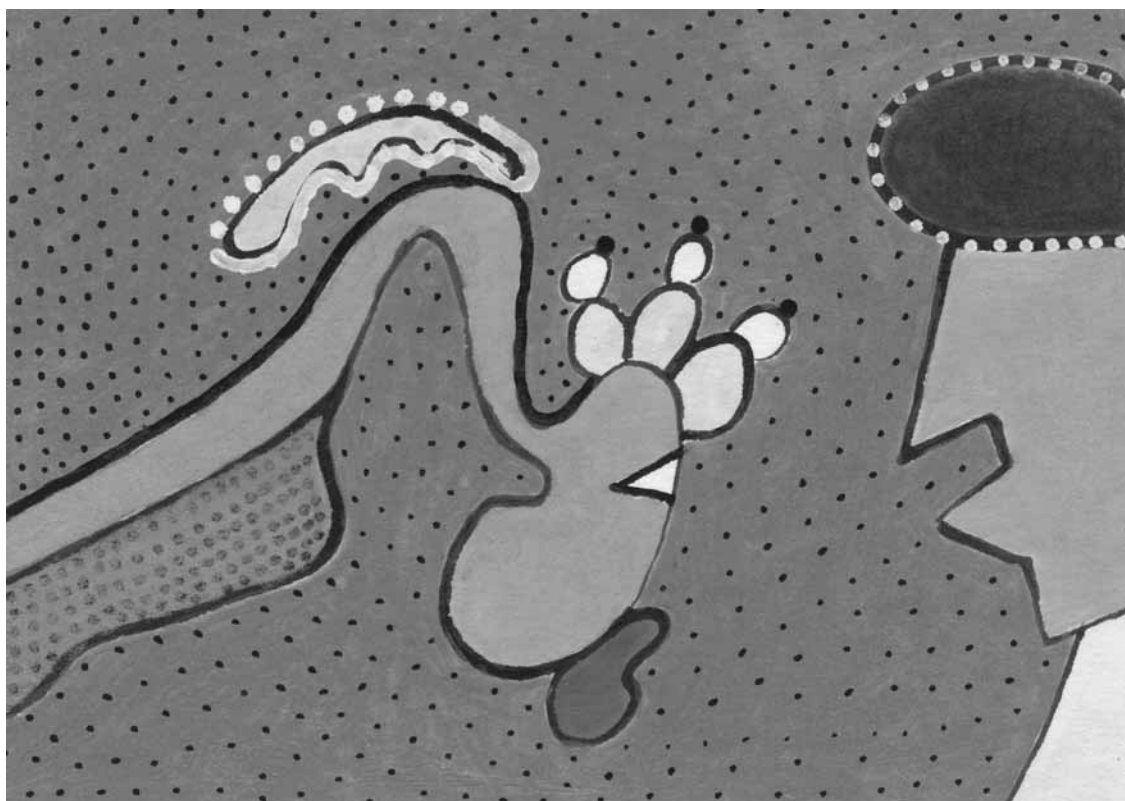


Von StudentInnen



Doris Kleinz

Salutogenese und chronische Krankheit:

Was tun, wenn man nichts tun kann?

KATHARINA HESSE

Einleitung

Das von Antonovsky entwickelte Modell der Salutogenese (salus (lat.) = Glück, Unverletztheit, Wohlbefinden; Genese (griech.) = Entstehung, Ursprung) befasst sich mit der Fragestellung: „Warum bleiben Menschen – trotz vieler potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund? Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden?“ (Bengel, 2001, S. 24; zit. n. Tameling, 2004, S. 43). Der salutogenetische Ansatz befasst sich also mit Gesundheitsentstehung und -erhaltung. Was aber, wenn dies nicht mehr der Fall ist? Wenn der Mensch bereits erkrankt ist und keine Chance auf Rekonvaleszenz besteht? Was, wenn das weitere Leben durch eine chronische Erkrankung bestimmt wird?

Der jährlichen Prävalenzrate des Bundesgesundheits surveys 1998 zufolge leiden 39 % der Männern und 57 % der Frauen zwischen 18 und 79 Jahren an zwei chronische Erkrankungen (Beyer et al. 2007). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen geht sogar davon aus, dass gut zwei Drittel der über 65-Jährigen an mindestens zwei chronische Erkrankungen leiden. Welche Möglichkeiten der Hilfe für diese Menschen trotz allem entsprechend des salutogenetischen Ansatzes bestehen, soll in dieser Arbeit anhand eines Patientenbeispiels erläutert werden.

Chronische Krankheit

Was die Definition chronischer Krankheiten angeht, so muss es sich dabei laut Badura „entweder um das Ergebnis eines länger andauernden Prozesses degenerativer Veränderungen somatischer oder psychischer Zustände handeln oder dauernde somatische und psychische Schäden oder Behinderungen müssen die Folge sein“ (Badura, 1982, S. 7; zit. n. Löhr, 2007, S. 6). Darüber hinaus kann Chronizität das Ergebnis eines Etikettierungsprozesses bzw. einer professionellen Zuschreibung („Diagnose“) sein, ebenso wie eine Behandlungsfolge z. B. in Form von Medikamentennebenwirkung (iatrogene Chronifizierung) oder das sekundäre psychische bzw. organische Ergebnis chronischer sozialer Benachteiligungen wie Armut oder Wohnungslosigkeit.

Es zeigt sich, dass es eine Vielzahl verschiedener Definitionsmöglichkeiten gibt und doch haben nahezu alle gemein, dass es sich um eine *langfristige* und *irreparable* Belastung handeln muss, die mit verschiedenen *Einschränkungen* und *Abhängigkeiten* (Medikamente, Maschinen,...) verbunden ist (Sigl & Offenbächer, 2010). Trotz allem sollte die Diagnose einer chronischen Erkrankung nicht als Legitimation für Nichtstun verstanden werden. Vielmehr gilt es, das Handicap bzw. die Erkrankung anzunehmen, ohne jedoch weitere Entwicklungsmöglichkeiten auszuschließen, denn auch chronisch Kranke befinden sich weiterhin in einem Prozess des Werdens und Entstehens von Neuem, welchem sie sich nicht

Zeittafel

1884 1888	Geburt des Großvaters väterlicherseits in Ostpreußen, Großbauer, katholisch Geburt der Großmutter väterlicherseits in Ostpreußen, katholisch
1894	Geburt des Großvaters mütterlicherseits in Nordrhein-Westfalen, selbstständiger Kunstschlossermeister, katholisch Geburt der Großmutter mütterlicherseits in Nordrhein-Westfalen, katholisch
1928	Geburt des Vaters als viertes von fünf Kindern (drei Schwestern, ein Bruder, der mit 16 Jahren an Diphtherie stirbt) in Ostpreußen, Landwirtschaftslehre, nach Flucht Ausbildung zum Kupferschmiedemeister, katholisch
1932	Geburt der Mutter als Zwilling mit zwei älteren Brüdern (ältester Bruder im Krieg verschollen) und einem jüngeren Zwilling Bruder (stirbt kurz nach der Geburt) in einer Nordthüringer Stadt, Kaufmännische Angestellte, später als ungelernete Sprechstundenhilfe tätig, katholisch
1945	Flucht der väterlichen Familie über das Haff, Ansiedlung in einer Stadt in Nordthüringen
1949	Tod der Großmutter väterlicherseits, Schwindsucht
1955	standesamtliche Trauung der Eltern
1956	Kirchliche Trauung der Eltern, Umzug in gemeinsame Wohnung
1957	Geburt von Frau März in einer Nordthüringer Stadt, katholisch
1958	Geburt des Bruders, Autoschlosser, Maschinenbauingenieur, katholisch
1959	Geburt des Bruders, Maschinenbauingenieur, katholisch
1961	Umsiedlung von zwei Tanten väterlicherseits in die BRD
	Tod des Großvaters mütterlicherseits, Herzinfarkt
	Geburt der Schwester, Krankenschwester, später Umschulung zur Physiotherapeutin, katholisch
1964	Einschulung in die Polytechnische Oberschule ihrer Heimatstadt
1972	nach Ablehnung der Aufnahme in die Erweiterte Oberschule (Grund: Religionszugehörigkeit) und mehreren Eingaben Besuch der Vorbereitungsklasse
1974	Besuch der Erweiterten Oberschule
1976	Abitur, Beginn eines Pädagogikstudiums (Englisch/Russisch)
	Tod des Großvaters väterlicherseits
1978	schwerer Autounfall von Vater und jüngeren Bruder
1980	Anstellung als Lehrerin an einer Polytechnischen Oberschule in ihrer Heimatstadt
1980- 1983	Eltern von Frau März bauen Eigenheim, Großteil der Arbeiten in Eigenanteil der gesamten Familie
1982	Tod der Großmutter mütterlicherseits nach langjähriger Alzheimererkrankung
1983	Unfalltod der an Frau März´ Heimatort wohnhaften Tante väterlicherseits
1986	schwerer Verbrennungsunfall des älteren Bruders
	Standesamtliche & kirchliche Trauung Herr März wurde 1954 als jüngstes von fünf Kindern in einer Nordwestthüringer Kleinstadt geboren, 3. bis 10. Klasse: Ausbildung bei den Dresdener Kapellknaben, Werkzeugmacherlehre im Heimatort (nebenbei Abitur auf der Abendschule, zuvor aufgrund der Religionszugehörigkeit nicht möglich), Studium zum Maschinenbauingenieur, Anstellung im Motorenwerk in Frau März´ Heimatort, katholisch, Schwiegervater bereits 1979 an Lungenkrebs verstorben
1987	Geburt der ältesten Tochter, Umzug in gemeinsame Neubauwohnung in Frau März´ Heimatort
1988	Geburt der zweiten Tochter
1989	Inhaftierung der Brüder nach missglücktem Fluchtversuch, spätere Amnestie

entziehen können (Sigl & Offenbacher, 2010). So kann die durch die Chronizität verursachte Stagnation auf einer Ebene zur Ausbildung neuer Kompetenzen auf einer anderen Ebene führen.

Welche Möglichkeiten sich den Betroffenen trotz allem bieten, soll im Folgenden anhand des Fallbeispiels von Frau März gezeigt werden. Sie erschien mir als sehr eindrückliches Beispiel für einen zuversichtlichen Umgang mit einer chronischen Erkrankung und stand mir dankenswerterweise für mehrere Interviews zur Verfügung.

Fallbeispiel

Frau März ist 54 Jahre alt und arbeitet als Lehrerin in einer Realschule. Sie ist verheiratet und lebt mit ihrem Mann und den drei gemeinsamen Töchtern im Eigenheim in einer Kleinstadt im Nordwesten Thüringens. Mittlerweile wohnen im Haushalt auch der Verlobte ihrer mittleren Tochter sowie deren gemeinsame Tochter – Frau März' erste Enkelin.

Ende 2005 erkrankte Frau März an akuter myeloischer Leukämie. Sie lag etwa ein halbes Jahr in der Göttinger Universitätsklinik, wo sie Ende März 2006 eine Stammzelltransplantation erhielt. In Folge der Transplantation kam es zu einer chronischen Graft-versus-Host-Disease (GvHD). Um die mit der Zeit immer stärker werdenden Symptome der GvHD der Haut und des Bindegewebes zu lindern, erhält Frau März regelmäßig Extrakorporale Photophoresen (ECP). So soll einer weiteren Verdickung des Bindegewebes vor allem an den Fußgelenken und Unterschenkeln sowie den Handgelenken entgegengewirkt werden. Diese Gewebe- und Hautveränderungen sind mit einer merklichen Bewegungseinschränkung und Schmerzen verbunden, so dass es den behandelnden Ärzten bisher kaum möglich war, die Immunsuppression und Schmerzmedikation herabzusetzen.

Interpretation

- Familie März ist fest im katholischen Glauben verankert. Eine Tatsache, die sowohl für Frau März als auch für ihre Geschwister und ihren Ehemann schulische und berufliche Nachteile mit sich brachte. Aufgrund ihrer Religionszugehörigkeit erlebten sie Zugehörigkeit und Nicht-Zugehörigkeit und lernten, dass man im Bezug auf kulturelle Werte wählen kann und muss.
- In der Familie wurden verschiedene Ausgrenzungserfahrungen gemacht und verarbeitet (Vertreibung, Inhaftierung nach missglücktem Fluchtversuch, Arbeitslosigkeit). Trotz der damit verknüpften erlittenen Ohnmacht setzten sie sich, wenn auch nicht immer erfolgreich, zur Wehr (Flucht, Klage auf WiederEinstellung).
- Religiosität scheint bei der Krisenbewältigung eine wichtige Rolle zu spielen (Fernstudium der Religionspädagogik in Zeiten der Arbeitslosigkeit).
- Es liegen viele schwerwiegende chronische Erkrankungen im Umfeld vor, ebenso wie zahlreiche Unfälle der männlichen Familienangehörigen (Vater, Brüder, Schwager).

- Sowohl zwischen den Berufen der männlichen Familienmitglieder als auch zwischen denen der weiblichen liegt eine Passung vor (Schlosser – Kunstschlosser – Kunstschmiedemeister – Maschinenbauingenieur; Lehrerin – Zahnärztin – Psychologin – Ergotherapeutin).
- Sehr deutlich wird der familiäre Zusammenhalt der Familie (gemeinsamer Eigenheimbau, sofortige Bereitschaft zur Stammzellspende aller Geschwister), auf den Frau März im Interview auch immer wieder zurückkommt. Dabei handelt es sich nicht ausschließlich um die Kernfamilie (Mann und Kinder), sondern auch um Frau und Herrn März' Geschwister, zu denen ein intensiver Kontakt besteht.

Bei den im Folgenden behandelten Aspekten orientiere ich mich an dem von mir im Rahmen des Seminars „Salutogenese und ärztliche Praxis“ gehaltenen Referat zum Thema „Salutogenese und chronische Krankheit“. Wichtigste Quelle dabei war das im letzten Jahr von Sigl und Offenbacher veröffentlichte Buch „Salutogenese – Gesundbleiben trotz chronischer Krankheit“.

Humor

Wenn der Ernst verloren geht, geht gar nichts verloren – ja, man wird gesünder und heiterer.

Doch wenn das Lachen verloren geht, ist alles verloren.

Plötzlich verliert ihr die Festlichkeit eures Daseins, werdet ihr farblos, eintönig, in gewisser Weise tot.

– Osho –

Der Begriff Humor stammt aus dem lateinischen und bedeutet so viel wie Feuchtigkeit, Flüssigkeit oder Saft. In der heutigen Gesellschaft gilt Humor „zunächst als universelles Phänomen und als ein Bestandteil unseres Lebens. Er ist eine wesentliche Voraussetzung für Wohlbefinden und Glück und lässt uns das Leben durch seinen Einsatz positiver gestalten“ (Langemann, 2005, S. 6). Wäre es also denkbar, dass entsprechend dieser Definition auch chronisch kranke Patienten ihr Wohlbefinden und Lebensgefühl mittels Humor positiv beeinflussen können? Altbekannte Sprichworte wie „Humor ist, wenn man trotzdem lacht“ (Otto Julius Bierbaum) oder „Lachen ist die beste Medizin“ legen diese Vermutung nahe. Doch was sagen Forschung und Betroffene?

In der Forschung etablierte sich in den 1960er Jahren eine eigene Wissenschaft, die sich mit den physiologischen und psychologischen Auswirkungen des Lachens befasst. In Anlehnung an den griechischen Begriff „gelos“, der so viel wie Lachen oder Gelächter bedeutet, wird dieser Forschungszweig als Gelotologie bezeichnet (Rösner, 2007). Innerhalb der letzten Forschungsjahrzehnte konnte diese Wissenschaft anhand zahlreicher Studien zeigen, dass während des Lachens körpereigene „Drogen“ (Endorphine, Katecholamine) ausgeschüttet werden, die das Schmerzempfinden reduzieren und die Selbstheilungskräfte des Körpers steigern. Darüber hinaus zeigte sich, dass Lachen das Immunsystem stärkt und die Ausschüttung der Stresshormone Cortisol und Adrenalin senkt. Außerdem führt es zur Entspannung, Lockerung

1989–1994	Arbeitslosigkeit von Frau März (ohne Einkommen), Klage auf Wiedereinstellung in den Schuldienst nach Elternzeit und Wiedervereinigung
1991–1992	Umbau des Elternhauses von Herrn März
1991–1994	Arbeitslosigkeit von Herrn März
	Fernstudium der Religionspädagogik
1992	Geburt der jüngsten Tochter
	Tod der Schwiegermutter
	Umzug der Familie in Herrn März' Elternhaus
1994	Anstellung von Frau März als Lehrerin an einer Regelschule am Wohnort
	Anstellung von Herrn März als Maschinenbauingenieur in einem Betrieb in Niedersachsen
1995	Kündigung von Herrn März nach Förderjahr, Anstellung als Maschinenbauingenieur in einem Betrieb der Region
1996	wiederholte Diagnose: Eisenmangel
2000	Vater erkrankt an Parkinson
2005	Zahnfleischwucherungen, die nicht als Leukämie-Symptome erkannt und daher ambulant entfernt werden
	Diagnose: Akute myeloische Leukämie, stationäre Aufnahme in das Universitätsklinikum Göttingen
2005–2006	Mehrfache Chemotherapien, Norovirus, Lungenentzündung u.a. Komplikationen
2006	Entfernung von Gebärmutter und Eierstöcken nach weiteren Komplikationen
	Stammzelltransplantation (Stammzellen von einem Bruder, Merkmale beider Brüder passen)
	Frau März muss mehrere Wochen künstlich ernährt werden
	akute Graft-versus-Host-Disease (GvHD), intestinal und kutan
	Entlassung (5/2006)
	Abitur und Beginn eines Psychologiestudiums der ältesten Tochter
	GvHD, hepatitisch
2007	GvHD, kutan und hepatitisch
	Abitur und Beginn eines Freiwilligen Sozialen Jahres (FSJ) der mittleren Tochter
	gleitender Wiedereinstieg von Frau März in den Lehrerberuf
	erste fundierte Symptome einer Alzheimererkrankung bei der Mutter von Frau März
	Erkrankung des Vaters am Hodgkin-Lymphom
2008	Chronische GvHD
	Tod des Vaters
	Einzug des Verlobten der mittleren Tochter in den gemeinsamen Haushalt
2008–2009	Extrakorporale Photopheresen (ECP), stationär, 2-tägig, in 4-wöchigen Abständen
2009	Rückbildung der GvHD
	Umzug der Mutter ins Pflegeheim nachdem Betreuung durch die Brüder und Schwägerinnen im gemeinsamen Haus nicht mehr möglich ist
	Geburt der ersten Enkelin von Frau März (Tochter ihrer mittleren Tochter)
	Tod der Mutter nach schnell vorangeschrittener Alzheimererkrankung
	Epo-Substitution bei Anämie
	Unfalltod des Schwagers (ältester Bruder von Herrn März)
2010	Progredienz der GvHD
	Wiederaufnahme der ECP (stationär, 2-tägig, in 4-wöchigen Abständen)
	mittlere Tochter beginnt eine Ausbildung zur Ergotherapeutin
2011	Abitur der jüngsten Tochter und anschließendes Au-pair-Jahr in London
Seit 2011	ECP (stationär, 2-tägig, in 8-wöchigen Abständen)

der Muskulatur, Förderung der Verdauung und Abmilderung der Angst.

Inzwischen gibt es weltweit zahlreiche Lachclubs, in denen das Lachen ohne Anlass – also das willentlich herbeigeführte Lachen – geübt wird, da auch dies die oben angeführten Wirkungen vorweist. Ähnlich verhält es sich mit dem Lachjoga (Hasya-Yoga), das den Mitarbeitern einiger indischer Betriebe sogar von ihrer Geschäftsleitung empfohlen wird (Müller, 2008). Im Klinikalltag setzt man vor allem bei der Arbeit mit jungen Patienten auf Klinikclowns, die Angst und Schmerzen der Kinder reduzieren und ihre Selbstheilungskräfte stärken sollen.

Gefragt nach ihren Erfahrungen mit Humor und Lachen im Krankheitsverlauf berichtet Frau März, dass es ihr gerade in der Klinik oftmals schwer gefallen ist zu lachen. Umso schöner war es, wenn Familie und Freunde mit kleinen Aufmerksamkeiten vorbei kamen wie z.B. dem selbst gebastelten Mobile ihrer jüngsten Tochter, das beim Ansehen immer wieder ein Lächeln in ihr hervorrief. Wie ansteckend eine fröhliche Umgebung und wie hilfreich das Lachen ist, bemerkte Frau März aber vor allem wieder zu Hause bei ihrer Familie. Obwohl sie anfangs noch in den „100 gefährlichen Tagen“ nach der Stammzelltransplantation steckte, in denen das Immunsystem eigentlich nur unzureichend funktioniert, war sie wesentlich weniger krank als während ihrer Zeit im eigentlich sterileren Krankenhaus. Frau März gibt an, dass sie gerne heitere Literatur liest, Komödien sieht und vor allem sehr gerne und häufig etwas mit Familie und Freunden unternimmt. Gerade seit ihre erste Enkelin den Haushalt „aufmischt“ und „immer alle köstlich amüsiert“, fühlt sie sich trotz der teilweise auch sehr anstrengenden Situation sehr wohl. Wenn sie so darüber nachdenkt, dann merke sie eigentlich schon, wie gut ihr die Fröhlichkeit und das Lachen tun, meint Frau März, dass sie so auch die Strapazen der monatlichen ECP-Behandlung im Krankenhaus optimistisch angehen kann.

Stille

*Denn der Raum des Geistes,
dort wo er seine Flügel öffnen kann,
das ist die Stille.*

– Antoine de Saint-Exupéry –

Stille ist ein Aspekt, der in der Hektik des Alltags oftmals zu kurz kommt. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Meditation. Sie beinhaltet neben innerer Ruhe bzw. Stille vor allem Achtsamkeit und ein klares Bewusstsein dessen, was ist. Dass mittels der durch Meditation gewonnenen Stille Krankheit und Schmerz effektiv gelindert werden können, belegen viele Studien. So zeigten chronisch kranke Schmerzpatienten nicht nur weniger Beschwerden sondern wurden auch aktiver und litten seltener unter Ängsten. Auch bei Krebs- und Aidspatienten reduzierte Meditation die Symptome und linderte die Nebenwirkungen der Chemotherapie. Ferner konnten 75 % der Patienten mit Einschlafstörungen geheilt werden, so dass sie wieder vollkommen nor-

mal schlafen konnten. Es gibt zahlreiche weitere Studien, die die positiven Auswirkungen von Stille und Meditation auf Schmerz, Schlaf, Bluthochdruck, Ängste, Herzprobleme und viele andere Leiden belegen (Büssing & Kohls, 2011).

Als wichtigster Aspekt der stillen Konzentration auf den eigenen Körper bzw. der Meditation gilt dabei, dass die Patienten lernen, die Einstellung zum Schmerz zu ändern. Sie lernen, ihre Krankheit und die Schmerzen zu akzeptieren, wodurch in den meisten Fällen eine deutliche Schmerzlinderung erreicht werden kann. Außerdem konnte gezeigt werden, dass meditierende Patienten weniger Medikamente benötigen und sich subjektiv besser fühlen (Sigl & Offenbächer, 2010).

Mit der Stille tut sich Frau März laut eigenen Angaben etwas schwer. Um sie herum ist eigentlich immer etwas los. „So ist das nun einmal in einer Großfamilie!“ Allerdings müsse sie zugeben, dass sie sich von Zeit zu Zeit schon nach Stille sehne und auch merke, dass es einfach einmal gut tut, wenn alle unterwegs sind und sie ungestört und in Ruhe ihren Beschäftigungen nachgehen oder sich einfach einmal ganz in Ruhe zurückziehen könne. Oftmals bemerke sie erst in solchen Momenten, was ihr ihr Körper sagen will und dass sie sich vielleicht mal wieder etwas zu viel zugemutet hat. „In der Hektik des Tages gehen manchmal Dinge unter, auf die ich mehr achten sollte.“ Sie meint, dass sie um dieses Problem wisse und – nicht zuletzt auch aufgrund der Hinweise ihres Mannes sowie ihrer Kinder und Geschwister – bemüht sei, sich „weiter zu bessern“. „Meine Familie achtet teilweise mehr als ich darauf, dass ich nach einem anstrengenden Tag auch einmal zur Ruhe komme.“

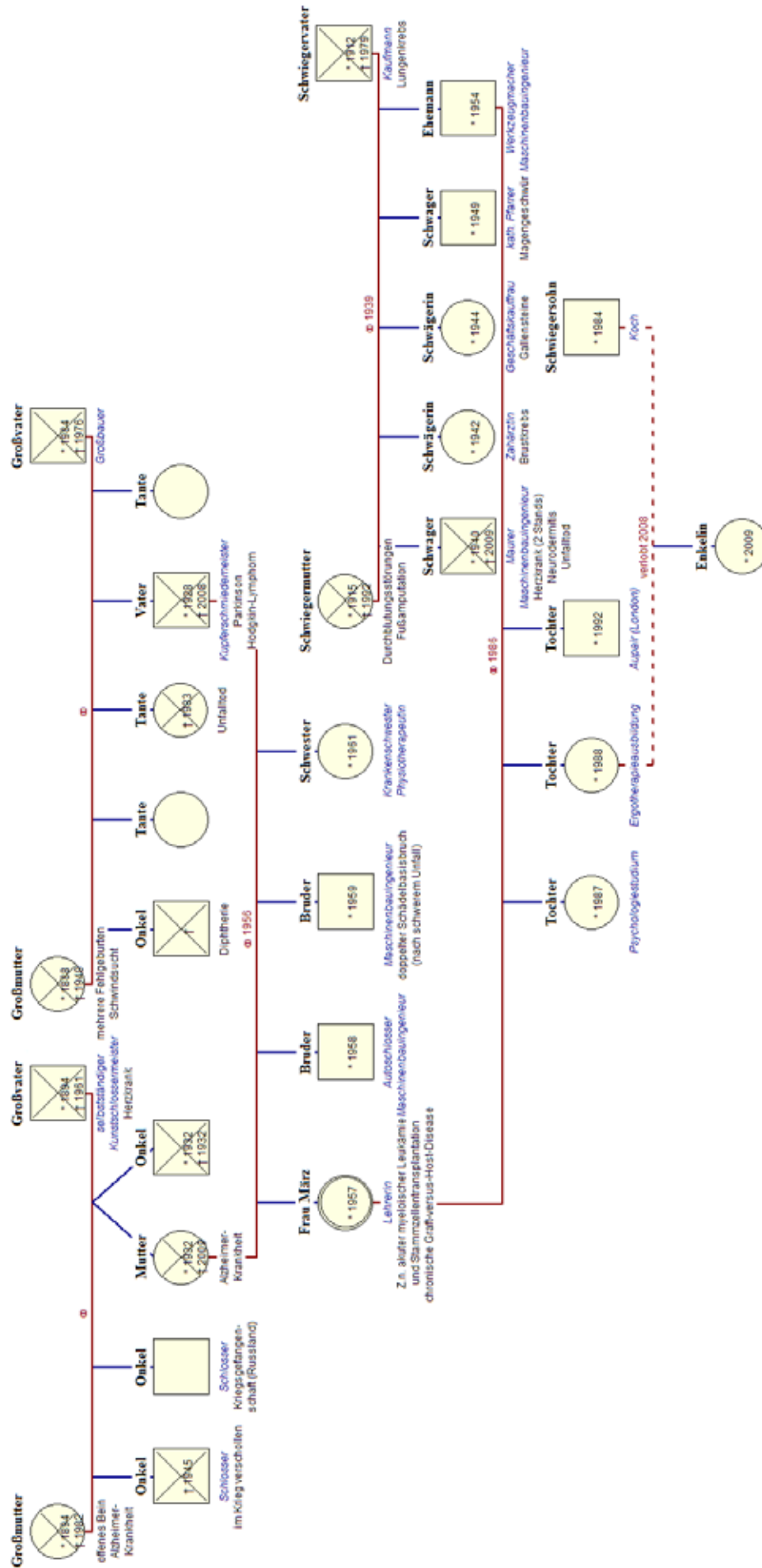
Vertrauen

*Vertraue nur dir selbst, wenn andere an dir zweifeln,
aber nimm ihnen ihre Zweifel nicht übel.*

– Joseph Rudyard Kipling –

Urvertrauen entsteht bereits im Säuglingsalter. Es wird innerhalb eines Lernprozesses erworben, in dem bereits das Baby erkennt, dass es sich auf seine Bezugsperson verlassen kann, dass diese für es sorgt. Darüber hinaus lernt das Kind, dass es wertvoll ist, und so ist das von klein auf erlebt Urvertrauen auch der Grundstein der Selbstvertrauensentwicklung (Wolf, 2011).

Vertrauende Menschen gehen davon aus, dass sie Ideen, Begabungen, Kenntnisse und Erfahrungen besitzen, die ihnen helfen und sie vorantreiben. Ob sie die entsprechenden Fähigkeiten schon entdeckt haben, spielt dabei eine untergeordnete Rolle. Dementsprechend beinhaltet Vertrauen also das Bewusstsein, dass den Menschen genau das „zur Verfügung steht, was sie brauchen, um voranzukommen, und dass es darum geht, diese Ressourcen zu entdecken und zu nutzen. Vertrauen heißt, dass sie sich öffnen für das, was in ihnen angelegt ist“ (Tobler, 2009, S. 119). Patienten, die vertrauen, wissen, dass es Lösungen, Möglichkeiten und Wege gibt, um vorwärts zu kommen und sich selbst gesetzte Ziele zu erreichen. Sie öffnen sich auch für überraschende



Genogramm

und ungewöhnliche Ideen, um ihrem Leben eine positive Wendung zu geben. In dem Wissen, auf sich selbst vertrauen zu können und selber Verantwortung für sich übernehmen zu müssen, gehen sie entschlossen und oftmals mit bewundernswertem Mut ihren Weg (Tobler, 2009).

Die Gründe und Anlässe zu vertrauen sind vermutlich so vielfältig, wie die Menschen selbst. Und auch wenn man sie nicht wirklich identifizieren kann, so zeigt sich, dass Vertrauen auch „ansteckend“ sein kann. Gehen Patienten konstruktiv mit einer (tödlichen) Krankheit um, so „wird dies ihr Umfeld beeinflussen und weiterwirken. Menschen, die erlebt haben, wie sie mit der Krankheit umgegangen sind, werden anders mit ihrem eigenen Leben umgehen“ (Tobler, 2009, S. 126).

Vertrauen ist aber auch immer an die Bereitschaft gebunden, genau hinzusehen. Verzerrte Bilder oder gar „Kopf in den Sand stecken“ lassen Vertrauen nicht wachsen, sondern schwächen es. Wunschdenken, etwa wenn der Kinderwunsch nicht in Erfüllung gehen kann, hat ebenso wenig mit Vertrauen zu tun, wie passives Abwarten und die Hände in den Schoß legen. Vertrauen „ist verbunden damit, die Ärmel aufzukrempeln und das jetzt Mögliche zu tun. Vertrauen ist nicht Ersatz für mangelnde Selbstverantwortung und Aktivität. (...) Vertrauen ist gebunden an die Entschlossenheit und den Mut, Entscheidungen zu treffen und zu handeln. (...) Vertrauen bedeutet, mit dem Leben zusammenzuarbeiten“ (Tobler, 2009, S. 129 f.).

Dass Vertrauen nicht nur sprichwörtlich gut ist, zeigen zahlreiche Untersuchungen, entsprechend derer das Vertrauen in sich selbst, die eigene Person, den eigenen Körper und die eigenen Handlungen (Selbstvertrauen) positive, leistungsfördernde Auswirkungen hat (Thömmes, 2011).

Sie traue sich einiges zu, sagt Frau März und fügt hinzu: „manchmal vielleicht auch etwas zu viel.“ Ihre Eltern haben ihr immer gezeigt, dass sie ein Mensch mit vielen Fähigkeiten ist und sie ihr einiges zutrauen. Dieses ihr entgegengebrachte Vertrauen hat dazu geführt, dass sich auch Frau März vertraut. Ein Selbstvertrauen, das sie auch an ihre Kinder weitergeben möchte. „Ich weiß, was ich kann. Ich weiß jedoch auch, wo meine Grenzen liegen. Vor allen Dingen aber weiß ich, dass ich trotz meiner gesundheitlichen Einschränkungen noch so einiges erreichen kann!“ Frau März vertraut ihrem Körper und merkt, dass sich dieses Vertrauen gut anfühlt.

Eigenverantwortung

Verantwortung:

Eine abnehmbare Last, die sich leicht Gott, dem Schicksal, dem Glück, dem Zufall oder dem Nächsten aufladen lässt. In den Tagen der Astrologie war es üblich, sie einem Stern aufzubürden.

– Ambrose Bierce –

Natürlich ist es immer einfacher, die Verantwortung abzugeben. Und doch sollten gerade chronisch kranke Menschen dazu angeleitet bzw. darin unterstützt werden, vor allem für sich selber Verantwortung zu übernehmen und eigenverantwortlich zu handeln. Unter Eigenverantwortung wird in diesem Zusammenhang verstanden, dass der Patient „für seine Gesundheit mitverantwortlich ist und durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, der Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen und der aktiven Mitwirkung an der Krankenbehandlung das Risiko von Krankheit oder Behinderung vermindern soll“ (Kurzeia, 2005, S. 16). Das selbst bestimmte und verantwortungsbewusste Zielsetzen und -erreichen sollte also gerade bei chronisch Kranken eine entscheidende Rolle spielen.

Oftmals neigen Patienten jedoch dazu, den Kopf in den Sand stecken und sich der Krankheit zu „ergeben“. Die Krankheit nimmt dann den meisten Raum im Leben ein oder bestimmt dieses sogar komplett. Um dieser Gefahr entgegen zu wirken gilt es, das Verantwortungsbewusstsein der Betroffenen zu schärfen, so dass sie erkennen: „Das Leben geht weiter!“ Die Patienten müssen verstehen, welche Kräfte und Möglichkeiten in ihnen stecken und dass sie mittels regelmäßiger medizinischer Kontrolle, (leidensgerechter) sportlicher Betätigung, entsprechenden beruflichen Veränderungen,... selbst darüber entscheiden, wie ihr Leben weitergeht.

Frau März berichtet, dass sie schon ein Jahr nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wieder in ihren Beruf als Lehrerin eingegliedert werden wollte. Eine Entscheidung, die sie heute nicht mehr so vorschnell treffen würde. Mit zunehmender GvHD musste sie erkennen, dass sie sich mehr schonen und auf ihren Körper hören muss. Aus diesem Grund hat sie die Zahl ihrer Arbeitsstunden vor einem guten Jahr herabstufen lassen. „Meine Gesundheit ist mir und auch meiner Familie einfach wesentlich wichtiger als das Geld. Gesundheit kann man nicht kaufen!“ Außerdem geht sie einmal in der Woche zur Sportgruppe, um auch auf diese Weise der ihrer bereits zuvor erwähnten Hautveränderung geschuldeten zunehmenden Einschränkung ihrer Beweglichkeit entgegenzuwirken. Auch die Photopheresen und Arzttermine sowie Physiotherapiebehandlungen nimmt sie regelmäßig wahr. Frau März sagt, sie wisse inzwischen recht gut, was sie sich „zumuten kann und was nicht“, auch wenn ihre Familie sie „ab und zu noch zurückerpfeifen“ müsse. „Ich habe gelernt, mich mit der Krankheit zu arrangieren ohne ihr zu viel Platz in meinem Leben einzuräumen.“

Religiosität / Spiritualität

*Gott gebe mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann,
den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann,
und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.*

– Reinhold Niebuhr –

Die Frage, die sich chronisch Kranke wohl am häufigsten stellen, ist die Frage nach dem Warum. Eine Frage, die ihnen niemand wirklich zufrieden stellend beantworten kann. Auf der Suche nach einer Antwort stoßen viele Betroffene auch auf Religiosität und Spiritualität. Beide Begriffe werden oftmals synonym verwendet, wobei sich die Deutschen eher als religiös als als spirituell bezeichnen. Hinter dem Begriff Religion verbirgt sich „sowohl ein persönliches Deutungs- und Wertesystem inklusive damit verbundener religiöser Aktivitäten ... als auch ein soziales Gebilde“ (Klein et al., 2010, S. 27). Der Begriff Spiritualität ist weiter gefasst und geht über den religiösen Bereich hinaus, da er frei von jedweder Religionszugehörigkeit ist. Vielmehr handelt es sich bei Spiritualität um die „Bewusstheit für eine geistige, geistliche oder existenzielle Dimension des menschlichen Lebens und eine darauf ausgerichtete Lebenspraxis“ (Klein et al., 2010, S. 36).

Gerade chronisch Kranke sind auf der Suche nach der Bedeutung und dem Sinn des Lebens, nach Zugehörigkeit, Unterstützung des Selbstwertgefühls und emotionalem Trost sowie Hoffnung. Die Patienten befinden sich in einer Art „Not- und Mangelzeit“, in der ein universales, sinnvoll-schöpferisch tätiges Prinzip und das unmittelbare, intensive Erleben von Verbundenheit mit diesem (transpersonales Vertrauen) eine unglaublich wichtige Ressource darstellen kann. In der Religiosität bzw. Spiritualität finden zahlreiche Patienten diese Sinnhaftigkeit, die außerhalb von materiellen und weltlichen Dingen liegt (Sigl & Offenbächer, 2010). Für religiöse Menschen besitzen auch Krankheit und Leid einen Sinn – wie in der Passion Christi. Für Patienten mit dem festen Glauben, der Tod stellt eine Erlösung und den Übergang zum ewigen Leben dar, verliert dieses Ende der irdischen Existenz seine Bedrohlichkeit. Eine Erfahrung, die viele Ärzte und Schwestern, die Sterbende begleiten, täglich machen (Csef & Wyss, 1998).

Mit Blick auf chronisch kranke sowie auch Krebspatienten zeigt sich aber auch, dass sich die meisten gerade bezüglich dieser spirituellen Fragen und Bedürfnisse kaum oder gar nicht durch das medizinische System sowie die verschiedenen Religionsgemeinschaften unterstützt sehen. Da spirituelle Bedürfnisse und Lebensqualität jedoch signifikant korrelieren, tut sich hier ein sehr großer Schwachpunkt in der Betreuung und Unterstützung der Patienten auf (Klein et al., 2010).

Frau März sagt von sich selber, dass der Glaube in ihrem Leben eine sehr wichtige Rolle spielt. Gerade in schweren Zeiten war er ihr wichtigstes Standbein neben der Familie. Er gab Hoffnung und Zuversicht. „Ich hatte nie das Gefühl, dass die Diagnose für mich das Ende bedeutet und alles sinnlos ist. Mit der Kraft des Glaubens

braucht man nicht aufgeben, egal wie sich zum Schluss alles ergibt. Man bekommt die Kraft zum Kämpfen, zum Aushalten und bestimmt auch zum Loslassen.“

Beziehungen

*Beziehung ist der Spiegel,
in dem wir uns selbst so sehen,
wie wir sind.*

– Krishnamurti –

Jeder Mensch befindet sich in einem Geflecht aus Beziehungen. Familie, Freunde, Kollegen und viele andere Personen haben einen Einfluss auf die eigene Person. Dieser Tatsache versucht das systemische Denken Rechnung zu tragen, eine allgemeine Denkweise, „die Grundfragen menschlicher Existenz zu ihrem Gegenstand macht und unter Rückgriff auf aktuelle systemwissenschaftliche Erkenntnisse zu beantworten versucht“ (Ludewig, 2002, S. 16).

Zahlreiche empirische Studien zur Wirkung von sozialem Rückhalt auf die Gesundheit zeigen, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen beidem gibt. Die soziale Unterstützung stellt eine personale Ressource da, die sich positiv auf das physische und psychische Befinden der Patienten auswirkt (Eppel, 2007). So konnte innerhalb von sieben großen Studien mit je mehreren tausend Teilnehmern gezeigt werden, „dass enge Beziehungen ein Prädiktor für Gesundheit sind. Verglichen mit Menschen mit nur wenigen sozialen Bindungen ist die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Todes bei jenen Menschen geringer, die durch enge Beziehungen zu Freunden, Familie und Kollegen oder andere Netzwerke gestützt werden (Cohen, 1988; House et al. 1988; Nelson 1988). Leukämie- und Herzpatienten hatten auch deutlich höhere Überlebensraten, wenn sie verheiratet waren oder von der Familie oder von Freunden unterstützt wurden (Case et al. 1992; Colon et al. 1991; Williams et al. 1992; zit. n. Meyers, 2005, S. 690). Weitere Studien zeigten, dass verheiratete Menschen länger und gesünder leben als unverheiratete. Wobei bei diesem Effekt differenziert werden muss, denn während glückliche, unterstützende Ehen einen gesundheitsfördernden Einfluss haben, ist dies bei konfliktreichen Ehen nicht der Fall. Als entscheidender Grund für diese positiven Gesundheitseffekte des sozialen Rückhalts auf das Immunsystem sowie verschiedene andere physiologische und psychologische Befindlichkeiten sehen viele Studien das Glück innerhalb der Beziehung. „Die psychologische Forschung zur sozialen Integration hat wiederholt gezeigt, dass Verheiratete im Durchschnitt glücklicher sind als Ledige, Verwitwete und Geschiedene. Die Ehe (oder ein vergleichbares Zusammenleben) stellt einen Schutz gegen Depression und andere seelische Störungen dar. Dies scheint bis zu einem gewissen Grad auch zu gelten, wenn die Beziehung eher gespannt oder unbefriedigend verläuft (Eppel, 2007, S. 108).

Darüber hinaus konnte ein Zusammenhang zwischen der erwarteten Unterstützung und der seelischen Gesundheit gefunden werden. So zeigte eine mehr als 16.000 Personen umfassende

Metaanalyse unter anderem einen Zusammenhang von -0.30 zwischen Unterstützung und Depression. Die real erlebte soziale Unterstützung spielt hierbei eine eher untergeordnete Rolle (-0.14) (Schwarzer, 2000; zit. n. Eppel, 2007).

Eine sehr wichtige Komponente stellt auch das Mitteilen der eigenen Gedanken und Gefühle dar. Diese vor allem in engen Beziehungen auftretende Art der sozialen Unterstützung wurde von den Wissenschaftlern Pennebaker und O'Heeron (1984) untersucht. Sie fanden heraus, dass Partner von Selbstmördern oder tödlich verunglückten Autounfallopfern dann mehr gesundheitliche Probleme aufwiesen, wenn sie den Schmerz „in sich hineinfräßen“ bzw. alleine ertrugen. Sprachen die Partner hingegen offen aus, was sie belastete, ging es ihnen gesundheitlich deutlich besser. Als besonders problematisch erweist sich dieses Ergebnis gerade in Anbetracht der Tatsache, dass ältere Patienten immer mehr enge Menschen verlieren und damit auch immer mehr die Möglichkeit, entsprechende offene Gespräche zu führen (Myers, 2005). Es gilt also darauf zu achten, vor allem älteren Patienten auch weiterhin Menschen mit einem offenen Ohr zur Seite zu stellen, um auf sehr einfache Weise ihren Gesundheitszustand und die damit verbundene Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern.

„Meine Familie möchte ich um nichts in der Welt missen.“ Eine Aussage, die aus tiefstem Herzen kommt. Jeder, der sie kenne, wisse, dass ihr nichts über ihre Familie geht und wie wichtig bzw. hilfreich ihr diese in der schweren Zeit war und auch noch immer ist. „Man glaubt gar nicht, wie viel Kraft es einem gibt, wenn man weiß, dass zu Hause alles okay ist, wenn die Familie sich mindestens dreimal die Woche auf den Weg ins Krankenhaus macht, Freunde und Kollegen einen besuchen oder Schüler Karten schreiben und gestalten.“ Sicherlich könnten sie sich nicht in alles hineinversetzen, aber das verlange sie auch nicht. „Es tut einfach gut zu wissen, dass alle in der Familie füreinander da sind und viele an einen denken.“

Schlussfolgerung

Abschließend angesprochen auf den für sie wichtigsten Aspekt beim Umgang mit ihrer Krankheit hebt Frau März noch einmal die Rolle ihrer Familie hervor. Sie sieht hier auch eine Verbindung zu den anderen erwähnten Bereichen. So legt ihre Familie für sie einen wichtigen Grundstein für einen humorvollen, optimistischen und verantwortungsbewussten, aber dennoch gelassenen Umgang mit ihrer Erkrankung.

Nicht nur anhand dieses Patientenbeispiels, sondern auch mittels zahlreicher Studien konnte gezeigt werden: Das Leben geht weiter – auch mit einer chronischen Erkrankung. Wichtig für das weitere Leben ist nicht unbedingt die Schwere der Erkrankung, sondern viel mehr wie man mit ihr umgeht. Aus diesem Grund wäre es wünschenswert, die gesammelten Erkenntnisse in die Begleitung chronisch Kranker einzubeziehen, um auf diese Weise die Erhaltung der noch vorhandenen Gesundheit so gut wie möglich zu unterstützen und zu fördern. ■

Katharina Hesse, geb. 1987

Nach dem Abitur Beginn eines Psychologiestudiums an der Georg-August-Universität Göttingen. Bachelorabschluss im Jahre 2009. Zwischenzeitlich als Psychologin beim Teutloff Sozialwerk Wernigerode beschäftigt und seit August 2010 bei SALO Bildung und Beruf in Sangerhausen tätig. Ebenfalls seit 2010 weiterführendes Masterstudium der Psychologie an der Georg-August-Universität Göttingen.



Literatur:

Beyer, M., Otterbach, I., Erler, A., Muth, C., Gensichen, J. & Gerlach, F. M. (2007). Multimorbidität in der Allgemeinpraxis Teil I: Pragmatische Definition, Epidemiologie und Versorgungsprämissen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 83, 310-315

Büssing, A. & Kohls, N. (2011). *Spiritualität transdisziplinär – Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag

Csef, H. & Wyss, D. (Hrsg.) (1998). *Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit – Gedenkschrift zu Ehren von Dieter Wyss*. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann

Eppel, H. (2007). *Stress als Risiko und Chance – Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag

Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hrsg.) (2010). *Gesundheit - Religion - Spiritualität – Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim, München: Juventa Verlag

Kurzeia, R. (2005). *Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie? – Die Reformmodelle für das Krankenversicherungsrecht*. Norderstedt: GRIN Verlag

Langemann, D. (2005). *„Humor ist, wenn man trotzdem lacht!“ – Über Ausprägungen und Wirkungen von Humor in der Werbung*. Norderstedt: GRIN Verlag

Löhr, T. (2007). *Stellenwert von Bewegung und Sport bei chronischen Krankheiten älterer Menschen*. Norderstedt: GRIN Verlag

Ludewig, K. (2002). *Leitmotive systemischer Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta

Müller, G. (2008). *Natürlich glücklich und gesund – Vom Glück die Natur zu lieben*. Norderstedt: Books on Demand

Myers, D. G. (2005). *Psychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Rösner, M. (2007). *Humor trotz(t) Demenz – Humor in der Altenpflege*. Norderstedt: Books on Demand

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2009). *Sondergutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Sigl, C. & Offenbächer, M. (2010). *Salutogenese – Gesundbleiben trotz chronischer Krankheit: Was tun, wenn man nichts tun kann?*. München: Richard Pflaum Verlag

Tameling, R. (2004). *Das kognitiv-phänomenologische Konzept der Stressbewältigung von Richard S. Lazarus und das Gesundheitskonzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky – Vergleichende Analyse, Bewertung und Ableitungen für Forschung und Therapie*. Norderstedt: GRIN Verlag

Thömmes, F. (2011). *Fußball-Coaching – Die 100 Prinzipien: Handbuch für Trainer und Übungsleiter*. München: Stiebner Verlag

Tobler, S. (2009). *Neuanfänge – Veränderung wagen und gewinnen*. Stuttgart: Klett-Cotta

Wolf, G. (2011). *Zur Konstruktion des Erwachsenen – Grundlagen einer erwachsenenpädagogischen Lerntheorie*. Wiesbaden: VS Verlag