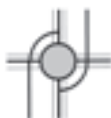




## NEUROLOGISCHE KLINIK BAD NEUSTADT



in Kooperation mit der  
Klinikseelsorge  
am Rhön-Klinikum Bad Neustadt

### **Symposium zum Thema „Krankheitsverarbeitung“**

Samstag, 22.09.2007



**Neurologische Klinik**  
Träger: Neurologische Klinik GmbH  
von-Guttenberg-Straße 10 · 97616 Bad Neustadt/Saale  
Telefon (09771) 908-0 · Telefax: (09771) 991464  
e-mail: [gf@neurologie-bad-neustadt.de](mailto:gf@neurologie-bad-neustadt.de)  
[www.neurologie-bad-neustadt.de](http://www.neurologie-bad-neustadt.de)

## **Impressum**

Neurologische Klinik Bad Neustadt/Saale

Redaktion: Manuela Heuchler  
Jörg Rieger  
Andreas Wolf

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

1000 - 09.2008

# NEUROLOGISCHE KLINIK BAD NEUSTADT



in Kooperation mit der

Klinikseelsorge

am Rhön-Klinikum Bad Neustadt

## **Symposium zum Thema „Krankheitsverarbeitung“**

Samstag, 22.09.2007



# Inhalt

Vorwort .....	6
<b>Wie in einem fremden Land...</b>	
Biographische Arbeit mit Patient und Angehörigen – Patienten und Angehörige aus ihrer Lebensgeschichte verstehen und unterstützen	
<i>GABRIELE LUCIUS-HOENE</i> .....	7
<b>„Wo Verlust ist, ist Trauer!“</b>	
Trauerarbeit nach schwerer Erkrankung	
<i>E. GRIESHABER</i> .....	23
<b>Für die Seele sorgen –</b>	
nicht nur eine Aufgabe der Seelsorge	
<i>J. BARTH</i> .....	47
<b>wenn einer LEBT, KANN man auch was machen</b>	
<i>GABRIELE LUCIUS-HOENE</i> .....	55
<b>„... damit ich nicht auf der Strecke bleibe“</b>	
Der Profi im Prozess der Krankheitsverarbeitung: Helfen und eigene Gefährdung	
<i>WUNIBALD MÜLLER</i> .....	63
<b>Die heilende Kraft unseres tiefsten Wesens</b>	
Auszug aus dem Buch: „Das Leben endet nie“	
<i>WILLIGIS JÄGER</i> .....	77
<b>Das Leid der Kranken und die Not der Helfer</b>	
<i>MAINPOST · 26.09.2007</i> .....	95

## **Was jetzt? – Leben mit der Krankheit**

Krankheit – es kann jeden treffen. Oft kommt sie plötzlich, manchmal schleichend, immer jedoch ungelogen. Was jetzt?

Jeder, der von Krankheit betroffen ist, wird auf seine Weise unterschiedlich damit umgehen können und müssen. Patienten, Angehörige, Therapeuten, Ehrenamtliche, Ärzte, Pflegekräften, Psychologen und Seelsorger tragen auf ihre je eigene Weise dazu bei, dass dieser Prozess in Ansätzen gelingen kann und oft auch gelingt.

Allerdings geraten der Patient und oft auch seine Angehörigen, aber auch die helfenden Berufe sowie Ehrenamtliche beim Helfen an ihre Grenzen. Es gilt diese Grenzen wahr und ernst zu nehmen. Und was ist jenseits unserer Grenzen? Kann da Gott weiterhelfen oder die heilende Kraft unseres tiefsten Wesens?

Aber nicht nur wir in der Klinik sind mit solchen Prozessen der Krankheitsverarbeitung konfrontiert. Jeder, der in einem helfenden Beruf tätig ist, und jeder, der ehrenamtlich Kranke betreut, wird sich mit ähnlichen Fragen auseinandersetzen müssen.

In der Neurologischen Klinik Bad Neustadt ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Klinikseelsorge und Neuropsychologie gewachsen. Ausdruck der Zusammenarbeit ist dieses Symposium, das sich von unterschiedlichen Seiten diesem Thema nähert.

Auf unserer Fachtagung am 22.09.2007 haben wir über die derzeitigen Erkenntnisse in Sachen Begegnung mit dem Leid, Wird schon wieder – Krankheit im Prozess, dem anderen verpflichtet, über die Möglichkeiten der Rehabilitation mit Schwerbetroffenen berichtet. Allen Vortragenden und Diskutanten danken wir für Ihre rege Beteiligung. Die zur Verfügung gestellten Manuskripte und Folien haben wir in diesem Band der Schriftenreihe I der Neurologischen Klinik Bad Neustadt zusammen gefasst. Diese dokumentiert den aktuellen Erkenntnisstand.

Unser Dank gilt allen Beteiligten, den Referenten bzw. Autoren und unseren Mitarbeitern für ihr Engagement.

*Bad Neustadt im September 2008*

Dr. med. A. Baumgarten  
Chefarzt Abteilung  
Rehabilitation

E. Grieshaber  
Leitung Neuro-  
psychologie

J. Rieger  
Geschäftsführer

Gabriele Lucius-Hoene

## **Wie in einem fremden Land...**

Der Eintritt einer Hirnschädigung, etwa durch eine Blutung, einen Schlaganfall, einen Unfall, eine Entzündung, einen Sauerstoffmangel oder durch andere Ursachen kann das Leben des betroffenen Menschen in dramatischer Weise verändern. Häufig trifft sie ihn mitten aus dem Leben heraus, ohne Ankündigung und ohne die Möglichkeit, sich langsam daran zu gewöhnen. Sie gehört nicht zu den Ereignissen des Lebens, die erwartbar sind und auf die man immer schon gefasst ist. Oft in einem Moment entzieht sie dem bisherigen Leben seine Grundlage. Dies betrifft neben der körperlichen Unversehrtheit die volle Verfügung über die geistigen Fähigkeiten, die wir für einen erfolgreich funktionierenden Alltag brauchen: aufmerksam am Leben Teil zu haben, sich an Vergangenes und unmittelbar Abgelaufenes zu erinnern, angemessen planen und den Lauf der Dinge kontrollieren zu können, Denkfähigkeiten rasch einsetzen zu können, sich anderen Menschen mitteilen und sie verstehen zu können. Die Hirnschädigung macht den betroffenen Menschen auf lange Zeit hinaus sehr hilfsbedürftig: nicht nur die professionellen Helfer der medizinischen Versorgung sind gefragt, sondern auch die Menschen seines Umfelds, die sich einerseits selbst auf die Veränderung einstellen müssen, andererseits auch die Personen sind, die für seine eigene Neuorientierung die zentrale Funktion besitzen.

Mein Zugang zu unserem Thema speist sich aus mehreren Quellen: zum einen aus wissenschaftlicher und praktischer Beschäftigung mit dem Thema Bewältigung von schweren chronischen Erkrankungen und Behinderungen, das vor allem auch angetrieben ist durch psychotherapeutische und rehabilitative Arbeit mit hirngeschädigten Patienten, zum anderen aus der Erforschung von autobiographischen Erzählungen als einem Zugang zu den persönlichen Erfahrungen und Lebenswelten von Menschen. Beide Zugänge treffen sich in der Forschung zur narrativen, also erzählerischen Bewältigung von Krankheit. Meine dritte und wichtige Quelle von Erfahrungen stammt aus Unterhaltungen, Gesprächsrunden und Diskussionen mit Betroffenen und mit Angehörigen, in denen wir uns nicht als Patient und Therapeut begegnet sind, sondern in dem die Menschen, die diese Erfahrungen des Lebens mit einer Hirnschädigung gemacht haben, mir quasi als Führer und Experten und Diskussionspartner geholfen haben, die Innenseite dieses Lebens zu verstehen und mir auch die Möglichkeit gegeben haben, meine eigenen Erfahrungen mit den ihren abzugleichen und von ihren Lebenspraktiken zu lernen. Meine Überlegungen knüpfen zwar einerseits an die Situation hirngeschädigter

Menschen mit ihrer speziellen Problematik der kognitiven Einschränkungen an, ich denke aber, dass sie in vielen Aspekten auch auf Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen oder Behinderungen zutreffen.

Ich möchte beginnen mit zwei Zitaten einer älteren Frau mit einer schon lange zurückliegenden Hirnschädigung, die sich intensiv mit ihrer Situation auseinandergesetzt hat, und die ich Martha nennen möchte. Martha existiert so nicht als wirkliche Person, sie soll mir hier nur als geeinte Stimme für die vielen wirklichen Beiträge dienen, die ich aus Gruppendiskussion entnommen habe. Diese Diskutanten haben sich aufgrund ihrer Hirnschädigung in Basel zu der Arbeitsgruppe „Denkwerk Hirnverletzung“<sup>1</sup> zusammengefunden, diskutieren dort in vielen Arbeitssitzungen Themen und erstellen aus ihren Resultaten Broschüren, in denen sie ihre Situation erhellen und auch für Nichtbetroffene verständlich zu machen suchen. Aus den beiden letzten Gruppenarbeiten zum Thema Verständnis und Akzeptanz stammen also folgende Äußerungen:

„Alle schauen auf die Symptome. Ich bin nicht eine Anhäufung von Symptomen. Aber es ist einfacher, nur Symptome zu beschreiben...

„Ich will mich nach außen nicht ausschließlich als ein Mensch mit einer Hirnverletzung definieren. Das Ereignis der Hirnverletzung hat nämlich innerlich nichts an dem Bedürfnis verändert, einfach als Mensch anerkannt zu sein.“

Was die beiden Sprecherinnen hier beklagen, ließe sich in ganz vielen Zitaten belegen und kennzeichnet für viele hirnverletzte Menschen die Art und Weise, wie sie sich im Spiegel der anderen und vor allem auch der therapeutischen Experten reflektiert sehen.

Es ist der Blick von außen oder der „etische“, objektivierende Blick auf ihre Person, der sie trifft, der vordefiniert, was wissenschaftlich und therapeutisch interessiert, und wie es einzuordnen ist: etwa in neurologische, neuropsychologische, psychopathologische oder Verhaltenssymptome. Dies ist die Perspektive, die wir im allgemeinen als Therapeuten, Diagnostiker, Psychologen, Ärzte, Gutachter und Leistungsträger einnehmen. Sie setzt sich im Umgang mit den Betroffenen vor allem in der Rehabilitationsphase fort in ein Denkmodell, das in der institutionellen und professionellen Handlungslogik bewährt und pragmatisch sinnvoll erscheint. Ich möchte es etwas provokativ das „Vom-Defizit-zur-Intervention“- oder Defizit-Modell nennen. Der Patient kommt in einen diagnostischen Prozess, in dem seine Symptome wie z.B. neuropsychologische Ausfälle, Verhaltensprobleme oder psychosoziale Anpassungsstörungen als Defizite identifiziert und quantifiziert werden. Entsprechend den Defiziten werden Interventionen, Behandlungen eingesetzt, der

<sup>1</sup> [www.denkwerk-hirnverletzung.ch](http://www.denkwerk-hirnverletzung.ch)

Erfolg wird durch diagnostische und Qualitätssicherungsmaßnahmen kontrolliert, und was sich nicht therapieren lässt, bleibt schließlich als Restdefizit- letzteres kein zynischer, sondern ein durchaus gängiger Begriff.

Die Situation des Patienten, seine Person wird also über funktionelle und Verhaltensdefizite definiert, seine Leidenssituation mit der Defizitbestimmung gleichgesetzt. Die Defizite werden operational, also durch bestimmte Messprozeduren wie Tests, Beobachtung oder Fragebögen erfasst. Um dies adäquat tun zu können, müssen die einzelnen Problemaspekte isoliert und ihre Komplexität fragmentiert werden. Behandlungsangebot und Defizit werden abgeglichen, die Intervention wird möglichst modularisiert und schließlich nach Programmvorgabe beendet ; übrig bleibt der „restdefizitäre“ oder „austherapierte“ Patient, bei dem der Therapeut mit seinem Latein am Ende ist, und der also gerade dann von ihm seinem Schicksal überlassen wird, wenn die Situation für ihn am schwersten ist.

Natürlich und glücklicherweise wird dieses Programm, das die wissenschaftlichen Studien beherrscht, in der klinisch-therapeutischen Praxis ganz anders mit Leben gefüllt. Überlegungen wie die Ressourcenorientierung oder Salutogenese, die ICF, die International Classification of functioning zur Beschreibung von chronischer Krankheit und Behinderung, die ihren Fokus auf den Lebenskontext und die Teilhabe des Menschen am normalen Leben als Rehabilitationsziel setzt, und eine wachsende Sensibilität für die Ganzheitlichkeit des betroffenen Menschen und seine Autonomie und Würde haben den therapeutischen Blick auch darauf gelenkt, was am Patienten gesund geblieben ist und als Ausgangsbasis für seine Neuorientierung gestärkt werden kann. Dennoch ist die Forschung zur psychologischen und psychosozialen Situation des Patienten im Vergleich zu neurologischen, neurophysiologischen und neuropsychologischen Untersuchungen deutlich geringer und bleibt zumeist der etischen Perspektive verhaftet. Der therapeutische Handlungsauftrag im Rahmen des medizinischen Versorgungssystems zwingt sogar zu dieser Objektivierung und Umformulierung einer komplexen Problem- und Leidenssituation in pathologische Kategorien, damit sie angemessen eingeordnet ist, verwaltet werden kann und therapeutische Maßnahmen gerechtfertigt werden können. Aber welchen Sinn macht es für eine betroffene junge Frau selbst, die gegen Ende ihres Musikstudiums eine Hirnblutung erleidet, die zu einer Halbseitenlähmung führt und es ihr unmöglich macht, die Klarinette zu spielen - wenn ihr Kummer darüber als Anpassungsstörung bezeichnet werden muss, damit sie auf Grund dieser diagnostischen Zuordnung psychotherapeutische Unterstützung erhalten kann?

Selbstverständlich hat diese objektivierende, etische Perspektive auf den Patienten

ihren Sinn und ihre Verdienste, wir verdanken ihr medizinischen Fortschritt und Handhabbarkeit unseres Versorgungssystems. Aber sie ist nur die eine Seite der Münze, die halbe Wahrheit, die nutzlos bleibt, wenn sie nicht von ihrer andere Seite mitgetragen wird. Diese andere Seite könnte man als die Innenseite des Erlebens oder die emische Perspektive auf die Hirnschädigung nennen. Hier versuchen wir, die Betroffenen, ihre Äußerungen und ihre Handlungen aus dem Nachvollzug ihres eigenen Erlebens heraus zu verstehen. Sie fordert auf zum Bemühen, sich auf die Welt des Patienten aus der Perspektive der unmittelbaren Betroffenheit heraus einzulassen und seine Erlebensweise genauso ernst zu nehmen und in den Unterstützungsbemühungen zu berücksichtigen, wie die eigene unbeeinträchtigte oder professionell zugeschnittene Sichtweise. Um diese emische Perspektive einnehmen zu können, sind wir gezwungen, nicht nur Fragmente des Verhaltens und Befindens wahrzunehmen, sondern auch den Kontext, d.h. die Persönlichkeit, die situativen und Lebensumstände, kurz den Betroffenen in seiner eigenen Welt in unsere Deutung einzubeziehen. Sie ermöglicht uns in mehrerer Hinsicht ein vertieftes Verständnis der betroffenen Menschen und ist damit als Teil einer ganzheitlichen Vorgehensweise in der Rehabilitation nicht wegzudenken. Zum einen schafft sie die zwischenmenschliche Basis für Gemeinsamkeit, indem sie Vertrauen herstellt und dem Betroffenen die Gewähr gibt, von den Menschen, von denen er Hilfe erwartet, in seiner Person gesehen und verstanden zu werden. Zum anderen beugt sie Fehlinterpretationen des Verhaltens der Betroffenen vor, weil viele Verhaltensweisen ihren pathologischen Charakter verlieren, wenn sie nicht nur als Ausdruck eines neurologischen oder neuropsychologischen Defizits gesehen werden, sondern als Bewältigungsbemühungen und Anstrengungen, die Defizite zu kompensieren. Und zum dritten schafft sie den Angehörigen, Helfern und Therapeuten einen Bewertungsrahmen für ihre eigenen Bemühungen und Aktivitäten, indem sie sie auch an dem messen können, was sie für die Patienten selbst bedeuten.

Wie lebt es sich als Betroffener, was bedeutet Hirnschädigung für den Alltag, wie verändert sie die Welt, die Beziehungen zu anderen Menschen, das Verhältnis zu sich selbst? Für die Betroffenen selbst ist es erst einmal ein sehr langer Weg, vom Einbruch der Erkrankung oder des Unfalls ein Verständnis dafür zu entwickeln, was mit ihnen passiert ist. Durch die oft schlagartig eintretende und nicht vorhergesehene Erkrankung machen sie die Erfahrung, dass ihr Leben sich von einem Augenblick zum anderen völlig ändern kann und nichts mehr zu bleiben scheint, wie es vorher war. In der ersten Phase der Erholung erlebt der Patient vielleicht aufgrund einer Bewusstseinsstörung seine Umwelt und sich selbst nur fragmentiert und schattenhaft, lebt noch in einem ratlosen Unverständnis von dem, was geschehen ist und was ständig an ihm und um ihn herum geschieht. Während sich

einerseits im Lauf der Genesung der ersten Wochen und Monate viele Fähigkeiten wieder einstellen und seine Situation sich langsam klärt, geht andererseits aber auch mit dieser wachsenden Einsicht die anfängliche Erwartung einer schnellen und kontinuierlichen Genesung mit Rückkehr ins alte Leben langsam oder schockartig verloren. Behinderung, Schmerz, Angst um Gegenwart und Zukunft, Abhängigkeit von anderen und die Erkenntnis der Einbußen an Autonomie nehmen nach und nach Gestalt im Erleben an.

Neben den äußerlichen Brüchen und schweren Verlusten wie etwa den der körperlichen Integrität, beruflicher und privater Rollen oder ökonomischer Sicherheit tragen auch die unmittelbaren Hirnschädigungsfolgen zu einem Kontinuitätsbruch bei. Durch Bewusstlosigkeit und Koma kann eine Gedächtnislücke entstehen, die eine Zeitspanne des Lebens, manchmal Jahre, und vor allem auch die Umstände der Erkrankung oder Traumatisierung regelrecht verschlucken kann und das Gefühl eines Lochs in der persönlichen Lebensgeschichte und kontinuierlichen Selbsterfahrung erzeugt. Andererseits ist gerade beim Eintreten einer Hirnschädigung das Selbsterleben meist auch organisch bedingt erheblich eingeschränkt; der Mensch geht davon aus, selbstverständlich auch mit seiner Krankheit oder nach dem Unfall dieselbe Person zu sein wie vorher und die meist eingetretenen kognitiven Probleme mit Gedächtnis und Aufmerksamkeit, mit Verstehen der Umwelt, Handeln und Planen noch gar nicht wahrzunehmen. Selbst dann, wenn er plötzlich die Uhr nicht mehr lesen kann oder dramatische Gedächtnispannen erlebt, geht er davon aus, doch eigentlich alle Dinge noch wie vorher zu können - und wenn nicht heute, dann in absehbarer Zukunft.

Mit wachsender Erkenntnis, in einem Prozess, der Monate bis Jahre dauert, kristallisieren sich dann langsam die Konturen der neuen Wirklichkeit heraus. Diese neuen Erfahrungen führen bei praktisch allen Patienten zu einer tief greifenden Identitätskrise, die sich in Bemerkungen wie „Ich kenn mich ja gar nicht mehr, ich weiß nicht mehr, wer ich bin“ niederschlagen. Verunsicherung und Ratlosigkeit gegenüber der eigenen, so veränderten und hilflosen Person, mit der noch keinerlei Erfahrung besteht und die ständig mit neuen Defiziten und Problemen aufwartet, prägen das Lebensgefühl. Die zunehmende Wahrnehmung eigener Defizite und Kompetenzverluste geht oft mit Scham- und Schuldgefühlen einher und resultiert in einer Selbstentfremdung und Selbstablehnung, die sich manchmal in Äußerungen niederschlägt wie „Ich möchte nicht die Person sein, die ich jetzt geworden bin“. Die Außenwelt mit Anforderungen, die früher mehr oder weniger mühelos bewältigt werden konnten, wird als verwirrend, überfordernd, bedrohlich wahrgenommen. „Es ist wie bei einer Bedienungsanleitung, wo so viel drinsteht und du nicht siehst, wo das drinsteht was du brauchst“, bringt es ein betroffener Mann in einem sehr treffenden Bild auf den Punkt (Denkwerk Basel).

Während die etische Sichtweise durch die Methoden und Standards professionellen Handelns klare Handlungsanweisungen und Techniken liefert, ist die emische Perspektive für den Außenstehenden in der Rehabilitation hirngeschädigter Menschen oft viel schwieriger einzunehmen - und dies aus mehreren Gründen. Zum einen sind die Betroffenen vor allem in der frühen Phase der Erholung nach einer Schädigung selbst noch kaum in der Lage, sich zu äußern und ihre Befindlichkeit, die Gründe für ihr Verhalten und ihre Motive für einen Außenstehenden klarzulegen. Bewusstseinsstörung, Desorientiertheit, Gedächtnislücken und Aufmerksamkeitsstörungen können die Kommunikation erheblich behindern. Zum anderen erleben die Betroffenen ja auch sich selbst gegenüber sehr häufig eine tiefe Ratlosigkeit und Verwirrung, da sie sich selbst mit ihren Defiziten und Kompetenzverlusten oft nicht mehr wieder erkennen und nicht deuten können. Und schließlich bedeutet für den Außenstehenden das Einfühlen und Eindringen in die Erlebniswelt des Betroffenen auch eine heftige Konfrontation mit einem Leidenszustand, der auch dem zur Empathie bereiten Menschen Angst machen und ihn emotional an die Grenze seiner Belastbarkeit bringen kann.

Die emische Perspektive zeigt auf, wie sehr und wie radikal sich die Welt des hirnverletzten Menschen durch die Erkrankung oder den Unfall verändert hat. Manchmal schleichend, meist aber innerhalb von Sekunden oder Stunden wird sein bisheriges Leben weggerissen und oft auch vernichtet. Vieles von dem, was ihn als Person ausgemacht hat, kann völlig verändert oder gar zerstört sein: seine Kompetenzen, seine Begabungen, seine emotionalen Befindlichkeiten und Vorlieben, sein Temperament und seine Lebensziele und -gewohnheiten, sein Umgang mit anderen Menschen und seine Beziehungsfähigkeit.

Erst allmählich, über viele Monate bis Jahre hinweg und durch viele Erfahrungen, klärt sich das Verständnis für die neuen Lebensumstände und -möglichkeiten und für die neue Person, die nun die alte unwiederbringlich abgelöst hat. In dieser Zeit werden andere Menschen, die vertrauten Personen des alten Umfelds oder auch neue Gesprächspartner, die den Menschen unbefangen in seiner jeweiligen Verfassung annehmen, sehr wichtig, damit er sich selbst auch in der Rückmeldung und Spiegelung durch andere wieder kennen und verstehen lernen kann.

Wie lässt sich nun für den betroffenen Menschen selbst und für den Therapeuten oder Helfer, der ihn in seiner neuen Lebenswelt verstehen will, ein Verstehenszugang schaffen? Eine wichtige Rolle im Aufbau von Verständnis für die eigene Situation und Erfahrung kommt dem Erzählen zu, den Geschichten, die Menschen über sich selbst und das, was sie erlebt haben, schaffen, und die sie von anderen Menschen hören. Um die Funktion und Rolle von Geschichten im Verstehens- und Genesungsprozess besser begreifen und nutzen zu können, sollen nun zunächst

einige allgemeine Aspekte des „narrativen“ Ansatzes, des Zugangs zu den Welten von Betroffenen über das Erzählen ihrer Erfahrungen, erläutert werden.

In den letzten etwa zwanzig Jahren hat sich übergreifend in vielen Wissenschaften, die den Menschen zum Gegenstand haben, ein neuer erkenntnistheoretischer Zugang unter dem Stichwort der „narrativen Wende“ eröffnet<sup>2</sup>. Auch in der Medizin hat sich vor allem durch Beiträge und theoretische Grundlagen aus der Medizinanthropologie, -psychologie und -soziologie, durch ethnologische und ethnographische, sprach- und literaturwissenschaftliche Studien zum kranken Menschen ein Wissensfundus über die Besonderheiten und Erkenntnismöglichkeiten des Erzählens von Krankheitserfahrungen herausgebildet, der in eine „narrative Medizin“ und „narrative Psychotherapie“ gemündet ist<sup>3</sup>. Auch biographische Studien, die Wesentliches zur Erhellung der Innenseite und der lebensgeschichtlichen Bedeutung von Krankheit beitragen, kommen zumeist über die Erzählungen ihrer Informanten zu ihren Ergebnissen. Die Perspektive und das Programm einer „narrativen“ oder „narrativ-basierten“ Medizin nehmen die Krankheitserzählungen dabei nicht nur zum Ausgangspunkt einer Erforschung der Befindlichkeiten und Erfahrungen von Betroffenen, sondern leiten aus ihnen auch Konsequenzen und Desiderata für einen personenzentrierten Ansatz im Umgang mit den anvertrauten Menschen ab.

Was macht das Erzählen als einer so allgegenwärtigen Kommunikationspraxis, dass sie uns in unserem Alltag gar nicht als eine besondere Aktivität erscheint, zu einem wichtigen Erkenntnisinstrument - und zwar sowohl für den Erzähler selbst als auch für den Zuhörer?<sup>4</sup>

Erzählen ist die Art und Weise, wie wir Vergangenes, also Erfahrung, die wir in einer verflochtenen Zeit gemacht haben, in Sprache bringen und andere dadurch an diesem früheren Geschehen und Erleben teilhaben lassen. Mit unseren kurzen und längeren Geschichten des erlebten bringen wir andere Menschen auf den Stand unserer Erfahrungen und vermitteln ihnen damit, wie es wir ergangen ist, warum wir dieses oder jenes getan haben oder tun werden. Erzählungen begründen und erklären unser Handeln und unsere Motive, unsere Werte und unsere Einstellungen. Als Erzähler versetzen wir uns zeitlich zurück in den Lauf des Geschehens und bilden ihn so wie wir meinen, ihn erlebt zu haben, in Sätzen ab. Der Hörer kann auf diese Weise quasi nacherleben, wie alles gekommen ist, und indirekt an unserer Erfahrung und ihrer emotionalen Bedeutung teilhaben. Er lässt

<sup>2</sup> z.B. Bruner, 1990

<sup>3</sup> vgl. hierzu z.B. Charon, 2006; Frank, 1994, 1995; Greenhalgh & Hurwitz, 2005; Hydén, 1997; Kleinman, 1988; Lucius-Hoene, 1998, 2002, im Druck.

<sup>4</sup> Lucius-Hoene & Deppermann, 2004

sich von ihrer Plausibilität und Authentizität überzeugen und weiß nun, „wie es war und wie alles gekommen ist“, solidarisiert sich häufig mit dem Erzähler in seiner Sichtweise und Erklärung der Geschehnisse, weil er sie aus der Perspektive des Erzählers stringent und überzeugend dargestellt bekommt. Scheinbar scheint es sich um ein Abbild von Geschehen aus der Sicht eines Zeugen zu handeln.

Bei näherer Betrachtung des Erzählprozesses vom Geschehen bis zur dargebotenen Geschichte wird jedoch schnell klar, das es sich hier vielmehr um eine sehr konstruktive und kreative Leistung des Erzählers handelt. Die Geschichte ist nicht „objektiv“ im Zeitfluss vorgegeben; erst der Erzähler setzt absichtsvoll einen Anfangspunkt, wählt nur bestimmte Elemente des Ereignisstroms und seiner Erinnerungen aus, fügt sie in einer bestimmten Bedeutung zusammen und lässt sie schließlich in einen von ihm gesetzten Endpunkt, in ein Resultat, eine Botschaft oder Moral münden. Erzählen ist somit ein Akt, in dem ein Mensch sich selbst über die Art und Weise, wie er über Erlebtes und Erinnerung eine Geschichte formt, auch sich selbst über das Geschehene Klarheit verschafft und damit sein Erleben und seine Welt ordnet. Auch der Hörer spielt in der erzählten Geschichte nicht nur die Rolle des passiven Empfängers. Der Erzähler passt seine Geschichte auch an die Funktion an, die sie gegenüber dem Hörer hat: ob er dem Hörer etwas erklären will, ob er um seine Anteilnahme wirbt, ob er ihn überzeugen will, ob er ihn als Verbündeten auf seine Seite ziehen möchte, und so weiter. Er berücksichtigt Vorwissen und Einstellungen des Hörers und passt sich strategisch wie in seinen kommunikativen Mitteln an ihn an. Ebenso unterstützt der Hörer durch die Signale seines Zuhörens, durch seine emotionale Betroffenheit und seine Zuwendung den Erzählprozess des Autors der Geschichte und verhilft ihm damit zur Klärung und Ordnung seiner Erfahrung.

Im Erzählen verarbeiten wir also auch, was geschehen ist, und speichern es als narrative Struktur im Gedächtnis. Auf unser ganzes Leben bezogen, schaffen wir so unsere Biographie als eine Folge von kleinen und großen, von untergeordneten und von übergreifenden Geschichten. Da wir in unseren Erzählungen von Selbsterlebten auch meist als handelnde und wertende Personen auftreten, die wir rechtfertigen und dem Hörer akzeptabel machen müssen, arbeiten wir in Geschichten auch an unserer Identität und schaffen uns über die Gegenwart hinaus eine Vergangenheitsdeutung, die uns in die Zukunft tragen kann. In den Geschichten sind die Sinnstrukturen unseres Lebens verankert, auch dann, wenn wir sie gar nicht als Geschichten ausformulieren und zu Gehör bringen. Zwischen Narrativ und Erfahrung besteht eine dialektische Beziehung: Erfahrenes wird in narrative Muster und Motive gebracht, die zur Verfügung stehenden narrativen Muster und Motive bestimmen aber auch mit, was überhaupt im Strom der Ereignisse wahrgenom-

men und zur Erfahrung wird. Unsere inneren Geschichten befinden darüber, wie wir die Welt und die neuen Ereignisse aufnehmen.

Gerade auch die Erfahrung von Krankheit und den mit ihr einhergehenden Beeinträchtigungen, Gefühlen und Abhängigkeiten, mit ihren Folgen für die eigenen Lebensprojekte und Möglichkeiten, drängt danach, dass der Mensch sie in Geschichten packt. Nicht von ungefähr nehmen Geschichten von unseren Krankheiten und Auseinandersetzungen mit Ärzten und anderen Therapeuten, mit den Einschränkungen im Alltag und mit den belastenden und verstörenden Symptomen in unserem Leben einen großen Raum ein, sobald wir einmal selbst die Erfahrungen machen mussten. In diesen Geschichten spiegelt sich auch die existentielle Bedeutung der Krankheitserfahrung. Krankheit kann Feind, kann ein technisches oder praktisches Problem, kann eine Herausforderung und Anlass für persönliches Wachstum oder ein ungerechtes Schicksal, kann Gottes Wille, kann Strafe oder Chance sein. Indem wir von unseren Erfahrungen Geschichten bilden, werden wir uns auch klar über unsere eigenen Vorstellungen, wie die Krankheit zustande gekommen ist, was sie bedeutet und was sie aufrecht erhält, was wir am besten gegen sie tun sollten und was sie in unserem Leben bedeutet.

Damit bekommt das Erzählen von der Krankheit auch eine therapeutische oder Bewältigungsfunktion. Durch die Geschichte entsteht Ordnung, Abfolge, Kausalität und übergeordneter Bedeutung. Das Narrative schafft ein Gefühl von „Ich“ und Kohärenz. Es hat also einen „Mehrwert“ über die reine Mitteilungsfunktion hinaus: zum einen hat es eine Wirklichkeit herstellende und organisierende Funktion, zum anderen durch den Appell an den Hörer eine zwischenmenschliche Funktion, indem es Empathie und Solidarisierung schafft, und schließlich eine Erkenntnis schaffende und Bewältigungsfunktion, indem es zur Klärung und zum Selbstverstehen beiträgt und durch die Gestaltung der eigenen Person in der Geschichte auch dem Ich-Verlust und der Identitätskrise entgegen wirkt.

Für den aufmerksamen Hörer vermitteln Krankheitserzählungen so subjektive Theorien und die Suche nach Erklärung und Verstehen der Betroffenen, sie zeigen, wo er die Handlungsmacht im Geschehen verortet, und wie er sich bemüht, die Krankheit zu bewältigen.

Für hirnerkrankte Personen können Geschichten noch zusätzliche, existentiell wichtige Funktionen bekommen. Durch die amnestische Lücke, die rätselhaften und ich-fremden Symptome und Defiziterfahrungen, die Gedächtnis- und die Aufmerksamkeitsschwäche ist er, wie oben beschrieben, oft noch lange nach dem Ereignis nicht in der Lage, sich einen Reim auf das Geschehen um ihn herum und

um seine Person darin zu machen. Schließlich handelt es sich ja in dieser Situation und vor allem im Hinblick auf die kognitiven und emotionalen Beeinträchtigungen um Erfahrungen, auf die er durch nichts in seinem bisherigen Leben vorbereitet war. „Wenn man als Wursträdli in der Suppe schwimmt, kann man das Rezept von der Suppe nicht schreiben“ (Denkwerk, Basel) drückt es eine Betroffene sehr anschaulich aus.

An dieser Stelle setzt die große Wichtigkeit ein, dem Patienten bei der Konstruktion seiner Geschichten zu unterstützen, ihn dazu anzuregen und ihm zuzuhören. Ohne den Experten, der ihm immer wieder erklärt, was geschehen ist, wie Symptome und befremdliche Verhaltensweisen medizinisch zu deuten sind, worin die Krankheit besteht und was ihm selbst möglich ist, warum er auf Schwierigkeiten trifft und warum seine Welt so verändert erscheint, bleibt er seinen Ängsten und Phantasien ausgeliefert. Aber nicht nur der professionelle Begleiter, sondern jeder Mensch, der bereit ist zuzuhören, Wahrnehmungen des Patienten zu bestätigen oder zu korrigieren, Erklärungslücken zu schließen und ganz allgemein als Hörer zu zeigen, dass der Betroffene nach wie vor über eine eigene Geschichte verfügt oder sie sich wieder aneignen kann, trägt zur „narrativen Bewältigung“<sup>5</sup> bei und übernimmt eine wichtige heilsame Funktion. Stück für Stück kann und muss der Betroffenen sich so seines eigenen Lebens vergewissern, sich wieder aneignen, wie er sich einmal verstanden hat, wer er gewesen sein soll und wer er zukünftig sein kann und möchte.

Im Erzählen treffen sich Patient, Therapeut und Begleiter mit ihrer jeweiligen Expertise für das Geschehen und können gemeinsam mehr erreichen als jeder für sich. Betroffener, Therapeut und begleitende Personen wissen jeweils mehr und jeweils weniger als der andere über das Geschehen und die Krankheitsgeschichte. Jeder hat eigene fundierte Erfahrungen, die er in die rekonstruktive Arbeit am biographischen Verstehen des Betroffenen einbringen kann. Die Geschichten des Patienten betten sein Leiden in den Kontext seines Lebens ein. Er bringt authentische Erfahrungen der Innenseite des Lebens mit der Hirnschädigung ein. Seine Interpretationen basieren auf seinen biographischen Orientierungen und Werten und sind damit seine ureigenste Ressource. Sie spielen sich in einem Rahmen von Hoffnungen und Ängsten ab und spiegeln seine Bewältigungsversuche und seine Sinnsuche wieder.

Aber auch die Experten erzählen. Auch ihr Wissen über ihre Patienten ist narrativ strukturiert und folgt einer Dramaturgie, die von ihrem professionellen Hintergrund abstammt. Mit ihren Geschichten vermitteln sie fachwissensbasierte Erklärungen

<sup>5</sup> Lucius-Hoene, 2002

und schaffen damit Orientierung und Entlastung. Gegenüber dem Patienten, der kaum mehr als seine eigene Krankheitserfahrung überblickt, verfügen sie über eine Vielfalt von Geschichten über andere Menschen mit ähnlichen Problemen, können fachlich begründete Szenarios und Optionen einbringen und damit Hoffnung und Erweiterung des Horizonts schaffen, können dem zutiefst verunsicherten Patienten helfen, zwischen Symptomen und Reaktionen zu unterscheiden und Unveränderliches von Veränderbarem zu trennen.

Gelingt es beiden, gemeinsam eine stützende und hilfreiche Geschichte in der Vereinigung ihrer jeweiligen Perspektiven zu schaffen, so ist damit auch die Basis für Kooperation und wechselseitigen Respekt gelegt.

Aus Untersuchungen, die der Frage nachgehen, welche Wirkung dem Hirnschaden in der autobiographischen Erzählung von Betroffenen auf die Lebensgeschichte zugemessen wird, lassen sich verschiedene Muster aufzeigen <sup>6</sup> :

- Integration der Hirnschädigung in die Lebensgeschichte: die Hirnschädigung wird als Teil der biographischen Entwicklung verstanden und als Erfahrung eingebunden. Diese Erfahrung verändert das Leben zwar, aber zwischen vorher und nachher besteht im Erleben eine Kontinuität. Eine Erzählerin drückt dies folgendermaßen aus: „Akzeptiere meine Probleme, trage sie mit mir aus. Umarme mich jeden morgen, sage ‚so, gehen wir wieder ein Stück‘. Vieles finde ich wieder in mir, gehe spazieren, versuche mein Leben so gut wie möglich zu machen. Muss mir selber helfen, jede Begegnung zeigt mir etwas über mich persönlich“ (Denkwerk Basel).
- Hirnschädigung als Bruch: das Leben vor und nach der Hirnschädigung wird als grundsätzlich unterschiedlich erlebt; die Hirnschädigung schafft einen Bruch, so dass sich das Leben ganz grundsätzlich verändert und nichts bleibt, wie es war. Das kann so weit gehen, dass Menschen ihr vorhergehendes Leben regelrecht aus ihrem zukünftigen Leben auszuklammern versuchen und an nichts anknüpfen wollen, was ihnen vorher wichtig war. Das Leben vor der Schädigung ist gewissermaßen mit dem Unfall oder der Erkrankung untergegangen und soll auch keine Bedeutung mehr haben.
- Ein beschädigte und ein „virtuelles“ unbeschädigtes Leben: Das Leben nach der Hirnschädigung ist tiefgreifend verändert, aber es existiert im Erleben und im Selbstbild nach wie vor gewissermaßen parallel dazu eine Art „virtuelles“, unbeschädigtes Leben weiter, aus dem sich die Hirnschädigung ausklammern lässt oder das als Phantasie, wie das Leben unbeschädigt gewesen wäre, weitergeführt wird (vgl. z.B. Lucius-Hoene, 1997).
- Zerbrochene und erhaltene Lebenslinien bestehen nebeneinander her: der

<sup>6</sup> Lucius-Hoene, 1997; Nerb, 2008; Nochi, 1998, 2000; Schäfer, 1999.

Betroffene erlebt Lebensbereiche, die von der Hirnschädigung betroffen und grundlegend verändert oder gar untergegangen sind, und andere, die für ihn von der Schädigung nicht tangiert sind. So besteht einerseits eine Kontinuität im Erleben der eigenen Lebensgeschichte, die oft auch durch vertraute Menschen im Umfeld garantiert wird, andererseits wird vieles abgelegt und Neues erworben.

- Hirnschädigung als Konversionserfahrung: Die Hirnschädigung kann eine Art Konversion der eigenen Sinnstiftungen bewirken, die dazu führt, dass das Leben vor der Schädigung reinterpretiert wird. Das kann dazu führen, dass es im Lichte der Erkenntnis durch die Schädigung als defizitär, sinnentleert und moralisch weniger wertvoll erscheint. Hier erhält die Hirnschädigung die Funktion, als Wendepunkt und als Katalysator eines Erkenntnisprozesses aufzutreten. So berichtet eine Patientin: „Ich hatte vorher einen burnout und hab's nicht wahrhaben wollen, ich konnte mich nur durch den Unfall bremsen, willentlich hätte ich das nicht geschafft...“, und ein anderer berichtet: „Ich war vorher ein sehr oberflächlicher Mensch, hab total an mir vorbei gelebt, der Unfall hat mich davor bewahrt, so zu bleiben...“ (Denkwerk, Basel).

All diese biographischen Konstruktionen sind letztendlich als Heilungsversuche zu verstehen. Aus der Perspektive des Außenstehenden mag es schwer sein zu beurteilen, welcher davon vielleicht sinnvoller oder problematischer sein mag und welchen er selbst für unterstützenswert hält. Die Frage, welche dieser verschiedenen biographischen Neukonzeptionen nun die bessere oder richtigere sei, stellt sich aus narrationstherapeutischer Perspektive nicht; entscheidend für den Urheber ist die Frage, ob er diese Geschichte wirklich als seine eigenen erleben kann - und nicht etwa als die von den Therapeuten oder Angehörigen für ihn gemachte - und ob sie eine Perspektive für die Zukunft offen legt. Entscheidend für die eigene Lebensqualität und das Gefühl, wieder ein „rundes“ Selbst zu haben und zu sein, ist es oft, ob es den Betroffenen gelingt, eine neue Geschichte zu konzipieren, innerhalb derer die eigenen Verluste und Einschränkungen Sinn machen oder eben nicht eine Bedrohung und Vernichtung der eigenen Würde darstellen. Das verlangt oft eine tief greifende Umwertung von leistungs- und wettbewerbbezogenen Befriedigungen hin zu anderen Lebensformen, in denen andere Regeln und Prioritäten gelten. Es nimmt nicht wunder, dass viele Patienten hier nach weltanschaulichen und spirituellen Quellen Ausschau halten und dort Halt finden, aber auch die kleinen oder ganz kleinen Lösungen, Zufriedenheit und Ruhe im Gelingen alltäglicher Verrichtungen zu finden, können hier als Ressource entstehen. Martha beschreibt es als ihre Rettung, dass ihr das für einen hirnverletzten Menschen nicht selbstverständliche Privileg zuteil geworden sei, ihre

Neugierde behalten zu dürfen, so dass auch die Tücken und Listen der Symptome als neue und durchaus interessante Daseinsweise erscheinen können. Man kann das Hirntrauma überlisten, ausbremsen oder sogar genießen, und manchmal verschafft es auch Freiheitsgrade, wenn man, wie sie sagt, ohne schlechtes Gewissen nicht immer alles verstehen muss oder einfach sagen darf: Ich kann das nicht. So erlebe ich viele Betroffene Jahre nach der Schädigung als Lebenskünstler, die mit großer Bewusstheit leben müssen, um ihre Probleme kontrollieren zu können, und daraus eine neue und positive Lebensform machen.

Nach meiner eigenen Erfahrung entscheidet sich für die Betroffenen und auch die Angehörigen viel Lebensfreude und Fähigkeit zum Lebensgenuss daran, ob auch nach dem Trauma der Sinn für Humor erhalten geblieben ist - Humor als Möglichkeit, zu den Absurditäten und Zumutungen des Lebens eine distanziertere Gelassenheit zu entwickeln und von der eigenen Person zu defokussieren. Viele schöne Beispiele dafür liefert Claudia Osborn, eine amerikanische Ärztin, die die Geschichte ihrer Rehabilitation nach einem Autounfall als Buch aufgeschrieben hat <sup>7</sup>. So schafft sie etwa eine urkomische und erheiternde Szene daraus, wie sie und ihre gedächtnisschwachen Mitpatienten des Rehaprogramms im italienischen Restaurant die Kellner zur Verzweiflung bringen, weil beim Servieren der Pizzas alle vergessen hatten, welche der vielen Varianten sie denn nun jeweils bestellt hatten.

Welche Funktion übernehmen nun die Therapeuten in diesem Prozess der Sinnfindung und narrativen Neugestaltung des Lebens? Gerade beim hirngeschädigten Patienten besteht ihre Rolle nicht nur wie bei der Begleitung anderer chronisch Kranker auch in der Stützung oder Klärung, sondern sie müssen in besonderem Maß gewissermaßen als Hilfs-Ich fungieren. Für die narrative Neuorientierung müssen sie ganz wichtige Verbindungsglieder liefern, so das man hier von einer Ko-Konstruktion der neuen Geschichte sprechen kann.

Wichtig ist, dass der Betroffene einen empathischen und offenen Zuhörer hat, auch wenn dieser vielleicht aus seiner kritischeren Distanz und seiner Erfahrung heraus vieles skeptischer sehen mag. Für den Zuhörer - ob als Arzt, Angehöriger oder Helfer - kann es schwierig sein, als Begleiter je nach Situation immer wieder neue Rollen einnehmen zu müssen: mal unterstützend, mal warnend und mal zum Schutze des Patienten Grenzen setzend, um ihn vor Schaden zu bewahren. Zudem müssen sich in verschiedenen Phasen des jahrelangen Genesungsprozesses auch die Sinnstiftungsversuche der Betroffenen wandeln. Kein Patient überschaut von

<sup>7</sup> Osborn, C. (1999)

Anfang an die lebensgeschichtlichen Konsequenzen der Ereignisse, und gleichermaßen kann auch kein Begleiter oder Therapeut zu einem früheren Zeitpunkt einschätzen, welche Ressourcen ein Patient im Lauf seiner Genesung zu mobilisieren vermag. „Hätte ich meine Situation so akzeptiert, wie meine Therapeuten es von mir wollten, so wäre ich heute in einem Pflegeheim“ berichtet eine Betroffene, die heute mit wenigen Hilfestellungen wieder ein aktives und produktives Leben führt. Was letzten Endes das Leben wieder lebenswert machen kann, entwickelt sich aus den Sinnstiftungen des Betroffenen selbst und kann von außen nicht gemessen oder an Normen bewertet werden. Für viele Betroffene kann die Möglichkeit, überhaupt selbst wieder in kleinen Bereichen über ein eigenes Leben zu verfügen und in den selbsterhaltenden Tätigkeiten eines Alltags kompetent zu werden, die Quelle von Zufriedenheit und Lebenssinn werden. Hier ist es wichtig, dass weder gesellschaftliche noch therapeutische Ansprüche mit ihren Normen diese Sinnstiftungen untergraben.

„Als ich dann diese Hirnverletzung weg hatte, das war für mich keine Frage. Ich habe nie gefragt, warum ich? Ich habe nie gefragt, warum das? Ich habe nie deswegen irgendwie räsoniert. Für mich war das klar, das hat eine Bedeutung und das werde ich herausfinden. Und wenn ich es nicht herausfinde, dann ist es so, dann muss es so sein und dann hat das auch seinen Zweck, das nicht heraus zu finden. Und meine Interpretation ist, ich musste befreit werden, von Hüllen, die tödlich gewesen wären für mich. Also ich meine in einem psychisch-seelisch-geistigen Sinne. Und damit ich es überhaupt tat, glaube ich, musste es eine - quasi gewaltsame Transformation sein. Also auf einmal. Nicht etwas – ich bin nicht so ein Mensch. Es musste huuuit. Und so würde ich meine Identität behalten können. Ich habe sie behalten“<sup>8</sup>

Für den Betroffenen ist es entscheidend, dass die anderen Menschen, die ihn im Genesungsprozess begleiten, ihm Zeit für seine eigenen Erfahrungen lassen, ihn immer aus seinen Bewältigungsbemühungen heraus verstehen und ihr Vertrauen in diesen Prozess widerspiegeln. Hier sind gerade die ehrenamtlichen Helfer, die nicht den Funktionszwängen der Institution unterliegen und nicht wie die Angehörigen eigenen Nöten ausgeliefert sind, in der Lage, durch ihr Zuhörens und Begleiten Heilung zu unterstützen und die Wiedererlangung des eigenen Lebens zu fördern. Die Institutionen selbst sind unter den verschiedensten Zwängen, die auf sie einwirken – Kostendruck, Professionalisierung, Rationalisierung, Wettbewerbs- und Leistungsdruck – in eine Entwicklung hineingeraten, die sozusagen zutiefst anti-narrativ ist. Von den Therapeuten wird erwartet, dass sie schnell, ef-

<sup>8</sup> Nach Tonaufnahme zitiert aus einem persönlichen Gespräch mit Maria Gessler, Basel

fektiv, rationell und zielorientiert handeln und quantifizierbare Ergebnisse bringen. Schnell, effektiv, rationell und zielorientiert – das sind genau die Qualitäten, die dem Hirnverletzten am wenigsten zur Verfügung stehen. Bei ihm kommen sie meist als Zeitdruck und die Erwartung einer raschen Verbesserung an.

Ich möchte schließen mit einem Zitat aus dem Gespräch mit Maria Gessler, das schön als biographische Verbindung zwischen dem Vorher und dem Danach zu verstehen ist. Sie sagte:

„Ich denke das alles was ich vorher je gelernt, erfahren und als Wissen behalten habe, das alles das was mir dann nachher noch zur Verfügung stand, das ich das alles ausgenutzt habe bis zum Geht-nicht-mehr. Immer im Hinblick auf, was rehabilitiert es in mich – in mir. Was rehabilitiert es in mich, also das tönt jetzt wie ein freudscher Versprecher aber es - ich meine es so. Ich empfand es nicht als etwas das ich machte.“

Ich glaube, diese Sichtweise auf das, was heilt, mit ihrem subtilen Sprachspiel zwischen Handeln und Geschehen lassen oder dem Geschehen lassen als eigenem Handlungsentschluss kann auch uns hier, die wir ja zumeist nicht die Katastrophe einer Hirnschädigung erlebt haben, Horizonte und, wie Maria Gessler sagte, eine neue Form von Leichtigkeit vermitteln.

*Literatur/Quellen:*

- Bruner, J. (1997). Sinn, Kultur und Ich-Identität. Heidelberg: Auer.
- Frank, A. Frank, A. (1995). The wounded storyteller: body, illness, and ethics. Chicago: University of Chicago Pre
- Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (Hrsg.) (2005). Narrative-based Medicine - sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag. Bern: Huber.
- Heel, S. (2004) "Mein krankes Organ kann man nicht entfernen". Selbstkonstruktionen und Krankheitskonstruktionen in biografischen Erzählungen nach erworbenen Hirnschädigungen. Dissertation im Fachbereich Psychologie, Naturwissenschaftliche Fakultät, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck
- Hydén, L. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health and Illness* 19, 48-69.
- Kleinman, A. (1988). The illness narrative. Suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books.
- Lucius-Hoene, G. (1997). Leben mit einem Hirntrauma. Autobiographische Erzählungen von Kriegshirnverletzten und ihren Ehefrauen. Bern: Huber.
- Lucius-Hoene, G. (1998): Erzählen von Krankheit und Behinderung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 48, 108-113.
- Lucius-Hoene, G. (2002). Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 4 (3), 166-203.
- Lucius-Hoene, G. (2007). Identität und Biografie nach akuter Hirnschädigung. In M. Herrmann & S. Gauggel (Hrsg.), *Handbuch der Neuropsychologie und Biologischen Psychologie*.
- Lucius-Hoene, G. (im Druck). Krankheitserzählungen und die narrative Medizin. *Rehabilitation*.
- Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2004). Rekonstruktion narrative Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nerb, N. (2008). In guten wie in schlechten Zeiten. Autobiographische Erzählungen von Personen mit Hirnverletzung und ihren engsten Lebenspartnern. Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Psychologie
- Nochi, M. (1997). Dealing with the 'void'. *Traumatic brain injury as a story. Disability and Society*, 12:533-555.
- Nochi, M. (2000). Reconstructing self-narratives in coping with traumatic brain injury. *Social Science in Medicine* 51:1795-1804.
- Osborn, C. (1999). *Over my head. A doctor's own story of head injury from the inside looking out*. Kansas City: Andrews McMeel.
- Schäfer, C. (1999) Schädelhirntrauma als Lebensereignis, Krankheitserleben und biographische Verarbeitung. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Psychologie

***„Wo Verlust ist, ist  
Trauer!“***

***Trauerarbeit nach  
schwerer Erkrankung***

E. Grieshaber  
Neurologische Klinik GmbH  
Bad Neustadt/Saale

***„Die Unfähigkeit zu Trauern“  
Alexander u. Margarete Mitscherlich***

***„Trauer ist regelmäßig die Reaktion  
auf den Verlust einer geliebten  
Person oder einer an ihre Stelle  
gerückte Abstraktion, wie Vater-  
land, Freiheit, ein Ideal...“***

***„Trauer und Melancholie“  
Sigmund Freud***

**„Alles geben die Götter die  
Unendlichen ,  
ihren Lieblingen ganz.  
Alle Freuden die Unendlichen,  
alle Leiden die Unendlichen ganz!“**

**J.W. v. Goethe**

**ICD 10:  
Trauer als Anpassungsstörung  
aber:  
bei „normaler Trauerreaktion  
anders zu fassen“**

**DSM-IV V-Schlüssel:  
„ Reaktion auf den Tod eines  
geliebten Menschen...Major  
Depression wenn Symptome  
> 2 Monate anhalten...“**

### *Prigatano 2004:*

*„Depressionen sind von normaler Trauer zu unterscheiden.*

*Trauer ist eine normale Reaktion auf einen bedeutsamen Verlust. Im Gegensatz zur Depression verändert sich Trauer im Verlauf häufig durch positive Ereignisse.*

*Bei Depression führt ein positives Feedback aus der Umwelt dagegen nicht zu einer Veränderung des Energiemusters!“*

---

---

### *Schmidt 2004:*

*„Trauer bedeutet den Verlust körperlicher und geistiger Fähigkeiten, von Lebenskonzepten und/oder geliebten Menschen durch Tod oder Trennung.*

*Trauer beginnt in dem Moment, in dem der Patient und/oder Angehörige erfährt, dass er nicht mehr gesund werden wird. Sobald jemand erkennen muss, dass ihm bald ein Teil seines Lebens...entrissen wird, beginnt ein langer Trauerprozess, der sich in Stufen vollzieht. Dieser Prozess darf nicht unterbrochen, verkürzt oder gestoppt werden!“*

---

---

## **Hautzinger 1995:**

**„Trauernde haben überwiegend die gleiche Symptomatik wie schwer Depressive, scheinen die Symptome jedoch eher zu akzeptieren.**

**Während diese normale Trauerreaktion im Mittel 4 Monate anhält, scheint das Ereignis für einen Teil der Betroffenen eine längere Depression zu begünstigen.“**

## **Katschnig 2001:**

### **Unterschiede Trauer - Depression**

1. Trauer ist ansteckend.  
Mitgefühl bis zum mitweinen.
2. Trauer ist „warm“! Depression ist „kalt“!  
Das Ansteckende der Trauer fehlt.
3. „Deprimiertsein“ hat andere Qualität  
als „Traurigsein“!
4. Trauer ist versteh- und einfühlbar, auch  
durch eigene Verlusterlebnisse.  
Depression von Krankheitswert häufig  
nicht verstehbar, nicht einfühlbar.

## **Pathologische Trauer:**

- + *schmerzvolle Reaktion wenn Einschränkung erwähnt, erlebt wird. Vermeidung!***
- + *anhaltende Probleme mit Verlustverarbeitung.***
- + *depressive Reaktionen beim Jahrestag des Ereignisses.***

## **Trauerreaktion**

### **Tod vs. Verlust körperlicher Unversehrtheit:**

- 1. *Tod = endgültiger Zustand ohne illusionäre Hoffnung.***
- 2. *Trauer muss zugelassen, gemeinsam ausgehalten werden, gleichzeitig Hoffnung auf Besserung mit unklarem Endzustand.***
- 3. *Hoffnung und Verzweiflung bei Patient und Angehörigem verständlich, machen Trauerprozess schwierig.***

## **Bei zentraler Schädigung:**

- 4. Ohne Vorbereitung Konfrontation bis an die Grenze der Existenz.**
- 5. Lange Rekonvaleszenz. Ausmaß der Remission nicht vorhersagbar, führt zu Verunsicherung und Stress.**
- 6. Bleibende Behinderung wirkt auf partnerschaftlichen, sozialen und beruflichen Bereich. Neuorientierung, verändertes Rollengefüge.**
- 7. Vor allem bei Angehörigen: problematische Form von Abwehr und Leugnung: Qualität und Frequenz und Therapeutenqualifikation fraglich!!**

## **Prigatano 2004:**

**„ Die Annahme, dass Menschen, die sich ihrer Defizite nach einer schweren Hirnschädigung bewußt werden, zu Depressionen neigen, entspricht nicht meiner Erfahrung. Viel häufiger kommt es vor, dass Patienten uneinsichtig bleiben und eine Anzahl schwerer Enttäuschungen erleben. Diese Enttäuschungen bringen sie nicht mit ihren kognitiven Beeinträchtigungen in Verbindung, da sie diese nicht wahrnehmen oder bagatellisieren. Die depressiven Symptome treten erst dann auf, wenn diese Patienten wiederholt scheitern“.**

## ***Verlusterlebnisse nach Hirninfarkt:***

- + Verlust von Personen und Objekten (real: Trennung; symbolisch: mangelnder psychischer Kontakt durch erkrankungsbedingte Kommunikationsdefizite)***
- + Verlust der Identität, des Selbst infolge neurologischer und neuropsychologischer Defizite. (Patient entspricht nicht mehr seinem Selbstverständnis, sieht sich als „Krüppel“, „Idiot“ etc.)***

## ***Trauerphasen (Tanner & Gerstenberger)***

### ***1. Verleugnung,***

***bei ca. 1/3 hemiplegischer Patienten.  
Nur 6% Hemiplegiker, die nicht verleugnen, zeigen abnorme Stimmung.***

***Anosognosie = komplette Verleugnung  
Anosodiaphorie = Bagatellisierung***

### ***2. Frustration,***

***Unveränderbarkeit und Konsequenz der Erkrankung wird wahrgenommen***

## **Trauerphasen (Tanner & Gerstenberger)**

### **3. Depression,**

*Bewußtsein der Unveränderbarkeit  
nimmt zu. (unipolare, reaktive  
Depression)*

### **4. Akzeptanz,**

*wenn Trauerprozess!! abgeschlossen ist.  
Patient findet sich mit Situation ab und  
verarbeitet sie konstruktiv.  
Nicht duldende Resignation, sondern  
neue Lebensperspektive, die Behinder-  
ung einbezieht.*

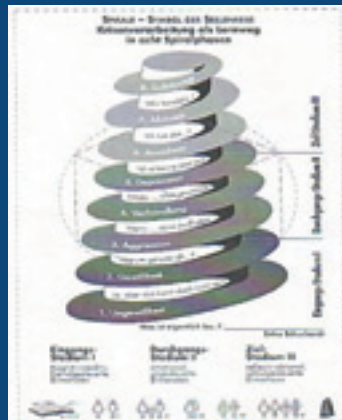
***Nicht gelebte Trauer, nicht abge-  
schlossene Trauer macht krank,  
macht depressiv!***

***Sondern nicht gelebte, abgebroch-  
ene Trauer wirkt traumatisierend,  
krankmachend, depressions-  
fördernd!***

## Kritik an Phasenmodellen:

1. *Individualität der Trauer u.U. zu wenig berücksichtigt. Nur bestimmter Ablauf, regelhaftes „Muss“!*
2. *Maßstab für richtiges Trauern vorgegeben  
Ist eigene Trauer nicht „modellhaft“ kann dies zu Irritation und Verunsicherung führen.*
3. *Modell hat nur orientierenden Charakter.  
Findet man sich wieder ist dies hilfreich.*
4. *Orientierung für professionelle und ehrenamtliche Helfer! Aber dies ersetzt nicht einführendes Verstehen!!*

## Trauerspirale nach Erika Schuchardt



## **Trauerspirale nach Erika Schuchardt**

- + **Eingangsstadium, Phase 1 – 2: „Erkennen“**
- + **Übergangsstadium, Phase 3 – 5: „Auseinandersetzung“**
- + **Zielstadium, Phase 6 – 8: „Annehmen“**

## **Gronwall/Whrigtson/Wadell 1993: „Trauerarbeit“**

- + **Lassen sie ihre Tränen zu.**
- + **Lassen sie ihre Erinnerungen an die Vergangenheit zu.**
- + **Lassen sie auch andere über die Vergangenheit sprechen.**
- + **Akzeptieren sie, dass die Vergangenheit vorbei ist.**
- + **Akzeptieren sie, dass die Zukunft anders sein wird.**

## ***Lösung von 4 Aufgaben durch Trauer:***

- 1. Die Realität eines Verlustes wird akzeptiert.***
- 2. Der Schmerz des Verlustes wird zugelassen.***
- 3. Anpassung an eine Welt in die das Verlorene nicht zurückkommt.***
- 4. Gefühle und Energien gegenüber dem Verlorenen zurückziehen, um sie in neue Möglichkeiten zu investieren.***

## ***Was können wir tun, was sollten wir nicht tun:***

- 1. Angstfreie Annahme, Trauer aushalten und ermutigen.***
- 2. Trauer als wichtigen Annahmeprozess, nicht als Pathologie sehen.***
- 3. Trauer braucht anteilnehmende Menschlichkeit, nicht den Ruf nach dem Profi!***
- 4. Trauer sollte nicht medikamentös weggedopt, blockiert werden.***

***Trauer ist ein ungeliebtes Gefühl und doch – als Reaktion auf schmerzhaftes Erlebnisse - unverzichtbar für unsere psychische Gesundheit.***

***Die einzige behandlungsbedürftige Trauer ist die, die nicht stattfindet, die nicht in Gang gekommen ist, die versteinert ist, die Depression!!***

***Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit !***

Edmund Grieshaber

## „Wo Verlust ist, ist Trauer!“

Mein Referat-Titel ist einem Klassiker des Nachkriegsdeutschland entlehnt: „Die Unfähigkeit zu trauern“ und die kollektiven Folgen für die Menschen in diesem trauerunfähigen Land wurde von Alexander und Margarete Mitscherlich 1967 beschrieben.

Bei dieser versäumten Trauer ging es nun aber eben nicht um den Verlust eines Menschen durch Tod, der im Deutschland dieser Zeit auch millionenfach zu beklagen war, sondern um Verluste an Werten an Idealen um schuldhaftes Verstrickung.

In dieser Aussage der Mitscherlichs wird sehr deutlich, dass Trauer eben nicht nur als Reaktion auf den Verlust eines geliebten Menschen entsteht, sondern Lebensveränderungen allgemein zu Trauer führen können. Bereits Freud hatte 1917 in seiner Abhandlung „Trauer und Melancholie“ auf diese Tatsache verwiesen, ich zitiere: „Trauer ist regelmäßig die Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder einer an ihre Stelle gerückte Abstraktion, wie Vaterland, Freiheit, ein Ideal...“

Bereits bei Freud wird deutlich, dass Trauer ein - wie wir alle wissen und die meisten schon verspürt haben - schmerzlicher, aber normalpsychischer Prozeß ist. Leider wurde in der Folge überwiegend übersehen, dass Trauer nicht nur beim Verlust einer Bezugsperson zu beobachten ist. Recherchiert man im Internet zu Krankheit und Trauer wird einem millionenfach Literatur zu Tod und Trauerphasen angeboten. Verlust der Gesundheit, der körperlichen Unversehrtheit in dessen Folge Trauer entsteht wird kaum behandelt. In diesem Kontext erscheint dagegen zuverlässig die Depression.

### Was also ist Trauer? Wie wird Trauer beschrieben und definiert?

Jenseits der Psychologie findet sich in der Literatur der wesentliche Hinweis auf das Wesen, das wesentliche der Trauer:

*„Alles geben die Götter die unendlichen,  
ihren Lieblingen ganz.  
Alle Freuden, die unendlichen,  
alle Leiden die unendlichen ganz!“*

weiß Goethe auf den Zusammenhang von Freude und Schmerz als zwei Seiten einer Medaille hin.

Glück und Leid wird als Teil eines Ganzen, der Fähigkeit Emotionen zu empfinden,

Gefühle zu haben als unauflösbar miteinander verknüpft gesehen! Wer also keine Trauer durchleben will oder kann, darf zuvor auch keine Freude kein Glück empfunden haben.

Im ICD-10, einem internationalen Verschlüsselungssystem psychischer Erkrankungen wird Trauer als Anpassungsstörung gesehen, wobei einschränkend angemerkt wird, dass bei normaler Trauerreaktion beim Tod eines Partners, dies nicht als pathologisch gesehen wird.

Ähnlich auch im amerikanischen Verschlüsselungssystem:

**DSM-IV:** wobei angemerkt wird, das die Diagnose Major Depression vergeben wird wenn die Symptome auch noch 2 Monate nach dem Verlust vorhanden sind.

**Prigatano 2004:** gibt folgende Definition von Trauer, in der auch die Abgrenzung zur Depression erfolgt:

„ Depressionen sind von normaler Trauer zu unterscheiden. Trauer ist eine normale Reaktion auf einen bedeutsamen Verlust. Im Gegensatz zur Depression verändert sich die Trauer im Verlauf jedoch häufig durch positive Ereignisse. Bei Depressionen führt ein positives Feedback aus der Umwelt dagegen nicht zu einer Veränderung des Energiemusters. Das bedeutet, dass depressive Patienten von positiven Ereignissen nicht profitieren. Sie verharren in ihrem dysphorischen Zustand mit den entsprechenden negativen Konsequenzen.“

In dieser Definition wird auf die Bedeutung der Unterstützung durch die Umwelt hingewiesen, darauf, dass der Trauernde durchaus für Positives aus der Umgebung offen ist und dadurch die emotionale Befindlichkeit sich stabilisiert.

Ich möchte Ihnen noch eine weitere Definition zumuten, die unser Thema umfaßt:

**Schmidt 2004:** „Trauer bedeutet den Verlust körperlicher und geistiger Fähigkeiten, von Lebenskonzepten und/oder geliebten Menschen durch Tod oder Trennung. Trauer beginnt in dem Moment, in dem der Patient und/oder Angehörige erfährt, dass er nicht mehr gesund werden wird. Sobald jemand erkennen muss, dass ihm bald ein Teil seines Lebens (Fähigkeiten, Wünsche, Pläne, Lebensumfelder, ein Mensch) entrissen werden wird, beginnt ein langer Trauerprozess, der sich in erkennbaren Stufen vollzieht. Dieser Prozess kann und darf nicht unterbrochen, verkürzt oder gar gestoppt werden!

Trauer kann also als eine normale psychische Reaktion auf einen Verlust verstanden werden, von dem man zunächst überzeugt war diesen Verlust nicht überleben zu können. Das heißt in der Trauerarbeit liegt die Überwindung der Trauer oder: „Gegen die Traurigkeit hilft nur eines: Trauern.“

## Wann beginnt Depression?

D.h. nicht die Trauer macht krank – auch wenn die damit verbundenen Gefühle zunächst viel Angst machen - sondern die nicht gelebte Trauer mündet häufig in Depression und psychosomatische Erkrankungen.

**Hautzinger** führt dazu aus:

Trauernde haben überwiegend die gleiche Symptomatik wie schwer Depressive, scheinen die Symptome jedoch eher zu akzeptieren. Während diese normale Trauerreaktion im Mittel 4 Monate anhält, scheint das Ereignis für einen Teil der Betroffenen eine längere Depression zu begünstigen.

Obwohl sich Trauer und Depression in ihrem Erscheinungsbild ähneln, werden entscheidende, fühlbare Unterschiede benannt (**Katschnig S.18**):

1. Trauer ist „ansteckend“. Selbst als distanzierter Beobachter erlebt man Mitgefühl, bis hin zum mitweinen.
2. Trauer ist „warm“! Depression ist „kalt“. Das Ansteckende der Trauer fehlt. Selbst Angehörigen fällt es häufig schwer sich in den Depressiven einzufühlen. „Häufig reden wie mit einem Fremden“!
3. „Deprimiertsein“ hat eine andere Qualität als „Traurigsein“!
4. Trauer ist verstehbar und einfühlbar, meist auf dem Hintergrund eigener Verlusterfahrungen. Depression von Krankheitswert ist nicht verstehbar, nicht einfühlbar.

Bedrohliche Trauerkrisen entstehen wenn chronische und unheilbare Krankheit den Patienten und seine Angehörigen mit dem Verlust von körperlicher Unversehrtheit, Vitalität und Gesundheit konfrontiert. Die Folge ist häufig zunächst Chaos im Fühlen, Denken und Handeln. Besonders verwirrend und bedrohlich wird dies, wenn „alte Trauer“ durch die Krise aktiviert wird: z.B. verpasstes Leben, ungeliebt, ungewollt zu sein.

Jeder von uns musste über sein Leben hinweg schon vieles Loslassen, Abschiede durchleben und Trennungen verkraften, nicht nur von geliebten Menschen.

Trauerprozesse werden teilweise auch „verschoben“ und u.U. in anderen Krisensituationen, Konfrontation mit Verlust und Trauer aktiviert:

### Beispiel aus der Klinik Herr T.:

*Herr T. hatte mit 61 Jahren einen Schlaganfall erlitten. Mit einer Abfindung seiner Firma war er bereits seit 6,5 Jahren berentet.*

*Herr T. war sehr aktiv bei Altenfreizeiten, war Wanderführer, Vorsitzender in Gesellschaftsvereinen, führte Regie bei Theaterstücken und war im Sportverein lange für die Jugendarbeit zuständig gewesen.*

*Wenige Tage nach seinem Schlaganfall hatte die Mutter ebenfalls einen Schlaganfall erlitten und wurde auf derselben Station wie Herr T. behandelt. Der Patient wurde vorgestellt da er viel weine, depressiv sei.*

*Im Gespräch berichtete Herr T.:*

*„Für mich selbst halt ich alles aus, hab keine Probleme mit meiner Erkrankung. Aber die Begegnung mit Mutter, eine kurze Begegnung geht aber längerfristig nicht!“*

*Herr T. hatte sich sehr bemüht den Kontakt mit der Mutter zu vermeiden und wollte deshalb auf eine andere Station verlegt werden. Herr T. fühlte sich hilflos. Nicht seine eigene Situation empfand er als belastend und verzweifelt. In der Konfrontation mit der Mutter wurde m.E. seine eigene Verzweiflung, Hilflosigkeit, Trauer ausgelöst. Er konnte die Tränen nicht zurückhalten, die Verzweiflung schnürte ihm die Kehle zu. Er wollte die Mutter, nicht vor anderen mit Tränen und seiner Verzweiflung belasten. Seine eigene Situation hatte er ja im Griff, aber in der Konfrontation mit der Mutter war die Konfrontation mit seiner eigenen Einschränkung nicht zu kontrollieren. Angst, Tränen, Verzweiflung waren nicht zu stoppen.*

Wird die Trauer nicht als normaler, hilfreicher Prozess der Verlustbewältigung gelebt bzw. vorzeitig abgebrochen, kann **Pathologische Trauer** entstehen:

Auffallend ist dann:

- schmerzvolle Reaktion wenn die Einschränkung erwähnt, erlebt wird, Vermeidung dieses Themas
- anhaltende Probleme mit der Verlustverarbeitung
- depressive Reaktionen beim Jahrestag des Ereignisses.

Die Trauerreaktion auf den Verlust der körperlichen Unversehrtheit und der Bedrohung durch anhaltende körperliche und kognitive Behinderung hat allerdings entscheidende Unterschiede zum Trauerprozess beim Tod einer wichtigen Bezugsperson:

1. Durch Tod tritt ein endgültiger Zustand ein, der keine illusionäre Hoffnung auf Besserung und Wiederherstellung lässt.
2. Trauer muss zugelassen und gemeinsam ausgehalten werden, gleichzeitig aber auch die Hoffnung auf eine nicht vorhersagbare Besserung der Symptome, mit nicht immer vorhersagbarem „Endzustand“.
3. Hoffnung und Verzweiflung sind sowohl beim Patienten, wie beim Angehörigen zu beobachten, sind verständlich, machen aber den Trauerprozeß sehr schwierig.

Insbesondere bei neurologischen Erkrankungen und Verletzungen sind die nachfolgenden Gesichtspunkte von Bedeutung:

4. Meist ohne Vorbereitung: Konfrontation mit schwerer Erkrankung, bis an die Grenze der Existenz.
5. Konfrontation mit langer Rekonvaleszenzzeit, Dauer und Grad der Remission ist nicht vorhersagbar. Dies führt zu massiver Verunsicherung und Streß.
6. Konfrontation mit bleibender Behinderung, mit Folgen im partnerschaftlichen, sozialen, beruflichen Bereich, Neuorientierung nötig, verändertes Rollengefüge in der Familie.
7. Insbesondere bei Angehörigen ist, wenn absehbar, dass es zu schweren bleibenden Behinderungen kommen wird, eine problematische Form der Abwehr und Leugnung beobachtbar: Frequenz der Therapie, Qualität und Qualifikation der Therapeuten und Ärzte werden in Frage gestellt. Neueste und erfolgversprechende Ansätze werden von uns „ignoriert“. Vorwürfe, Kontrolle, Beschwerden halten die Hoffnung auf vollständige Wiederherstellung aufrecht und verhindern den Absturz in Schmerz, Wut und Verzweiflung, kurz in Trauer.

### **Gesichter der Trauer in der Klinik**

Nicht alle Patienten und Angehörige geraten während des Aufenthaltes in der Klinik in eine erkennbare Trauerphase oder gar Depression. Hinsichtlich einer depressiven Entwicklung – ich denke auch hinsichtlich einer Trauerreaktion gilt ähnliches – stellt Prigatano fest:

#### **Prigatano 2004:**

„Die Annahme, dass Menschen, die sich ihrer Defizite nach einer schweren Hirnschädigung bewusst werden, zu Depressionen neigen, entspricht nicht meiner Erfahrung. Viel häufiger kommt es vor, dass Patienten uneinsichtig bleiben und dann eine Anzahl schwerer Enttäuschungen erleben. Diese Enttäuschungen bringen sie nicht mit ihren kognitiven Beeinträchtigungen in Verbindung, da sie diese nicht wahrnehmen oder auch bagatellisieren. Ihr Versagen führen sie häufig auf mangelnde Anstrengung oder externe Faktoren zurück. Die depressiven Symptome treten erst dann auf, wenn diese Patienten wiederholt scheitern“.

Immer wieder sind kurzdauernde Trauer, Verzweiflung und Schmerz zu beobachten. Dabei scheint wichtig, dem Betroffenen die Möglichkeit zum Aussprechen der Belastung zu geben. Ihm mitzuteilen, dass diese emotionale Achterbahnfahrt, die tiefe Verzweiflung und überbordende Hoffnung übliche Reaktionen sind. Dass es wichtig ist, die Emotionen, gerade auch das Weinen, zu akzeptieren und sich mitzuteilen.

### **Beispiel Frau B:**

*Frau B. ist 39 Jahre alt, verheiratet und hat 2 Kinder 8 und 12 Jahre alt. Ohne Vorwarnung kam es zu einer Hirnblutung mit rechtsseitiger Hemiparese. Der Erstkontakt war auf IC. Mann und Töchterchen waren zu Besuch. Frau B. war bemüht sehr gefaßt zu sein, sich wenig Belastung anmerken zu lassen. Bei weiteren Kontakten zur Diagnostik in meinem Büro wurde deutlich, wie schwer es ihr fiel die Fassade aufrechtzuerhalten. Ich sprach sie darauf an, dass ich den Eindruck und das Gefühl hätte, dass es ihr sehr schlecht gehe, sie viel Kraft benötige um ihre Emotionen zu kontrollieren. Daraufhin brach die ganze Verzweiflung und Angst aus ihr heraus. Sie versuchte erfolglos gegen ihre Tränen anzukämpfen. Ich vermittelte ihr, dass Tränen die normale Ausdrucksform für Verzweiflung, Schmerz und Trauer seien und es deshalb ganz normal und wichtig sei, die Tränen auch zulassen zu können. Es kamen intensive Gespräche zustande, in denen die Angst und Verzweiflung angesprochen wurde. Frau B. machte rasch Fortschritte. Ihre psychische Situation hatte sich entspannt und zunächst waren keine weiteren stützenden Gespräche erforderlich. Frau B. war in der Lage ihre Situation realistisch zu sehen, sich auf die Funktionstherapien einzulassen und zu realisieren, dass eine lange Rekonvaleszenzzeit vor ihr lag und es noch offen war wie umfassend die Wiederherstellung sein würde. Zunehmend war zu beobachten, dass sie sich über Fortschritte und gemeinsame Unternehmungen mit der Familie wieder freuen konnte.*

Wird für Patient und Angehörige deutlich, dass ein langer Weg mit unsicherem Ausgang zu gehen sein wird, dass aber mit erheblichen Einschränkungen, also andauernder Behinderung zu rechnen ist, wird bei Beiden häufig eine schwere Trauerreaktion deutlich. Häufig werden dabei auch noch die, zumeist für die Angehörigen, traumatischen Erfahrungen unmittelbar nach Beginn der lebensbedrohenden Erkrankung deutlich. Immer wieder zeigt sich dabei die wichtige Bedeutung des Partners für ein Gelingen oder Scheitern dieser gemeinsamen Trauerarbeit:

### **Ehepaar Sch.:**

*Herr Sch. hatte mit 56 Jahren eine schwere linksseitige Hirnblutung erlitten. Es resultierten schwere motorische Einschränkungen – Halbseitenlähmung re., ausgeprägte aphasische Störungen, schwere Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstö-*

*rungen. Herr Sch. ist verheiratet und hat 2 erwachsene Kinder. Bis zur Erkrankung war er als Lokführer berufstätig. Auch die Ehefrau war zeitweilig berufstätig. Herr Sch. war bis jetzt innerhalb von 2,5 Jahren dreimal in der Klinik. Vor allem während seines ersten Aufenthaltes war eine intensive Begleitung des Ehepaares möglich. Es wurde ihnen möglich die Trauer in gemeinsamen Gesprächen, in gemeinsamem Erleben, zu verarbeiten und trotz erheblicher resultierender Einschränkungen und Veränderungen der Lebensmöglichkeiten eine neue gemeinsame Lebensperspektive zu finden, die auch die Integration in den Freundes- und Familienkreis wieder möglich machte.*

Allerdings, auch das wird deutlich: Trauer wird nach Verlust der körperlichen Unversehrtheit nicht einmal endgültig bewältigt. Die wiedergewonnene Lebensfreude, aber auch alleine das Leben in der alten Umgebung, führen immer wieder zur Konfrontation mit Grenzen, die durch die resultierende Behinderung erfahren werden. Es kommt immer wieder, situationsbezogen, zu „Kleiner Trauer“, die, wenn der Trauerprozess durchlebt wurde, auch erfolgreich bewältigt werden kann. Wie im körperlichen Bereich: Narben können immer wieder schmerzen, aber wenn die Wunden gut ausgeheilt waren, wird in der Regel kein massiver Rückfall geschehen! Nicht immer wird die Unterstützung und Begleitung dazu führen, dass die Trauer durchlebt wird und Patienten und Angehörige eine neue Lebensbasis finden:

### **Frau S.**

*war bei Aufnahme in der Klinik 30 Jahre alt. Sie hatte wenige Monate zuvor geheiratet. Bei einem Ausritt war sie vom Pferd gestürzt und hatte sich ein schweres rechtsseitiges SHT zugezogen. Als Komplikation war in der Folge ein rechts-hirniger Schlaganfall eingetreten. Ein großer Teil der Schädeldecke re. fronto-parieto-temporal war entfernt worden. Unter dieser „Entstellung“ litt die Patientin. In gemeinsamen Gesprächen mit Patientin und Ehemann konnte eine fragile psychische Stabilisierung erreicht werden. Eine erhöhte Sensibilität führte immer wieder dazu, dass Aussagen von Ärzten und Therapeuten mißverstanden wurden und zu ausgeprägter Dekompensation führten. Die neuropsychologische Diagnostik stellt in der Regel eine erhebliche Belastung für den Patienten dar, da er sehr schnell und brutal mit entstandenen Einschränkungen konfrontiert wird. Dabei können, wie bei Frau S., alte Kränkungen, Zweifel am Selbstwert aktiviert werden. Bei Fehlern und Aufgaben die nicht gelöst werden konnten, begann die Patientin herzerreißend zu Weinen, war verzweifelt und beklagte wie dumm sie sei.*

*Auf Nachfrage wurde deutlich, dass bereits entsprechende Erfahrungen in Prüfungssituationen in der Schulzeit ihr Selbstwertgefühl erheblich gemindert hatten. Diese alten Erfahrungen wurden bei dieser Untersuchung wieder aktiviert. Frau S. war medikamentös antidepressiv behandelt worden, was sie und auch der*

*Ehemann nicht wollten und zunächst auch nicht erforderlich schien. Ein Wochenendaufenthalt zu Hause und gemeinsame Gespräche mit dem Ehemann hatten zu einer Stabilisierung geführt. Die Patientin war einverstanden an einer Gruppe zur Krankheitsverarbeitung teilzunehmen. An dieser Gruppe nahm u.a. die Zimmerkollegin der Frau S. teil, mit der sie sich angefreundet hatte und die denselben sozialen Beruf wie Frau S. ausübte. Bereits in der ersten Sitzung dekompenzierte die Patientin, als in einer Eröffnungsrunde die Patienten sich und ihre Erkrankung vorstellten. In der Abwehr und der Überzeugung keinen Bedarf an Auseinandersetzung zu haben, wurde sie von ihrer Zimmerkollegin unterstützt. Beide verweigerten die weitere Teilnahme an der Gruppe. Ein weiteres, das oft bei unseren Patienten zu beobachten ist, kam hinzu: Die Überzeugung wieder zu Hause sein zu können würde zu einer bedeutsamen Zustandsverbesserung führen.*

Erinnern wir uns an Prigatano: er hat die Erfahrung gemacht, die wir hier aus unseren Beobachtungen bestätigen können, dass Patienten häufig erst zu Hause ihre Einschränkungen an den Grenzen ihres gewohnten sozialen Umfeldes erfahren müssen, bevor die schmerzliche Einsicht dieser Grenzen und die Bereitschaft daran zu arbeiten möglich wird.

Soweit einige Beispiele, die deutlich machen, dass die psychische Bewältigung von Erkrankungsfolgen sehr unterschiedlich verlaufen kann.

### **Phasen der Trauer: Orientierung, Hilfe oder Verwirrung**

Es wird davon ausgegangen, dass Hirninfarkt-Patienten mit 2 Verlusterlebnissen konfrontiert werden:

- + Verlust von Personen und Objekten (real: Trennung/Scheidung; symbolisch durch mangelnden psychischen Kontakt auf Grund der erkrankungsbedingten Kommunikationsdefizite)
- + Verlust der Identität, des Selbst, infolge der neurologischen und neuropsychologischen Defizite. (Patient entspricht nicht mehr seinem Selbstverständnis, sieht sich als „Krüppel, Idiot“ etc..)

Die Verarbeitung wird in der Akutphase abgelehnt. Verleugnung und starke Repressionstendenz (Unterdrücken der Symptome und Emotionen) sollen im Akutstadium des Schlaganfalls den wirkungsvollsten Schutz gegen krankheitsbedingte emotionale Beeinträchtigungen bieten. Allerdings muss das Erleben im Lauf der Zeit verarbeitet werden.

Für die Beschreibung von phasenhaften Abläufen bei schwerer Erkrankung, ist für neurologische Erkrankungen ein 4-Phasenmodell im Rahmen der Coping-Forschung, orientiert an Kübler-Ross und eingebettet in die „Grief-Reaktion“, also Trauerreaktion, vorgeschlagen worden.

Dafür werden von **Tanner und Gerstenberger** 4 Phasen angenommen. Die Phasen sind interindividuell verschieden und dienen dem Schutz vor Angst und Schmerz sowie der Entwicklung adaptiver Krankheitsverarbeitungsmechanismen.

### 1. Verleugnung

bei ca. 1/3 hemiplegischer Patienten, auf Befragung („nichts besonderes passiert“). Ca. 70% der verleugnenden Patienten zeigen unangemessene Stimmungsänderungen (50% euphorisch, 10% apathisch, 10%depressiv). Dagegen zeigen nur 6% der Patienten die eine Hemiplegie nicht verleugnen abnorme Stimmungen!

Ausprägungen werden in der **Anosognosie**, also einer kompletten Verleugnung der erkrankungsbedingten Einschränkungen und der **Anosodiaphorie** (Indifferenz, Sorglosigkeit), also der teilweisen Leugnung und Bagatellisierung gesehen. („Einschränkung ist folgenlos, ich hab keine Lust den Arm zu bewegen, konnte ich früher schon nicht“).

### 2. Frustration

der Patient nimmt zunehmend die Unveränderbarkeit der Situation und die Konsequenzen seiner Erkrankung wahr, dies führt häufig zu Frustration und Furcht.

### 3. Depression

die Bewusstheit über die Unveränderbarkeit der Erkrankungsfolgen nimmt zu. Es wird eine überwiegend unipolare Depression beschrieben. Dies wird als Hinweis auf reaktives Geschehen bewertet.

### 4. Akzeptanz

ist zu beobachten, wenn **dieser Trauerprozess** abgeschlossen ist. Der Patient beginnt sich mit seiner Situation abzufinden und konstruktiv zu verarbeiten. Bewältigte Trauer führt nicht zu duldender Resignation, sondern zu neuen Lebensperspektiven, in die die anhaltende Behinderung einbezogen ist.

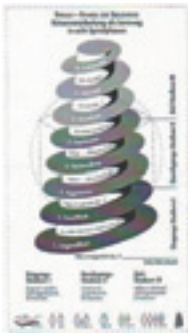
Bezeichnend scheint mir in diesem Zusammenhang, dass im Stadium der Annahme, der Akzeptanz, ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass der **Trauerprozess, die Trauerarbeit** also, abgeschlossen ist.

**Nicht gelebte Trauer, nicht abgeschlossene Trauer macht krank, macht depressiv! Sondern nicht gelebte, abgebrochene Trauer wirkt traumatisierend, krankmachend, depressionsfördernd.**

Die Phasenmodelle bieten Anhalt und Orientierung in der Begleitung der Betroffenen, sind aber auch zu recht kritisiert worden:

1. Die Individualität der Trauer kann zu wenig berücksichtigt werden. Es besteht die Gefahr, dass nur ein bestimmter Ablauf gesehen wird und alle Phasen für jeden als regelhaft ablaufendes „Muss“ gelten.
2. Es kann so verstanden werden, dass ein Maßstab für richtiges Trauern vorgegeben wird. Verläuft die eigene Trauer nicht modellhaft, kann dies zu Irritation und Verunsicherung führen.
3. Ein Modell hat hilfreich orientierenden Charakter, darf aber nicht als ausschließliches und unumkehrbares Patentrezept verstanden werden. Wenn sich der Betroffene darin wiederfindet hat es erklärend, helfenden Sinn.
4. Auch den professionellen und ehrenamtlichen Helfern können solche Modelle orientierende Hilfe geben, das einführende Verstehen können die Modelle nicht ersetzen.

Der Verlust von Lebensmöglichkeiten nach schwerer Erkrankung ist nicht durch einen einmaligen Trauerprozess abgeschlossen.



Das Beispiel des Ehepaars Sch., die von immer neuen, kleinen Trauersituationen berichten, wenn Lebensraum und -möglichkeit erweitert werden, macht dies deutlich. Erneute Grenzerfahrungen führen auch zu neuen Belastungen.

Das Phasenmodell von Erika Schuchardt scheint mir dabei eine bessere orientierende Hilfe zu sein:

Dieses Phasenmodell macht deutlich, dass die Phasen gegeneinander nicht abgeschlossen sind, sondern fließend ineinander übergehen. Ein Rückfall in eine überwunden geglaubte Phase ist daher durchaus möglich. Die Phasen werden in drei Stadien eingeteilt:

- + Eingangsstadium; Phase 1 und 2; „Erkennen“
- + Übergangsstadium; Phase 3 - 5 „Auseinandersetzung“
- + Zielstadium, Phase 6 - 8. „Annehmen“

Die Erfahrung, dass Trauer zuzulassen und zu akzeptieren ein wichtiger Schritt in der Bewältigung ist, hilft den Betroffenen sich erheblich rascher und ohne die erstmalige tiefe Erschütterung, die erlebten Grenzen zu akzeptieren.

## Vom Umgang mit Trauer bei Patienten und Angehörigen

In dem oben ausgeführten wird deutlich, dass nicht alle Patienten und Angehörigen in einen intensiven Trauerprozess geraten.

Wichtig scheint zunächst den sichtbaren Ausdruck von Trauer, wie bedrückt sein, traurig wirken und Tränen zu akzeptieren und zu lassen. Das setzt voraus, dass ich mir über meine eigene Befindlichkeit wenn ich mit Trauer und Verzweiflung, Tod und Sterben konfrontiert bin, klar bin. Eigene Ängste, Versagensgefühle der Situation nicht gewachsen zu sein, führen zu Flucht, Vermeidung, scheinbar professionellem Umgang (Diagnose: Depression; Therapie: Medikation).

Das Gespräch, das gemeinsame Aushalten der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, ist ein Vorgehen, das in helfenden, therapeutischen Berufen so kaum vorkommt. Der Umgang mit den Grenzen unserer therapeutisch/medizinischen Interventionen wird kaum vermittelt und reflektiert. Stattdessen muss ich aktiv verändern, verbessern, Grenzen der Heilkunst sind kaum aushaltbar.

Angehörige und Patienten müssen aber erleben, dass Trauer erlaubt ist und nicht eine Bedrohung darstellt. Beiden muss die Bedeutung der Trauer und dass dies ein wichtiger, gesunder, kein pathologischer Prozess ist, deutlich gemacht werden. Die Angst den jeweils anderen mit dem Zeigen der Trauer zu belasten muss abgebaut werden. Insbesondere Männer sollten unterstützt werden „unmännlich“ Trauer und Tränen zu zeigen. Jeder von uns hat schon die Erfahrung gemacht, dass in verzweifelten, traurigen Situationen Weinen große Erleichterung verschafft ohne dass sich an der Situation etwas verändert hat.

**Gronwall/Whrigton/Wadell (1993), raten Angehörigen hinsichtlich der Trauerarbeit:**

- Lassen sie ihre Tränen zu.
- Lassen Sie Ihre Erinnerungen an die Vergangenheit zu.
- Lassen Sie auch andere über die Vergangenheit sprechen.
- Akzeptieren Sie, dass die Vergangenheit vorüber ist.
- Akzeptieren Sie, dass die Zukunft anders sein wird.

Dies alles gelingt nicht in einem Gespräch, es ist ein Prozess, bei dem es auch immer wieder scheinbare Rückschritte gibt. Wo die erforderliche Einsicht nicht immer stabil ist, wo Emotionen immer wieder überborden.

Wird Trauer vermieden, bleibt man an die Vergangenheit gebunden. Trauer ist ein Entwicklungsprozess durch den langsam und sehr schmerzhaft gelernt wird Verlust zu akzeptieren. Dadurch wird es möglich sich wieder auf das Leben einzulassen, trotz seelischer Narben.

Durch die Trauer werden 4 Aufgaben gelöst:

- + Die Realität eines Verlustes wird akzeptiert
- + Der Schmerz des Verlustes wird zugelassen
- + Anpassung an eine Welt in die das Verlorene nicht zurückkommt
- + Gefühle und Energien gegenüber dem Verlorenen zurückziehen, um sie in neue Möglichkeiten zu investieren.

### **Was können wir tun, was sollten wir nicht tun**

- Angstfreie Annahme, Trauer aushalten und ermutigen.
- Trauer als wichtigen Annahmeprozess, nicht als Pathologie sehen.
- Trauer braucht Anteilnehmende Menschlichkeit, nicht den Ruf nach dem Profi!
- Trauer sollte nicht medikamentös weggedopt, blockiert werden.

Die einzige behandlungsbedürftige Trauer ist die, die nicht stattfindet, die nicht in Gang gekommen ist, die versteinert ist: die Depression!

Trauer ist ein ungeliebtes Gefühl und doch –als Reaktion auf schmerzhaftes Erleben – unverzichtbar für unsere psychische Gesundheit.

#### *Literatur/Quellen:*

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV, 2. verb. Auflage 1998

Gronwall, D./Wrightson, P./Waddell, P.: Schädel-Hirn-Verletzungen, Heidelberg 1993

Grabe, Martin: Trauer & Depression, Marburg a.d. Lahn 2003

Heer, K.: Trauer als Prozess, ricardas-homepage.de

Katschnig, H./Demal U. (HG.): Trauer und Depression, Wien 2001

Mitscherlich, A. und M.: Die Unfähigkeit zu trauern, München 1969

Prigatano, G.: Neuropsychologische Rehabilitation, Berlin Heidelberg 2004

Reinecker, H. (Hrsg.): Fallbuch der klinischen Psychologie, Göttingen 1995

Scheuring, H.: Wege der Trauer, Würzburg 2001

Schmidt: Angehörigenbetreuung und Angehörige in ihrer Trauer begleiten 2004,  
homepage trauer/trauer. htm

Wolf-Stegemeyer, D.: Die Trauerspirale von E. Schuchardt, ricardas-homepage.de

## Für die Seele sorgen – nicht nur eine Aufgabe der Seelsorge

- Was ist das: Seele? (Platon, Descartes, neuere Philosophie)
- Seelsorge – eine Aufgabe für viele Berufsgruppen
- Das Spezifikum „geistlicher“ Seelsorge

Aus einem Interview mit dem Starchirurgen Bruno Reichardt (ZEIT; Nr 24., 6. Juni 2007, S. 17):

- ZEIT: Wo ist für Sie der Sitz der Seele?
- Reichardt: Für mich im Gehirn, ganz klar. Im Herz sitzt sie jedenfalls nicht, egal, wie viele schöne Geschichten, Gedichte und Lieder dies vermuten.
- ZEIT: Was ist für Sie das Herz?
- Reichardt: Eine Pumpe. Eine sehr eindrucksvolle Pumpe. Nichts weiter.

## Was ist Seele: Das platonische Verständnis



- Leib und Seele sind scharf getrennt. Die Seele ist unsterblich
- Die Seele stammt aus der Sphäre des Göttlichen, Vernünftigen und verleibt sich infolge der sinnlichen Begierde. Sie ist im Leib eingesperrt gleich einer Krankheit. (griech: soma, d.h. der Körper = sema, d.h. ein Grab)
- Ziel des irdischen Lebens, ist, dass die Seele in den Urzustand zurückkehrt.

## Seelenvorstellung: René Descartes 1596-1650 (Dualismus)

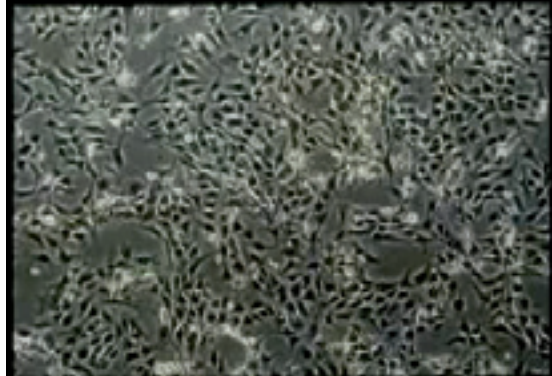
- Beeinflusst von der Wissenschaft seiner Zeit (Mathematik und Physik)
- Methode: Nur das was mit der Vernunft erkannt werden kann, ist wahr.
- Ausgangspunkt seiner Philosophie = der Zweifel: Suche nach einem Ansatzpunkt, der nicht mehr anzuzweifeln ist:
- cogito ergo sum: Das „unbezweifelbaren Selbstbewusstsein“, die Tatsache, dass ich zweifle und daher denke. Darauf baut Descartes seine weitere Philosophie auf.
- Das ICH = res cogitans (= Geist, Seele, Vernunft, Verstand) ist ein Ding, das zweifelt, einsieht, bejaht, verneint, will, nicht will, das auch bildlich vorstellt und empfindet.
- Das Gegenstück = res extensa, die äußere Körperwelt. Diese äußeren Dinge sind durch Ausdehnung und Bewegung, durch Gestalt, Größe, Anzahl, Ort und Zeit bestimmt.

## Die Seelenlehre Descartes und die Entwicklung der Medizin bis zum modernen Krankenhaus



- Technikverständnis in der Medizin: Der menschliche Körper als Maschine, die man reparieren bzw. wiederherstellen kann.
- Krankenhaus: Vom mittelalterlichen Lazarett oder Spital zum modernen Krankenhaus mit seinen Spezialdisziplinen
- Ein fundamentaler Widerspruch in der Medizin: Traditionell umfasste das ärztliche Handeln zwei Komponenten:
  1. Den Menschen mit seiner Psyche und seiner Lebensgeschichte (personal-soziale Seite)
  2. Das handwerkliche Können und den Umgang mit der biologischen Natur des Menschen (technisch-instrumentelle Seite)
- Im 18. und 19. Jh. wurde die zweite Seite übermächtig in der Medizin.

## Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis von „Seele“



## Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis von Seele und Krankheit

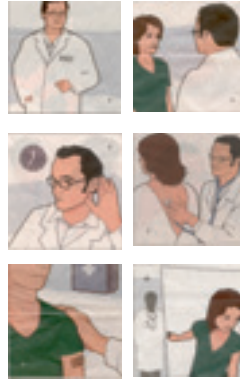


- Viktor von Weizsäcker 1936: Neue Gesundheits- und Krankheitsdefinition auf der Basis der Selbstorganisation offener Systeme.
- Krankheit: Eine allgemeine Reaktion eines Organismus mit dem Ziel der Genesung, d. h. dem Bestreben ein neues Gleichgewicht mit der Umgebung zu finden.
- Daher: Lebensgeschichte hält wieder Einzug in das biomedizinische Konzept.

## Seelsorge – nicht nur eine Aufgabe für Seelsorger

### ■ Das Arzt-Patient-Verhältnis: Vertrauen heilt.

- Das Southhampton Experiment: Zwei Gruppen von Patienten erhalten Placebos
  1. Gruppe: „Das Medikament hilft Ihnen ganz sicher!“ (-> 64% fühlen sich besser)
  2. Gruppe: „Wir wissen noch nicht sicher, was mit Ihnen los ist, aber nehmen Sie erst mal dies.“ (-> 39% fühlen sich besser); Quelle: Zeit Nr. 32, 3.08.06
- Faktum: Worte können heilende Wirkung haben: Das Arzt-Patient-Verhältnis kann also an sich heilende Wirkungen freisetzen.



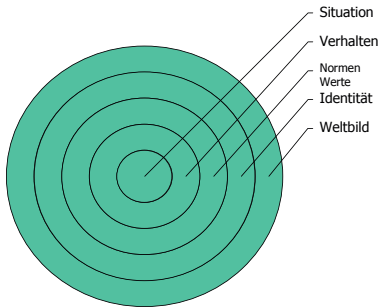
## Seelsorge – nicht nur eine Aufgabe für geistliche Berufe

- Seelsorge – eine gemeinsame Aufgabe für alle Berufsgruppen, die es mit Menschen zu tun haben.
- Rogers klientenzentrierte Psychotherapie

Selbsteilungskräfte stehen für Rogers im Vordergrund: Die können durch folgende Faktoren aktiviert werden:

- ❖ Positive Wertschätzung und emotionale Wärme
- ❖ Verstehen und Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte: Dazu ist Empathie notwendig
- ❖ Echtheit: Wenn ein Therapeut, Arzt oder Pflegekraft sich echt und offen zeigt, ist auch der Patient bereit etwas von sich zu erzählen.

## Seelsorge im engeren Sinn: Eine Aufgabe der Theologie



- Das fünf Stufenmodell von R. Dilths:
- Christliche Deutungshilfe als Deutungshilfe in Krankheit
- Krankheit ist ganzheitlich zu betrachten. Auf allen Ebenen ist der Mensch in Krankheit betroffen. Sein Verhalten, seine Werte und Normen, sein Selbstverständnis und auch sein Weltbild sind betroffen. Das ganze System ist häufig aus dem Gleichgewicht geraten und muss wieder ins Gleichgewicht finden.
- Spiritualität und Seelsorge im geistlichen Sinne bietet dazu Deutungshilfen an.

## Ein Fallbeispiel



Patientin hier an der neurologischen Klinik. Zeitweise auf Station 3A und auf IC gelegen. Eine sehr energische junge Frau. Sie erzählt mir im Erstgespräch von ihrer Hepatitis-Erkrankung. Ansteckung beim Sohn. Der hat die Krankheit mitgebracht vom Urlaub. Die Ärzte haben ihr erklärt, dass sie aufgrund des Virus, das sie in sich trägt so schwer erkranken würde, dass sie fast vollkommen gelähmt sein würde. Sie erzählt davon, wie sie lange Zeit auf Intensivstation gelegen war und da schreckliche Erfahrungen durchmachen musste. Aufgrund der Krankheit entwickelten sich bei ihr starke Schmerzen. Sie beschreibt die Schmerzen, wie Nägel oder Nadeln in ihren Beinen. „Und dabei konnte ich mich nicht bewegen. Ich war ja gelähmt. Stellen sie sich das vor.“ Es war für die ganze Familie eine schreckliche Zeit. Sie sagt: „Manchmal wünschte ich mir, erlöst zu werden, glauben Sie mir Herr Pfarrer.“ Sie wusste gar nicht mehr recht wohin mit ihren Schmerzen.

In einem weiteren Gespräch kommen wir erneut auf die Situation im Krankenhaus und ihre Erfahrungen auf Intensiv zu sprechen. Zunächst erzählt sie die Geschichte von der Geburt ihres ersten Kindes, bei der beinahe sie oder das Kind gestorben wären. Damals habe sie ähnliches erlebt. Sie beschreibt dann ihre Schmerzen wie die Hölle. „Manchmal versteht man nicht, warum Gott einen so an den Rand des Lebens bringt“.



## Ein Fallbeispiel

**Ein Gesprächsauszug:**

Pfr.: „So nah am Rand des Lebens, damals bei der Geburt und jetzt neulich in der Klinik.“

Pat.: „Das war schrecklich damals auf Intensiv, diese Schmerzen, diese Angst. Ich war so ohnmächtig, so ausgeliefert. Ich konnte mich ja nicht selbst im Bett drehen. Und auch die Klingel konnte ich kaum bedienen, damit mal jemand kommt. Die Schwestern waren sehr ungeduldig. Ich habe ja auch ständig geschrien vor Schmerzen. Es war wie die Hölle.“

Pfr.: „Das muss schrecklich für Sie gewesen sein.“

Pat.: „Ja, da will ich jetzt so gar nicht mehr richtig dran denken. Später vielleicht. Da werde ich es vielleicht aufschreiben. Aber jetzt möchte ich das einfach nur wegschieben. (sie macht dabei eine Handbewegung, des Wegschiebens). Gar nicht mehr hinschauen.“

Pfr.: „...am liebsten nicht wahr haben, ja?“

Pat.: „Jetzt geht es mir viel besser. Ich brauche meine ganze Kraft, um jetzt wieder gesund zu werden.“

Pfr. (vorsichtig): „Aber Sie haben mir da eine Erfahrung beschrieben, die so auf diese Weise nur ganz wenige Menschen gemacht haben. Bei all dem Schlimmen, das sie erlebt haben steckt ja vielleicht in dieser Erfahrung doch auch etwas Wertvolles.“

Pat. Blickt mich aufmerksam an

Pfr.: „Sie haben gesagt, dass Sie durch die Hölle gegangen sind. Sehen Sie, das erinnert mich an das Glaubensbekenntnis ...hinabgestiegen in das Reich des Todes. Und Sie wissen wie es weitergeht...“

Pat.: „Ja: ...auferstanden am dritten Tag. Und genau so erging es mir.“

Pfr.: „Bei all dem Schrecklichen haben Sie doch erfahren, dass es da eine Kraft gab, die Sie da durchgetragen hat. Sie haben an sich Tod und Auferstehung erlebt.“

Pat.: „Ja, genau so war das.“



## Ein Fallbeispiel

Reflexion: In einem ersten Gespräch habe ich versucht, zu der Patientin im Sinne Rogers ein Basis der „Wertschätzung“ und „Einfühlung“ aufzubauen. Aus meiner Sicht ist mir das weitestgehend gelungen.

Auf dieser Basis konnte sie in einem weiteren Gespräch die schrecklichen Gefühle und Erlebnisse von damals anschauen und ihnen eine neue Deutung geben – nicht mehr nur: Gott hat mir das angetan, sondern: Gott hat mich da durch diesen Tod hindurchgeführt, dank seiner Kraft, die auch zur Auferstehung führt.

Seelsorge in diesem Sinne versucht Lebenshilfe und Deutungshilfe zu sein in extremen Situationen.



## Schluss

•ZEIT: Was ist für Sie das Herz?

•Reichardt: Eine Pumpe. Eine sehr eindrucksvolle Pumpe. Nichts weiter.

Mag sein, dass ein Chirurg so reden muss. Aber für den Arzt, der auch darum bemüht ist, dass seine Patienten wieder gesund werden, ist es durchaus von Belang, dass das Herz etwas mit „schöne(n) Geschichten, Gedichte(n) und Lieder(n)“, also mit so etwas wie dem Sitz der Gefühle zu tun hat.



Gabriele Lucius-Hoene

## **wenn einer LEBT, KANN man auch was machen**

### **Die Angehörigen hirnerkrankter Menschen zwischen Neuerfindung und Zwangsgemeinschaft**

„Wenn einer LEBT, KANN man auch was machen“ - mit diesen Worten beschreibt die Ehefrau eines Mannes, der bei einem Kranunfall auf dem Arbeitsplatz schwer verletzt worden war, ihre ersten Gefühle, nachdem sie die Nachricht von seinem Unfall erhalten hatte. Er hat überlebt, ich habe ihn nicht verloren, also kann unser Leben auch wieder weitergehen, wir packen es an und werden es meistern - das ist die Quintessenz der Schilderung ihrer damaligen Stimmung und Gedanken. Für viele Angehörige der Opfer von Unfällen oder von schlagartig eingetretenen Krankheiten ist die Tatsache, dass die Katastrophe ihnen den Partner nicht ganz weggenommen hat, eine Quelle von Hoffnung und Zuversicht, aus der sie den Optimismus schöpfen, diese ersten schlimmen Zeiten zu überstehen und handlungsfähig zu bleiben. Tatsächlich sind in der ersten Zeit nach dem Geschehen ja auch die Fortschritte, die der Patient macht, oft ganz rasant, und wenn man sie in die Zukunft projiziert, dann erscheint eine Normalisierung, die Rückkehr zu einem Leben, wie es einmal war, auch tatsächlich vorstellbar.

Und nach dem langen Marsch durch die Akut- und Rehaeinrichtungen scheint diese Vision, wenn der Patient endlich wieder nach Hause in seine gewohnte Umgebung kommt und seine alte Lebensform wieder aufnehmen könnte, vielleicht sogar bald wieder arbeiten und damit zur Normalität zurückkehren könnte, in greifbare Nähe gerückt zu sein. Und hier beginnt nun für Patienten und Angehörige ein neuer Prozess des Umlernens und des Loslassens Müssens, der täglich und stündlich in kleinen Erfahrungen, in Erfolgserlebnissen und Frustrationen durchgemacht werden muss. Erst auf der Folie des früheren Alltags, seiner Lebensform und seiner Anforderungen konturiert sich langsam die neue Wirklichkeit der Behinderungen heraus, treten viele Einschränkungen und Probleme des Patienten zutage, die im schützenden und strukturierenden Milieu der Kliniken kaum auffielen, keine Konsequenzen hatten oder noch als „Durchgangsphase“ gedeutet werden konnten. Nicht nur die Patienten, sondern auch die Angehörigen haben ja gegenüber dem objektiveren und mit der Schädigung erfahrenen Blick der Experten so etwas wie eine geringe Störungswahrnehmung oder „Krankheitseinsicht“ und suchen und begrüßen im Patienten das Altbekannte, die Kontinuität, was aus ihrer Sicht völlig nachvollziehbar und auch funktional für die Aufrechterhaltung von Hoffnung und Perspektive ist. In den Wochen und Monaten danach wächst ja dann auch

tatsächlich wieder Normalität, aber gleichzeitig auch die Erkenntnis, dass es keine Rückkehr zum alten Leben mehr gibt und dass die neue Normalität die Lebensgrundlage und die betroffenen Personen grundlegend verändert. „Es ist so, als ob ich immer auf stand-by bin“ beschreibt eine Ehefrau ihre neue Situation mit ihrem Mann, der nach einer schweren Hirnoperation nun zuhause langsam mit seinen Einschränkungen konfrontiert wird und diese meist nicht wahrhaben will. Geringe Belastbarkeit, Konzentrations- und Gedächtnisschwächen, die den früheren Beruf in weite Ferne rücken, Antriebsmangel und Stimmungsschwankungen zwischen Euphorie und Depression machen den Patienten in einem hohen Maße abhängig von der ständigen Unterstützung, Ermunterung, Hilfe im Kleinen und im Großen durch den Partner. Der Partner oder die Partnerin jedoch hat ihrerseits eine Bürde zu tragen, die eigentlich von einer Person kaum getragen werden kann: sie muss weiterhin ihre alten Pflichten wahrnehmen, oft für die Familie, vielleicht sogar für kleine Kinder sorgen, muss zusätzlich viele Verpflichtungen des kranken Partners übernehmen, manchmal Aufgaben, mit denen sie sich in ihrem Leben noch nie konfrontieren musste, und ihm gleichzeitig wie oben geschildert „auf stand-by“ nicht nur im praktischen, sondern auch im seelischen und moralischen Sinn als Stütze, als Motor, aber auch als Kontrolle und Schutz zur Verfügung stehen. Seine eigenen Bedürfnisse bleiben natürlich meist völlig außen vor, können gar nicht mehr wahrgenommen, geschweige denn erfüllt werden. Die Überlastung ist gewissermaßen vorprogrammiert, sich davor zu schützen bei begrenzten Ressourcen kaum möglich.

So ist es nicht erstaunlich, dass die Forschungen zu den Angehörigen sie vor allem unter dem Aspekt der psychischen oder physischen Belastung durch die Betreuungssituation oder die veränderten Rollen und Pflichten betrachten, Sie erheben Daten zu Bewältigungsstrategien oder Stresssymptomen und konstatieren vielfältige psychische Beeinträchtigungen, vegetative Beschwerden und depressive Verstimmungen. Wissenschaftlich werden sie oft als stark gefährdet, aufgrund ihrer vielfältigen Belastungen fast schon als zukünftige Patienten gesehen. Dennoch erstaunt immer wieder, wie die Paare bei gleicher objektiv feststellbarer Belastung höchst unterschiedlich mit der Situation umgehen, und während die einen nach stürmischen Jahren des Aufbaus eines neuen Lebens Zufriedenheit ausstrahlen, andere die Partnerschaft nicht mehr weiter tragen können. Wissenschaftliche Untersuchungen konstatieren fast alle eine Verschlechterung der Paarsituation über die Zeit und verweisen auf eine Scheidungsrate nach dem Ereignis von bis zu 40 oder 50 %, die im Lauf der Jahre noch zunimmt und eben auch erheblich höher ist als bei vergleichbaren Stichproben von Paaren, bei denen der kranke Partner eine Querschnittslähmung erlitten hatte. Wir haben selbst in unserer Ambulanz die Erfahrung gemacht, als eine Doktorandin, Frau Nerb, eine Studie begann, in

der Paare jeweils parallel und unabhängig voneinander die Geschichte ihrer Ehe und der Erkrankung erzählen und dann die Perspektiven miteinander verglichen werden sollten (Nerb, 2008). Als wir die Paare anriefen oder anschrrieben, die wir in den vergangenen Jahren in unserer Ambulanz unterstützt hatten, hatten sich auch in einem recht kurzen Zeitraum erschreckend viele von ihnen getrennt, auch solche, bei denen sich dies vorher kaum abgezeichnet hatte.

Woran kann es liegen, dass die einen Paare ein neues Leben aufbauen können und die anderen sich trennen? Nun, eigentlich eine fast schon triviale Frage, die man im Hinblick auf Paare ohne Krankheit und Behinderung natürlich genauso stellen kann, die aber trotzdem faszinierend bleibt. Im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Interessen steht hier häufig die Frage nach der Zufriedenheit mit der Partnerschaft, sie gilt nach den meisten Forschungsergebnissen als gute Voraussagen für Lebenszufriedenheit, Lebensqualität und psychische Gesundheit der Partner allgemein. Ob eine Zufriedenheit erreicht werden kann, hängt natürlich wiederum einerseits mit objektiven Belastungsfaktoren zusammen, andererseits aber auch mit der Art der psychischen Veränderungen des Erkrankten zusammen, also etwa mit der Art der affektiven Veränderungen. Und hier scheinen es - wie sich auch in vielen unserer Erzählungen bestätigt - vor allem die psychischen und kognitiven Veränderungen zu sein, die den betreuenden Partnern zu schaffen machen. Sie sehen sich plötzlich in engster Lebensgemeinschaft und Abhängigkeit mit einem Menschen, den sie zwar geheiratet haben, aber nun kaum noch wieder erkennen, der vielleicht vieles von dem verloren hat, was ihn liebenswert gemacht hat. Entscheidend ist aber auch hier weniger die objektive Einschränkung als vielmehr die Frage, ob der Erkrankte in der Lage ist, die Unterstützung durch den Pflegenden emotional würdigen und zurückspiegeln zu können. Ist das möglich, so ist die einseitige Pflegesituation umgewandelt in eine des Gebens und Nehmens, aus dem auch der unterstützende Partner Kraft schöpfen kann. Wie ich in einer Untersuchung mit Ehepaaren feststellen konnte, bei denen ein Partner eine Hirnverletzung im Krieg erlitten hatte und in der ich auch die jeweiligen Lebenserzählungen nach 40 Jahren gemeinsamen Lebens mit dem Trauma vergleichen konnte (Lucius-Hoene 1997), hatten fast alle Paare für sich zufriedenstellende und komplementäre Rollen und Deutungen für ihr Zusammenleben gefunden. Schlecht ging es den Partnerinnen, in denen die Männer eher depressiv-misstrauische Wesensänderungen durchgemacht hatten und ihre Ehefrauen in ihre eigenen negativ gefärbten Interpretationsmuster einbezogen, ihnen mangelnde Fürsorge, Eigennutz oder Desinteresse unterstellten.

Ich möchte im Folgenden auf drei spezielle Themen etwas Näher eingehen. Das erste möchte ich die doppelte Wirklichkeit nennen, in der die gesunden Part-

ner sich oft lernen müssen einzurichten. Ich meine damit die Tatsache, dass sie angesichts der kognitiven und emotionalen Einschränkungen des Verletzten ihr oder ihm einerseits als Person ihre unveränderte Wertschätzung, Respekt und ernstnehmen entgegenbringen, andererseits aber auch ihn vor den Folgen seiner Schädigung schützen, ihn nach außen vertreten, für ihn entscheiden und ihn manchmal auch lenken müssen. So entstehen quasi zwei Wirklichkeiten: eine, in der der behinderte als autonomer Mensch, als Familienvater oder -mutter angesprochen und respektiert wird, und eine andere, in der er als schutz- und hilfsbedürftig gewissermaßen unter den Fittichen des versorgenden Partners geborgen wird. Der versorgende Partner muss hier oft auch die Funktion übernehmen, ihn gewissermaßen vor der Welt zu schützen und sich wie eine semipermeable Membran oder eine Art Außenministerium zwischen ihn und das Draußen zu schieben, um Ansprüche, Überforderungen oder auch Kränkungen abzuwehren. Im Laufe der Zeit entwickeln viele pflegende Partner die Fähigkeit, zwischen diesen beiden Umgehensweisen je nach Situation hin- und herzuschalten. Das geht anfangs oft nicht ohne Schuldgefühle, ihn zu manipulieren oder sich ihm gegenüber nicht authentisch zu verhalten. Häufig bildet sich dies dann aber als die beste Art heraus, der prekären Situation der Kontroll- und Schutzbedürftigkeit des Verletzten und auch den alltagspraktischen Anforderungen gerecht zu werden. Die Ehefrauen meiner Hirnverletzten beherrschten nach 40 Jahren dieses Springen zwischen den beiden Perspektiven auf den Ehemann oft virtuos.

### **Als ein zweites Thema möchte ich auf die besondere Situation der Angehörigen gegenüber den medizinischen und therapeutischen Institutionen und ihren Helfern eingehen.**

Auch hier kann sich ähnlich wie zwischen Patient und Therapeut ein Kampf der Experten abspielen, nämlich der therapeutischen und der familiären Experten. Bei einer Untersuchung, die Frau Geiger im Intensivpflege- und Frühreha-Bereich einer neurologischen Klinik durchführte und in der sie das Pflegepersonal nach belastenden Erfahrungen und Ressourcen ihrer dortigen Arbeit befragten (Geiger, 2003), gaben viele von ihnen an, dass der Umgang mit den Angehörigen oft viel schwieriger und belastender, zumindest aufwändiger sei als die Pflege des betroffenen Patienten selbst. Damit wollten sie im Allgemeinen nicht sagen, dass die Angehörigen als Menschen besonders schwierig seien, sondern drückten unter anderem eine Spannung aus, die bereits im Aufeinandertreffen der Personengruppen, die sich um den Patienten bemühen, von vorn herein angelegt ist: Die Experten der Therapie, die Pflegepersonen, Ärzte, Therapeuten auf der einen Seite, und die Experten des erkrankten Menschen, nämlich seine nahe stehenden und seit jeher mit ihm und seinen Verhaltensweisen vertrauten Angehörigen auf der an-

deren Seite. Jede dieser beiden Seiten weiß sowohl mehr als auch weniger als die andere, kann sowohl mehr als auch weniger als die andere für den Genesungsprozess leisten, und da, wo die Bereiche des Wissens sich überschneiden, kann es gelegentlich zu heftiger Konkurrenz um die Deutungshoheit kommen. Die therapeutischen Experten verfügen über ein hochkomplexes theoretisches, Erfahrungs- und Handlungswissen, dessen Anwendung voraussetzt, dass sie den Patienten in dieses Wissen einordnen und erst mal von seiner Individualität, seiner Biografie und all dem absehen müssen, was ihn zu einem unverwechselbaren Individuum macht. Um ihrem Heilungsauftrag nachzukommen, müssen sie zunächst das Zerstörte, das Kranke und Defizitäre wahrnehmen können. Demgegenüber suchen die Angehörigen vor allem nach dem Bekannten und Unversehrten, nach dem im Patienten, was eine Kontinuität zu seiner früheren Person und seinen Kompetenzen herstellt. Sie interpretieren seine Verhaltensweisen im Sinne dieses Bewahrens und ergänzen den jetzigen Kranken in Richtung auf den früheren gesunden Menschen. Einerseits verfügen sie über eine viel intimere Kenntnis aller Regungen des Patienten, andererseits sind sie mit völlig neuen und schockierenden Phänomenen konfrontiert, die sie nicht einordnen können und deren Erklärung und Bedeutung sie von den medizinischen Experten entgegennehmen müssen. Jede Seite kann die andere mal als hilfreich und unersetzlich, mal als einengend, fehlinterpretierend, desinteressiert, destruktiv oder störend erleben. Zumindest während der stationären Behandlung dominieren die Sicht- und Handlungsweisen der medizinischen Experten, so dass manche Angehörige sich teils resignierend, teils bitter darüber beklagen, dass sie ihrer Meinung nach nicht angemessen wahrgenommen werden. Susanna Carolusson, eine schwedische Autorin, die den Unfall und Genesungsprozess ihres Sohnes in einem eindrucksvollen Buch schildert, schreibt dazu: „Ich habe schon darüber geklagt, dass das Personal die schönen Worte vom wichtigen Angehörigen (einem Terminus in der Selbstdarstellung des Krankenhauses) nicht umsetzen will. Immer wieder spüre ich, dass wir nur begrenzt erwünscht sind... Die Leute hier interessieren sich nicht für unsere Hellhörigkeit, vielleicht ist sie auch wertlos, wenn es um den Körper und seine Genesung geht“ (Carolusson 2002). Demgegenüber empfinden es Pflegepersonen und Therapeuten oft als belastend, wenn sie spüren, wie die Angehörigen sie für ihre enttäuschten Hoffnungen und Ängste verantwortlich machen, ihre Bemühungen nicht würdigen, ihre Erklärungen nicht akzeptieren wollen und ihrem Handeln gegenüber Erwartungen hegen, die nur durch ein Wunder zu erfüllen wären. Spannungen zwischen den Sichtweisen sind also vielleicht kaum vermeidbar, vielleicht aber auch produktiv und hilfreich, weil beide trotz des gemeinsamen Ziels jeweils andere wichtige Aspekte einbringen und erst beide gemeinsam als treibendes Moment im Rehaprozess fungieren können. Es zeigt aber auch, wie viel Verständigungsarbeit zwischen beiden Seiten notwendig ist, die nicht nur guten Willen, beiderseitiges

Einfühlungsvermögen und Akzeptanzbereitschaft voraussetzt, sondern auch sehr viel Zeit und Raum dafür.

Die Spannung zwischen dem Allgemeinen und Typischen, das die Therapeuten und Einrichtungen vertreten müssen, und dem je individuellen, das die Betroffenen in den Vordergrund stellen, zieht sich oft auch in die nächsten Runden der institutionellen Betreuungen der Patienten nach der Klinik. Die Qual der Angehörigen ist es oft, sich aus der Kenntnis der Ressourcen und Potentiale ihres Patienten vorzustellen, wie es gehen könnte, was vielleicht alles an Heilung, Lebensformen und Entwicklungen möglich wäre, wenn es denn das maßgeschneiderte Programm mit den entsprechenden Therapeuten oder die verständnisvollen Kollegen und akzeptierenden Freunde gäbe, und sich an den Rahmenbedingungen und harten Realitäten der Versorgungslandschaft abarbeiten zu müssen. Hier haben zum Beispiel ehrenamtliche Helfer, die einerseits Kompetenzen und Zuwendung einbringen können, andererseits aber nicht in den Zwängen und Grenzen der Institutionen und ihrer Rollen agieren müssen, eine unersetzliche Funktion des Ausgleichs und der Entlastung der Partner.

**Als dritten Punkt** möchte ich davon erzählen, wie sich in unseren narrativen Untersuchungen schön aufzeigen lässt, wie nicht nur der Patient, sondern oft auch der gesunde Partner eine tief greifende Identitätskrise und Identitätsneubestimmung durchmacht. Sie beginnt für ihn mit der schrecklichen Erfahrung des „Terrors der Zerbrechlichkeit“, wie die Traumaforscherin Janoff-Bulman sie nennt. Lebte eine Familie bis zu dem Zeitpunkt des Unfalls oder Krankheitseinbruchs in dem Gefühl, dass schon nichts passieren wird, so hat sie nun die grausige Erfahrung gemacht, dass sehr wohl etwas passieren kann, die Katastrophe aus der verdrängten Phantasie zur Realität wurde und wiederholbar sein kann und der magische Schutz nur eine Fiktion war. Angehörige berichten, dass diese Erschütterung nicht mehr heilbar war und ihr ganzes weiteres Leben gekennzeichnet hat. Der Angehörige erlebt sein eigenes Trauma - oft viel dramatischer als der Patient, der ja die kritischste Phase meist in der Bewusstlosigkeit oder in einer erheblich reduzierten Aufnahmefähigkeit durchläuft und die schrecklichen Bilder von Intensivstation, und Koma gar nicht in sich aufnehmen muss. Ein junger Mann erzählte mir, wie er jetzt noch nach einem Jahr seine Verlobte kaum in den Arm nehmen kann, weil sich sofort die Bilder von ihr auf der Intensivstation, als er sie erst gar nicht wieder erkannte, vor seine Augen schieben, obgleich sie heute wieder völlig unverseht erscheint - Erlebnisweisen, die an Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung erinnern. Und auch die kommende Zeit, die ich oben ja schon ein bisschen skizziert habe, stellt denn gesunden Partner vor Aufgaben und Rollenverschiebungen, in denen er sich selbst neu kennen lernen muss, oft

ungeahnte Ressourcen in sich entdeckt und ausloten muss, was für ihn wirklich zählt. Was nötig ist, ist meist eine neue Bestimmung der Partnerschaft, und um die Partnerschaft neu bestimmen zu können; muss sich der Angehörige einen eigenen Prozess der Identitätsveränderung, der Neubewertung seiner Lebensziele und der Uminterpretation seines eigenen Lebens unterziehen. In vielen unserer Erzählungen berichten hier die Partner von erstaunlichen persönlichen Zugewinnen, von Kompetenzerweiterungen, wie ihnen Wagemut und Selbstvertrauen zufließen, die sie sich früher nie zugetraut hätten, wie sie sich selbstbewusst mit Behörden auseinander zu setzen lernen und wie ihnen niemand mehr etwas vormachen kann.

Man könnte also die Frage nach der Partnerschaft aus biographietheoretischer Sicht auf den Punkt bringen, ob es dem Angehörigen gelingt – oder ob er eben dazu bereit ist – sich mit seinem eigenen Leben erneut mit dem Schicksal des betroffenen Partners zu verbinden und sich selbst auch mit ihm neu zu erfinden. Die Sinnfrage - was erwarte ich von mir und meinem Leben, wozu bin ich gut, was will ich, wo habe ich meine Grenzen - wird vom spirituellen Luxus zu einer Frage von existentieller Notwendigkeit, wenn die Partnerschaft weiterleben soll. Auch viele Angehörige berichten hier von der Hinwendung zu religiösen oder spirituellen Ressourcen; eine Ehefrau hat in dieser Zeit angefangen, sich intensiv mit den Philosophen der Stoa zu beschäftigen und sich bei der Lektüre von Marc Aurel Trost zu holen. Aber ähnlich wie bei den Patienten muss es nicht immer der „große“, der philosophische Sinn sein, der einen Menschen tragen kann; viele Angehörige berichten gerade von den kleinen Sinn- und Ruheinseln, die ihnen helfen ihr Schicksal zu tragen: eine der Ehefrauen aus meiner Kriegerhirnverletztenstudie erzählte zum Beispiel auf meine Frage hin, was ihr denn am meisten geholfen habe: wenn ich mir dann einen schönen Stoff gekauft habe und ein schickes neues Kleid genäht habe, ich sehe nämlich gern adrett aus; eine andere erzählt, wie sie dann immer bei großen Festen geholfen habe und glücklich gewesen sei, wenn sie mit ihren Riesentöpfen habe wirtschaften können. Für einen Partner einer heutigen Patientin ist es die Möglichkeit, einen Vormittag in der Woche auf dem Golfplatz verbringen zu dürfen, und er sagt: Wenn ich das kann, dann packe ich den Rest der Woche prima.

Wie verschlungen und oft schwer vorhersehbar aber die Beziehungen zwischen Partnern sein können, was hilft und was hindert, möchte ich nun noch abschließend an einem kurzen Fallbeispiel erläutern. Bei einem kinderlosen Ehepaar, das wir über mehrere Jahre immer wieder im Rahmen unserer Ambulanzarbeit sahen, hatte der Mann im Rahmen seiner Berufstätigkeit ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten. Viele Jahre lang unterstützte seine Ehefrau ihn hingebungsvoll in kleinen wie in großen Belangen; beide stellten ihr Leben gemeinsam auf seine Verletzlich-

keiten, Einschränkungen und Behinderungen ab und schufen einen Raum der Fürsorge und kleinen Alltagsfreuden und -erfolge. Als wir beide nach einer längeren Pause wiedersahen, wirkte die Ehefrau sehr erschöpft und verstört und eröffnete uns schließlich nach einigem Zögern, dass sie sich trennen wolle, da sie sich völlig ausgebrannt und sich selbst entfremdet fühle. Sie empfand diese Trennung als notwendig für ihr eigenes psychisches Überleben, gleichzeitig erlebte diese Wünsche aber auch schuldbeladen und fühlte sich in diesem Konflikt zwischen Fürsorge und emotionaler Überlastung zerrissen. So unterstützte sie ihren Mann zwar weiterhin in alltäglichen Dingen, führte aber eine räumliche Trennung durch und begann, sich wieder ein eigenes Leben aufzubauen. Ihr hirnerkrankter Partner litt zwar sehr unter der Trennung, war aber bereit, sie um ihretwillen zu akzeptieren. Und nun begann bei ihm ein eigener Prozess der Entwicklung, der so viele Jahre nach dem Trauma zu deutlichen Sprüngen in seiner Selbstständigkeit führte. Uns fiel auf, dass er plötzlich viel weniger vergesslich und kompetenter in Aufgaben des alltäglichen Lebens war, seinen Aktivitätsrahmen erweiterte und begann, Reisen zu unternehmen und neue Menschen kennen zu lernen.

Dieses Beispiel zeigt sehr schön, wie sehr die Entwicklung des Patienten und des Partners miteinander verwoben sind und wie sich auch nach Jahren immer wieder neue Ressourcen auftun können- wenn auch nicht immer auf den Wegen, wie wir uns dies als Therapeuten vorstellen.

#### *Literatur/Quellen:*

- Carolusson, S. (2002). Da drin ist noch jemand. Tobias' Leben nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma. Bern: Huber.
- Geiger, M. (2003). Erfahrungen und Belastungen des Pflegepersonals in der neurologischen Rehabilitation. Unveröff. Diplomarbeit. Freiburg Institut für Psychologie.
- Lucius-Hoene, G. (1997). Leben mit einem Hirntrauma. Autobiographische Erzählungen von Kriegshirnerkrankten und ihren Ehefrauen. Bern: Huber.
- Nerb, N. (2008). In guten wie in schlechten Zeiten. Autobiographische Erzählungen von Personen mit Hirnerkrankung und ihren engsten Lebenspartnern. Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Psychologie.

Wunibald Müller

## **„...damit ich nicht auf der Strecke bleibe!“**

### **Der Profi im Prozess der Krankheitsverarbeitung: Helfen und eigene Gefährdung**

#### **Von der Hektik und der langsamen Seele**

Ein weiser Afrikaforscher konnte es nicht erwarten, endlich ins Landesinnere vorzustoßen. Um früher an sein Ziel zu gelangen, gab er den Trägern, die ihn begleiteten, zusätzliches Geld, damit sie schneller gingen. Diese legten dann auch ein schnelleres Tempo vor, bis sie eines Abends sich auf den Boden setzten, das Gepäck ablegten und sich weigerten weiterzugehen. Auch durch mehr Geld ließen sie sich nicht dazu bewegen weiter zu marschieren. Als der Forscher sie nach dem Grund ihres Verhaltens fragte, sagten sie, wir sind so schnell gegangen, dass wir nicht mehr so recht wissen, was wir tun. Darum warten wir, bis unsere Seele uns eingeholt hat. (aus: Paulo Coelho: Unterwegs. Geschichten und Gedanken)

#### **Wenn unser Herz hinterher hinkt**

Oft warten wir Profis nicht, bis unsere Seele uns eingeholt hat. Dazu haben wir, so glauben wir jedenfalls, überhaupt keine Zeit. Wir glauben, dass vor allem dann, wenn die Not eines Menschen besonders groß ist, er auf unsere Hilfe angewiesen ist und, so denken wir jedenfalls oft, wenn nicht wir zur Verfügung stehen, dann gibt es keine anderen, die für ihn da sind. Ganz abgesehen davon, dass wir uns nicht sicher sind, ob andere das so gut hinbekommen wie wir. Die Folge davon ist, dass unsere Seele, unser Herz hinterherhinken, der Abstand zwischen unserem Herz und unserem Tun immer größer wird.

Eine wesentliche Voraussetzung für ein auch psychisch gesundes Helfen des professionellen Helfers, sei es der Seelsorger, die Psychotherapeutin oder Ärztin, die Krankenschwester oder der Sozialarbeiter, besteht darin, dass sie immer wieder in den von ihrem Herzen her vorgegebenen Rhythmus einschwingen. Denn unser Herz kann nicht immer nur für andere schlagen. Der ständige Einsatz für andere, die hautnahe Begegnung mit dem Leid der Menschen, für die wir da sein wollen, kann mit der Zeit dazu führen, dass wir uns verausgaben und unsere Arbeit und unser Dienst keine Freude mehr bereiten, ja wir ihrer überdrüssig werden.

Eine Einstellung zum Helfen und eine Praxis von Helfen, die sich gegen das eigene Herz wendet, sind ungesund und machen krank. Im Unterschied zu einem Helfen, das mit berücksichtigt, dass wir immer wieder in den Rhythmus unseres Herzens einschwingen, da wir wissen, dass wir krank werden, wenn wir das auf Dauer

nicht tun. Eine solche Einstellung zum Helfen sorgt dafür, dass unser Herz immer wieder lieben kann, wir ihm die Zeit einräumen, die es braucht, das zu verarbeiten, was wir in der Begegnung mit anderen, in der Auseinandersetzung mit uns selbst, erleben. Sie nimmt ernst, was Bernhard von Clairvaux, der Begründer der Zisterzienser, in einem Schreiben an den damaligen Papst feststellte:

Wie kannst du voll und echt Mensch sein, wenn du dich selbst verloren hast?... Was würde dir aber nützen, wenn du – nach dem Wort des Herrn – alle gewinnen, aber als einzigen dich selbst verlieren würdest? Wenn also alle Menschen ein Recht auf dich haben, dann sei auch du selbst ein Mensch, der ein Recht auf sich selbst hat. Warum solltest du eigentlich du selbst nichts von dir haben? Wie lange noch bist du ein Geist, der auszieht und nie wieder heimkehrt?

Bei einer solchen Einstellung zum Helfen hören wir auf die Stimmen in uns und in unserer Umgebung, die uns ermutigten, in bestimmten Situationen „Nein“ zu sagen. Dabei handelt es sich nicht um ein billiges Nein, mit dem ich mich davor drücken möchte, Verantwortung zu übernehmen. Vielmehr ist es ein Nein, das zum eigenen Schutz, aus Rücksicht und Fürsorge für uns selbst, nicht nur angemessen, sondern notwendig ist.

### **Wenn das Herz hart wird**

*Wenn die Sorge um uns selbst zu kurz kommt, besteht die Gefahr, dass wir innerlich ausbrennen, bis dahin, dass unser Herz hart wird.*

*Der bereits erwähnte Bernhard von Clairvaux schreibt in seinem Brief an den Papst Eugen, dessen Berater und Freund er ist, weiter:*

*Wenn du dein ganzes Leben und Erleben völlig ins Tätigsein verlegst und keinen Raum mehr für die Besinnung vorsiehst, soll ich dich dann loben? Darin lobe ich dich nicht... Ich fürchte,... dass du eingekeilt in deine zahlreichen Beschäftigungen, keinen Ausweg mehr siehst und deshalb deine Stirn verhärtest. Dass du dich nach und nach des Gespürs für einen durchaus richtigen und heilsamen Schmerz entledigst. Es ist viel klüger, du entziehst dich von Zeit zu Zeit deinen Beschäftigungen, als dass sie dich ziehen und dich nach und nach an einen Punkt führen, an dem du nicht landen willst... An den Punkt, wo das Herz hart wird. Und frage nicht weiter, was damit gemeint sei; wenn du jetzt nicht erschrickst, ist dein Herz schon so weit...*

Jeder wird bei sich selbst oder bei den Menschen, mit denen er lebt und arbeitet immer wieder auch die Erfahrung kennen, dass sich das Herz verhärtet, dass

anstelle von echtem Interesse und Mitleid, Stumpfsinnigkeit und Gleichgültigkeit treten, das Herz sich immer mehr verschließt.

Der Krankenhauseelsorger taucht dann zwar weiterhin bei der krebserkrankten Patientin auf, aber er versteckt sich hinter der Maske des Hantierens oder frommen Sprüchen, die im Grunde genommen – durchaus verständlich – eine echte Begegnung verhindern. Oder die Krankenschwester spricht nur noch von der „Galle auf Nummer fünf“. Ärzte, die tagtäglich mit allergrößter körperlicher und seelischer Not konfrontiert werden, stumpfen ab, wenn sie für sich keine Form gefunden haben, diese Situation und was sie in ihnen auslöst, in einem geschützten Raum zur Sprache zu bringen. Oft bleiben ihnen dann nur noch die Ironie oder der Sarkasmus, um damit fertig zu werden oder sich vor dem Leid zu schützen. Sie machen zu. Ihr Herz verschließt sich. Bernhard von Clairvaux beschreibt den Vorgang wie folgt:

*Zunächst kommt dir etwas unerträglich vor. Im Laufe der Zeit gewöhnst du dich vielleicht daran und hältst es nicht mehr für so schwer; es dauert nicht lange, und es kommt dir leicht vor; es vergeht nicht viel weitere Zeit, und es sagt dir sogar zu... So verhärtet man Schritt für Schritt sein Herz, und auf die Verhärtung folgt die Abneigung.*

Spüre ich, dass ich mein Herz verschließe, dass ich Menschen nicht mehr wirklich personal begegne, das Dasein für sie im Grunde genommen sich verkehrt in eine innere Ablehnung ihnen gegenüber, kann in einer solchen Einstellung und in einem dementsprechenden Verhalten deutlich werden, dass ich innerlich ausgebrannt bin, die Sorge um mich über Gebühr vernachlässigt habe. Frustration, Zynismus und Depression können dann meine innere Stimmung charakterisieren. Das kann so weit gehen, dass ich anderen Menschen gegenüber wenig Sympathie oder Respekt empfinde, ich meinen Enthusiasmus und meine Kreativität verliere, ich mich mit der Zeit innerlich so sehr von den Menschen distanzieren, für die ich eigentlich da sein möchte, bis dahin, dass meine Fürsorge in Ablehnung umschlägt.

Das kann ein Alarmsignal dafür sein, dass ich die angemessene Sorge um mich selbst vernachlässigt habe, ich mehr gegeben habe, was ich eigentlich zur Verfügung habe und dementsprechend eher lustlos, unmotiviert bin und vielleicht gerade noch überlebe, statt wirklich zu leben. Ich ausgebrannt bin.

Was versteht man ursprünglich unter Burnout? Unter Burnout versteht man zunächst einmal, wenn das Innere eines Gebäudes ausgebrannt ist. Weiter kann Burnout den Zusammenbruch eines Stromkreislaufes bedeuten, wenn durch eine

zu hohe Temperatur die Sicherung durchgebrannt ist. Schließlich kann ein Burnout nach einem Waldfeuer entstehen, bei dem der vitale Humusboden zerstört wurde.

Beziehe ich das jetzt auf den Menschen, dann kann Burnout heißen: Dieser Mensch wirkt wie ein ausgebranntes Haus, ein Haus, dessen Inneres ausgebrannt ist. Oder: Diese Person, die einst über viel Energie verfügte, verfügt jetzt über keine Energiezufuhr mehr. Oder aber:

Diese Person verfügt nicht mehr über die Kraft, sich selbst zu erneuern. Diese Kraft ist zerstört worden.

### **Der Weg ins Burnout**

1. Zeit der ersten Liebe  
Die persönliche, private Welt wird immer kleiner
2. Erschöpfung  
Gefühl von Verlust, Unzufriedenheit,  
Unentschlossenheit, Zynismus,  
Schlaflosigkeit, Griff nach Tabletten und Alkohol
3. Chronifizierung von Symptomen  
Man kommt sich wie „geschlagen“, „vernichtet“ vor  
Selbstmitleid  
Esssucht; Tabletten und Drogenabhängigkeit  
Rückzug von Beziehungen / Isolierung  
Rücken- / Kopfschmerzen
4. Krise  
Pessimistische Sichtweise  
„Alles ist sinnlos“
5. Apathie  
Dienst wird zur Routine

### **Einstellungen, Überzeugungen, Verhaltensweisen und Persönlichkeitsstrukturen, die die Entwicklung von Burnout fördern können**

- Idealismus und Überverantwortung
- Ständig mehr geben als vorhanden ist
- Perfektionismus (allmächtig, allwissend, allgegenwärtig)

## **Verantwortungsgefühl und positives Selbstwertgefühl**

Wenn ein sehr stark ausgeprägtes Verantwortungsgefühl die Quelle für inneres Ausbrennen ist, wir etwa meinen, wenn wir es nicht tun, tut es niemand, kann es von Hilfe sein, so Ram, sich nicht mit der Arbeit und dem Erfolg der Arbeit zu identifizieren. Solange wir das tun, fühlen wir uns für unsere Schwierigkeiten und Fehler persönlich verantwortlich. Wir reduzieren unser Sein auf das Helfersein. („Hallo, was machst du?“) Entsprechend sind die Auswirkungen auf unser Selbstwertgefühl. Bei Erfolg haben wir ein positives Selbstwertgefühl, bei Misserfolg ein negatives Selbstwertgefühl.

Die Psychotherapeutin Virginia Satir vergleicht ein gesundes Selbstwertgefühl mit einem vollen Pott, im Unterschied zu einem geringen Selbstwertgefühl, für das sie das Bild vom leeren Pott gebraucht. Das Selbstwertgefühl ist einem Fundament oder Eckstein in uns vergleichbar. Habe ich ein positives Selbstwertgefühl, kann ich mich hinstellen, fühle ich mich verwurzelt mit dem Boden, auf dem ich stehe und bin zugleich in der Lage mich zum Himmel auszustrecken. Ich bin mir meiner selbst sicher, vertraue mir. Ich ruhe in mir. Ich bin in Berührung mit meinem Innersten und sehe mein Leben von mir her, aus meiner Tiefe heraus und nicht von dem, was mich von außen her anscheinend bestimmt. Habe ich ein positives Selbstwertgefühl, kann ich mich annehmen, „ja“ zu mir zu sagen. Ich empfinde mir gegenüber herzliche und warme Gefühle und habe zu mir selbst und meinem Selbst eine gute Beziehung.

Dass aber ist die Voraussetzung, um mit anderen Menschen eine gute, tragfähige Beziehung leben zu können. Ich kann auf sie zugehen, im Bewusstsein und der inneren Gewissheit, wertvoll und liebenswert wie ich bin, ihnen etwas bieten, sie durch meine Anwesenheit bereichern zu können. Ich kann zugleich ihre Anerkennung, ihr Wohlwollen, ihre Zuneigung und Liebe annehmen und mich daran freuen, weil ich mich selbst annehmen und lieben kann. Ich bin aber von ihrer Anerkennung nicht abhängig.

Habe ich dagegen ein geringes Selbstwertgefühl, erachte ich mich für wertlos und nicht liebenswert. Ich habe von mir selbst eine geringe Meinung, bis dahin, dass ich mich verachte. Ich kann nicht wirklich „ja“ zu mir zu sagen, mich anzunehmen. Weil ich mich für gering und wertlos erachte, getraue ich mich nicht auf meine Mitmenschen zuzugehen, mich ihnen zuzumuten. Ich schleiche mich an ihnen vorbei, verdrücke mich in eine Ecke. Ich halte mich, meine Gedanken, meine Wünsche, mein Wissen und meine Talente zurück. Ich finde mich oft als jemand wieder, der alleine ist, sich einsam fühlt und voller Sehnsucht darauf wartet, dass eine andere Person auf mich zugeht, mich entdeckt und mich aus meiner misslichen Si-

tuation herausführt. Im Helfen mag ich meine Möglichkeiten sehen, gesehen und für wertvoll erachtet zu werden. Doch da ich mir selbst keinen Wert zuzusprechen vermag, vor allem aber mir selbst gegenüber keine warmen, mich annehmenden Gefühle empfinde, kann die Wertschätzung anderer mir gegenüber nicht bei mir Platz greifen. Es ist dann wie bei einem Fass ohne Boden. Also muss ich weiterhin mich abmühen, helfen, um die ersehnte Wertschätzung zu erreichen, mit dem Ergebnis, dass ich immer mehr mich verausgabe und ausbrenne.

In dem Wort Selbst-Wert-Gefühl steckt das Wort Wert. Hier meint Wert vor allem: Unabhängig von dem, was ich leiste und unabhängig davon, ob ich in den Augen der anderen für wertvoll erachtet werde, besitze ich als Mensch einen unschätzbaren Wert, bin ich wertvoll. Ich muss mir diesen Wert nicht erst erwerben. In all meiner Unzulänglichkeit, bei all meiner Gebrochenheit, bin ich grundsätzlich wertvoll, gibt es in mir so etwas wie einen Schatz. Dieser Schatz in mir ist unantastbar und unzerstörbar. Niemand kann ihn mir nehmen. Mein Wert ist nicht abhängig von so genannten äußeren Werten.

Wichtig ist, dass ich mit diesem Schatz in mir in Berührung bin. Ich mich und mein Leben von diesem Wert her betrachte und beurteile und nicht von den Reaktionen der Außenwelt her. Mein Wert ist nicht abhängig von einer intellektuellen Leistung oder äußerem Reichtum und Erfolg.

Menschen, die sich selbst schätzen, die eine echte Liebe für sich selbst empfinden und spüren, erleben sich als genährt und vollständig. „Sie haben etwas übrig für andere Menschen“ (Elisabeth Kübler-Ross). Wir haben dann nicht länger das Gefühl, die Macher zu sein. Es fließt aus uns. Wir befinden wir uns so sehr im Einklang mit unserer Aktion, dass wir nicht den Eindruck haben, dass wir es sind, die das tun, sondern alles einfach geschieht. Wir sind die Aktion selbst. Es sind die Macher, die ausbrennen. Wenn wir uns das bewusst machen, lockert sich die Identifizierung und wir stellen fest, dass wir dennoch Vieles erreicht haben. Wir gehen weiter unserer Arbeit nach, fühlen uns aber weniger frustriert, weniger zurückgewiesen, weniger von Selbstzweifeln geplagt, weniger gefährdet, innerlich auszubrennen. Laotse sagt: „Der Weise tut nichts, doch nichts bleibt ungetan.“

### **Burnout und die Annahme meiner selbst**

Viele Helfer verwechseln die Liebe zu sich selbst mit Egoismus. Sie versagen sich das Ja zu sich selbst. Sie sagen, ich bin nichts wert, ich bin unbedeutend, ich bin klein. Sie erachten sich für wertlos und nicht liebenswert. Ihnen ist beigebracht worden, sich selbst zu lieben, sei es etwas Negatives, etwas Egoistisches, das es gelte zu überwinden. In Wirklichkeit verhält es sich gerade anders herum.

Menschen, die sich selbst schätzen, die eine echte Liebe für sich empfinden und spüren, erleben sich als genährt und vollständig. Sie haben viel übrig für andere Menschen. Das wusste schon Meister Eckehart. Er sagt: „Hast du dich selbst lieb, so hast du alle Menschen lieb wie dich selbst“.

Der Theologe Joseph Ratzinger (1982,79ff) macht deutlich, dass die Annahme meiner selbst nicht gleichzusetzen ist mit Egoismus, wenn er sagt:

*Der Egoismus ist bei den Menschen zwar natürlich und ganz von selber da, aber keineswegs die Annahme seiner selbst. Den ersten muss man überwinden, das zweite muss man finden. Und es gehört gewiss zu den gefährlichsten Fehlern christlicher Pädagogen und Moralisten, dass sie nicht selten Beides verwechseln und dabei das Ja zu sich selbst ausgetrieben, den Egoismus als die Rache des verleugneten selbst nur um so gründlicher bestärkt haben – hier liegt nicht zuletzt die Wurzel dessen, was die Franzosen „maladie catholique“ nennen: Wer nur übernatürlich, nur selbstlos sein will, ist zwar am Schluss ich-los, aber alles andere als selbstlos...*

### **Das rechte Verhältnis von Nähe und Distanz – eine ständige Gratwanderung**

Gerade bei Menschen im helfenden Beruf ist es wichtig, immer wieder eine ausgewogene Balance zwischen Nähe und Distanz zu den Menschen, für die man da ist, zu finden. Eine übermäßige innere Beteiligung, ein zu starkes Mit-Leiden, die „Ungeduld des Herzens“, von der Stefan Zweig in einem Roman spricht, können dazu beitragen, dass der Helfer, die Helferin nicht länger mit ihrem Pol verbunden sind, der garantiert, dass sie in der Rolle des Helfers und der Helferin bleiben und damit auch ihre Kompetenz als Helfer und Helferin sichern. Auf der anderen Seite kann eine übermäßige Distanzierung zu einer Mit-Menschlichen Unterbeziehung führen. Ziel ist hier, so der Psychologe Jörg Fengler, eine Beherrschung der jeweiligen Kompetenz als Helfer und Helferin „in Verbindung mit einem lebendigen menschlichen Interesse an der anderen Person.“

Solange ich nicht zu einer richtigen Balance von Nähe und Distanz gefunden habe, kann eine solche Unausgeglichenheit immer wieder zum Gefahrenpunkt für inneres Ausbrennen werden. Dieser Gefahr werde ich wohl nicht ganz entrinnen können. Denn solange ich offen bin für eine lebendige Beziehung zu den Menschen, für die ich da bin, solange bin und bleibe ich anfälliger für Prozesse, die zum emotionalen Ausbrennen führen können. Doch allein schon die Tatsache, dass ich um diese Gefährdung weiß, kann eine Hilfe sein, manche „Fußangeln, Gefährdungen und Fehlentwicklungen“ (Fengler 1992,31) zu vermeiden. Zuviel an Nähe kann dazu führen, dass ich den Menschen, für den ich da bin, nicht mehr wirklich

sehe. Das heißt, so sehr ich dem Menschen offen, mit Einfühlungsvermögen und Menschenfreundlichkeit begegnen will, bleibt er der andere, ich bin für ihn da und er nicht für mich. Darauf hat bereits der Philosoph Martin Buber aufmerksam gemacht, wenn er sagt, dass der Helfer um seiner Wirksamkeit willen diese Einseitigkeit in der Beziehung nicht auflösen darf. „Heilen wie Erziehen kann nur der gegenüber Lebende und auch Entrückte“.

Ich muss als Helferin, so sehr ich mich auf die andere Person einlasse immer auch noch in der Lage sein, mich auf meinen Pol als Helferin zurückziehen zu können. Ich bin damit durch ein unsichtbares Seil mit meiner Seite, für die ich stehe, verbunden und in der Lage mich rechtzeitig zurückzuziehen, bevor ich mich im anderen verliere.

Verliere ich zum Beispiel als Helfer und Helferin die angemessene Balance zwischen Nähe und Distanz, kann das oft zu beruflichen Deformationen führen, die im Beruf aber auch im privaten Leben weit reichende Folgen haben können. Ich kann dann nicht mehr genau unterscheiden von Nähe und wo Distanz angebracht ist. In meiner Freundschaft und in meiner Partnerschaft bin ich zum Beispiel nicht der Helfer in dem Sinne, wie ich es in meinem Beruf bin. Ich werde natürlich auch dort immer wieder mich mitnehmen, auf eine Weise auf Menschen und Dinge zu reagieren und einzugehen. In einem gewissen Ausmaß ist das so auch in Ordnung. In der Begegnung mit der Mitarbeiterin bin ich nicht der Psychotherapeut. Ich bin ein Vorgesetzter aber nicht in der Rolle des Helfers. Unausstehlich wird es, wenn meine berufliche Art und Weise, Menschen zu begegnen, ohne Berücksichtigung und Würdigung des privaten Kontextes übernommen wird. Wenn ich mich in meinen privaten Beziehungen so verhalte wie als Therapeut oder Seelsorger, wie der Helfer und die Helferin und das als ein Verhalten gesehen und gewertet wird, das andere mit Recht ablehnen, da es sie mitunter auf Distanz hält, die persönliche Begegnung, um die es in einer Partnerschaft und in einer Freundschaft geht, verunmöglicht. Das heißt nicht, dass die professionelle Begegnung unpersönlich ist. Sie ist und bleibt aber einseitig und sie hat deutliche Grenzen.

### **Im Helfen schlummert ein Gift**

Halten wir hier inne, um jetzt sich darauf zu konzentrieren, was wir tun können, um ein inneres Ausbrennen zu verhindern. In ihrem Buch *How can I help* schreiben Ram Dass und Paul Gorman, dass im Helfen ein Gift schlummert. Wir wollen anderen helfen, doch wir werden dabei selbst zu Verwundeten. Wir wollen Mitleid ausüben, doch wir fügen der Welt noch mehr Leid zu, nämlich unser eigenes Leid.

Um zu verhindern, dass wir ausbrennen, kann es hilfreich sein, uns ein Stück zurückzunehmen und aus der Distanz, ohne Wertung, uns zu beobachten und anzuschauen.

Dabei kann zunächst einmal die Frage im Vordergrund stehen: was sind meine Motive für mein Helfen? Welche Erwartungen verbinde ich mit meinem Helfen? Werde ich dadurch eigene Bedürfnisse erfüllen? Dabei mag ich feststellen, dass Nächstenliebe ein Motiv sein kann, ich wie der barmherzige Samariter vom Elend des anderen gepackt ohne Einschränkung für den anderen Menschen da sein möchte. Zugleich mag ich aber auch, wenn ich genauer und ehrlich hinschaue, auch das Bedürfnis in mir entdecken, verantwortungsvoll zu erscheinen, nützlich, einflussreich, wertvoll zu sein und gebraucht zu werden.

Mir mag, wenn ich wirklich bereit bin, so radikal ehrlich, in mich hineinzuschauen – manchmal auch mit Hilfe eines Begleiters -, bewusst werden, dass es in mir ein geteiltes Haus gibt, mit unterschiedlichen Strömungen und Richtungen. Bis dahin, dass es einen inneren Konflikt gibt, zum einen mich zu verausgaben, zum anderen aber auch nützlich zu erscheinen oder psychisch Unverarbeitetes durch Helfen zu kaschieren. Allein dieser Konflikt kann, so mag mir bewusst werden, eine Quelle von Müdigkeit sein und zu einem letztlich fruchtlosen Energieverbrauch beitragen.

Bleiben wir weiter in der Beobachterrolle, mögen wir bei näherem Hinschauen feststellen, dass wir bestimmte Kranke bevorzugen. Möglicherweise die Kranken, die durch die Art ihrer Reaktion unserem Bedürfnis, verantwortungsvoll und nützlich zu erscheinen, in besonderer Weise gerecht werden. Schließlich mag uns klar werden, dass wir während wir helfen mit unseren Gedanken oft woanders sind, nicht wirklich da sind und uns auf diese Weise uns die Freude und Erfüllung versagen, die wir empfinden und erleben könnten, blieben wir innerlich beteiligt in unsrem Helfen.

Diese Beobachtung und Wahrnehmung der unterschiedlichen Motive für unser Helfen und den Konflikten, die sich möglicherweise daraus ergeben, schafft, so Ram Dass, Raum für eine ganz neue Sichtweise. Unser Helfen wird nicht länger als bloße Erfüllung unserer Bedürfnisse gesehen, nicht länger zu Geiseln unserer Bedürfnisse werden. Wir können dadurch zu einer tieferen Quelle unseres Handelns vorstoßen, einer Quelle, die stetig, zuverlässig, weniger anfällig für Burnout ist. Wir können zu der Quelle gelangen, wo es im Tiefsten tatsächlich Liebe ist, die mich neben allen anderen Bedürfnissen und Motiven, die es auch gibt, zu meinem Helfen, zum Ausdruck kommt: „Wir lieben uns. Das ist genug.“

## **Institutionsbedingte Gründe für Ausbrennen**

Institutionen und Strukturen können eine ganz entscheidende Ursache für Ausbrennen sein. So ist es zum Teil unfassbar, welcher menschlicher Raubbau im klinischen Bereich mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen betrieben wird. Gerade Einrichtungen, denen es in besonderer Weise um das Wohlergehen von Menschen geht, sind zum Teil einer Ideologie, einem Denken und einem Verhalten verfallen, das sich als menschenverachtend erweist. Der normale Rhythmus des Lebens, den man auf Dauer nicht ungestraft außer Kraft setzen kann, wird dabei total übergegangen.

So ist es zum Beispiel für einen sozialpsychiatrischen Dienst, eine Klinik, eine Beratungsstelle immer wieder wichtig, auch hinzuschauen, wie sieht unsere Unternehmensphilosophie aus? Ja, wie sieht unsere Spiritualität aus? Welches Menschenbild kommt darin zum Ausdruck? Trägt die Unternehmensphilosophie unserer Einrichtung zum Wohl der Menschen bei, die in unserer Einrichtung arbeiten und für die diese Einrichtung ist? Trägt unsere Unternehmensphilosophie dazu bei, dass diese Menschen gesund bleiben oder aber sind sie mit verantwortlich dafür, dass diese Menschen krank werden?

Es ist wohl kein Zufall, dass gerade Menschen, die im sozialen oder kirchlichen Beruf tätig sind, oft – körperlich und psychisch – Probleme mit dem Herzen haben, bis dahin, dass ihr Herz plötzlich still steht. Einrichtungen und Regelungen aber, die darauf hinauslaufen, dass Menschen auf Dauer dem von ihrem Herzen vorgegebenen Rhythmus nicht länger folgen können, mit dem Ergebnis, dass sie an Leib und Seele krank werden, gilt es als krankmachend zu entlarven. Das gilt auch dann, wenn, so scheint es, edle Motive, hohe Autoritäten, gar religiöse Ziele dahinter stehen. Wer von Menschen etwas verlangt und erwartet, was mit dem Rhythmus des Herzens nicht in Einklang zu bringen ist – zumindest auf Dauer –, wendet sich direkt gegen das Herz des Menschen. Er wird zum Feind damit des Menschen, mag er auch im Gewand des Heilbringers oder des Retters auftreten.

Eine Unternehmensphilosophie, die sich gegen das Herz eines Menschen wendet, die sich nicht aus dem Herzen eines Menschen heraus entwickelt, nährt die Menschen nicht. Im Gegenteil: sie entwurzelt Menschen, lässt Menschen verhungern. Soziale Einrichtungen und kirchliche Institutionen müssen sich daher auch immer wieder die Frage gefallen lassen, ob das, was sie von ihren Mitarbeitern erwarten, auf einer gesunden Unternehmensphilosophie und gesunden Spiritualität gründet oder auf einer Unternehmensphilosophie und Spiritualität, die sich als eine fragwürdige Ideologie erweist.

Eine an der Gesundheit ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen orientierte Unternehmensphilosophie trägt dazu bei, dass die Helfer in diesen Einrichtungen immer wieder in den Rhythmus ihres Herzens einschwingen können, wissend, dass wir krank werden, wenn wir das auf Dauer nicht tun können. Eine solche Unternehmensphilosophie ist daran interessiert, dass die Helfer und Helferinnen Sorge dafür zu tragen, dass ihr Herz immer wieder lieben kann, ihnen die Zeit eingeräumt wird, die sie brauchen, das zu verarbeiten, was sie in der Begegnung mit anderen, in der Auseinandersetzung mit uns selbst, erleben.

Hier gilt es, will ich ein Ausbrennen verhindern, zum einen die Regeln zu befolgen, zum anderen aber sich nicht ganz von ihnen festlegen zu lassen. „Wir umfassen die Verrücktheit der Situation, so dass wir spielerisch damit umgehen können“ (Ram Dass)

### **Habe ich wirklich geholfen?**

Spüre ich bei mir Unsicherheit, ob ich wirklich geholfen habe, können wir ewig dieser Frage nachgehen, uns wundern, aufgeben, verbissen weiterkämpfen oder diese Unsicherheit versuchen auszuhalten, sie gleichsam umfassen, und sich von ihr bewegen und inspirieren zu lassen.

Dabei ist es immer wieder wichtig in den Beobachterstatus zurückzukehren. Was ist, ist. Dann mag es uns mit der Zeit vielleicht gelingen unseren Zweifel auch als Ausdruck des Geheimnisvolles zu sehen, das die Schönheit des helfenden Aktes umrahmt. Gerade weil uns unser Helfen hinsichtlich seiner Wirkung im Unklaren lässt. Das Geheimnisvolle kann sich dann als Zeugnis für eine Fähigkeit erweisen, das, was ist neu zu sehen, zu würdigen, was wir sehen: Ein Lächeln, ein Gefühl von, Teil von Etwas zu sein, das wir als eine tiefe Erfahrung erleben. Im Geheimnisvollen erfahren wir Offenbarung.

Dann wird es zumindest für uns bedeutungsloser werden zu wissen, ob unsere Hilfe etwas gebracht hat. Nicht weil wir jetzt aufgegeben haben, sondern weil wir zu einer tieferen Weisheit gefunden haben.

Im Lichte des Nicht-Wissens geschieht Hilfe. Vergangene Erfahrung, Kriterien unseres Trainings, die Meinung anderer, Intuition, auf all das beziehen wir uns bei unserem Helfen. Doch oft wissen wir es nicht, was richtig ist. Gerade, weil dieses Nicht-Wissen so oft passiert, sollten wir uns mit der Zeit heimisch mit ihm fühlen. Das kann Ausbrennen verhindern, da wir uns dann nicht länger abstrampeln mit der Ausschau auf das, was über das Nicht-Wissen hinausgeht.

Man kann das vergleichen mit einer tiefen Kameradschaft, die begründet ist auf Ehrlichkeit. Sie kann entstehen, wenn wir uns im Nicht-Wissen begegnen. „Was ist?“ „Ich weiß es wirklich nicht“; „Nun, ich weiß es auch nicht, aber da bin ich.“ Entscheidend und heilend, dass wir wahrhaftig zusammen da sind. Es ist, so Ram Dass, die Wahrhaftigkeit unserer präsenten Unsicherheit. Das gegenseitige Zugeständnis und das Gefühl von Einheit machen neue Entdeckungen möglich, die wir uns nicht erträumt haben in unserem Bemühen, alles zu klären oder so zu tun, als wüssten wir es. „Demut erweist sich als Eingangstor zur Erkenntnis.“

Wenn wir das Nicht-Wissen akzeptieren, werden wir freier, können wir unsere Vorstellungen von dem, wie es abzulaufen hat, hinter uns lassen. Wir trauen dann mehr unserer Erfahrung, entdecken neue Wege. Wir werden mutiger. Zweifel und Verwirrung sind nicht länger Feinde. Sie sind Teil einer wieder gewonnenen Unschuld.

„Bei dem, der etwas beginnt, gibt es viele Möglichkeiten. Beim Experten nur einige.“ (Roshi)

### **Burnout als Verbündeter**

Wir tun als Helfer, was wir tun können. Doch wir wissen nicht den letzten Sinn unseres Tuns. Wir müssen immer auch mit bedenken, dass wir nur einen Ausschnitt im Leben eines Menschen sehen. Die letztendliche Bedeutung, die diesem Moment und dem Ereignis, das unserer Hilfe bedarf, im Gesamt des Lebens eines anderen Menschen zukommt, kennen wir nicht.

Wir tun, was wir tun können und den Rest überlassen wir Gott, der Natur, dem Universum, meint Ram Dass. Wir tun alles, was wir tun können, um Leiden zu verringern. Doch zugleich geben wir unser Verhaftet sein an dem, was wir gerne haben wollen, auf. Auch unser Verhaftet sein mit unserem Ziel, das Leiden eines anderen erleichtern zu wollen. Unser Herz mag dabei fast zerbrechen, doch das geben wir dann auch auf.

Eine Aufgabe als Helferin kann auch darin bestehen, die Integrität einer anderen Person zu achten, die wie wir die Schönheit und den Schmerz menschlicher Schöpfung erfährt. Die unmittelbare Bedeutung des Schmerzes und des Leides mag unser Verstehen übersteigen. Paulus sagt, dass es eine Bedeutung von Dingen gibt, die wir im Moment noch nicht sehen, eines Tages aber sehen werden. „Wir sehen jetzt durch einen Spiegel in einen dunklen Ort: dann aber von Angesicht zu Angesicht. Jetzt erkenne ich stückweise, dann aber werde ich ganz und gar erkennen“ (1 Kor 13,12 u.13).

So gesehen kann ich in der Erfahrung des inneren Ausbrennens auch einen Verbündeten sehen, einen Freund, einen Katalysator für die innere Arbeit, die Arbeit an uns selbst, die das Fundament allen wahren Dienstes ausmacht. Dieser innere Weg aber ist der einzige Weg, um Energie aufrecht zu erhalten, Inspiration erleben zu können. Das heißt, wenn die Müdigkeit und Zweifel, die wir im inneren Ausbrennen erleben als Hinweise und Hinweisschilder für diese innere Arbeit betrachten, wird uns unsere Arbeit nicht nur leichter von der Hand gehen, sondern sie wird weiter und tiefer werden. Wir werden dann nicht nur überleben, sondern, so Ram Dass, wachsen.

### **Mitleid uns selbst gegenüber**

In einer gewissen Weise haben wir uns dem Dienst verschrieben und sind bereit, den Preis dafür zu zahlen. Aber daraus kann die Freude über eine einzige, liebevolle Handlung entstehen. Damit einher geht das Gefühl von Dankbarkeit, an einem Prozess beteiligt gewesen zu sein, bei dem man – gerne - viel von sich gegeben, ein Instrument der Liebe sein durfte, in welcher Form auch immer und mit welchem Ziel auch Das kann so etwas wie die Erfahrung von Gnade sein. Der Konflikt bleibt. Der Kampf zwischen Herz und Kopf.

Die Leidenschaft, das Mitgefühl uns selbst gegenüber ist die Quelle des Mitgefühls für andere. Das aber heißt auch, um ein inneres Ausbrennen zu verhindern, um auf eine gesunde Weise anderen helfen zu können, gilt es immer wieder zu bedenken, dass es notwendig ist, mit uns selbst nachsichtig sind, unsere eigenen Grenzen zu erkennen und anzuerkennen. Uns unsere Ungeduld, die wir angesichts unserer Grenzen verspüren, zu verzeihen. Vor allem aber, so wie wir anderen unser Mitleid schenken, immer wieder auch uns selbst gegenüber Mitleid zu empfinden.

Alexander Lowen ,der Begründer der Bioenergetik, schreibt:

*Die Wärme, die uns mit der Welt vereint, in der wir leben, fließt von unserem Herzen... Wenn man ein erfüllteres und reicheres Leben führen möchte, muss man sein Herz zuerst dem Leben und der Liebe öffnen. Ohne Liebe – zu sich selbst, zu Mitmenschen, zur Natur, zum Kosmos ist ein Mensch kalt, isoliert und inhuman, also unmenschlich.*

Ich kann für den anderen da sein, mit ihm fühlen, ihn begleiten und dabei auch etwas von mir schenken, wenn mein Herz frei ist. Wenn es so geöffnet ist, das es fließen kann Wenn ich aber mit offenen Herzen durch das Leben gehe, dann, verlasse ich mich auf mein Herz. Dann dient mir mein Herz als Radarschirm und Kompass.

Gelingt mir das, muss ich keine Angst haben, dass andere zu kurz kommen. Zugleich muss ich aber auch keine Angst haben, dass ich zu kurz komme. Gehe ich mit offenem Herzen durch die Welt, werde ich vieles zulassen können, wird mich vieles – auch tief – bewegen, werde ich spontan in Aktion treten können. Ich werde zugleich aber auch immer wieder beschenkt werden, etwas bekommen, bereichert werden. Wenn unser Mitgefühl für andere einhergeht mit unserem Mitgefühl für uns selbst, können wir schwierige Situationen und Gelegenheiten in Wachstum verwandeln.

### **Vom Gleichgewicht**

Ein Bogenschütze ging durch eine Wiese in der Nähe eines Hindu-Klosters, das für die Strenge seiner Lehre bekannt war. Als er sah, wie die Mönche im Garten tranken und miteinander scherzten, empörte sich der Bogenschütze laut: „Wie zynisch die doch sind, die den Weg Gottes suchen. Da sagen sie, Disziplin sei wichtig und betrinken sich. „Wenn du 100 Pfeile hintereinander abschießt, was wird dann mit deinem Bogen geschehen?“, fragte ihn darauf hin der Älteste der Mönche. „Mein Bogen würde zerbrechen“, antwortete der Bogenschütze. „Wenn jemand seine Grenzen überschreitet, bricht er auch seinen Willen“, sagte der Mönch. „Wer kein Gleichgewicht zwischen Arbeit und Ruhezeit schafft, verliert seine Begeisterung und wird nicht weit kommen.“

Wunibald Müller

## *Die heilende Kraft unseres tiefsten Wesens*

Der Mensch ist integraler Bestandteil eines intelligenten Kosmos. Die Art und Weise, wie er denkt, fühlt und handelt, ist für seine Entwicklung, seine Gestaltwerdung und seine Gesundheit ausschlaggebend. Materie, Körper, Psyche und Geist bilden eine Einheit. Krankheit ist daher mehr als die Symptome, die uns jeweils plagen. Sie verweist uns auf Zusammenhänge, die wir durch Stress, Emotionen, Ängste verloren haben. Heilen bedeutet die Ordnung und Harmonie des ganzen Menschen wieder herstellen. Das führt auch zur Heilung der Symptome. In jedem Menschen ist heilende Kraft von Natur aus angelegt oder latent vorhanden. Es ist nicht unsere Kraft. Es ist die »Urkraft«, die in unserer Tiefe ruht. Sie möchte geweckt werden. Sie kann unsere gängige Medizin nicht ersetzen. Aber sie kann sie ergänzen.

Es geht mir um eine vollkommen neue Sicht von Welt und Mensch, von Körper, Psyche und Bewusstsein und als Folge davon um eine ganz neue Einstellung zu Gesundheit, Krankheit, Leiden, Sterben und Tod. Ich möchte die Augen für eine neue Perspektive von Krankheit, Leben und Sterben öffnen und werde versuchen, ein anderes Menschen- und Weltverständnis zu skizzieren, das an die Stelle eines naiven Homozentrismus und Geozentrismus treten könnte. Oft ist es ein Erkenntnis-schub, der unser Weltbild erschüttert. Einen solchen Erkenntnis-schub brachten für mich meine persönli-

chen Erfahrungen in den Wegen des Zen und der Kontemplation. In diesen Wegen liegen heilende und ordnende Kräfte. Der Mensch wird mehr und mehr als ein Ganzes gesehen. Und wie wir heute wissen, spielen geistige und psychische Gesichtspunkte in der Heilung von Krankheiten eine entscheidende Rolle.

Das neue wissenschaftliche Denken rückt Gesundheit und Krankheit in ein neues Licht. Auch die Schulmedizin erkennt allmählich die Einheit von Geist und Körper und dass wir aktiv an Krankheit und Gesundheit unseres Körpers mitwirken. Eine Krankheit ist weder ausschließlich Sache des Körpers noch ausschließlich Sache des Geistes. Die Erkenntnis der Interaktion von Geist, Psyche und Körper führt zu einem Paradigmenwechsel in der Medizin und damit zu einer neuen Interpretation des physischen Körpers. Unser Körper ist keine bewusste Maschine, die man einfach reparieren kann, indem man Teile entfernt oder ersetzt. Er ist kein Konglomerat von Molekülen, vielmehr ein Prozess, und die Vorgänge formen einen Körper. Und – dies ist inzwischen längst erwiesen: Wir können ganz bewusst in unseren Körper und in unsere Psyche eingreifen, können unseren Körper durch neue Einsichten beeinflussen. Es gibt ein ganzes Gebiet, Psychoneuro-Immunologie genannt, das diese Zusammenhänge erforscht. Dabei werden der Einfluss des Geistes und der Gefühle auf das Immunsystem näher untersucht. Die Frage ist letztlich, wie weit beeinflusst unser Bewusstsein, unsere Gedanken, den physischen Körper und umgekehrt? Noch deutlicher: Kann sich Bewusstsein materialisieren?

*Metapathologie*

Nicht wenig Menschen unserer Tage zweifeln am Sinn des Daseins. Sie leiden an einer noogenen Neurose, wie Viktor Frankl es nennt, das heißt an einer Neurose, die nicht psychische, sondern existentielle Ursachen hat. Maslow nennt das die Metapathologie. Die eigentliche Krankheit sitzt viel tiefer als die Symptome. Sie äußert sich in der Frage: Warum lebe ich überhaupt? Wer bin ich wirklich? Warum dieses Unglück? Warum trifft es gerade mich? Mochte der Mensch früher noch gefragt haben: Wie bekomme ich einen gnädigen Gott, so fragt er heute: Warum lebe ich? Er weiß nicht, warum er ein paar Jahrzehnte auf diesem Planeten, den eine Spezies, die seit ein paar Jahrtausenden über sich selber nachdenken kann, Erde nennt, herumtappt.

In diesen Fragen kommt eine Sehnsucht zum Tragen, die C.G. Jung dem Individuationstrieb zuschreibt. Er sagte einmal: »Unter allen meinen Patienten jenseits der Lebensmitte, das heißt jenseits 35, ist nicht ein einziger, dessen endgültiges Problem nicht das der religiösen Einstellung wäre. Ja, jeder krankt in letzter Linie daran, dass er das verloren hat, was lebendige Religionen ihren Gläubigen zu allen Zeiten gegeben haben, und keiner ist wirklich geheilt, der seine religiöse Einstellung nicht wieder erreicht, was mit Konfession oder Zugehörigkeit zu einer Kirche natürlich nichts zu tun hat.« (Jung, GW, 11. Bd., Zürich, 1963, S. 362)

*Spüren spiritueller Grundbedürfnisse*

Wenn zentrale physische Grundbedürfnisse nicht erfüllt werden, erkrankt der Mensch. Wenn er nichts mehr isst, wenn er keinen Sauerstoff, kein Wasser mehr hat, stirbt der Mensch. Er wird aber genauso krank, wenn er seine spirituellen Grundbedürfnisse nicht erfüllt. Die Tragik liegt darin, dass viele diese spirituellen Grundbedürfnisse noch nicht einmal spüren.

Ein Mensch, der Hunger hat, wird sich etwas zu essen suchen. Er weiß, wenn er diesem Grundbedürfnis nicht nachkommt, wird er krank. Wenn er aber seinen Hunger nicht wahrnimmt, wird er sich auch nichts zu essen suchen. Er wird an Mangelerscheinungen erkranken. Wenn er weiterhin nichts isst, wird er sterben. Wir merken oft nicht, dass wir spirituell unterernährt sind und daher keine Resistenz und keine Kraft für das eigentliche Leben besitzen.

Was können wir also tun? Wir sollten den Anschluss an unser tiefstes Wesen suchen. Von dort her kommen uns heilende und ordnende Kräfte. Es gibt eine Energie, die vor unserem Denken und Wollen liegt. Wir nennen sie unser tiefstes Wesen. Es steht also etwas hinter unserer personalen Struktur, etwas, was diese personale Struktur als Instrument benützt. Dieses unser tiefstes Wesen spielt gleichsam auf diesem Instrument. Aber es kann nur spielen, wenn das Instrument mit sich spielen lässt. Wenn es zu sehr von sich selber besessen ist und seine eigene Melodie spielen will, kommt eine falsche Melodie zustande.

Es gibt kein größeres Heilmittel als unser tiefstes Wesen. Wir brauchen es nicht zu suchen, wir haben nur die verdeckenden Schichten abzulösen, um seiner heilenden Kraft teilhaftig zu werden. Dazu muss der Pilger Mensch sein temporäres Ich kultivieren und relativieren. Hierbei kann Psychotherapie helfen. Aber erst die Überschreitung der Ich-Grenzen auf der *via purgativa* (dem Weg der Reinigung) lässt uns unsere Konditionierungen erkennen und macht uns bereit für einen tiefgründigen Heilungsprozess.

#### *Glück oder Heil*

Krankheit und Gesundheit sind eine sehr subtile Angelegenheit. Mangel an Sinn macht krank. Der Mensch sucht im Allgemeinen mehr nach Glück als nach Heil. Was der Mensch unter Glück versteht und was er unter Heil versteht, ist nicht dasselbe. Glück und Heil gehören zwar irgendwie zusammen, aber wenn wir zu diesen Worten Assoziationen suchen, kommen wir auf ganz verschiedene Begriffsinhalte. Die Menschen meinen etwas ganz Verschiedenes, wenn sie diese Worte gebrauchen. Glück hängt zusammen mit angenehmen Erlebnissen. Dazu gehören Essen, Wohnen, die Erfüllung der leiblichen Bedürfnisse, aber auch Angenommensein, Zuwendung, Status haben, Geborgenheit. – Nicht zum Glück gehören Angst, Leid, Konflikte, Einsamkeit, Tod.

Heil dagegen meint etwas ganz anderes. Wenn wir von Heil sprechen, denken wir nicht einfach an ein glückliches Leben. Heil meint viel mehr, eine endgültige Antwort auf den Sinn des Lebens gefunden zu

haben. Die Heilswege sind zwar ganz verschieden, haben aber alle eines gemeinsam. Sie führen durch Konfrontation, durch Not, durch Angst, durch Sterben und Tod. So können sich Heil und Glück in unserem Leben widersprechen. Der Weg zum Heil ist keine breite Straße. Er führt oft durch eine enge Pforte, über einen steilen Weg, er führt durch die Tiefe des Unbewussten, dort werden wir konfrontiert mit Menschen, mit der Welt, mit dem Bösen, mit Tod und Gott.

#### *Heil kommt von Innen*

Die Heilung des Körpers scheint eine Folge der inneren Heilung zu sein. Der Raum größerer Ruhe und inneren Friedens wirkt heilend. Wie finden wir ihn? Platon berichtet von Sokrates, der mit einem jungen Mann über dessen Kopfweh sprach. Er lässt Sokrates sagen: »Er (der junge Mann) klagte mir neulich ... der Kopf wäre ihm immer so schwer, wenn er des Morgens aufstände.« Was ist das Mittel das Sokrates dem jungen Mann empfiehlt? »... so wie man nichts unternehmen dürfe, die Augen zu heilen ohne den Kopf, noch den Kopf ohne den ganzen Leib, so auch nicht den Leib ohne die Seele; sondern dieses eben wäre auch die Ursache, weshalb bei den Hellenen die Ärzte den meisten Krankheiten noch nicht gewachsen wären, weil sie nämlich das Ganze verkannten, auf welches man seine Sorgfalt richten müsste, und bei dessen Übelbefinden unmöglich irgendein Teil Wohlbefinden könnte. Denn alles, sagte er, entspränge aus der Seele, das Böse und das Gute.« (Platon I, S. 131 ff.)

Sokrates meint, dass man nicht die Symptome einer Krankheit heilen sollte, sondern den ganzen Menschen. Zum ganzen Menschen aber gehören auch Psyche und Geist. Zum ganzen Menschen gehört vor allem auch jener Bereich unseres Menschseins, den wir Transzendenz nennen oder in der traditionellen Sprache Gott. Alles entspringt aus der Seele, meint Sokrates. Gesundheit und Krankheit haben sehr viel mehr mit unserer Lebensauffassung und Weltsicht zu tun, als wir meinen.

Sokrates rät dem kopfwehkranken jungen Mann, das Ganze im Auge zu haben. Zum Ganzen gehört auch das, was wir Spiritualität nennen. Spiritualität meint jenen Weg in den transpersonalen Bereich des Bewusstseinsraumes, den gewöhnlich die Religion, vor allem aber die Esoterik anspricht. Wenn der Mensch diesen spirituellen Teil vernachlässigt, gerät er genau so ins Ungleichgewicht, als wenn er den physischen Bereich vernachlässigt. Nicht unser Körper ist dann krank, der ganze Mensch ist krank, auch wenn sich die Krankheit zunächst nur im Körper zu zeigen scheint.

Krankheit ist keine Niederlage. Manche kämpfen gegen ihre Krankheit, weil sie diese für eine Strafe halten. Sie meinen vielleicht sogar, dass sie ihre Krankheit verdient haben. Manche Menschen setzen von Kindheit an Schmerz und Strafe gleich. Krankheit ist nie Strafe. – Krankheit führt den Menschen in eine Krise.

Der Begriff »Krise« kommt aus dem Griechischen und bedeutet unter anderem Scheidung, Entscheidung und Wahl. Krise kann zu einer Entscheidungskrise werden, zur Herausforderung, einen neuen Abschnitt des

Lebens zu beginnen. Krankheiten führen uns in Grenzsituationen. Es entsteht eine fundamentale Verunsicherung. Die Frage ist, ob wir die Verunsicherung als Aufbruch zu etwas Neuem sehen können. Verunsicherung bedeutet, dass man den Ausgang nicht schon im Voraus bestimmen kann.

Wenn man jemandem nur wenige Wochen zu leben gibt, verliert der Patient die Abwehrkräfte. Dieses Phänomen ist bei den so genannten primitiven Völkern bekannt. Wenn der Zauberer einen Menschen wissen ließ, dass seine Medizin ihn zu Tode bringen wird, starb der Mensch. Er verlor seine Lebensenergie. Der vermeintliche Zauber zerstörte seine Abwehrkräfte. Gehirn und Nervensystem sind nur die Hardware, die Software ist das Bewusstsein. Programmierer ist das innere Selbst. Wer in Berührung mit dem inneren Programmierer kommt, kann das Programm verändern.

#### *Krankheit und Spiritualität*

Manche Menschen wollen nicht wirklich geheilt werden. Da klagt ein Mensch über permanente Magenschmerzen. Kein Mittel hilft wirklich. Der Grund sitzt im psychischen Bereich. »Wenn ich gesund werde, verliere ich meine Rente!« Diesen psychischen Bereich kann man aber nicht einfach heilen. Es fehlt an Urvertrauen in diesen tieferen Lebenssinn, der im transpersonalen Bereich liegt. Wenn dem Kranken ein umfassenderer Lebenssinn aufgeht, verschwinden die Symptome auf den unteren Ebenen. Wenn wir Zugang

zu diesem tieferen Lebenssinn erhalten, ändert sich unsere Ansicht von Krankheit. Wir bekämpfen dann nicht mehr die Symptome, sondern fragen nach den Ursachen. Gesund werden wir durch Integration des Fehlenden. Wir haben also nach dem Abgespaltenen zu suchen und es wieder einzugliedern.

Die Krankheit führt uns zu dem, was wir nicht leben, was wir verdrängt haben, was wir nicht wahrhaben wollen. Sie führt uns zu unserem Schatten. Krankheit kann ein Selbstheilungsversuch sein, denn sie kann uns vor einem endgültigen Zusammenbruch bewahren, der eintreten würde, wenn wir uns dem tiefer liegenden Lebenssinn konsequent verschließen.

#### *Heilende Energien*

Was können wir tun? Wie finden wir zur Ganzheit unseres Menschseins zurück? Dieser Körper, den ich habe, steht in ständiger Interaktion mit meinem wahren, mit meinem tiefsten Wesen. In der Meditation versuchen wir, aufmerksam zu werden auf die Impulse, die aus der Tiefe unseres Seins kommen und sich materialisieren. Ziel ist es, diese nicht abzublocken, sondern auf sie einzugehen.

Während der Meditation zeigt das Zentralnervensystem eine andere Funktionsweise als im Wachzustand und Traumzustand. Der Atem wird langsamer und reduziert sich auf zwei bis drei Atemzüge in der Minute bei Fortgeschrittenen. Es steigert sich die Kohärenz und die Wellenart verschiebt sich. Meditation, Kontemplation und andere spirituelle Wege versuchen uns zu ord-

nen. Chaotische Felder in uns kommen durch die Ruhe in eine neue Kohärenz. Aber der Prozess ist nicht so einfach, weil das Feld ständig von irgendwelchen Ich-Impulsen verändert wird. Es kommt also darauf an, ob wir uns in unserem hektischen Alltag diese Ruhe gönnen. Zwei Komponenten sind dabei unerlässlich. Zum einen der Fokus: Wir beobachten den eigenen Atem, wiederholen ein Wort, ein Mantra oder einen Ton oder eine rhythmische Aktivität. Es geht darum, den Strom der Alltagsgedanken zu unterbrechen und den Kopf ›frei zu bekommen. Zum anderen eine passive Haltung gegenüber ablenkenden oder ›eindringenden‹ Gedanken: Sich beispielsweise nicht darüber sorgen, ob man es richtig macht, sondern den Geist sanft auf den Fokus zurückdirigieren.

Der einfachste, unaufwändigste Weg zur Entspannung führt über folgende Stufen:

1. Wählen Sie ein Wort, einen Begriff, ein Gebet, die als Fokus verwendet werden, oder konzentrieren Sie sich nur auf den Atem.
2. Sitzen Sie ruhig in einer bequemen Haltung.
3. Schließen Sie die Augen oder lassen Sie sie halb offen, ohne etwas zu fixieren.
4. Entspannen Sie die Muskeln.
5. Atmen Sie langsam und natürlich, wiederholen Sie das Wort beim Ausatmen.
6. Bleiben Sie passiv, kümmern Sie sich nicht darum, ob Sie es gut machen. Wenn die Gedanken »wandern«, lenken Sie sie auf den Fokus zurück.

7. Bleiben Sie für 10 bis 20 Minuten bei dieser Übung.
8. Kommen Sie ein- bis zweimal pro Tag auf diese Übung zurück.

Eine weitere Anregung:

- Hören Sie auf den Körper.

Wenn Schmerzen kommen, tauchen Sie in den Schmerz ein, anstatt ihn zu bekämpfen. Der Schmerz wird zum Gegenstand der Achtsamkeit. Beißen Sie also nicht die Zähne zusammen. Entspannen Sie sich vielmehr in den Schmerz hinein. Gehen Sie mit dem Schmerz positiv und liebevoll um.

Achtsamkeit bedeutet nicht nur, zu merken, was in jedem Augenblick in und um einen herum geschieht, sondern es bedeutet darüber hinaus, sich in jedem Augenblick so zu akzeptieren, wie man sich gerade vorfindet. Dazu gehören auch unangenehme, schwierige Gefühle wie z. B. Angst. Fühlen Sie, wie sich die Angst in Ihnen anfühlt. Verdrängen Sie die Angst nicht, identifizieren Sie sich aber auch nicht mit ihr. Das gelingt nicht in kurzer Zeit. Sie haben sich auf einen Lebensweg gemacht. Wenn Sie dabei bleiben, wird Sie der Weg verändern.

### *Rituale*

Wir nehmen die physischen Energien als etwas Selbstverständliches hin. Aber wir wissen heute, dass es feinstoffliche Energien gibt, die nicht weniger wirksam sind als die physischen.

Manche erfahren diese feinstofflichen Energien auch

auf der physischen Ebene. Schütteln, Prickeln, Zuckungen können ganz ungewollt und unkontrollierbar auftreten. Manche Energien reichen über den physischen Körper hinaus. Telekinese, Telepathie, Präkognition und so weiter. Das sind einige sehr auffällige Energiedemonstrationen, daneben gibt es eine Vielzahl eher unauffälliger und nicht messbarer.

Energie strahlt durch unsere Hände und durch unseren ganzen Körper, wenn wir uns positiv einer Person oder Situation zuwenden. Jede positive Energie, die wir aussenden, stärkt auch uns selbst. Positive Energie aussenden oder segnen kann man mit Worten, mit Gebärden, mit Handauflegen, aber auch mit einem Mantra oder einer (Gebets-)Gebärde.

Alle spirituellen Wege kennen diese heilenden Kräfte. Das universale Bewusstsein ist kreativ. Es ist auch heilend. Es ist eine transformierende Energie, die jedem Wesen innewohnt. Manche Menschen können sie stärker aktivieren als andere, je nachdem, in wieweit die Barrieren zwischen der Egostruktur und dem universalen Bewusstsein gefallen sind.

Hier liegt auch das Geheimnis der Wunderheilungen begründet. Man nennt sie in der Medizin Remission. Das sind plötzliche Heilungen, die man sich nicht erklären kann, die aber zweifelsfrei stattfinden.

Jeder Wallfahrtsort ist nichts anderes als eine Stätte, an der heilende Kräfte zum Fließen kommen. Nicht Maria oder die Kannon wirken da Wunder, sondern dadurch, dass sie visualisiert oder angerufen werden, werden Energien mobilisiert, die Trost, Heilung, Beru-

higung und Zuversicht bringen. Es entstehen Mitgefühl, Gleichmut, Ehrfurcht und Ergebenheit, wenn keine Hilfe möglich scheint.

Rüdiger Dahlke berichtet in seinem Buch *Lebenskrisen als Entwicklungschancen* über folgendes Experiment aus der russischen Militärforschung: »Um störungssichere Nachrichtenentwicklung zu testen, machte man folgendes brutale Experiment. Einer Kaninchenmutter wurden ihre Jungen kurz nach der Geburt weggenommen und auf U-Booten in weit entfernte Teile der Welt gebracht. Zu bestimmten festgesetzten Zeiten wurden die Jungen geschlachtet, während bei dem Muttertier physiologische Messungen erhoben wurden. Aus diesen Daten konnte man eindeutig erkennen, dass die Mutter im selben Moment spürte, wenn eines ihrer Jungen umgebracht wurde.« (Dahlke, S. 37) Es gibt offensichtlich auch in der Welt der Tiere Verbindungen, die sich nicht auf die Materie stützen. Das kann sicher jeder bestätigen, der einen Hund oder eine Katze besitzt.

Jeder Segen, jedes Gebet ist nichts anderes als ein Senden von positiver Energie. Jedes Kreuzzeichen, das man macht, ist Aktivierung heilender Energie. Wenn wir drei Brüder während des Krieges nach einem Urlaub wieder aus dem Elternhaus gingen, machte die Mutter uns mit geweihtem Wasser ein Kreuzzeichen auf die Stirne. Man kann so etwas als magische Geste abtun, aber es ist nichts anderes als eine Übertragung positiver Energien. Wenn man für andere betet, ist da nicht einer, der dem anderen etwas zukommen lässt. Es ist wie ein Natur-

gesetzt auf einer höheren Ebene. Gute Wünsche, Gebete kreieren einen heilsamen Energiefluss.

*Wie kann man diese Energie aktivieren?*

Diese Energie wird oft in einer helfenden Gestalt imaginiert, bei den Buddhisten zum Beispiel als Kannon oder Kanzeon mit ihren elf Köpfen und hundert Armen oder als weiße Tara, als Maria oder die 14 Nothelfer im Christentum. Es sind nicht die Gestalten, die helfen, sondern die kosmische Energie, die sich in der Vorstellung in diesen Gestalten frei setzt und wirkt.

Heilende Kraft wird auch in einem Mantra erweckt und in die Welt gesandt – durch Rezitation von Om, Jesu, Shalom, Kyrie eleison und so weiter. Oft ist es nicht möglich, physisch in einen Zustand oder in eine Situation einzugreifen, aber durch das Mitfühlen und unser Wohlwollen senden wir helfende Kräfte. Die Kraft heiliger Laute hilft uns und anderen in schweren Stunden, ja, sie hilft sogar bei bedrohlichen, Angst einflößenden Träumen und bei anderen Schrecksituationen. Man kann so auf Angstzustände, geistige Verwirrung und Krankheiten beruhigend und heilend einwirken.

Wenn man auf die Kraft Jesu vertraut, aktiviert man die Kraft des Universums im Bilde Jesu oder eines Heiligen. Die Kraft ist latent in jedem vorhanden, sie wird durch ein Bild oder auch bildlos erweckt und entwickelt. Die Tibeter stellen sich zur Heilung von Krankheiten Lichtstrahlen vor, die von einem Buddha oder Bodhisattva

ausgehen und an die kranke Stelle gesendet werden. Nach der Simonton-Heilmethode stellt sich der Kranke kleine Fische vor, die alle Krebszellen auffressen. In Wirklichkeit aktiviert dieses Bild das Immunsystem. Man nimmt an, dass über Talamus und Hypophyse die übrigen Drüsen aktiviert werden, die dann das Immunsystem stärken.

#### *Die heilende Gebärde*

In diesem Zusammenhang haben auch Fürbitten ihren tiefen Sinn. Die Gebete und Zeremonien, die bei Anrufungen verrichtet werden, gleichen sich in allen Religionen. Es werden Kerzen angezündet und Weihrauch, Blumen oder Speisen dargebracht. Es wird der Rosenkranz gebetet, sei es buddhistisch, moslemisch oder christlich. Man geht zu Fuß den Berg hinauf, man rutscht auf den Knien, man misst den Weg mit seiner Körperlänge aus oder hinterlässt eine Opfergabe für einen wohltätigen Zweck. Es ist nichts anderes als die Aktivierung positiver Energien. An unseren Wallfahrtsstätten habe ich das Gleiche erlebt wie vor der *Hase Kanon* in Kamakura. Zu Tausenden kamen jeden Tag die Menschen dorthin und suchten Zuflucht beim Bodhisattva Jizo oder bei der Kannon.

Es gibt in allen Religionen Rituale, die mit Imaginationen oder Visualisierungen verbunden sind. Man visualisiert einen Buddha oder Bodhisattva, man imaginiert sie als helfende Wesen. Für manche Menschen ist das sehr wichtig. Für andere sind Imaginationen nicht das

Wesentliche. Meiner Ansicht nach reicht es vollkommen, wenn man sich selbst in Licht getaucht imaginiert. Das Licht, das vom Herzen oder von oben kommen kann, lässt man bis in die Fingerspitzen und Zehen fließen. Licht als die reinigende Kraft, die von allem Negativen befreit. Licht ist nur eine Imagination der Energie, aber nicht die Energie selbst.

Oder man geht in die bildlose Leere, die keinerlei Strukturen mehr besitzt, in der eine tiefe Einheit mit der Ersten Wirklichkeit, unserem tiefsten Wesen, erfahren wird.

Gebetsgebärden sind besonders geeignet, diese Energie zum Fließen zu bringen. Sie aktivieren eine starke, verwandelnde Kraft sowohl für den, der sie (für sich) macht, wie auch für den Empfänger.

Einst wurde ein Heiler zu einem kranken Kind gerufen. Man bat ihn zu beten. Ein Skeptiker in der Menge der Anwesenden drückte deutlich seine Zweifel aus über so einen Aberglauben. Der Heiler drehte sich um und fuhr ihn an: »Du bist ein unwissender Dummkopf, du verstehst nichts von dieser Angelegenheit.« Der Skeptiker wurde wütend und fühlte sich beleidigt. Bevor er aber aufbegehren konnte, sprach der Heiler wieder: »Wenn diese paar Worte die Kraft hatten, dich wütend zu machen, warum sollten andere Worte nicht die Kraft der Heilung haben.«

Auch Rituale können eine tiefe psychische Wirkung hinterlassen. Im Ritual etwas abzuschließen, etwas neu zu beginnen oder Versöhnung zu schaffen hat in der

zeitgenössischen Psychotherapie wieder eine wichtige Bedeutung erhalten.

Rituale sind zum Beispiel, eine Kerze anzuzünden oder etwas symbolisch zu verbrennen. Aufgabe der Rituale ist es, den Menschen in Bewegung zu setzen und nach oben und nach unten in eine pulsierende Einheit zu führen. Es gilt, die Weisheit unseres tiefsten Wesens zu entdecken, die auch in unserem Körper gespeichert ist. Dieses unser tiefstes Wesen ist die göttliche Dynamik selbst. Gott ist der Drang zur Rückkehr in die Einheit und der Drang in die schöpferische Vielfalt.

*Liebevolle Güte zu sich selber*

Man sammelt sich, indem man die Aufmerksamkeit auf seine Atemzüge richtet, und wendet sich nach innen. Man sagt sich innerlich: Möge Friede in meinem Herzen wohnen. Möge ich Heilung finden. Friede durchströmt mich. Mit jedem Ein- und Ausatmen sagt man einen dieser Sätze: Friede und Ruhe durchströmen mich. Freude durchströmt mich. Friede durchströmt mich. Nach einiger Zeit fährt man fort: Kraft durchströmt mich. Wärme durchströmt mich.



Mainpost · 26.09.2007 · Franken

## Das Leid der Kranken und die Not der Helfer

### Tagung zum Thema „Was jetzt? Leben mit der Krankheit“ in der Neurologischen Klinik Bad Neustadt

Es gibt Krankheiten, die geheilt werden können und solche, die zum Tode führen. Und es gibt Leiden, die Patienten lange Zeit, manchmal für immer begleiten und ihr Leben tiefgreifend verändern. Eine Krankheit trifft aber nicht nur den Patienten, sondern auch seine Angehörigen. „Auch sie müssen lernen, mit der Krankheit zu leben“, sagte Dr. Alfred Baumgarten, Chefarzt der Abteilung für Rehabilitation der Neurologischen Klinik Bad Neustadt. Patienten brauchen - über die medizinische Behandlung und Pflege hinaus - Rat und Unterstützung, die sie bei Seelsorgern, Psychologen und Selbsthilfegruppen finden können.

Eine Krankheit kann jeden treffen, jederzeit, und die eigene Lebenssituation radikal verändern. Wer zum Beispiel nach einem Schlaganfall mit Lähmungen oder anderen körperlichen Beeinträchtigungen leben muss, rutscht oft in eine schwere Identitätskrise. „Alle schauen auf die Symptome. Aber ich bin mehr als eine Anhäufung von Symptomen“, zitierte Gabriele Lucius-Hoene, Professorin für Psychologie an der Universität Freiburg, einen Patienten. Wenn ein Mensch auf seine Krankheit reduziert werde, leide sein Selbstwertgefühl. Ohnehin würden Erkrankte oft von Scham geplagt, von Minderwertigkeitskomplexen und der Angst, nicht mehr liebenswert zu sein. Häufig, so Lucius-Hoene, werden auch Partnerschaften auf eine harte Probe gestellt. Manche Beziehungen zerbrechen; andere werden durch das Leid noch vertieft. Auch Angehörige brauchen Hilfe, um durch die ständige Anspannung und Sorge nicht auszubrennen.

„Trauer beginnt in dem Moment, in dem ein Patient erfährt, dass er nicht mehr gesund werden wird“, berichtete Edmund Grieshaber, Leitender Psychologe in der Neurologischen Klinik Bad Neustadt. Auch nach dem Verlust der körperlichen Unversehrtheit und - damit verbunden - vieler Lebensmöglichkeiten, stelle sich Trauer ein. Dies sei ein normaler psychischer Prozess, der auch im Klinikalltag beachtet und begleitet werden müsse. Es sei falsch, Trauer mit Depression zu verwechseln und durch Medikamente wegzudrücken. Betroffene brauchten vielmehr seelsorgerische und psychologische Hilfe, um ihre neue Lebenssituation annehmen und verarbeiten zu können, so Grieshaber.

*„Die Seele muss auch im Krankenhausbetrieb ihren Platz haben“*

– Jochen Barth evangelischer Klinikseelsorger –

„Die Seele muss auch im Krankenhausbetrieb ihren Platz haben“, betonte auch Jochen Barth, evangelischer Seelsorger in der Neurologischen Klinik. Auch in Zeiten, in denen „alles immer enger geschnürt“ werde, müsse Zeit bleiben für den einzelnen Menschen. Emotionale Wärme, Einfühlungsvermögen und die Bereitschaft, sich auf den Patienten einzulassen, könnten den Heilungsprozess unterstützen. Denn ein kranker Mensch, so Barth, sei viel mehr als nur ein Körper, der repariert werden müsse.

Seelsorge im weitesten Sinne sei in diesem Zusammenhang nicht nur Aufgabe von Theologen, sondern aller Berufsgruppen, die im Klinikalltag mit Menschen zu tun haben. Ein hoher Anspruch, der aufgrund von Zeitnot und ökonomischen Zwängen allerdings nicht immer eingelöst werden könne, wie Barth auf die Frage eines Zuhörers hin einräumte. Dennoch erlebe er immer wieder, dass Ärzte sich - „trotz allem Druck, der da ist“ - Zeit nähmen für Gespräche. „Wer mit Liebe da ist, sendet Energien aus, dem anderen zu helfen“, sagte auch Pater Willigis Jäger, spiritueller Leiter des Benediktushofes (Holzkirchen), in seinem Vortrag „Die heilende Kraft unseres tiefsten Wesens“. Eine wichtige Aufgabe, so Barth, erfüllen auch die vielen ehrenamtlichen Helfer der ökumenischen Klinikseelsorge, die sich auf vielerlei Weise um Patienten kümmern sowie Selbsthilfegruppen, die aufklären, beraten und Betroffenen emotionalen Rückhalt bieten. Bei der Tagung in Bad Neustadt waren daher viele dieser Gruppen - zum Beispiel für Menschen, die an Multipler Sklerose, Krebs oder Parkinson leiden - mit einem eigenen Informationsstand vertreten.

Die Konfrontation mit dem Leid führt oft auch professionelle und ehrenamtliche Helfer an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Erschöpfung, innere Leere, Selbstzweifel und Apathie sind Symptome des Burnouts, der häufig jene erfasse, die sich besonders engagieren, berichtete Dr. Wunibald Müller, Psychologe und Leiter des Hauses „Recollectio“ (Münsterschwarzach), aus langjähriger Erfahrung. Ärzte und Pfleger sähen einen Kranken dann nur noch als medizinischen Fall, und manche Seelsorger versteckten sich hinter frommen Sprüchen. Eine echte Begegnung komme nicht mehr zustande. „Sie distanzieren sich von Menschen, für die sie da sein sollten, weil sie überbelastet und innerlich ausgebrannt sind“, sagte Müller.

Was also tun? Müller appellierte an die Mitglieder helfender Berufe, die eigenen Grenzen zu erkennen und zu akzeptieren, damit sie nicht auf der Strecke bleiben. In der Podiumsdiskussion zum Abschluss der Tagung wurde die Frage aufgeworfen, ob die Überarbeitung vieler Helfer nicht programmiert sei angesichts der Einsparungen im Gesundheitswesen und in vielen Kliniken. Eine Frage, die Müller kurz und klar mit „Ja“ beantwortete.

# Das Leid der Kranken und die Not der Helfer

Tagung zum Thema „Was jetzt? Leben mit der Krankheit“ in der Neurologischen Klinik Bad Neustadt

Von unserem Redaktionsmitglied  
HERBERT SCHEURING

**BAD NEUSTADT** Das Leben wieder in den Griff zu bekommen, wenn es durch ein schweres Leiden beeinträchtigt wird, ist eine riesige Herausforderung. Eine Aufgabe, die Patienten und ihre Angehörigen oft überfordert. Eine Aufgabe, die auch professionelle und ehrenamtliche Helfer oft an ihre Grenzen führt. „Was jetzt? Leben mit der Krankheit“ war daher der Titel einer Fachtagung in der Neurologischen Klinik Bad Neustadt.

Es gibt Krankheiten, die geheilt werden können und solche, die zum Tode führen. Und es gibt Leiden, die Patienten lange Zeit, manchmal für immer begleiten und ihr Leben tiefgreifend verändern. Eine Krankheit trifft aber nicht nur den Patienten, sondern auch seine Angehörigen. „Auch sie müssen lernen, mit der Krankheit zu leben“, sagte Dr. Alfred Baumgarten, Chefarzt der Abteilung für Rehabilitation der Neurologischen Klinik Bad Neustadt. Patienten brauchen – über die medizinische Behandlung und Pflege hinaus – Rat und Unterstützung, die sie bei Seelsorgern, Psychologen und Selbsthilfegruppen finden können.

Eine Krankheit kann jeden treffen, jederzeit, und die eigene Lebenssituation radikal verändern. Wer zum Beispiel nach einem Schlaganfall mit Lähmungen oder anderen körperlichen Beeinträchtigungen leben muss, rutscht oft in eine schwere Identitätskrise. „Alle schauen auf die Symptome. Aber ich bin mehr als eine Anhäufung von Symptomen“, zitierte Gabriele Lucius-Hoene, Professorin für Psychologie an der Universität Freiburg, einen Patienten. Wenn ein Mensch auf seine Krankheit reduziert werde, leide sein Selbstwertgefühl. Ohnehin würden Erkrankte oft von Scham geplagt, von Minderwertigkeitskomplexen und der Angst, nicht mehr liebenswert zu sein. Häufig, so Lucius-Hoene, werden auch Partnerschaften auf

eine harte Probe gestellt. Manche Beziehungen zerbrechen; andere werden durch das Leid noch vertieft. Auch Angehörige brauchen Hilfe, um durch die ständige Anspannung und Sorge nicht auszubrechen.

„Trauer beginnt im dem Moment, in dem ein Patient erfährt, dass er nicht mehr gesund werden wird“, berichtete Edmund Grieshaber, Leitender Psychologe in der Neurologischen Klinik Bad Neustadt. Auch nach dem Verlust der körperlichen Unversehrtheit und – damit verbunden – vieler Lebensmöglichkeiten, stelle sich Trauer ein. Dies sei ein normaler psychischer Prozess, der auch im Klinikalltag beachtet und begleitet werden müsse. Es sei falsch, Trauer mit Depression zu verwechseln und durch Medikamente wegzudrücken. Betroffene bräuchten vielmehr seelsorgliche und psychologische Hilfe, um ihre neue Lebenssituation annehmen und verarbeiten zu können, so Grieshaber.

„Die Seele muss auch im Krankenhausbetrieb ihren Platz haben“

Jochen Barth  
evangelischer Klinikseelsorger

„Die Seele muss auch im Krankenhausbetrieb ihren Platz haben“, betonte auch Jochen Barth, evangelischer Seelsorger in der Neurologischen Klinik. Auch in Zeiten, in denen „alles immer enger geschnürt“ werde, müsse Zeit bleiben für den einzelnen Menschen. Emotionale Wärme, Einfühlungsvermögen und die Bereitschaft, sich auf den Patienten einzulassen, könnten den Heilungsprozess unterstützen. Denn ein kranker Mensch, so Barth, sei viel mehr als nur ein Körper, der repariert werden müsse.

Seelsorge im weitesten Sinne sei in diesem Zusammenhang nicht nur Aufgabe von Theologen, sondern aller Berufsgruppen, die im Klinikalltag mit Menschen zu tun haben. Ein hoher Anspruch, der aufgrund von



Kranke brauchen menschliche Nähe.

FOTO THERESA RUPPERT

Zeitnot und ökonomischen Zwängen allerdings nicht immer eingelöst werden könne, wie Barth auf die Frage eines Zuhörers hin einräumte. Dennoch erlebe er immer wieder, dass Ärzte sich – „trotz allem Druck,

der da ist“ – Zeit nähmen für Gespräche. „Wer mit Liebe da ist, sendet Energien aus dem anderen zu helfen“, sagte auch Pater Willigis Jäger, spiritueller Leiter des Benediktushofes (Holzkirchen), in seinem Vortrag

„Die heilende Kraft unseres tiefsten Wesens“. Eine wichtige Aufgabe, so Barth, erfüllen auch die vielen ehrenamtlichen Helfer der ökumenischen Klinikseelsorge, die sich auf vielerlei Weise um Patienten kümmern sowie Selbsthilfegruppen, die aufklären, beraten und Betroffenen emotionalen Rückhalt bieten. Bei der Tagung in Bad Neustadt waren daher viele dieser Gruppen – zum Beispiel für Menschen mit einem Multipler Sklerose, Krebs oder Parkinson leiden – mit einem eigenen Informationsstand vertreten.

Die Konfrontation mit dem Leid führt oft auch professionelle und ehrenamtliche Helfer an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Erschöpfung, innere Leere, Selbstzweifel und Apathie sind Symptome des Burnouts, der häufig jene erfasste, die sich besonders engagieren, berichtete Dr. Wunibald Müller, Psychologe und Leiter des Hauses „Recollectio“ (Münsterschwarzach), aus langjähriger Erfahrung. Ärzte und Pfleger sähen einen Kranken dann nur noch als medizinischen Fall, und manche Seelsorger versteckten sich hinter frommen Sprichen. Eine echte Begegnung komme nicht mehr zustande. „Sie distanzieren sich von Menschen, für die sie da sein sollten, weil sie überbelastet und innerlich ausgebrannt sind“, sagte Müller.

Was also tun? Müller appellierte an die Mitglieder helfender Berufe, die eigenen Grenzen zu erkennen und zu akzeptieren, damit sie nicht auf der Strecke bleiben. In der Podiumsdiskussion zum Abschluss der Tagung wurde die Frage aufgeworfen, ob die Überarbeitung vieler Helfer nicht programmiert sei angesichts der Einsparungen im Gesundheitswesen und in vielen Kliniken. Eine Frage, die Müller kurz und klar mit „Ja“ beantwortete.

Das Symposium „Leben mit der Krankheit“ in Bad Neustadt, zu dem mehr als 170 Teilnehmer gekommen waren, brachte viel Richtiges und Wichtiges zur Sprache, zeigte aber auch, dass Theorie und Praxis zuweilen noch weit auseinanderklaffen.

Mainpost · 26.09.2007 · Das Leid der Kranken und die Not der Helfer

Das Symposium „Leben mit der Krankheit“ in Bad Neustadt, zu dem mehr als 170 Teilnehmer gekommen waren, brachte viel Richtiges und Wichtiges zur Sprache, zeigte aber auch, dass Theorie und Praxis zuweilen noch weit auseinanderklaffen.

## **Autorenverzeichnis**

### **Barth, Jochen**

Pfarrer, evangelischer Klinikseelsorger  
*Neurologische Klinik Bad Neustadt*

### **Baumgarten, Alfred**

Dr. med., Chefarzt der Abteilung für Anschlussheilbehandlung und  
Weiterführende Rehabilitation  
*Neurologische Klinik Bad Neustadt*

### **Grieshaber, Edmund**

Diplom-Psychologe (Psychologischer Psychotherapeut; klinischer  
Neuropsychologe GNP) Leitender Psychologe der Abteilung Neuropsychologie  
*Neurologische Klinik Bad Neustadt*

### **Jäger, Willigis**

Pater, Zen-Meisterspirituelle Leiter des Benediktushofes,  
einem Zentrum für spirituelle Wege  
*Holzkirchen*

### **Lucius-Hoene, Gabriele**

Prof. Dr. med., Diplom-Psychologin, Universität Freiburg,  
*Institut für Psychologie Freiburg i. B.*

### **Müller, Wunibald**

Dr. theol., Diplom-Psychologe (Psychologischer Psychotherapeut)  
Leiter des Hauses „Recollectio“  
*Münsterschwarzach*

### **Rieger, Jörg**

Geschäftsführer  
*Neurologische Klinik Bad Neustadt*



