereninsuffizienz

Durch diese stetig ansteigende ungenügende Nierenfunktion (Niereninsuffizienz) leiden die Patienten an einer Harnvergiftung, Urämie genannt, die unbehandelt zum Tode führt. Dies hat zur Folge, dass der Patient regelmäßig dialysiert werden muss, obwohl die Ausscheidungsmenge zur Erhaltung des Wasserhaushaltes oftmals noch ausreichend ist. Im weiteren Verlauf der Erkrankung verringert sich diese Ausscheidungsmenge aber auch kontinuierlich, so dass die Flüssigkeit über die Dialysemaschine entzogen werden muss. Das bedeutet für den Patienten, dass

er seine Trinkmenge je nach Restausscheidung einschränken muss, damit die erhöhte Flüssigkeitsbelastung den Körper nicht gravierend schädigt. Über diese Zusammenhänge wird der Patient vom Dialyseteam informiert. Auf der einen Seite durch Informationsbroschüren zum Thema Dialyse und Ernährung. Auf der anderen Seite werden Beratungsgespräche zu den Themen Bilanzierung von Ein- und Ausfuhr und Maßnahmen zur Einschränkung der Flüssigkeitsaufnahme geführt. Diese erstrecken sich von der Vermeidung von salzigen oder süßen Nahrungsmitteln bzw. Getränken, um das Durstgefühl nicht zu steigern, über zu Durstgefühl lindernden Maßnahmen, wie z.B. das Lutschen von Eiswürfeln, bis hin zu Speichelfluss fördernden Maßnahmen wie Zitronenscheiben lutschen.

3. SITUATION VON DIALYSEPFLICHTIGEN PATIENTEN

Im Verlauf einer chronischen Nierenerkrankung bedeutet die Dialysepflichtigkeit des Patienten eine unumkehrbare Krankheitsfolge. Diese Abhängigkeit von einer Maschine hat einen großen Einfluss auf die individuelle Lebensführung und -planung. An drei Tagen in der Woche wird der Patient für mindestens vier Stunden an das Dialysegerät angeschlossen, das die Ausscheidungsfunktionen der Niere übernimmt. Diese Abhängigkeit von Maschine und Pflegepersonal verändert seine Tagesgestaltung und Lebensführung radikal. Nicht nur sein Aktionsradius wird erheblich eingeschränkt, sondern auch die Ernährung unterliegt neuen Zwängen. Zu Beginn der Dialysebehandlung verfügt der Patient meistens noch über eine genügende Wasserausscheidungsmenge. Im Laufe der Dialysebehandlung nimmt diese Restausscheidung kontinuierlich ab. Während der Dialysebehandlung übernimmt die Maschine neben der Entgiftung auch noch zusätzlich den Flüssigkeitsentzug. Um eine chronische Überwässerung mit den Folgen von Ödemen, Luftnot, Herzinsuffizienz und Hypertonie zu vermeiden, wird der Patient angehalten, in regelmäßigen Abständen seine Flüssigkeitsein- und ausfuhr zu bilanzieren. Daraus ergibt sich die tägliche Flüssigkeitszufuhr. Empfohlen wird eine tägliche Trinkmenge von 500 -700 ml zusätzlich zu

der Ausscheidungsmenge; je nach Gewichtszunahme zwischen den Dialysetagen werden die Empfehlungen korrigiert. Des Weiteren beobachtet das Dialyseteam vor und während jeder Dialysebehandlung den Patienten auf Überwässerungszeichen durch Gewichts- bzw. Vitalzeichenkontrolle, Anamnese und regelmäßiger Kontrolle des Urinstatus und der selbständigen Ein- und Ausfuhrkontrolle des Patienten. Ein Rückgang der Ausscheidungsmenge wird vom Patienten oftmals noch mitgeteilt, während jedoch das Ausbleiben jeglicher Urinausscheidung verschwiegen wird. Auf diesen Sachverhalt wird das Dialyseteam indirekt durch deutliche Überwässerungsanzeichen bzw. durch das Fehlen der Urinprobe aufmerksam. Auf konkrete Nachfragen werden ausweichende, bagatellisierende Antworten gegeben wie z. B. "das habe ich ganz vergessen, die Urinprobe ist umgekippt, etc". Trotzdem gehen die Patienten auf die Toilette oder auf das Steckbecken ohne Wasser zu lassen, oder klagen über einen starken Harndrang. Bei größeren Gewichtszunahmen verweisen die Patienten auch oftmals auf den größeren Appetit und damit verbundene Gewichtszunahme. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass deutlich mehr über Stuhlgangprobleme berichtet wird. Insgesamt wird diese Thematik durch den

Patienten als unangenehm und mit Scham besetzt empfunden. Diese Tabuisierung des Themas Ausscheidung ist jedoch nicht ein spezifisches Problem der Dialysepatienten, sondern durch gesellschaftliche Normen vorgegeben. Hier stellt sich die Frage, wie in der Vergangenheit mit diesem Thema umgegangen worden ist.

4. AUSSCHIEDUNG GESTERN UND HEUTE

"Ehe der Mensch gegenüber seinen Ausscheidungen eine ablehnende Haltung einnahm, war sein Verhältnis zu ihnen durch Achtung und Ehrfurcht gekennzeichnet. Ihnen wurden geheimnisvolle Kräfte zugeschrieben" (s. Ullrich, 2000, Seite 155). Bis ins 18. Jahrhundert hinein diente nahezu jeder Ort der Verrichtung der Notdurft. Dies war ein ganz normaler Vorgang auch während einer Unterhaltung mit anderen, wie der Holzschnitt in Abb. 1 zeigt. Nachttöpfe wurden aus dem Fenster entleert. Könige empfingen Gäste und Bittsteller als Zeichen der besonderen Wertschätzung auf ihrem Laibstuhl. Durch die Industrialisierung im 19. Jahrhundert wurde die öffentliche Verrichtung der Notdurft durch den Bevölkerungszuwachs in den Städten zum hygienischen

ABBILDUNG 1:

Mittelalterlicher Holzschnitt; Unterhaltung während der Verrichtung der Notdurft (s. Ullrich, 2000, S. 156)



Problem. Deshalb wurde durch gesetzgeberische Maßnahmen die öffentliche Verrichtung der Notdurft verboten. Dadurch entwickelten sich von den Wohnhäusern entlegene Aborte, die durch die Entwicklung der Kanalisierung von den Zimmertoiletten nach und nach abgelöst wurden. Durch diese Verlagerung aus der Öffentlichkeit in den kleinen privaten Bereich entwickelt sich eine immer stärker werdende Intimisierung der körperlichen Vorgänge. Nach und nach erfährt der Themenkreis Ausscheidung eine öffentliche Ächtung (vgl. Ullrich, 2000). Heute ist die öffentliche Verrichtung der Notdurft nicht nur sozial geächtet, sondern vom Gesetzgeber als Erregung öffentlichen Ärgernisses definiert und wird strafrechtlich verfolgt. So ist aus geschichtlicher Sicht in unserem Kulturkreis ein Wandel von öffentlicher Wertschätzung und Wohlwollen hin zu Abscheu und Ekel gegenüber den Ausscheidungsvorgängen zu beobachten. Diese Tabuisierung hat sich z.B. in der chinesischen Kultur nicht durchgesetzt. Dort ist der Ausscheidungsvorgang weiterhin ein Bestandteil des öffentlichen Lebens. Auf die gesellschaftliche Tabuisierung der Ausscheidungsvorgänge in unserem Kulturkreis reagiert das Individuum mit Intimisierung und Schamgefühl. Hier stellt sich die Frage nach der Bedeutung von Ausscheidung für jeden Einzelnen in seiner persönlichen Entwicklung.

5. PSYCHISCHE BEDEUTUNGEN VON AUSSCHIEDUNG

Wenn man sich dem Thema Ausscheidung von der psychologischen Seite aus nähern will, so kommt man an Sigmund Freud und der Theorie der Psychoanalyse nicht vorbei. Freud hat den Reifeprozess des Menschen vom Säugling zum Erwachsenen in verschiedene Phasen unter besonderen Blickwinkel der psychosexuellen Entwicklung untersucht. Die erste Phase wird als orale Phase bezeichnet, in der der Säugling lustvoll oral Kontakt zur Umwelt aufnimmt (z. B. Nahrungsaufnahme, an Daumen und Zehen lutschen). In der analen Phase kommt der Ausscheidung die zentrale Bedeutung des Lustgewinns bzw. erste Kontrollerfahrung über die Funktionen des eigenen Körpers zu. Weitere Phasen nach Freud sind die

phallische und genitale Phase (vgl. S. Freud, 1953), die hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden.

5.1 Psychosoziale Entwicklung

E. H. Erikson hat die psychoanalytische Theorie von Freud um die psychosoziale Entwicklung des Menschen erweitert. Die orale Phase nach Erikson ist gekennzeichnet durch aktive und zielgerichtete Einverleibungstätigkeit und damit verbundene genussvolle Bedürfnisbefriedigung. Gleichzeitig entwickelt sich das wachsende Bewusstsein des Daseins als Einzelwesen und die Wahrnehmung der Umwelt. Hier nimmt der Säugling bewusst Zu- bzw. Abwendung der Mutter wahr. Dadurch kann das Urvertrauen gefestigt oder erschüttert werden. Die anale Phase nach Erikson ist gekennzeichnet durch Festhalten und Loslassen. Dieses Wechselspiel wird besonders am Beispiel der Sphinktermuskel verdeutlicht. Mit der Reifung des Muskelsystems ist das Kleinkind jetzt in der Lage willentlich Festhalten und Wegwerfen zu steuern. Dieser Zuwachs an Kontrolle über den eigenen Körper und seiner Funktion bedeutet für das Kind die Selbständigkeit oder nach Erikson die "Autonomie" gegenüber der Umwelt. "Der ganze Vorgang der Entleerung von Darm und Blase ist natürlich von Anfang an von einem Gefühl des Wohlbefindens begleitet, das im Grunde gut gemacht meint" (Erikson, 1973, Seite 76). Dadurch wird deutlich, daß die Ausscheidung mehr ist als bloßes Entledigen von nicht mehr verwertbaren Stoffwechselprodukten, sondern das Gefühl, etwas Besonderes geleistet zu haben. Im westlichen Kulturkreis nimmt Reinlichkeitsdressur einen hohen Stellenwert ein. Erikson setzt diese Vorstellung in Beziehung zum mechanistischen Maschinenzeitalter mit dem "Ideal eines mechanisch trainierten, fehlerlos funktionierenden und stets sauberen, pünktlichen und geruchlosen Körpers" (s. Erikson, 1973, Seite 77). Hier zeigt sich eine Parallele mit der geschichtlichen Entwicklung im Umgang mit Ausscheidungsfunktionen, jedoch begründet Erikson diesen Sachverhalt mit dem Wandel des Menschenbildes durch die Industrialisierung. Der Mensch soll reagieren wie eine Maschine, die auf Knopfdruck funktioniert. Durch die Störung der kindli-

chen Autonomie entstehen Gefühle von Scham und Zweifel. Dieser restriktive Umgang mit der Reinlichkeitserziehung fördert im Erwachsenenalter nach Erikson eine zwanghafte Persönlichkeit, die geizig und kleinlich in Bezug auf Liebe, Zeit und Unterleibsfunktionen ist.

5.2 Ich-Identität

In dieser „anal Phase“ wird die Grundlage für die Unabhängigkeit der Persönlichkeit gelegt. Am Ende des Jugendalters hat der Mensch durch das Durchlaufen weiterer Phasen seine Identitätsentwicklung erreicht, die im weiteren Leben immer wieder aktualisiert wird. E.H. Erikson definiert die Ich-Identität als die „unmittelbare Wahrnehmung der eigenen Gleichheit und Kontinuität in der Zeit und der damit verbundenen Wahrnehmung, dass auch andere diese Gleichheit und Kontinuität erkennen“ (E.H. Erikson 1973, S.18). Ich-Identität bedeutet also, dass sich das Bild von der eigenen Person, mit der Sichtweise der anderen nahezu deckt. Somit ist Ich-Identität das Gleichgewicht zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung. Durch das Ausprobieren verschiedener Rollen in seinem sozialen Umfeld findet der Heranwachsende seinen Platz in der Gesellschaft. Dieser Platz gibt ihm das Gefühl und die Sicherheit, genau so gesehen zu werden, wie er sich selber sieht. (vgl. Erikson, 1973, S.138) Durch die Theorien von Freud und Erikson wird deutlich, daß die Befriedigung körperlicher Bedürfnisse für das psychisch-seelische Wohlbefinden und für die Wahrnehmung der eigenen Identität von elementarer Wichtigkeit sind. Niemand wird in Abrede stellen, daß Essen und Trinken neben der reinen Nahrungsaufnahme und Energiezufuhr im täglichen Leben einen enormen Lustgewinn darstellt. Im Mittelpunkt gesellschaftlicher Anlässe und Feiern steht immer das gesellige gemeinsame Essen und Trinken. Auch wird niemand ernsthaft behaupten wollen, daß ein Candle-Light-Dinner nur der reinen Nahrungsaufnahme dient. Da Nahrungsaufnahme und -ausscheidung somatisch unwiderruflich ein Kreislauf bilden, lässt sich ableiten, daß Ausscheidung ebenso für das seelische Wohlbefinden wichtig ist.

5.3. Identitätskrise

Durch diese Erkenntnis wird deutlich, dass der Verlust der Ausscheidungsfunktion dem Menschen zum einen eine Befriedigungsmöglichkeit vorenthält. Zum anderen wird dem Menschen eine Funktion beraubt, auf deren Basis er in seiner Entwicklung die Autonomie erlangt hat. Da die Autonomie als Grundlage seiner individuellen Identität angesehen werden kann, wird durch den Ausscheidungsverlust diese erworbene Identität erschüttert. Laut E.H. Erikson entsteht „... aus einer Empfindung muskulären und analen Unvermögens, aus dem Verlust der Selbstkontrolle ein dauerndes Gefühl von Zweifel und Scham“ (s. Erikson, 1973, S.78). Der Mensch fühlt sich durch diesen Autonomieverlust klein und ständigen Beobachtungen ausgesetzt. Aus Scham zieht der Mensch sich zurück, er möchte sich vor den Blicken der anderen verstecken.

Somit versucht er zu verhindern, dass die Außenwelt seine vermeintliche Veränderung wahrnimmt, um damit die Normalität wieder herzustellen. Zu diesem Verhalten entsteht noch das kontinuierliche Zweifeln an seiner eigenen Person, dadurch ist der Mensch in seinen Möglichkeiten und seinem Gestaltungsspielraum eingeeengt. Durch diese Verhaltensweisen entsteht ein Ungleichgewicht zwischen Fremd- und Selbstwahrnehmung, da aber die Ich-Identität als ein Gleichgewicht zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung angesehen wird, ist somit die Ich-Identität erschüttert. Dieser Vorgang lässt sich als Identitätskrise bezeichnen. Diese Krise wird als Bedrohung auf die eigene Persönlichkeit erlebt, seine erreichte Stellung innerhalb seines sozialen Umfeldes und die damit verbundene Sicherheit und Wohlfühl ist in Gefahr. Dieser Mechanismus soll durch folgende Beispiele aus der Praxis verdeutlicht werden.

5.4 Fallbeispiele

Vor dem Hintergrund der vorenthaltenen Befriedigungsmöglichkeit und der damit verbundenen Identitätskrise habe ich exemplarisch zwei langjährige Dialysepatienten zum Thema Verlust der Ausscheidungsfunktion befragt (siehe Anhang).

Die 80-jährige Dialysepatientin, die seit 1995 durch den Verlust ihrer Einzelniere dialysepflichtig ist, berichtet, dass sie die an drei Tagen stattfindende Dialysebehandlung mit der Zeit in ihre Lebensplanung integrieren konnte. Als größtes Problem schildert sie den Verlust der Ausscheidungsfunktion, den sie mit dem Verlust einer Gliedmaße gleichsetzt. Sie fühlt sich als nicht mehr vollwertig. Die Befragung eines 56-jährigen Patienten ergab eine andere Einstellung zu dieser Thematik. Auf der einen Seite betont dieser Patient, dass der vollständige Verlust der Ausscheidungsfunktion für ihn keinerlei persönliche Bedeutung hatte, auf der anderen Seite berichtet er über einen Harndrang, wenn er zufällig daran gedacht hat. Auch das Beobachten von Kollegen, die zur Toilette gehen, ruft in ihm einen Harndrang hervor. Durch diese Fallbeispiele wird die Theorie von E.H. Erikson unterstützt. Indem die 80-jährige Patientin ihr Gefühl des Kleinseins und nicht Dazugehörens äußert, beschreibt sie im Sinne von E.H. Erikson Gefühle von Scham und Zweifel. Durch das Bagatellisieren des 56-jährigen Patienten, in dem er die persönliche Bedeutung des Ausscheidungsverlustes herunter spielt, versucht er die Normalität zu wahren, um das entstandene Ungleichgewicht von Fremd- und Selbstwahrnehmung zu überdecken. Diese Befragungen bestätigen die subjektiv erlebte psychosoziale Bedrohung der Ich-Identität durch den Ausscheidungsverlust. Auch sind Strategien zur Abwehr des Angriffes auf die erreichte soziale Stellung, die mit Sicherheit und Wohlgefühl verbunden ist, verdeutlicht worden.

5.5 Bewältigungsformen

Die Frage, welche Strategien angewendet werden, um diese Bedrohung psychisch zu verarbeiten, soll in dem folgenden Abschnitt beleuchtet werden.

Eine bedrohliche Situation erlebt der Mensch als körperliche und seelische Belastung, die allgemein als Stresssituation bezeichnet wird.

Unter Stress versteht R. Lazarus (1966) "nicht nur die belastenden Situationsmomente, sondern auch die Reaktion auf sie" (Dorsch, 1994, Seite 770). Im folgenden erörtere ich mögliche Reaktionsweisen auf

belastende Situationen anhand von Beispielen aus der Praxis.

Nach der Stresstheorie von R. Lazarus können Bewältigungsversuche von stressreichen Situationen in zwei Richtungen verlaufen. Zum einen kann versucht werden, die problembehaftete Situation zu ändern, zum anderen kann die kognitive Einschätzung der Situation geändert werden. Durch kognitive Fähigkeiten wie Wahrnehmung, Denken und Gedächtnis werden Situationen individuell emotional bewertet. Je nach Bewertung wird eine Situation als erfreulich, traurig, enttäuschend, ärgerlich etc. eingeschätzt (vgl. Hobmair 1997 S.183). Den Vorgang, schwierige Situationen anzugehen und zu bewältigen, wird als Coping bezeichnet. Beide Richtungen des Copings stressreicher Situationen können mit Hilfe von vier unterschiedlichen Bewältigungsformen erreicht werden. Die „Informationssuche“ dient der Erweiterung des Kenntnisstandes der Person und der Erhöhung der Fähigkeiten. Diese Art der Bewältigungsform läßt sich bei dem 56-jährigen Dialysepatienten beobachten, der nach eigener Aussage (siehe Anlage) hin und wieder medizinische Sendungen zum Thema Nierenerkrankung verfolgt und dadurch versucht, negative Auswirkungen der Stresssituation der Dialyse zu reduzieren. Die „Aktionshemmung“ bezeichnet das passive Hinnehmen der bedrohlichen Situation, wie es auch in der Befragung der 80-jährigen Dialysepatientin deutlich wurde. "Ich war total fertig, das nützt mir alles nichts, ich musste ...". Unter „intrapyschische“ Bewältigungsformen werden alle gedanklichen Abläufe verstanden, bei denen sich eine Person etwas selbst einredet. Die Bandbreite erstreckt sich von sich selbst Mut zusprechen bis hin zur Verleugnung und Verdrängung, um das Wohlbefinden wiederherzustellen. Eine einschneidende Bedeutung des Ausscheidungsverlustes wird durch den 56-jährigen Patienten rigoros verneint. Diese Verneinung kann als eine intrapsychische Bewältigungsform angesehen werden.

Als letzte Bewältigungsform beschreibt Lazarus die „Direkten Aktionen“. Direkte Aktionen dienen dazu, aktiv Verhaltensweisen einzuleiten um eine stressreiche Situationen zu bewältigen. Das Handlungsspektrum reicht von Suche nach geeigneten Hilfestellungen über das Ausleben von Ärger bis hin

zum Selbstmord (vgl. Hobmair 1997, S. 180 ff.).

Die verschiedenen Bewältigungsstrategien werden von den Menschen individuell je nach Situation bewusst oder unbewusst angewandt. Des weiteren gibt es noch über das Coping hinaus zielgerichtete Bewältigungsstrategien, die unterstützend wirksam werden können. Neben Entspannungsübungen wie z.B. progressive Muskelentspannung nach Jacobsen, autogenes Training und Meditationsübungen gibt es noch weitere Möglichkeiten dem Stress zu begegnen, wie u.a. Gruppenerfahrung in einer Selbsthilfegruppe. Darüber hinaus soll in diesem Zusammenhang eine weitere Form der Veränderung der kognitiven Einschätzung der Situation vorgestellt werden. In einer Untersuchung (Folkins et al., 1968) wurde Versuchspersonen ein Film über brutale Arbeitsunfälle im Sägewerk vorgeführt. Die eine Gruppe hat diesen Film unvorbereitet gesehen, die zweite Gruppe hatte vorher die Szenen in ihrer Vorstellung durchgespielt. Der Stressfaktor bei der ersten unvorbereiteten Gruppe war deutlich höher als bei der Gruppe, die sich gedanklich mit der Situation befasst hatte (vgl. Zimbardo 1983, S. 482). Dieses Beispiel macht deutlich, dass eine gedankliche Vorbereitung auf eine stressreiche Situation die emotionale Reaktion abmildern kann.

Insgesamt verdeutlichen die obengenannten Beispiele den stresshaften Charakter bei dem traumatischen Geschehen des Ausscheidungsverlustes.

Jedoch wird in der Praxis durch das beobachtbare Verhalten der Patienten deutlich, dass die angewandten Coping Strategien nicht immer erfolgreich sind. In diesem Zusammenhang lässt sich das auffallend häufige Ansprechen von Stuhlgangproblemen auch als eine Art Ablenkung vom eigentlichen Problem der fehlenden Urinausscheidung deuten. Ergänzend möchte ich hier noch auf die gehäufte Einnahme von Abführmitteln hinweisen. Der Verdacht liegt nahe, dass diese Einnahme nicht, wie allgemein behauptet, der vermehrten Flüssigkeitsausscheidung über den Darm dient, sondern den Urinausscheidungsverlust psychisch kompensieren soll.

6. LÖSUNGSANSÄTZE

Das Problem des Ausscheidungsverlustes stellt sich für den Patienten als eine Bedrohung auf die Ich-Identität dar. Dadurch wird deutlich, dass die bisherige alleinige Intervention aus medizinischer Sicht nicht erfolgreich sein kann. Auch zeigen die Beispiele aus der Praxis, dass eine selbständige Bewältigung in vielen Fällen aussichtslos ist. Daraus wird ersichtlich, dass der Verlust der Ausscheidung ein psychosoziales Pflegeproblem darstellt, dessen Ausmaße erheblich gravierender sind als zunächst von mir erwartet. Hier stellt sich die Frage, mit welchen Maßnahmen das Dialyseteam dem Patienten Hilfestellungen anbieten kann. Die Voraussetzung für eine Intervention muss zunächst die Akzeptanz des Dialyseteams für diesen neuen psychosozialen Ansatz des Ausscheidungsverlustes sein. Mit diesem Bewusstsein kann der Pflegenden gemäß den Stressbewältigungsstrategien auf den Patienten eingegangen. Wie bei R. Lazarus beschrieben, können Bewältigungsversuche von stressreichen Situationen in zwei Richtungen verlaufen. Die problembehaftete Situation des Ausscheidungsverlustes kann vom Patienten nicht beeinflusst werden. Demnach sind die Ansatzpunkte für Bewältigungsstrategien in der Veränderung der kognitiven Einschätzung der Situation zu finden. Durch eine frühzeitige Vorbereitung auf die schwierige psychische Situation, die bei dem drohenden Ausscheidungsverlust auf ihn zu kommt, kann das Stresserleben deutlich entschärft werden. Des weiteren ist eine vertrauensvolle und verständnisvolle Umgebung für den psychisch belasteten Patienten in dieser Situation unverzichtbar. Denkbar sind in diesem Zusammenhang auch psychosoziale Interventionsmaßnahmen, die zur Zeit in der onkologischen Pflege angewandt werden. Die Wirksamkeit von verschiedenen Interventionsformen muss zukünftig in der Pflegerealität geprüft werden.

7. FAZIT

Meine eingangs gestellte Frage, warum der Verlust der Ausscheidung oftmals nicht mitgeteilt wird, lässt sich durchaus mit der schwerwiegenden psychischen Bedeutung des Ausscheidungsverlustes erklären. Nach

Freud und Erikson erwirbt der Mensch in der analen Phase die Autonomie, die entscheidend für die spätere Entwicklung der Ich-Identität ist. Durch den Verlust der Ausscheidungsfunktion hat der Patient somit eine Grundlage der Ich-Identität verloren. Diesen Verlust erlebt der Patient als Bedrohung und reagiert oftmals mit Verdrängung oder Verleumdung, um scheinbar die Normalität aufrecht zu erhalten. Durch diesen Sachverhalt wird deutlich, daß das Verschweigen des Verlustes eine Schutzfunktion der eigenen Identität ist. Daraus ergeben sich natürlich auch Konsequenzen für den pflegerischen Alltag. Die Grundvoraussetzung für die Pflegekräfte ist die Auseinandersetzung mit dem Thema Ausscheidung, um die Bedeutung für das psychische Gleichgewicht zu erkennen. Nur in einer vertrauensvollen und angstfreien Atmosphäre ist es möglich, adäquat auf Ängste, Sorgen und Befürchtungen hinsichtlich des Verlustes der Ausscheidungsfunktion zu reagieren. Wichtige Ansatzpunkte zur Hilfestellung sind in der Veränderung der kognitiven Einschätzung der Situation zu finden. Die wesentliche Möglichkeit der Veränderung der kognitiven Einschätzung ist die frühzeitige Aufklärung über die schwierige psychische Situation, die den Patienten in Folge des drohenden Ausscheidungsverlustes erwartet. Abschließend ist zu hoffen, dass die Pflegepraxis nach Akzeptanz dieses Problemkreises in Zukunft weitere psychosoziale Interventionsmaßnahmen entwickeln wird.

LITERATUR

1. Erikson EH (1973) Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp Taschenbuch
2. Freud S (1969) Abriß der Psychoanalyse. Frankfurt: Fischer
3. Dorsch F (1994) Psychologisches Wörterbuch. Bern: Verlag H. Huber
4. Roche Lexikon Medizin. Urban und Schwarzenberg, 1999
5. Schönweiß G (1996) Dialyse Fibel. Bad Kissingen: Abakiss Verlag
6. Zimbardo PG (1983) Psychologie. New York: Springer
7. Ullrich L (2000) Zu- und ableitende Systeme. Stuttgart: Thieme
8. Hobmair et al. (1997) Psychologie. Köln: Stam
9. Psychrembel, Klinisches Wörterbuch. Berlin: de Gruyter, 1998
10. Breuch G (2000) Fachpflege Nephrologie und Dialyse. Urban und Fischer
11. EDTNA/ERCA: Grundlagen der nephrologischen Pflege, Jahr (k.A.)
12. Nowack, Birck (1999) Dialyse und Nephrologie für Pflegeberufe. Heidelberg: Springer
13. Echterhoff H (1998) Ernährungsatlas für Dialysepatienten. Bielefeld: nephron Verlag

ANHANG

Interview 1

Interview zum Thema Ausscheidungsverlust bei einer Dialysepatientin

Frau Müller ist 80 Jahre alt und lebt bei ihrer Tochter.

Guten Tag Frau Müller (Name verändert)! Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, dass ich Ihnen ein paar Fragen stellen darf und dass ich das Gespräch gleichzeitig aufnehmen darf.

Frau Müller, vor fast 7 Jahren sind Sie durch eine schwere Erkrankung der einzigen Niere, die sie hatten, an die Dialyse gekommen. In der Anfangszeit war es sicherlich eine große Umstellung in Ihrem Leben, dass sie plötzlich auf die Dialyse-Maschine angewiesen waren?

Ja ich konnte mich da gar nicht damit abfinden. Ich war total fertig. Und das nützt mir alles nichts, ich musste. Und jetzt allmählich hab ich mich schon daran gewöhnt, aber ich wäre froh, wenn ich wieder runter wäre.

Besonders schlimm war, dass sie dreimal in der Woche an die Maschine müssen und das Punktieren?

Ja, da war ich immer gegen an.

Auch, dass Sie sich einschränken müssen mit dem Trinken?

Ja mit dem Trinken war auch schlimm. Das Schlimmste war immer, wenn es so heiß ist. Ich konnte nicht so viel trinken. Aber das war schwer. Jetzt habe ich mich schon daran gewöhnt und jetzt geht es auch.

Und sie kommen da jetzt gut zurecht?

Ja.

Sie können jetzt ja nicht mehr auf der Toilette Wasser lassen?

Nein das kann ich nicht. Da konnte ich mich erst auch nicht dran gewöhnen.

Was war das, woran Sie sich nicht gewöhnen konnten?

Dass ich nicht auf Toilette konnte.

Wie war das? Dass Sie ja vorher regelmäßig gegangen sind und plötzlich fehlte Ihnen etwas?

Ja, das stimmt genau.

Konnten Sie denn darüber reden? Man redet darüber ja auch nicht gerne?

Mit meiner Tochter habe ich immer darüber gesprochen.

Auch darüber, dass Sie nicht mehr auf die Toilette gehen konnten?

Ja, die sagt:“ Da musst Du Dich mit abfinden.“

Was vermissen Sie denn, wenn Sie nicht auf die Toilette gehen können?

Ich weiß nicht. Das ist so komisch, wenn die anderen alle gehen und ich kann nicht. Das finde ich ganz furchtbar.

Fühlen Sie sich da auch ein bisschen wie nicht „dazu gehörig“?

Was soll ich dazu sagen ... Es geht ja nicht anders.

Oder so eine Sonderstellung? Oder nicht vollwertig?

Tja, irgendwie stimmt was nicht.

Und sie fühlen sich nicht wohl.

Nein, weil ich nicht auf Toilette kann. Dann bin ich so ein halber Mensch. Noch nicht mal. Ich finde es nicht schön.

Weil Ihnen etwas fehlt, was zu Ihnen gehört? Als ob Ihnen ein Bein fehlen würde, zum Beispiel?

Ja, ja, ja, ja!

Das Sie jetzt dreimal in der Woche ins Krankenhaus kommen, daran haben Sie sich gewöhnt?

Bis jetzt geht es noch, aber wenn ich älter werde, dann weiß ich nicht damit umzugehen.

Aber das haben Sie in Ihren Lebensrhythmus einfließen lassen können?

Ja.

Und damit kommen Sie auch zurecht?

Ja muss ich ja wohl.

Aber, dass sie nicht zur Toilette gehen können, das tut immer noch weh?

Ja, das kann ich überhaupt nicht haben.

O.K., Frau Müller! Ich bedanke mich und wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.

Interview 2

Interview zum Thema Ausscheidungsverlust bei einem Dialysepatienten

Herr Meyer ist 56 Jahre alt, Frührentner.

Herr Meyer (Name verändert), seit 5 Jahren sind sie jetzt an der Dialyse.

Ja, bin ich.

Am Anfang konnten Sie noch Wasser lassen, oder?

Nein.

Von Anfang an, als sie hierhin kamen, haben sie keine Ausscheidung mehr gehabt?

Das ist richtig, oder ganz minimal.

Als es dann aufhörte mit der Ausscheidung, welche Veränderung in Ihrem Leben hat das mit sich gebracht?

Einige Gravierende, dass ich dreimal in der Woche zur Dialyse gehen muss, sehr wenig trinken, Essen reduziert.

Und allein die Tatsache, dass Sie nicht mehr auf Toilette gehen konnten, um Wasser zu lassen, hat das für Sie auch irgendeine einschneidende Bedeutung gehabt?

Nein überhaupt nicht.

Hatten Sie zu Beginn noch den Drang auf Toilette zu gehen, obwohl nichts mehr gekommen ist?

Nein eigentlich nicht. Nur mein Kollege, wenn der ein paar Bier getrunken hat, dann musste der dauernd auf Toilette rennen. Da fiel mir wieder ein, dass ich das nicht brauche.

Kamen dann von den Kollegen auch so Rückfragen? "Sag mal, du gehst gar nicht mehr zur Toilette?"

Das habe ich gar nicht registriert, glaube ich.

Und für sie? War das irgendwie ein Problem, wenn Sie darüber nachgedacht haben, inwieweit Ihnen da etwas fehlt?

Da habe ich eigentlich gar nicht drüber nachgedacht. Nur wenn man mal eine Fernsehsendung über Nierenkranke gesehen hat, dann hat man sich das angeguckt und verglichen mit seiner eigenen Krankheit.

Der Stuhlgang, hat sich das irgendwie verändert seit der Dialysepflichtigkeit?

Nein, auch nicht. Gut, einmal ist es vielleicht ein bisschen härter oder ein bisschen weicher. Aber eigentlich im normalen Bereich. So wie ich das kenne.

Die Häufigkeit ist so geblieben, da hat sich nichts verändert?

Eigentlich einmal so am Tag. Regelmäßig.

O.K. ich bedanke mich für das Gespräch.

CHRISTOPH HEEKENJANN
Jakobi-Krankenhaus Rheine und
Altenzentrum gGmbH
Dialysestation
Hörstkamp 12
48431 Rheine
E-mail: cheekenjann@t-online.de

H.-M. Seipp, A. Stroh

Hygienemanagement in der Dialyse

Das Manual befasst sich mit dem Hygienemanagement in der Dialyse. Der Leser erhält einen Überblick über den aktuellen Stand moderner präventivmedizinischer Maßnahmen mit Empfehlungen und Arbeitsvorlagen für die praktische Durchführung sowie die erforderliche Qualitätssicherung.

ISBN 3-935357-77-X – Preis: 39,- Euro

PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich, Tel. ++ 49 (0) 5484-308, Fax ++ 49 (0) 5484-550,
E-mail: pabst.publishers@t-online.de – Internet: <http://www.pabst-publishers.de>