

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	7
<i>STEFAN BÜCHI</i>	
<b>Herausforderung chronische Krankheit</b> .....	10
Von Chaos, Widerstand und Akzeptanz	
<i>LINDA BRIENDL</i>	
<b>Kreativität als Ressource auf dem Lebensweg</b> .....	23
Selbsterfahrung durch Träume, Bilder und Werke der Kunst	
<i>ROLAND HEINZEL</i>	
<b>Resignationen und Zuversichten – vier unterschiedliche Geschwister!</b> .....	44
<i>GESEKO VON LÜPKE</i>	
<b>Tiefenökologie – der Erde eine Stimme geben</b> .....	68
<i>LUZIA SUTTER REHMANN</i>	
<b>In Zeiten der Ausweglosigkeit die Welt neu zusammensetzen</b>	101
Reflexionen zur Offenbarung des Johannes	
<i>MICHAELA KOPP-MARX</i>	
<b>»Gesät und gestorben«</b> .....	119
Das Prinzip der Wandlung in der Literatur von Patrick Roth	
<i>OSKAR NEGT</i>	
<b>Der politisierte Mensch</b> .....	146
Demokratie als Lebensform	

*SYLVIA KOTTING-UHL*

**Das Glück aus Selbstbestimmung und Verantwortung** ..... 161

Der Bürger und sein Staat

*WILHELM HEITMEYER*

**Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit (GMF) in einem  
entsicherten Jahrzehnt** ..... 188

**Anhang** ..... 204

Bildnachweis ..... 204

Quellennachweis ..... 204

Kurzbiografien ..... 205

## Vorwort

Die Menschen scheinen heute mehr beunruhigt zu sein als in früheren Zeiten. Sozioökonomische und ökologische Verunsicherungen, verbunden mit einer tiefen, in vielen Lebensbereichen sich zeigenden Vertrauenskrise, lösen Gefühle der Hilflosigkeit aus. Angesichts von vielen Problemen, die man nicht wirklich versteht, die aber irgendwie zu bewältigen wären, kann man in Resignation verfallen: Wo anpacken? Wie? Und hat das alles überhaupt noch einen Sinn? Es gibt aktuell viel Resignation unter den Menschen. Das erklärt unter anderem auch, weshalb die kleinen Bändchen »Empört Euch!« und »Engagiert Euch!« von Stéphane Hessel geradezu einen Ruck in der Gesellschaft ausgelöst haben: Man könnte sich auch empören, sich engagieren! Sich empören, indem man nicht alles verloren gibt, sondern sieht, ausmacht, was »so« nicht geht, dass dafür neue Wege gefunden werden müssen, dass Kreativität gefordert ist und dass neue Wege realisiert werden müssen.

Als Resignierende – und zum Glück resignieren wir in der Regel ja nicht total und auch nicht in jeder Beziehung – fühlen wir uns in unserer Selbstwirksamkeit gelähmt, beschnitten und beschneiden uns in der Folge selber die Möglichkeiten, die wir hätten und haben. Menschen haben aber auch einen Gestaltungswillen. Er gehört zu unserer Grundausstattung. Wir wollen nicht einfach nur hinnehmen, sondern gestalten, unser Leben verbessern. In der Resignation ist der Gestaltungswille verdrängt, und dieser kann sich Bahn brechen in Empörung – meistens in einer Situation, in der das »Fass zum Überlaufen« gebracht wurde. Dann schießt die Empörung so richtig hoch in uns. Sind wir empört, empören wir uns, richten wir uns in unseren Körpern auf, abrupt und kraftvoll: Nichts mehr von der gebeugten Haltung in der Resignation!

Wir erleben Gefühle des Ärgers, des Zorns etwa angesichts von Ungerechtigkeit, und das gibt uns Antrieb und Motivation, der Empörung lautstark Ausdruck zu verleihen.

Empörung ist aber auch nicht immer hilfreich: Der Ausdruck der Empörung kann auch selbstgerecht sein. Die daraus erwachsenden Anforderungen an »die anderen« sind manchmal manipulativ – man möchte die anderen zwingen, das zu tun, was man selbst für richtig hält. Nicht selten versteckt man sich mit der Empörung in einer Gruppe, die anscheinend »gleich« fühlt. Manchmal verpufft die Empörung aber auch rasch – es hat genügt, dass man sich Luft verschafft hat.

Handlungsleitend zur Veränderung wird Empörung dann, wenn sie mit Zuversicht verbunden wird, Zuversicht verstanden als eine vom Vertrauen getragene Sicht auf die Zukunft. Vorstellungskraft ist dabei gefragt, ein Ziel, vielleicht auch eine Vision, und die Hoffnung und die Vorstellung, das Ziel auch zu erreichen. Zuversicht ist gespeist aus Liebe zum Leben, aus der Überzeugung, dass Situationen sich verändern, auch zum Besseren hin.

Gedankliches Mitläufertum in Resignation und fruchtloser Empörung verhindern aber die Vorstellungen des Besseren. Das Bessere ist möglich, nicht nur, weil wir uns bemühen, Ideen haben, wie den Missständen zu begegnen ist, sondern auch, weil es Emergenzen gibt, neue Ideen aufbrechen, die nicht vorhersagbar waren, weil wirklich Neues sich ereignen kann.

Neue Perspektiven können von einem erwartungsbereiten, nicht aber von einem resignierten Geist aufgenommen werden; sie können aufgenommen werden von Menschen, die wissen, was ihnen unaufgebbar wichtig ist, wofür ihr Herz letztlich schlägt. Und das braucht es: ein entschiedenes emotionales Wissen darum, was uns Menschen wichtig ist, was wir bewahren wollen, in welcher Welt wir leben wollen. Und an dieser Welt arbeiten wir alle; auf jeden und jede kommt es an.

In verschiedenen Vorträgen, die in diesem Band versammelt sind, haben Kolleginnen und Kollegen aus unterschiedlichen Fachrichtungen das Thema aufgenommen und aus ihrer Sicht beleuch-

tet. Es geht dabei um die Sensibilisierung der Dynamik in einem möglichen Prozess von der Resignation hin zur Zuversicht, um das Aufzeigen von Ansätzen dazu, die bereits bestehen und erprobt werden und die zeigen, dass mit der Resignation und auch mit der Empörung so umgegangen werden kann, dass Veränderung möglich ist – oder dass man zumindest besser weiß, wo man etwas lassen können muss und wo man auf Veränderung hoffen darf.

*Verena Kast*

# Herausforderung chronische Krankheit\*

## Von Chaos, Widerstand und Akzeptanz

### Einleitung

Ich möchte Ihnen heute Einblick in eine Thematik geben, die mich seit rund zwanzig Jahren als klinischer Arzt und Forscher sehr beschäftigt und die ich als sehr relevant einstufe, da sie die meisten von uns wohl einmal persönlich und in Zukunft auch als Gesellschaft stark beschäftigen wird: die Herausforderung chronischer Krankheit.

In meinem Vortrag möchte ich Phasen der Verarbeitung der Krankheit beschreiben und insbesondere auf die Bedeutung von Sinnsuche vertieft eingehen. Die gelingende Sinnsuche ist äußerst zentral für eine gute Adaptation des chronisch kranken Individuums an seine Umwelt. Zum Schluss des Vortrags möchte ich die soziale Einbettung des Betroffenen beleuchten: Krankheit ist etwas, das immer in einen sozialen Kontext eingebunden ist. Vor allem die Angehörigen sind stark mitbetroffen und haben auch einen relevanten Einfluss auf den Verarbeitungsprozess. In diesem Zusammenhang möchte ich Ihnen den Begriff des dyadischen Copings, des gemeinsamen Umgangs von Paaren mit der Krankheit näherbringen. Mit aktuellen Forschungsarbeiten möchte ich Ihnen zudem aufzeigen, dass die innere Einstellung und die Bewertung der Situation von zentraler Bedeutung in Bezug auf Leiden sind. Dabei zeigt sich, dass eine Haltung von Akzeptanz im Sinne einer

\* Der vorliegende Text ist eine redigierte Transkription des auf der Tagung frei gesprochenen Vortrags.

aktiven Resignation der Schlüssel zum gelingenden Umgang mit Krankheit und Verlust ist.

## Chronische Krankheiten

Chronische Krankheiten sind in der Industriegesellschaft weit verbreitet und daher ein relevantes Thema. Gerade die aktuellen Entwicklungen in der Spitzenmedizin, wie beispielsweise im Bereich der Onkologie, der Transplantationsmedizin oder der Neonatologie, aber auch die ansteigende Zahl alter Menschen in unseren Ländern führen zu einer stetigen Zunahme von Personen, die mit einer dauernden, chronischen Behinderung leben müssen. Eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitswesen in Industrienationen ist es, diese wachsende Zahl von Patienten mit chronischen Krankheiten möglichst gut zu betreuen. Wie aktuell diese Frage auch im gesellschaftlichen Kontext ist, zeigt die heutige Schlagzeile in der *Welt am Sonntag*, in der es heißt: »Deutschland kann sich die Pflege chronisch Kranker nicht mehr leisten.« Ich möchte mich in diesem Vortrag aber auf die Herausforderung für Individuen und ihre Angehörigen beschränken.

Chronische Krankheiten können nicht geheilt werden. Das Ziel der Medizin ist hier daher, Leiden zu lindern. Das Hauptinteresse der westlichen Medizin gilt der Heilung; sie will die vorhandenen gesundheitlichen Probleme verstehen, sie eliminieren und dem Menschen wieder Gesundheit ermöglichen. Im klinischen Alltag ist dies jedoch häufig nicht möglich; mehr als die Hälfte aller Arztkonsultationen beim Hausarzt betreffen chronisch wiederkehrende Probleme.

Das Erstaunliche ist, dass sich die Medizin, im Gegensatz zur Philosophie und Theologie, mit dieser zentralen Thematik nur wenig beschäftigt hat. Dies wird z. B. daran deutlich, dass man den Begriff Leiden in den medizinischen Datenbanken vergeblich sucht. Auch in vielen Lehrbüchern der Psychologie ist »Leiden« kein Stichwort. Die Auseinandersetzung mit Leiden in der medizi-

nischen Literatur zeigt häufig eine vereinfachte Sichtweise, die Schmerz mit Leiden gleichsetzt. Ich möchte aufzeigen, dass der Schlüssel zum Verständnis von Leiden in der je individuellen Beziehung der Person zu ihrem Schmerz liegt, die ihr Leiden verständlich macht. Das Paradoxe ist, dass sich die Medizin wenig mit einer Thematik beschäftigt, die im Alltag zu einem immer wichtigeren Thema wird. Allein bei Google gab es am 1. Oktober 2012 insgesamt 223 Millionen Einträge zum Thema »suffering«.

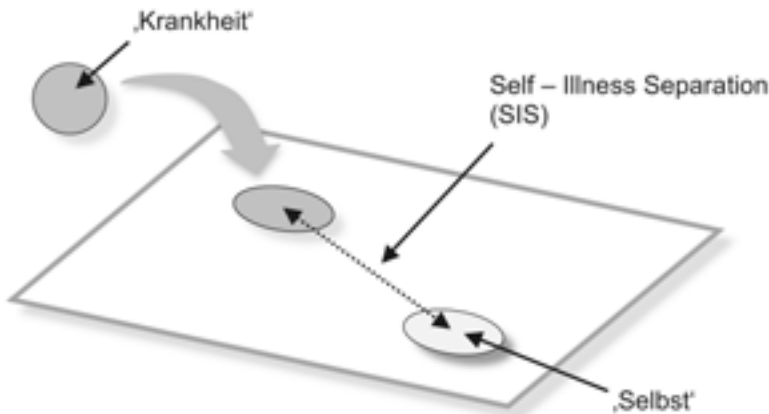
Erfreulicherweise gibt es in der Schulmedizin aber auch Felder, etwa die Palliativmedizin, die sich umfassend mit dem Thema Leiden beschäftigen und sich um Wege eines für die medizinische Praxis hilfreichen Verständnisses bemühen. Aus meiner Sicht stammt eine der einfachsten und hilfreichsten Ansätze, Leiden zu definieren, von Prof. Cassel, einem Mediziner aus New York: Leiden ist ein schwerer Distresszustand, der im Zusammenhang mit einem drohenden Verlust der Intaktheit der Person steht.

Die Person steht im Zentrum von allem, was mit Leiden zu tun hat. Es geht also um den Zustand einer sehr unangenehmen Spannung, die dann entsteht, wenn die Person wahrnimmt, dass diese Intaktheit bedroht ist. Was ist nun diese Person? Als Mediziner werde ich mich hier phänomenologisch orientieren: Alles, was Teil des Selbstbildes sein kann, kann leidenswirksam werden.

In unserer Medizin herrscht Zeitknappheit, und es fehlen, wie bereits erwähnt, Theoriemodelle, um Leiden zu verstehen und mit ihm umzugehen. So haben Prof. Tom Sensky aus London und ich versucht, ein Instrument zu entwickeln, welches hilft, die Dimension der Person und ihres Leidens im klinischen Alltag abbildbar zu machen. Das Resultat ist das PRISM-Instrument (Abb. 1). Es besteht aus einer rechteckigen Metalltafel, die das Leben eines Menschen darstellt. Mit einem gelben Punkt in der rechten unteren Ecke wird die Person selbst repräsentiert. Des Weiteren wird eine kleine rote Scheibe eingeführt, die den Schmerz oder die Krankheit symbolisiert.



Abb. 1: PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure)



Die Bedeutung der Krankheit wird in folgender Weise erfragt: »Wenn das hier Ihre Krankheit ist, welchen Platz nimmt dieses Problem in Ihrem Leben ein?« Hat der Patient die Scheibe platziert, kann mit der Frage »Was bedeutet das für Sie?« die subjektive Bedeutung erfragt werden. Da diese Leidensdiagnostik in 5 Minuten problemlos umsetzbar ist, ermöglicht sie uns, in einfacher Weise die Person und das Thema Leiden in die Praxis der Schulmedizin einzubringen.

Wichtig für den klinischen Einsatz ist also, dass die untersuchte Person berichtet, was die Krankheit für sie bedeutet und welche Themen und Rollen für sie nun bedroht sind, etwa die Rolle als Ehefrau, als Mutter oder als Berufstätige. Hier geht es um sehr verschiedene, höchst persönliche Aspekte, die in ganz individueller Weise erfasst werden können. Das Interessante, was wir mit anfänglichem Erstaunen in unseren Forschungsarbeiten gefunden haben, ist, dass diese messbare Distanz der Person zu ihrem Problem in einem direkten Zusammenhang zum Ausmaß des Leidensdrucks steht: Je näher das Problem der Person ist, desto höher der Leidensdruck, desto stärker wird die Person durch die Krankheit verändert und desto wahrscheinlicher ist es, dass der Patient Aspekte seiner wichtigen sozialen Rollen eingebüßt hat. Ist die Dis-

tanz klein, nimmt der Patient wenig Kontrolle über seinen Zustand wahr, und das Problem ist zeitlich sehr präsent – der Patient ist mit dem Problem identifiziert: »Ich bin das Problem.« Im gelungenen therapeutischen Prozess können sowohl die Distanz als auch die Kontrolle zunehmen. Der Patient formuliert dann: »Ich habe ein Problem.«

Das PRISM-Instrument wird auf der ganzen Welt in Spitälern, Palliativstationen und Arztpraxen wie auch im Bereich der Forschung eingesetzt. Wir haben bisher etwa 50 000 Patienten wissenschaftlich untersucht. PRISM erfasst in erstaunlich präziser und zeitsensitiver Weise den Leidensdruck bei körperlichen, chronischen Krankheiten, aber auch beispielsweise bei Eltern, die ihr Kind verloren haben. Neuste Untersuchungen zeigen den erfolgreichen Einsatz zur Erfassung des Ausmaßes der Suizidalität in psychischen Krisen. Das Instrument wird im klinischen Alltag dann eingesetzt, wenn es gilt, die Dimension der Beziehung der Person zu ihrer Krankheit oder ihrem Hauptproblem besser zu verstehen.

## Phasen

Nach dieser Einleitung möchte ich nun Phasen aufzeigen, welche die Patienten mit chronischer Krankheit häufig durchlaufen.

Die erste Phase im Umgang mit Krankheit ist häufig durch Chaos und Überforderung gekennzeichnet. Allein die Information, eine Krankheit zu haben – etwa Diabetes oder zu hohen Blutdruck –, kann eine schwere Krise auslösen. Hierzu möchte ich eine kurze Geschichte erzählen, die aufzeigen soll, dass ein Symptom erst durch die Zuschreibung einer Bedeutung sein Leidensgewicht erhält: Ein Patient wurde in die Uniklinik Zürich eingewiesen wegen Rückenschmerzen. Bei der Aufnahme war er davon überzeugt, dass der Grund seiner mittelstarken Rückenschmerzen ein sogenanntes Hebetrauma war – er hatte eine schwere Kiste gehoben und in der Folge akute Rückenschmerzen wahrgenommen. Auf die körperliche Untersuchung folgte eine computertomografische Untersuchung. Als

ihm anschließend mitgeteilt wurde, dass die Ursache des Schmerzes eine Metastase seines vor drei Jahren behandelten Prostatakarzinoms sei, wurden die Schmerzen für den Patienten kaum mehr aushaltbar. In den nächsten Tagen blieben verschiedene Versuche, den Schmerz auch mit stärksten morphinhaltigen Medikamenten zu behandeln, völlig erfolglos. Der Kontrollverlust des Patienten konnte erst durch ein Gespräch, in welchem seine Situation mit PRISM visuell dargestellt wurde, gewandelt werden. Die Bildsprache des Instruments ermöglichte, dem Patienten in einfacher Weise Hoffnung zu vermitteln, dass sich seine Situation und sein Schmerz wieder verändern können. In der Folge verbesserte sich der Zustand des Patienten merklich, und die Schmerzmittel konnten wieder reduziert werden.

Nach einer Phase, die wie eben geschildert mit Chaos, Überforderung und einer Erschütterung des Selbstbildes einhergeht, erleben wir häufig eine Phase, die ich als Widerstand oder Sinnsuche bezeichnen möchte. Leiden löst beim Betroffenen je eigene Sinnsucheprozesse aus, die für die Neuorganisation der Person wichtig und hilfreich sind. Diese Prozesse unterscheiden sich stark von Person zu Person, abhängig von den persönlichen biographischen und genetischen Resilienzfaktoren. Ich glaube auch, dass wir die soziokulturellen Kontextfaktoren im Umgang mit Leiden nicht außer Acht lassen dürfen. In unserer werteppluralistischen Welt gibt es keine für den Betroffenen einfach greifbaren Antworten mehr auf die Frage nach dem Sinn von Leiden. So ist der einzelne Mensch viel stärker als noch vor 200 Jahren gefordert, diese Antworten selbstständig zu finden.

Wenn wir diese Sinnsuche empirisch untersuchen, können wir feststellen, dass sie zwei Dimensionen hat: Zunächst beinhaltet sie das allen bekannte »Warum ich?«. Die meisten Menschen – rund 80 bis 90 % aller Betroffenen – beschäftigen sich zunächst intensiv mit dieser Frage. Wir können sagen, dass das Ausmaß dieser Warum-ich?-Frage nach etwa 6 bis 12 Monaten darauf schließen lässt, wie gut die Integration der Krankheit gelingt. Wenn die Warum-ich?-Frage nach 12 bis 24 Monaten noch ganz zentral ist, deutet

dies darauf hin, dass die Integration der Krankheit ins Leben noch nicht vollständig geglückt ist.

Einige Zeit später kann bei vielen Patienten ein Sinnsucheprozess des »Wozu?« beobachtet werden, der eine Ausrichtung auf einen neuen Selbstwert bedeutet. Diese Thematik wurde in den letzten 15 Jahren gründlich unter dem Fachbegriff »posttraumatische Reifung« erforscht. Posttraumatische Reifung umfasst all das, was Menschen antworten, wenn sie nach ein oder zwei Jahren gefragt werden, ob das, was sie Schlimmes erlebt haben, auch etwas Positives zur Folge hatte. Diese Informationen können fünf großen Kategorien zugeordnet werden:

1. Intensivere Beziehungen zu Mitmenschen: In existenziellen Krisen erleben die Betroffenen, dass soziale Beziehungen persönlicher und tiefer werden. Viele schildern eine Zunahme der Qualität von Beziehungen, bei gleichzeitiger Abnahme der Quantität, d.h. es gibt weniger, dafür tiefere soziale Beziehungen.
2. Wertschätzung des Lebens: Durch den Verlust von Wichtigem wird das Vorhandensein des noch Verbleibenden mehr wertgeschätzt.
3. Persönliche Stärke: Durch die Erfahrung, Schlimmes zu überstehen, erleben manche Betroffene eine innere Sicherheit und Zuversicht, auch in zukünftigen Belastungssituationen bestehen zu können.
4. Religiöse Veränderungen: Die persönliche Welt- und Glaubenssicht kann sich wandeln. Unsere Untersuchungen in Zürich zeigten, dass religiöse Veränderungen viel seltener angesprochen wurden, als dies in Studien in den USA der Fall war.
5. Neue Lebensperspektiven: Manche erleben rückblickend den Verlust als eine Öffnung hin zu einer ganz neuen Perspektive auf das Leben.

Zusammenfassend kann man also sagen, dass Krankheit einen Prozess auslöst: Zunächst steht die kausale Warum-Frage im Zentrum: »Warum ich?«, die Frage nach der Ursache, später die Frage nach dem »Wozu?«, die eher positiv nach dem Sinn und Zweck der

Krankheit fragt und auf die Zukunft ausgerichtet ist. Diese zwei Dimensionen sind die Suchprozesse, die sich empirisch belegen lassen und von großer Bedeutung sind.

Ich möchte nun die Prozesse und ihre Folgen bei einer Patientin aufzeigen, der es gelungen ist, ihre Krankheit in einem positiven Sinne zu akzeptieren, und anschließend darstellen, warum bei rund etwa einem Viertel der Patientinnen und Patienten diese Integration schlecht gelingt. Zunächst zu der Patientin, die mich sehr beeindruckt hat. Ich habe sie im Rahmen eines Forschungsprojekts, das sich mit Leidensprozessen bei Autoimmunerkrankungen beschäftigte, kennen gelernt. Es handelte sich um eine jüngere Frau, etwa dreißig Jahre alt, und ich habe mit ihr ein längeres Gespräch geführt. Die Krankheit, unter der die Patientin litt, war Lupus erythematodes, eine Autoimmunerkrankung, welche die Gefäße aller Organe befallen kann und in den betroffenen Organen Entzündungsprozesse auslöst. Sie kann mit verschiedensten Symptomen wie Müdigkeit, Schmerzen oder Nierenproblemen einhergehen. Da eine Schwangerschaft den Krankheitsprozess häufig beschleunigt, wird jüngeren Frauen von den Ärzten in der Regel von einer Schwangerschaft abgeraten.

Im Gespräch mit dieser jungen Frau haben wir uns dafür interessiert, wie sich die Patientin vor der Erkrankung erlebt hatte. Das Interessante war, dass vor der Krankheit, also vor etwa zehn Jahren, das Wichtigste im Leben für sie der Ausgang war. »Ausgang« heißt in der Schweiz, mit Kolleginnen und Kollegen am Freitagabend auszugehen. Ich konnte das zunächst nicht so richtig nachvollziehen, erst später wurde klar, dass das in Zusammenhang mit ihrer kranken Mutter stand, die an Multipler Sklerose litt. Sie war die jüngste Tochter und musste für ihre Mutter sorgen, was für sie sehr belastend war. Sie hatte sich durch diese Krankheit zu Hause eingeschränkt und gebunden gefühlt, und so war Ausgang, das Wegsein von zu Hause zusammen mit ihren Freunden, ganz wichtig für sie. Sie war auch eine engagierte Schülerin. Als ihre Krankheit diagnostiziert wurde, und der Arzt ihr mitteilte, dass es das Beste wäre, wenn sie keine Kinder bekäme, reagierte die Patientin darauf

sehr störrisch und sagte: »Ich mache genau das Gegenteil!« Sie heiratete zwei Jahre später ihren Freund und bekam bald Kinder. Sie sagte: »Ich will unbedingt intensiv leben! Wenn ich sterbe, ist das eben so, aber jetzt lebe ich intensiv!«

Als ich sie mithilfe von PRISM fragte, wie sie sich zur Zeit selbst sehen würde, sagte sie: »Die Krankheit ist noch präsent, mit Müdigkeit, Schmerzen, aber es gibt wieder Raum für anderes.« Das Wichtigste für sie waren ihre beiden Kinder. Sie hatte zwei Kinder bekommen und hatte eine eigene Familie. Sie sagte: »Durch diese Krankheit bin ich auch sehr spirituell geworden.« Sie war jetzt engagiertes Kirchenmitglied, während sie vor ihrer Krankheit dem Glauben sehr distanziert gegenübergestanden hatte. Die Krankheit der Mutter belastete sie nach wie vor. Sie war immer noch stets bemüht, sich um sie zu kümmern. Freunde waren ihr wichtig; Ausgang, wegzukommen, war immer noch etwas, das sie brauchte.

Die Schattenseite ihres Lebensentwurfs der frühen Bindung und Elternschaft war, dass sie sich beruflich wenig entwickeln und ihr eigentliches Potenzial nicht ausschöpfen konnte. Sie hatte eine Teilzeitstelle in einem Beruf, der ihr nicht besonders viel Freude machte.

Diese Patientin betonte im Gespräch: »Für mich war die Krankheit tatsächlich die große Chance meines Lebens«, wobei sie darauf hinwies, dass sie jeden Tag darum ringt, die Krankheit zu akzeptieren, aber es gelinge ihr immer wieder und sie habe eigentlich eine sehr positive Einstellung dazu gefunden.

## Akzeptanz

Wenn man sich nun fragt, was Akzeptanz meint, könnte man es vielleicht so verstehen: Die Krankheit wird zu etwas, das man nicht einfach nur weghaben will. Vielmehr entsteht in einem Prozess die Erkenntnis, dass die Krankheit ein Teil des Lebens ist, mit dem es sich lohnt, sich auseinanderzusetzen, und dass es in der eigenen Verantwortung liegt, mit dieser unerwünschten Krankheit sein

Leben zu gestalten. Das ist der entscheidende Schritt. Unsere Untersuchungen belegen: Solange Menschen es ablehnen, sich innerlich mit ihrer Krankheit zu beschäftigen, sind die Effekte der Patientenedukation sehr gering. Erst wenn innerlich eine Form von Annahme vollzogen wird, gelingt der Integrationsprozess.

Wenn wir die Lebensqualität von Patienten mit chronischer Krankheit untersuchen, wird deutlich, dass das Maß an Akzeptanz der wichtigste Prädiktor für gute Lebensqualität ist. Unter Akzeptanz wird wissenschaftlich die Bereitschaft verstanden, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen, anstatt eine nur abwehrende Haltung einzunehmen, und sich mit anderen Aspekten des Lebens, nämlich mit den eigenen Ressourcen und Aufgaben, zu beschäftigen. Mit den Worten Karl Jaspers' lässt sich sagen, dass diese Form von Akzeptanz eine »aktive Resignation« ist. Resignation im Sinne von: Es begleitet mich etwas, das ich nicht will, aber ich bin nicht passiv resigniert, indem ich mich einfach zurücklehne und das Unglück beklage. Nein, es ist ein aktives Ringen mit dem Problem, das mich lange begleiten wird.

Es ist glücklicherweise so, dass diese Form von Akzeptanz den meisten Menschen gelingt, und es sind sehr unterschiedliche Wege, die dazu notwendig sind. Wenn wir größere Patientengruppen anschauen – ich beziehe mich hier etwa auf eine Untersuchung bei chronischer Polyarthrititis –, wird deutlich, dass die Krankheitsverläufe sehr unterschiedlich sind. Etwa 25 bis 30% aller Patienten mit chronischer Krankheit sind langfristig überfordert. Dies drückt sich in begleitenden Angst- und Depressionsstörungen aus. Wer zählt nun zu dieser Gruppe? Hier spielt sicherlich die biologische Prädisposition eine Rolle, d. h. es gibt eine Neigung, überfordert zu sein und/oder depressiv zu werden, die rein biologisch begründet ist.

Ich möchte an dieser Stelle aber auf die psychologische Dimension eingehen, die mit dem Zustand ungenügender Adaption zusammenhängt, und aufzeigen, wie in der kognitiven Psychologie dieses Thema erfasst wurde: mit dem Selbst-Schema. Man hat dazu untersucht, in welchem Zusammenhang die zentralen Über-

zeugungen zu Schmerz, Krankheit und Selbst stehen. Dabei konnte belegt werden, dass sich diese Konzepte bei Menschen, denen die Krankheitsintegration gut gelingt, deutlich unterscheiden. Umgekehrt findet sich bei Patienten mit schlechter Krankheitsadaption und vielen psychischen Symptomen eine Überlappung von Konzepten zur Person, von Schmerz und der Krankheit. Das Fallbeispiel eines Polyarthritis-Patienten soll das Modell belegen. Der sehr sensible Patient leidet unter einer schweren Depression. Den Körperschmerz schildert er als eine überwältigende Erfahrung, in welcher sich das rein körperliche Schmerzerleben mit alten Erinnerungen verbindet. Diese umfassen Kränkungen, Ohnmacht, Zurückweisungen durch Eltern, Geschwister und Lehrer. Es sind diese durch den erlebten Schmerz aktivierten Erinnerungen, die den Patienten lähmen. In unserem psychotherapeutischen Prozess versuchen wir, die verschiedenen Aspekte des erlebten Schmerzes zu differenzieren, um so die Möglichkeit zu einem adaptiveren Umgang mit der Krankheit zu schaffen.

## Dyadisches Coping

Erst durch die Arbeiten von Prof. Guy Bodenmann aus Zürich wurde mir persönlich in den letzten Jahren bewusster, wie wichtig die Unterstützung durch Partner in Krankheits-Verarbeitungsprozessen ist. Unsere eigenen Untersuchungen bei ambulanten Krebspatienten zeigten auf, dass für 94% der Patienten der Partner die wichtigste Unterstützungsperson war; im Gegensatz dazu waren für die Angehörigen die Freunde die wichtigsten hilfreichen Personen. Das bedeutet, dass für Angehörige die Erweiterung des familiären Systems von großer Bedeutung ist, um selbst Hilfe zu bekommen. Wir haben uns anschließend auch mit den Ehebeziehungen der Krebspatienten beschäftigt. Es war für uns sehr eindrücklich, dass 37% der untersuchten 224 Paare davon überzeugt waren, dass die Krankheit die Ehebeziehung verbessert hatte; nur 4% der Paare schätzten die Krankheit für ihre Eheent-



wicklung als negativ ein. Bei denjenigen Paaren, bei denen bei Krankheitsausbruch ein guter Kontakt zwischen den Partnern bestand, führte die gemeinsam durchlittene Krankheit zu einer weiteren wertvollen Intensivierung der Beziehung.

Meiner Meinung nach sollten wir in Zukunft die Krankheit weniger als ein individuelles denn als ein systemisches Problem verstehen. Es ist ein familiäres System, das Leiden trägt, das mitleidet. Daher sollten die psychosozialen Unterstützungsangebote in Zukunft eine stärker systemische Perspektive erhalten als bisher. Prof. Bodenmann beschreibt das dyadische Coping bei Paaren als einen gemeinsamen Prozess. Krankheitsverarbeitung kann so als das gemeinsame Resultat von zwei oder mehr Menschen verstanden werden. Wir sollten das Mitleiden von Angehörigen stärker beachten. So zeigten unsere Untersuchungen bei ambulanten Krebspatienten, dass die Angehörigen unter stärkeren Angstsymptomen als die betroffenen Patienten litten.

## Leiden und Hirnwellen

Das Hirn kann als ein Schwingungsorgan verstanden werden, über welches sich unterschiedliche Wellen in unterschiedlicher Frequenz Tag und Nacht in harmonischer Weise über das ganze Hirn ausbreiten. Seit etwa zehn Jahren wissen wir, dass sich Krankheitsbilder wie Depression, Parkinson, Zwang und Schmerz durch eine Störung dieser Hirnwellenausbreitung auszeichnen. An der Hirnoberfläche können wir jeweils im spezifischen Störungsgebiet eine erhöhte Schwingungsfrequenz erfassen, am Rande davon verlangsamte Schwingungen.

Mittels dieses Modells haben wir versucht, den Leidensdruck von Patienten mit Tinnitus zu erfassen. 50 Patienten wurden sehr gründlich mit verschiedensten psychometrischen Instrumenten untersucht. Dabei konnten mittels mathematischer Verfahren zwei zentrale Faktoren gefunden werden: einerseits der Leidensdruck, erfasst durch Fragen zur Beeinträchtigung im Alltag und mit

PRISM, andererseits die subjektive Lautstärke des Tinnitus. Es ist bemerkenswert, dass diese beiden Faktoren vollständig unabhängig voneinander sind – die subjektive Lautstärke des Tinnitus steht in keinem Zusammenhang zum erlebten Leidensdruck. Die Untersuchungen konnten diese beiden Faktoren nun auch als Hirnaktivitäten lokalisieren: Die angegebene Lautstärke korrelierte mit Veränderungen der Frequenzen im Bereich der Hörrinde; das Ausmaß des Leidensdruckes bildete sich als Veränderung der Schwingungen in der frontalen Hirnrinde ab. Diese ist u. a. für allgemeine Bewertungsprozesse zuständig. Das bedeutet, dass das Leiden der Patienten stärker durch die individuelle Bewertung des Tinnitus, weniger aber durch die Lautstärke des Tinnitus selbst bedingt ist.

Lassen Sie mich zum Schluss kommen: Es sind unsere Einstellungen im Umgang mit Problemen und Krankheiten, die über das Maß des Leidens entscheiden. Das Verhalten in Bezug zur chronischen Krankheit kann uns viel über den Umgang mit dem Unerwünschten und Unvermeidlichem in unserem Leben lehren. Der Kampf gegen nicht veränderbare Situationen kann uns verbittern, die Akzeptanz des Problems jedoch weiterführen. Akzeptanz verstanden als aktive Resignation meint nun gerade nicht passives Aushalten, sondern ein aktives Ringen um das richtige Leben, dies im Bewusstsein, dass sich das Unerwünschte nicht auflösen lässt. Akzeptanz beinhaltet die Bereitschaft, sich dem Unangenehmen zu stellen und gleichzeitig offen für das Leben zu sein. Diese Haltung kann uns zu einem Glück führen, welches Erasmus von Rotterdam in folgender Weise beschrieben hat:

»Der Kern des Glücks – der sein zu wollen, der du bist.«