



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Kathrin Zittlau

Die Krankheits- bewältigung unter- stützen

Theorie und Praxis
des professionellen Umgangs
mit chronisch Kranken

Mit einem Geleitwort von Konrad Reschke

Dr. med. Kathrin Zittlau

Chefärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Celenus Klinik an der Salza GmbH
Kurpromenade 6–8
99947 Bad Langensalza
k.zittlau@rehaklinik-badlangensalza.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2019 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von ©iStock Photo/Peopleimages

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Barbara Buchter

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40022-9

Auch als E-Book erhältlich

Geleitwort

Als mir Frau Dr. Zittlau zum ersten Mal von ihrem Vorhaben, ein Buch aus der Praxis heraus zum Thema Krankheitsbewältigung zu verfassen, berichtete, war ich etwas skeptisch. Konnte dieses Vorhaben gelingen – aus der täglichen Routine ärztlichen Handelns in der Psychosomatischen Rehabilitation heraus entwickelt und ohne Forschungshintergrund? Doch ich gab meinem ersten Impuls nach und ermunterte die Autorin, ein Exposé zu entwickeln.

Und bereits dieser erste Entwurf des Buches, das Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, heute vorliegt, überzeugte mich. Es könnte eine grundlagen- und anwendungsorientierte Synopsis zu einem Thema werden, das einen großen Raum einnimmt im Angebot medizinischer Hilfen im Falle von Krankheit und speziell bei der Hilfe für Menschen, die sich in einem chronischen Krankheitsprozess befinden. Die Bedingungen, die körperlichen und psychischen Zustandsveränderungen, die Prozesse, die sich in der Verarbeitung von Krankheit manchmal linear und vorhersehbar, meist aber unvorhersehbar und diskontinuierlich-spontan ergeben, und die Schwierigkeiten ärztlicher Begleitung bei chronischer Krankheit (gleich welcher Art, ob körperliche oder psychische chronische Krankheit bzw. Störungen) sind ein Gebiet, welches bisher kaum monografisch bearbeitet worden ist. Frau Dr. Zittlau ist mit dem Werk zwar ein Wagnis eingegangen, aber es ist ein Buch entstanden, welches konsequent die Krankheitsbewältigung in den Mittelpunkt des Interesses rückt und welches für Theorie wie Praxis bedeutungsvolle Orientierungen zu geben vermag.

Als Erstes gebührt der Autorin Dank für die viele Freizeit, welche die Niederschrift ihrer praktischen Erfahrungen und die ergänzenden, systematisierenden theoretischen Grundlagen zum Krankheitsverarbeitungsprozess gekostet haben.

Zweitens geschieht eine Erarbeitung einer solchen Publikation nicht ohne Motiv, die Autorin hatte meines Erachtens mehrere: das Gebiet der Krankheitsverarbeitung zu ordnen, dieses umfassend zu beschreiben und es verständlich zu machen.

Ein weiteres Motiv bestand sicher auch darin, junge Kollegen für die Thematik zu sensibilisieren und ihnen mit dem eigenen umfangreichen Praxiswissen Hinweise zu geben, wie sich Probleme im Prozess der Krankheitsbewältigung entwickeln können, wie sie aber auch lösbar werden. Damit ist das Werk sowohl für die weitere Forschung von Interesse als auch für Aus- und Weiterbildung für psychosomatisch und rehabilitativ tätige Ärzte und Psychologen.

Es stellt außerdem eine sehr gute Synopsis der theoretischen und praktischen Probleme und Lösungsmöglichkeiten bei der Krankheitsbewältigung dar, wobei sowohl lernpsychologische als auch psychodynamische Faktoren und Ursachen diskutiert und beschrieben werden.

Und schließlich bietet das Buch eine große Fülle hilfreicher Techniken, praktischer Beispiele und Therapieprinzipien zur Verbesserung der Krankheitsver-

arbeitung in die therapeutische Arbeit. Dabei kann die therapeutische Arbeit sowohl in der Allgemeinmedizin, in der Rehabilitation als auch in speziellen Anwendungs- und Krankheitsbereichen erforderlich werden, wo Krankheitsverarbeitung thematisiert und unterstützt werden müsste.

Im gesamten Buch nimmt die Autorin eine Blickrichtung ein, welche die Strategien der Patienten akzeptierend beschreibt, aber versucht, diese ressourcenorientiert und konsequent in eine gesundheitsförderliche Richtung zu wenden.

Das Buch bietet viele eigene Praxiserfahrungen, Fallbeispiele und Hinweise zu diagnostischen Hilfsmitteln und skizziert weiterführend erlebte Behandlungsansätze. Es sind sehr verständlich geschriebene Kapitel entstanden, die die Wissenschaft und die Psychosomatik der Krankheitsverarbeitung verständlich und nachvollziehbar macht. Der weitgehende Verzicht auf das Zitieren modernster Forschungsarbeiten erscheint mir dabei nicht als ein Nachteil. Die überwiegend von der Autorin selbst erstellten Abbildungen und Grafiken sind für die Lektüre und das Verständnis sehr förderlich.

Das Buch kann psychosomatisch tätige Ärzte und Psychologen in ihrer die Krankheitsverarbeitung unterstützenden Alltagsarbeit mit grundlegendem theoretischem Wissen zu den Vorgängen der inneren Verarbeitungsmöglichkeiten krankheitsassoziiertes Erlebnisinhalte ihrer Patienten ausstatten. Für mich ist es auch ein Werk, mit dem die Autorin die psychosomatische Fortbildungslandschaft ergänzt. Es sind daher vielfältige Fortbildungsaktivitäten mithilfe dieses Werkes zu initiieren, durchzuführen und zu unterstützen. Meines Erachtens kann auch ein Patient sein Wissen zur Krankheitsverarbeitung erweitern und so einen Weg zu einer aufgeklärten Mitarbeit im Sinne von Selbstmanagement finden.

Die Autorin konnte aus der Praxis der konkreten Behandlungskonzepte in der psychosomatischen Rehabilitation (Psychosomatische Rehabilitationsklinik »Klinik am Hainberg« und »Celenus Klinik an der Salza«, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) ein Werk verfassen, welches meine anfängliche Skepsis hat verfliegen lassen.

Ein Dank an dieser Stelle an die Kliniken, die es erlaubten, so viel praktisches modernes Behandlungswissen zu generieren. Dank auch an alle, die an diesem Werk durch Diskussionen und sonstige Unterstützungen beteiligt waren.

Ich wünsche diesem Buch, dass es eine breite Leserschaft findet.

Leipzig, im Januar 2019

Prof. em. Dr. rer. nat. habil. Konrad Reschke

Dank

Schön, dass an dieser Stelle Platz ist, allen, die mich auf dem Weg zu diesem Buch unterstützt haben, meinen Dank auszusprechen:

Da wären meine Kollegen aus den Behandlungsteams der Psychosomatischen Reha-Kliniken »Klinik am Hainberg« und »Celenus Klinik an der Salza« sowie die behandelten Patienten selbst, ohne die es die beschriebenen Behandlungsverläufe gar nicht gegeben hätte. Besonderen Dank an meine Freundin Brit, die sich die Mühe gemacht hat, mein Manuskript gegenzulesen und die mich mit vielen freundlichen Rückmeldungen ermuntert hat, dranzubleiben.

Mein Dank geht weiter an die guten Lehrer (Ausbilder und Supervisoren), denen ich meine Kenntnisse in den verschiedenen Therapieverfahren verdanke, und allen, die mir immer wieder kreative Anstöße und Unterstützung zur fachlichen und persönlichen Weiterentwicklung gaben.

Vielen Dank Herr Prof. Reschke, zuerst für Ihre Skepsis, dann für die unterstützenden Impulse und für Ihr freundliches Geleitwort.

Vor allem aber möchte ich meiner Familie danken: An erster Stelle meinen Eltern, die jetzt leider selbst eine chronische Erkrankung meines Vaters handhaben müssen und das dank der Unterstützung durch verschiedene Ärzte und Therapeuten bemerkenswert miteinander zu meistern verstehen – und die trotzdem immer für mich da sind. Vielen lieben Dank an meine beiden Kinder, die hinnehmen mussten, dass ihre Mutter für den Zeitraum des Buchschreibens weniger Zeit für sie hatte als sonst und die mir so viele schöne Momente schenken.

Kathrin Zittlau

Inhalt

Einführung	1
1 Psychosomatische Medizin und die Krankheitsverarbeitung	3
2 Der Krankheitsverarbeitungsvorgang	11
2.1 Grundlegendes	11
2.2 Definition der Krankheitsverarbeitung	14
2.3 Ineinandergreifen von Abwehr und Bewältigung	15
2.3.1 Grundlagen	15
2.3.2 Ebenen der Bewältigung	17
2.4 Ergänzende theoretische Konstrukte	21
2.4.1 Salutogenese und Kohärenzgefühl (nach Antonovsky)	22
2.4.2 Transaktionales Stressmodell (TASM; nach Lazarus)	24
2.4.3 Kompetenzerwartung (nach Bandura)	26
2.4.4 Stetige psychosomatische Wechselwirkung	27
2.4.5 Primäre Körperbildentwicklung	29
2.4.6 Auswirkungen von Krankheit auf das Körperbild	31
2.4.7 Theorien zur Behandlungsmotivation	33
3 Die Krankheitsverarbeitung beeinflussende Faktoren	38
3.1 Allgemein	38
3.2 Persönlichkeitsgebundene Faktoren	38
3.2.1 RIGs – verallgemeinerte Interaktionsrepräsentanzen, prägende Beziehungserfahrungen	38
3.2.2 Bewältigungsvorerfahrungen	41
3.3 Krankheitsspezifische Faktoren	42
3.4 Weitere Faktoren	43

4	Verarbeitungsmodi	45
4.1	Hintergrund	45
4.2	Krankheitsverarbeitungsarten	47
4.2.1	Depressiver Verarbeitungsmodus	48
4.2.2	Angstneurotischer Verarbeitungsmodus	50
4.2.3	Zwangsneurotischer Verarbeitungsmodus	51
4.2.4	Histrionischer Verarbeitungsmodus	53
4.2.5	Narzisstischer Verarbeitungsmodus	54
5	Erfolg von Bewältigungsvorgängen	57
6	Krankheitsverarbeitungsmodell	61
6.1	Möglichkeit und Grenzen	61
6.2	Warum ein Trauerverarbeitungsmodell?	61
6.2.1	Schock/Verleugnung	62
6.2.2	Aggression	64
6.2.3	Depression	65
6.2.4	Verhandeln mit Gott und dem Schicksal	67
6.2.5	Akzeptanz	68
7	Chronifizierung	69
7.1	Grundlagen	69
7.2	Chronifizierungsrisiken	73
7.3	Protektive Faktoren	76
7.4	Lerntheoretische Hintergründe	76
8	Die Behandlung von Problemen bei der Krankheitsbewältigung ..	85
8.1	Indikation zur Psychotherapie (PT)	85
8.2	Besonderheiten und Kernpunkte in der Psychotherapie chronisch Kranker	88
9	Therapeutische Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung ...	93
9.1	Behandlungsansätze	93
9.2	Umgang mit Sterben und Tod	100
9.2.1	Grundängste und Wünsche	100

9.2.2	Anzeichen für den Sterbeprozess	104
9.2.3	Todesvorstellungen	106
9.2.4	Die Phasen der Trauer	108
9.2.5	Der unterstützende Einsatz von Ritualen und Märchen	109
9.3	Spezifische Unterstützungsansätze	111
9.3.1	Arbeiten auf der Ebene der Krankheitsgedanken mit krankheitsassoziierten Kognitionen	113
9.3.2	Unterstützendes Arbeiten auf der Ebene der Gefühle – mit krankheitsassoziierten Emotionen	118
9.3.3	Unterstützendes Arbeiten auf der Ebene des Körpers – mit dem Symptom und mit dem Körpergefühl	123
9.3.4	Unterstützendes Arbeiten auf der Ebene des Krankheitsverhaltens des Erkrankten	126
9.3.5	Unterstützendes Arbeiten auf der Ebene der Krankheitsbilder des Erkrankten	129
9.4	Ein Krankheitsbewältigungsschwerpunkt in der psychosomatischen Rehabilitation	132
Literatur	137
Sachverzeichnis	143

Einführung

Wider besseres Wissen gehen Menschen für sich selbst und nahe Angehörige von scheinbar unbegrenzter Gesundheit und Lebensdauer aus. Erinnern wir uns kurz gemeinsam: In der Jugend lag uns nichts so fern, wie die im Grunde doch durchaus realistische Vorstellung, in einem absehbaren Zeitraum krank zu werden und zu altern.

Nein, das konnte ja nicht sein! Wir erprobten gerade voller Energie unsere Möglichkeiten, spürten dabei unsere Kraft und Lebendigkeit und akzeptierten keine Grenzen.

Psychologisch sind diese von einer übergeordneten Betrachtungsebene aus widersprüchlich erscheinenden Vorgänge durchaus verstehbar und zu erklären. Sie hängen unter anderem damit zusammen, dass der Mensch entwicklungspsychologisch bedingt Schwierigkeiten hat, Situationen des Übergangs von narzisstisch-paranoiden zu depressiven Positionen zu bewältigen. Dies kann sich in der Vermeidung von Trauerarbeit oder dem Festhalten an Größenselbstvorstellungen äußern und im Laufe des Lebens beim Überwinden von Belastungssituationen immer wieder der Fall sein. Auch Abwehrvorgänge gegenüber Ängsten, die durch existenzbedrohende Ereignisse ausgelöst werden, können dabei eine Rolle spielen. Nur indem wir die »über uns schwebende« und real latent ständig vorhandene Lebensbedrohung verdrängen, verleugnen, verschieben, projizieren usw., sind wir letztendlich zu den Leistungen fähig, die wir tagtäglich vollbringen.

Dieser psychische Trick hat allerdings auch zur Folge, dass das Auftreten von Krankheiten im Laufe unseres Lebens für uns nur so lange eine naturgemäße Gegebenheit ist, wie es uns oder unsere Nächsten nicht persönlich betrifft. Tut es das dann doch, setzt das oft schlagartig und wirkungsvoll alle bisherigen Regeln, die unser Leben bis dahin bestimmt haben, außer Kraft. Bewährte Strategien im Umgang mit alltäglichen Herausforderungen greifen auf einmal nicht mehr und es wird zu unserer Hauptaufgabe, neue Verhaltensweisen und Einstellungen gegenüber den unliebsamen und sehr konkreten Einschränkungen, die die Erkrankung mit sich bringt, zu entwickeln.

Da wir uns die Situation im Falle einer Krankheit nicht aussuchen können, resultieren daraus starke Gefühle von Hilflosigkeit, Verunsicherung und Ausgeliefertsein. Ganz ähnlich wie bei einem Trauma kann uns das bis an die Grenzen unserer Anpassungsfähigkeit bringen. Neue Ideen, Blickwinkel und Hilfsmittel sind gefragt, um nicht zu resignieren oder in ein dauerhaftes Hadern oder gesundheitsschädliches Verhalten zu verfallen.

Was dann einsetzt, ist ein höchst individuell verlaufender Prozess, der auch Krankheitsverarbeitung, Krankheitsbewältigung oder Coping (von engl. *to cope* – mit etwas fertig werden) genannt wird. Es handelt sich um den Prozess einer manchmal immensen Anpassungsleistung. Ziel derselben ist es, mit den veränderten gesundheitlichen Gegebenheiten besser zurechtzukommen und die

unter den vorhandenen Rahmenbedingungen mögliche Aktivität und Teilhabe am Leben wahrzunehmen.

Noch einmal anders ausgedrückt: Erkranken wir, so sind Körper und Seele, die vorher ein gut funktionierendes Arrangement miteinander gefunden hatten, auf einmal im Dissens: Die alten, bisher verlässlichen Maßstäbe (»Wie hoch ist meine Leistungsfähigkeit?«) und Einschätzungsgrundlagen (»Auch wenn es hier und dort schon ein wenig zieht, das schaffe ich noch.«) erweisen sich auf einmal als nicht mehr gültig. Der Lernprozess des guten Miteinanders zwischen Körper und Psyche startet neu, es braucht ein Update, auf dessen Grundlage beide die entstandene Kluft wieder schließen können. Körper und Seele treten in einen Umlernprozess ein, um sich unter Berücksichtigung der veränderten Bedingungen neu aufeinander abzustimmen (Zittlau, 2018).

In diesem Zusammenhang sind bei der therapeutischen Begleitung erkrankter Menschen neue Perspektiven und hilfreiche Vorschläge gefragt, um sie in ihrem Verarbeitungsprozess zu unterstützen und ihnen dabei zu helfen, die neue Situation zu akzeptieren und damit umzugehen.

Viele der Berufsgruppen, die tagtäglich professionell mit chronisch kranken Menschen umgehen, beschäftigt die Frage sehr, wie sie aus ihrem Fachbereich heraus Menschen bei der Bewältigung der krankheitsbedingten Belastungen unterstützen können. Eine wichtige Frage in diesem Zusammenhang lautet, ob externe Unterstützung denn überhaupt bei der Krankheitsbewältigung hilft. Dazu gibt zum Beispiel das allgemeine Unterstützungsmodell nach Pfaff (1989) eine klare Antwort.

Es setzt sich aus insgesamt vier Thesen zusammen, die ich hier auf den Umgang mit Erkrankungen konkretisierend leicht angepasst habe:

1. **Belastungsthese:** Bei einer Erkrankung zusätzlich auftretende Stressoren können die Gesundheit des Erkrankten weiter beeinträchtigen.
2. **Präventionsthese:** Unterstützung beugt der Entstehung von Stressoren vor und kann die subjektive Bedeutsamkeit vorhandener Belastungen vermindern.
3. **Pufferthese:** Unterstützung vermindert die gesundheitsbeeinträchtigende Wirkung der Stressoren und fängt sie ab, bevor sie gesundheitlich schädigend wirken können.
4. **Direkteffektthese:** Unterstützung fördert direkt Gesundheit und Wohlbefinden.

Demzufolge hat Unterstützung also bereits per se eine gesundheitsfördernde Wirksamkeit. Je besser es demnach gelingt, Patienten¹ bei ihrer Krankheitsbewältigung zu unterstützen und die Akzeptanz und einen möglichst aktiven Umgang mit der Erkrankung zu fördern, desto mehr steigt die Lebensqualität und damit auch die Lebensfreude der Betroffenen und unter Umständen sogar deren Überlebenszeit (Herrmann-Lingen, 2010; Singer et al., 2014).

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Buch bei Personennennungen überwiegend das generische Maskulinum verwendet. Dies impliziert immer beide Formen, schließt also die weibliche und männliche Form ein.

1 Psychosomatische Medizin und die Krankheitsverarbeitung

Als im Fachbereich der Psychosomatischen Medizin Tätige sind wir es gewohnt, uns mit Abstimmungsproblemen zwischen Körper und Seele zu beschäftigen und erkennen die Folgen davon als eine ganze Reihe von Krankheitsbildern. Diese können ein völlig unterschiedliches Mischungsverhältnis von körperlichem und psychischem Erkrankungsanteil aufweisen. Das Spektrum psychosomatischer Erkrankungen erstreckt sich dabei von solchen mit überwiegend psychischem Erkrankungsanteil (konversionsneurotische oder dissoziative Störungen) über somatoforme autonome Funktionsstörungen und Somatisierungsstörungen als ein Mischbild aus beiden Erkrankungsanteilen bis hin zu den somato-psychisch genannten Erkrankungen, bei denen sich das Ursache-Wirkung-Verhältnis umkehrt und chronisch verlaufende körperliche Krankheiten auf den seelischen Zustand des Betroffenen zurückwirken (s. Abb. 1-1).

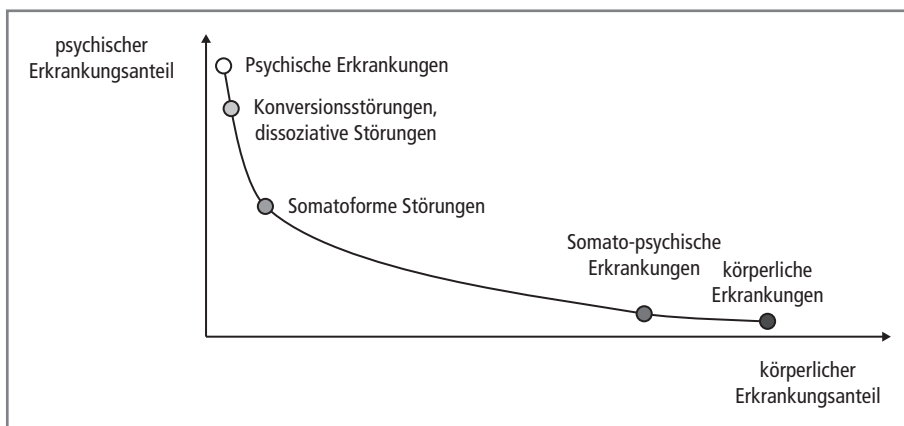


Abb. 1-1 Verhältnis von körperlichem und psychischem Erkrankungsanteil in verschiedenen psychosomatischen Erkrankungen

Für die beiden Polaritäten dieses Betrachtungsmodells – initial entweder fast ausschließlich psychischer bzw. fast ausschließlich körperlicher Erkrankungsanteil – nimmt man jeweils eine andere Ausgangsposition ein, wenn es um die Erklärung für die stattfindenden psychosomatischen Wechselwirkungsabläufe geht. Dementsprechend sind für deren Verständnis auch unterschiedliche Erklärungsansätze hilfreich, die im Folgenden erläutert werden.

Für Erkrankungen, in denen die psychische Dimension vorrangig in der Symptomatik vertreten ist, gilt es zu klären, wie der Transfer von psychischen

Belastungen in die körperliche Dimension vonstatten geht. Für den somato-psychischen Wechselwirkungsbereich bedarf es einer Antwort auf die Frage, wie die aus der Erkrankung resultierenden körperlichen Veränderungen Auswirkungen auf das seelische Befinden haben können.

Aus der Suche nach zufriedenstellenden, im Verständnis des Erkrankten Sinn machenden Zusammenhängen der erlebten Abläufe (Ursache – Wirkung) ergibt sich das sogenannte individuelle psychosomatische Erklärungsmodell.

Um die in Abbildung 1-1 dargestellten Zusammenhänge zu verstehen, müssen wir uns zunächst vergegenwärtigen, warum, wie und wo unsere Gefühle eigentlich entstehen.

Gefühle, als eine besondere Qualität unserer Wahrnehmung, stellen die höchst subjektive Reaktion eines Menschen auf ein Geschehen in der Realität (der Umwelt) dar. Sie sind im Allgemeinen kurzlebig, treten zeitnah auf und flauen auch schnell wieder ab. Da wir – nach einer gewissen Lebensspanne – alle Gefühle schon einmal in anderen Situationen gefühlt haben, sind sie nicht mehr nur auf der Wahrnehmungsebene vorhanden und damit in unvoreingenommener Weise wirksam. Vielmehr nimmt jeder Mensch eine biografisch begründete Bedeutungszuweisung vor, die er aus seiner Lebenserfahrung resultierend jedem Gefühl dieser Qualität hinzufügt.

Patientenbeispiel

Frau S., 32 Jahre

Der Patientin ist gerade während ihres stationären Aufenthaltes erstmalig ein Zusammenhang zwischen dem Erleben von Streit, ihrer eigenen Hilflosigkeit in dieser Situation und einer abschließend von ihr selbst ausgelösten Brechattacke bewusst geworden.

Sie versteht zunächst nicht, warum der Streit zwischen zwei Mitpatientinnen ihr »so nahegegangen« ist. Sie sei sehr beeindruckt von »diesem massiven Effekt«, den das Erlebte bewirkt habe. Sie habe sich gegen den Handlungsimpuls, das Erbrechen auszulösen, nicht wehren können. Es sei wie ein Automatismus gewesen, eins habe das andere nach sich gezogen. Sie denke, dass sie sich von dem, was da während des Streits »in sie übergegangen sei«, nur so habe »reinigen« können.

Die anschließende Arbeit am Familienbrett (die Ursprungsfamilie in der Zeit der Pubertät am Esstisch) lässt erkennen, dass die Eltern der Patientin sich zu dieser Zeit regelmäßig beim Essen stritten. Die Patientin fühlte sich dann immer sehr hilflos, dem Geschehen ausgeliefert, sie habe Hunger gehabt und letztlich in dieser Atmosphäre doch nichts gegessen. Im Gegenteil, sie habe zunehmend häufig »das Kampffeld« der Eltern verlassen und sei auf die Toilette gegangen. Anfangs nur, um Abstand zwischen sich und die angespannte Situation zu bringen, später habe sie angefangen, zu erbrechen.

Danach habe sie sich erleichtert gefühlt. Die Eltern hätten dann auch angefangen, sich um sie zu sorgen und vorübergehend nicht mehr gestritten.

Anhand des Beispiels von Frau S. können wir uns erklären, wieso Gefühle angemessen und passend zum auslösenden Reiz auftreten können oder eben auch nicht. Dann weicht die individuelle Gefühlsreaktion von der »sozialen Norm« ab, was häufig zu interaktionellen Schwierigkeiten führt.

Wozu ist es nun aber eigentlich erforderlich, möglichst adäquate Gefühle auf

Umgebungsreize zu entwickeln? Über unsere Gefühle erhalten wir zunächst Hinweise darauf, was in unserer Umgebung gerade passiert und wie wir darauf reagieren sollten, um mit neuen Situationen gut zurechtzukommen zu können. Dieser Abstimmungsvorgang sichert unsere Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Umweltbedingungen, aber auch an veränderte Körperzustände, die unser Überleben garantiert. So entwickeln wir beispielsweise beim Gefühl Angst den Handlungsimpuls: »Bring dich in Sicherheit!«, oder bei Ärger: »Ändere etwas an dieser Situation!« usw.

Unsere Gefühle sind also so etwas wie eine Übersetzungshilfe von außen (Umwelt) nach innen (Körper und Seele) oder auch vom Körperzustand (Bauchschmerz) zum Verstand. Ist unsere über die Lebensjahre entwickelte und optimierte Feinabstimmung in Ordnung, so reagieren wir auf die Reize adäquat. In der Folge haben wir eine hohe Überlebenschancen und sind sozial recht gut integriert, kommen also in unserer Umwelt ohne große Schwierigkeiten zurecht (vgl. Abb. 1-2).

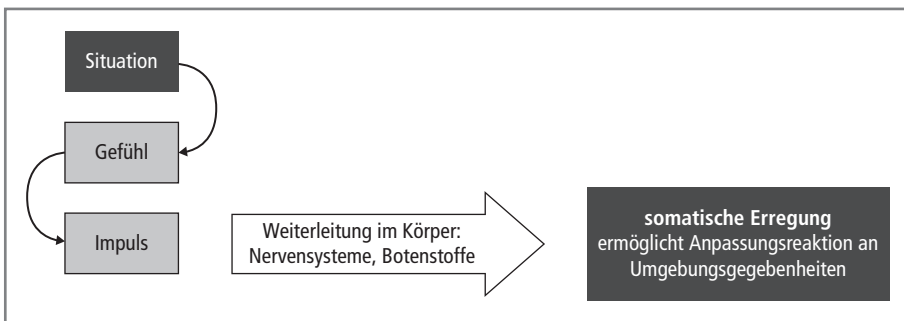


Abb. 1-2 Entstehungsweg körperlicher Reaktionen auf Umweltsensationen

Ohne eine gut abgestimmte Wahrnehmung und Einordnung unserer Gefühle oder wenn wir aufgrund unserer Lebenserfahrung bestimmte Gefühle nicht mehr zulassen bzw. sie nach Möglichkeit ignorieren, sind wir in unserer Anpassungsfähigkeit gegenüber der Umwelt eingeschränkt: Wir schätzen Situationen falsch ein, unsere Beziehungsfähigkeit und in Extremsituationen sogar unsere Überlebenschancen verschlechtern sich.

Gefühle lassen sich inzwischen mittels MRT-Untersuchung als neuronale Aktivität in einem bestimmten Hirnbereich sichtbar machen. Unterschiedliche Gefühle können also unterschiedlichen Gehirnarealen zugeordnet werden.

An dieser Stelle beginnt, wenn man so will, der Übergang von Emotionen in die körperinternen, neurobiologischen Abläufe. Denn diese neuronale Gefühlsaktivität stellt einen Mini-Elektroimpuls, generiert mithilfe von Elektrolytverschiebungen durch die semipermeable Nervenzellmembran, dar – oder anders ausgedrückt: Es entsteht eine sehr, sehr kleine (elektrische) Energieportion. Die so generierte Menge an Energie kann nun aus dem Gehirn über verschiedene Vermittlungswege in den Körper weitergeleitet und dort wirksam werden. Dabei

unterscheidet man einen positiven (Energie wird hinzugefügt) und einen negativen (Energie wird abgezogen) Energietransfer.

Informationsweiterleitung durch das zentrale Nervensystem

Bei den Konversionsstörungen (ICD-10: F44) – nach dem vermuteten Entstehungsmechanismus auch dissoziative Störungen genannten Krankheitsbildern (vgl. zweiten Punkt in Abb. 1-1) – entstehen aus diesem reaktiv (auf einen Umweltreiz) entstandenen Nervenimpuls durch Weiterleitung über das *zentrale Nervensystem* die resultierenden Symptome im entsprechenden Effektor-Organ. Im Fall von Konversionsstörungen ist dies die willkürlich zu beeinflussende, quergestreifte Muskulatur an einem bestimmten Ort im Körper.

Je nach Stärke und Polarität des Nervenimpulses (zum besseren Verständnis auch »Wirkrichtung« genannt) können so in der Muskelfaser oder im Faserbündel entweder durch zugeführte Energie eine Verspannung, eine Verhärtung, ein Krampf, ein Zittern, eine Faszikulation oder ein Tremor bzw. durch Energieentzug eine Erschlaffung, eine Kraftminderung bzw. sogar eine Lähmung oder Blockade auftreten (vgl. Abb. 1-2).

Mit einem Krankheitsbild aus dieser Gruppe geht der Erkrankte nun zum Arzt und lässt seine Beschwerden (zum Beispiel eine Schreiblähmung im rechten Unterarm) medizinisch untersuchen. Nach der Analyse der Ergebnisse erhält er nicht selten vom Arzt die Auskunft: »Ihre Untersuchungsergebnisse sind durchweg in Ordnung. Es gibt keine Abweichungen vom Normalbefund. Auf der Körperebene können wir keine Erklärung für Ihre Beschwerden finden.«

Der Patient missversteht diesen Befund oft und hört die Botschaft: »Sie haben nichts.« Er fühlt sich in seinem Leiden von diesem Arzt nicht gesehen, nicht ernst

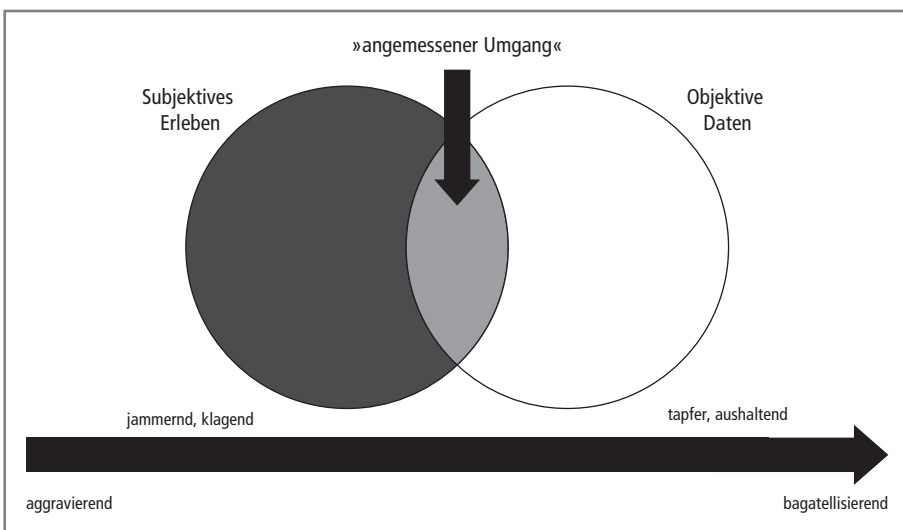


Abb. 1-3 Objektivierbare Daten und subjektives Befinden bei Krankheiten

genommen. Er sucht Annahme und Verständnis und eine Erklärung für seine ja vorhandenen Funktionsstörungen beim nächsten Arzt usw.

Genau genommen bedeutet die Aussage des Arztes aber nur, dass auf der Körperebene die Ursache der Beschwerden nicht festzumachen ist und eröffnet damit die Möglichkeit und die Notwendigkeit, psychosoziale Aspekte in die Betrachtung des Krankheitsgeschehens mit einzubeziehen und gemeinsam eine Antwort auf die Frage zu suchen, ob es andere Belastungen im Leben des Erkrankten gibt, die helfen, die Störung zu erklären.

Aus Sicht der Ärzte ist bei Patienten aus dieser Erkrankungsgruppe die Differenz zwischen dem subjektiven Befinden des Patienten und dem objektivierbaren Befund am größten. Sie werden dann häufig als »jammernd, klagend« oder »aggravierend« beschrieben und beurteilt (vgl. Abb. 1-3).

Informationsweiterleitung durch das autonome Nervensystem

Bei der Gruppe der somatoformen Störungen und Somatisierungsstörungen (ICD-10: F45) wird das situationsbezogen entstandene Gefühl – von dem wir bei unseren Betrachtungen ausgehen – über einen anderen Vermittlungsweg, nämlich das *autonome (vegetative) Nervensystem* in den Körper weitergeleitet (vgl. dritten Punkt in Abb. 1-1).

Das autonome Nervensystem innerviert und steuert selbstständig, also ohne unsere willentlich-aktive Beteiligung, alle inneren Organsysteme. Das sind unvorstellbar viele, zeitlich parallel verlaufende Regulierungsaufgaben, die eine möglichst adäquate Reaktion auf äußere (Umwelt) und innere (andere Organe) Veränderungen ermöglichen. Müssten wir Menschen uns bewusst damit auseinandersetzen, wären wir vermutlich im Dauerstress und nicht überlebensfähig. Das autonome Nervensystem ermöglicht demzufolge erst, dass die übergeordneten Gehirnbereiche unserer Großhirnrinde freie Kapazität für sogenannte »höhere« (kognitive) Fähigkeiten zur Verfügung haben.

All unsere inneren Organe besitzen in ihren kleinsten Aufbau- und Regulationseinheiten winzige Blutgefäße (Kapillaren) und glatte Muskelzellen. Dort kommt der über die Nervenzellen des autonomen Nervensystems weitergeleitete Nervenimpuls an und bewirkt je nach Stärke und Polarität seiner Energie entweder, dass sich die glatte Muskulatur und die kleinen Blutgefäße zusammenziehen (Energiezufuhr) oder bei entgegengesetzter Polarität (Energieentzug) die glatte Muskulatur erschlafft und die Gefäße weit gestellt werden.

Nehmen wir nun einmal an, der von uns betrachtete Impuls ist im Darm in der Darmschleimhaut eines Erkrankten angekommen und hier liegt bereits eine leichte Schleimhautentzündung vor. Die Selbstheilungsmöglichkeiten, über die unser Körper verfügt, können bei weit gestellten Blutgefäßen und lockerer Muskulatur am besten ihre Wirksamkeit entfalten. Unter diesen Umständen können ausreichend Nährstoffe, Sauerstoff und Abwehrzellen in der erkrankten Darmschleimhaut ankommen und durch die gelockerte Muskulatur ungehindert an der Entzündungsstelle heilend wirksam werden. Auch die Schleimproduktion funktioniert dann gut und der Schleimfluss kann die Darmwand zusätzlich

unterstützend von Bakterien reinigen, auch die erforderliche Regeneration beschädigter Darmepithelzellen kann stattfinden.

Das Gegenteil ist bei enggestellten Gefäßen und verkrampften Muskelsträngen (Energiezufuhr durch den Impuls) der Fall. Was der Körper für einen erfolgreichen Abheilungsvorgang bräuchte, kommt jetzt wegen enggestellter Gefäße und verkrampfter Muskelzellbarrieren an der erkrankten Stelle im Darm nicht an. Es entstehen stattdessen Bauchkrämpfe, Schmerzen, Fieber und Durchfälle. Der Erkrankte fühlt sich schlecht.

Patienten dieser Krankheitsgruppen gehen mit ihrem Körpersymptom zum Arzt und bekommen nach der Untersuchung häufig die Auskunft: »Ja, wir haben bei Ihnen einen leicht auffälligen Organbefund erhoben. Eine ganz diskrete Rötung. Aufgrund unserer Berufserfahrung müssen wir Ihnen allerdings mitteilen, dass sich die hohe Intensität der von Ihnen beklagten Beschwerden damit allein nicht erklären lässt.«

Der Arzt erhebt also einen von der Norm abweichenden Organbefund, welcher aber nicht ausreicht, um alle Beschwerden oder die komplette Beschwerdeintensität zu erklären.

Es muss demzufolge für die Beschwerden eine über die Körperebene hinausgehende Ursache geben, um das sogenannte Delta, unter dem man hier die Differenz zwischen körperlichem Befund und Symptomintensität versteht, zu erklären. Es müssen zur Erklärung noch andere Aspekte als die rein organischen Ursachen herangezogen werden. Es handelt sich dabei erneut um psychosoziale Faktoren, die einbezogen werden müssen, um suffizient behandeln zu können.

Informationsweiterleitung durch das endokrine System

Es gibt noch einen dritten Weg der Weitergabe von situationsbezogen entstandenen und wahrgenommenen Gefühlen an den Körper. Dieser dritte Pfad verläuft über die Aktivierung oder die Down-Regulation der Aktivität einzelner Bestandteile (Hormone) im *endokrinen System*. Dabei werden unterschiedliche, fein aufeinander abgestimmte Regelkreise genutzt, um ganz bestimmte Wirkeffekte zu erzielen.

Am besten lässt sich dieser Weiterleitungsweg anhand des folgenden Beispiels darstellen. Die Angst, die uns durch den Angriff eines gefährlichen Tieres erfasst, erzeugt Stress, woraus wiederum eine Nebennierenrindenaktivierung mit erhöhter Ausschüttung von Adrenalin und Kortisol resultiert.

Adrenalin erhöht – wie wir aus der Stressforschung wissen – die Herzfrequenz, den Blutdruck und die Atemfrequenz, die Atemtiefe nimmt ab, die Pupillen verengen sich, die Blutgefäße in der Muskulatur werden weit gestellt, die im Magen-Darm-Trakt verengt, Blasen- und Analschließmuskel kontrahieren, die Schweißproduktion steigt, Zucker wird ausgeschüttet. Kortisol unterdrückt die Immunabwehr und führt auf längere Sicht zu Gewichtszunahme und Knochentkalkung.

Als vorübergehende Anpassungsregulation in der genannten Stresssituation schaffen diese Konstellationen die Voraussetzung für die Flucht-oder-Kampf-

Reaktionsbereitschaft des Körpers, sind also zunächst funktional und haben einen hohen Überlebenswert.

Neueren Studien entnehmen wir allerdings, dass bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS), chronischer Schmerzstörung oder auch generalisierter Angststörung die Blutspiegel dieser beiden Substanzen nicht nur vorübergehend, sondern dauerhaft als erhöht nachgewiesen werden können. Das bedeutet, die oben aufgezählten Wirkungen treten bei diesen Patienten langanhaltend auf. So können sich auf Grundlage dieser überstimulierten und quasi »entgleisten Regulationsmechanismen« nach gewisser Zeit verschiedene internistische Erkrankungen entwickeln. Dies kann ein medizinisch schlüssig zu begründender Entgleisungsweg mit dem Ergebnis von Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck, stressassoziierten Durchfällen, Diabetes mellitus, Infektanfälligkeit, Übergewicht usw. sein. (Damit soll aber ausdrücklich nicht ausgesagt werden, dieser Entstehungsweg wäre der einzig mögliche.)

Auf jeden Fall wirken sich die beschriebenen Zusammenhänge auf bereits bestehende körperliche Abweichungen sehr häufig verschlechternd aus. Zum Beispiel erhöht sich bei einem Zustand nach Herzinfarkt mit nachgewiesenen Ablagerungen in den Herzkranzgefäßen durch einen erhöhten Adrenalinpiegel die Wahrscheinlichkeit erneuter pektanginöser Beschwerden und von zusätzlich auftretenden Herzrhythmusstörungen. Bei bekannter chronisch entzündlicher Darmerkrankung belegen Studien, dass die subjektive Stressbelastung mit der Häufigkeit von Entzündungsschüben korreliert. Oder anders ausgedrückt: Die Patienten, die in Belastungssituationen gelassener bleiben, entwickeln weniger Krankheitsschübe und sind länger körperlich stabil. Darin liegt ein wichtiger Grund, weswegen Patienten mit Krankheiten, die mit rezidivierenden Entzündungsschüben einhergehen, im körperlich stabilen Krankheitsintervall in die psychosomatische Rehabilitation kommen, um an der Verbesserung ihrer Stressresilienz zu arbeiten. Gelingt das, bleiben sie anschließend länger gesund.

Krankheit und die innere Einstellung dazu

Bei allen Krankheitsbildern spielt die Art und Weise, wie der Erkrankte versucht, seine Erkrankung und deren Folgen zu verarbeiten, eine zentrale Rolle für die Frage, ob es ihm gelingen wird, mit ihr ein zufriedenstellendes weiteres Leben führen zu können.

Viele Patienten verharren lange Zeit (manchmal sogar lebenslang) bei der initial für den Verarbeitungsvorgang normalen inneren Haltung, die Erkrankung wieder loswerden zu wollen. Sie möge verschwinden, alles soll wieder so werden, wie es vor der Erkrankung war.

Der resultierende »Kampf gegen die Krankheit« führt jedoch nicht zu deren Akzeptanz. Möglicherweise bahnt diese häufig unbewusste innere Haltung sogar negative Übertragungen auf das erkrankte Organ, was wiederum, wie man heute weiß, für den weiteren Genesungsprozess hemmend sein kann.

Primär psychisch Kranke müssen sich auf ihrem inneren Verarbeitungsweg oft zusätzlich mit Vorurteilen, Stigmatisierung, Scham und der Angst vor dem

Verrücktwerden auseinandersetzen. Primär körperlich Erkrankte sind tendenziell häufiger mit dem Umgang mit konkreten körperlichen Veränderungen und Überlebensängsten konfrontiert. Letztendlich kann man jedoch keine eindeutige Zuordnung von Themenschwerpunkten vornehmen. Auch kognitive Einschränkungen nach einem Schlaganfall verursachen beschämende Situationen, bei einer HIV-Infektion trifft der Erkrankte auf heftige Vorurteile und so weiter.

Die effiziente Therapie insbesondere chronifizierter Krankheitsverläufe von Erkrankungen mit organischem und psychischem Erkrankungsanteil bedürfen daher eines interdisziplinären und multimodalen Behandlungsansatzes unter Beachtung von Krankheitsbewältigungsaspekten. Dazu gehören beispielsweise psychoonkologische Patienten, Patienten im höheren Lebensalter mit Multimorbidität und psychischer Komorbidität, Tinnituspatienten, Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Rheumatoider Arthritis, Neurodermitis oder Autoimmunerkrankungen, chronisch-entzündliche Darm-erkrankungen u. a. m. mit Entwicklung einer Folgedepression oder/und Angst-erkrankung.

Während zu psychologisch-psychotherapeutischen Verständnismodellen, Diagnostiksystemen und Behandlungsansätzen viel publiziert wird, fällt auf, dass die aktuelle Literaturlage zum Thema Krankheitsverarbeitung überschaubar ist und sich zumeist auf ergänzende Kapitel zu diesem Thema im Rahmen anderer Fachliteratur beschränkt. Daher bedarf es aus Sicht der Autorin einerseits einer Zusammenstellung wesentlicher Inhalte dieser »verstreut« aufzufindenden theoretischen Publikationen und andererseits einer Übersicht über gut funktionierende diagnostische Hilfsmittel und Behandlungsansätze. Dieses Anliegen soll im vorliegenden Buch umgesetzt werden.

Denn wir wissen schon lange: Leidet der Körper, leidet auch die Seele und umgekehrt. Ein zentrales Anliegen für die therapeutische Begleitung eines Menschen in seiner Krankheitsbewältigung ist es daher, alle ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen (psychisch wie körperlich) zu mobilisieren und ihm im Rahmen des erforderlichen Prozesses der Neuabstimmung von Psyche und Körper zugänglich zu machen.

Gegebenenfalls kommen dann Techniken aus dem Repertoire der supportiven und stützend-haltgebenden Therapiearsenale zum Einsatz, damit Belastungen besser aushaltbar werden oder der Erkrankte mit krankheitsbedingt ausgelösten Ängsten besser umzugehen lernt.

Gelingt es uns, die Seele des Patienten zu entlasten, unterstützen wir damit auch den Körper in seinem Genesungsprozess. Gelingt es uns, den Körper eines Erkrankten zu stärken, stabilisiert sich auch seine Psyche, was ihn zu einem aktiveren Umgang mit seiner Situation als bisher befähigen kann. Körper und Seele, die durch die Erkrankung und die dadurch veränderten Rahmenbedingungen aus dem Gleichgewicht gebracht wurden, können sich so verstärkt und sehr detailliert neu aufeinander abstimmen.

2 Der Krankheitsverarbeitungsprozess

2.1 Grundlegendes

Wir kennen zwei grundsätzlich verschiedene theoretische Modelle, die eine Relation zwischen Kranksein und Gesundsein herstellen und den Übergang von einem Zustand zum anderen schlüssig zu erklären versuchen.

So existiert zum einen die Vorstellung, dass diese beiden Zustände klar voneinander abzugrenzen sind und es die Aufgabe – und die Möglichkeit – der Medizin sei, Menschen aus dem kranken in den gesunden Zustand zu verhelfen (s. Abb. 2-1).

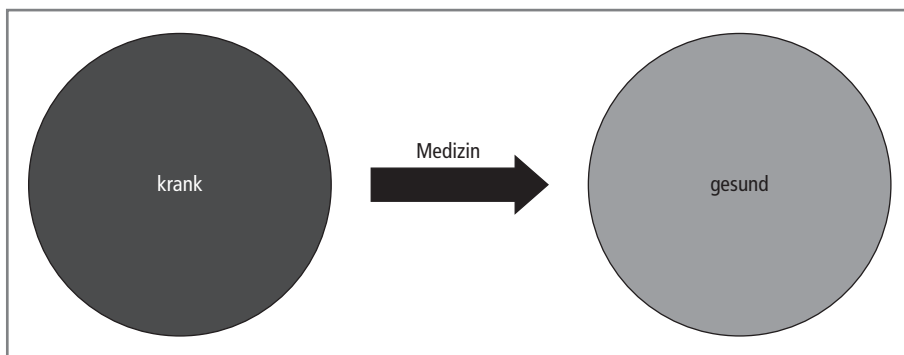


Abb. 2-1 Gesundheitsverständnismodell A

Zum anderen findet sich aber auch ein Betrachtungsansatz, der die Übergänge zwischen krank und gesund eher als Bereiche auf einem Kontinuum sieht, die sich allmählich durchmischen (s. Abb. 2-2).

Für die Begriffe »gesund« und »krank« bestehen bei diesem Krankheitsverständnis daher keine punktuellen, sondern eher breitere Bereiche der Zuordnungsmöglichkeit. Demzufolge gibt es nicht nur zwei Zustände (gesund/krank), sondern ein fließendes Kontinuum von Gesundheit und Krankheit.

Die Zustände »dazwischen« auf dem Kontinuum in diesem Modell werden auch als »Defekt-Heilung« bezeichnet. Damit sind zum Beispiel die Restsymptomatik nach einem gut rückläufigen Schlaganfall oder Residuen nach einer ausgeheilten Infektionskrankheit gemeint. Auch der chronifizierte Erkrankungsverlauf, mit dem wir uns weiter unten noch ausführlich beschäftigen werden, gehört hierzu.

Dank diesem Betrachtungsmodell kommen der Medizin nun neben dem heilenden auch stabilisierende, Leidensdruck reduzierende und die Funktionsfähigkeit verbessernde Aufgabenbereiche zu.

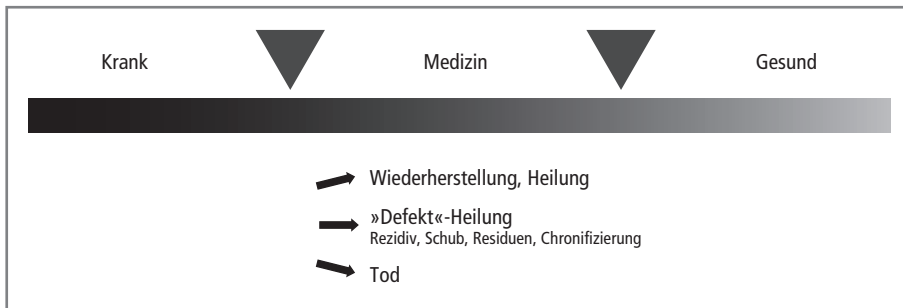


Abb. 2-2 Gesundheitsverständnis Modell B

Und schließlich geht auch die Definition von Krankheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über den rein diagnostischen Befund hinaus. Sie schließt den Leidensdruck des Betroffenen mit ein und ergänzt damit objektive um subjektive Kriterien. Denn auch wenn der Eintritt einer Krankheit ein zum normalen Lebensprozess natürlich dazugehöriger, also lebensimmanenter Vorgang ist, bedeutet er doch auch immer eine spezifische Stressbelastung für den Betroffenen.

Der Beginn einer Erkrankung lässt sich in Bezug auf die erlebten Auswirkungen für den Erkrankten mit anderen Schwellensituationen des Lebens vergleichen. Eine Schwellensituation bezeichnet Ereignisse, die Lebensabschnitte voneinander trennen, die mit besonderen Entwicklungsschritten verbunden sind. Sie fordern für einen gelungenen Übergang Anpassungsleistungen und sorgen gewissermaßen dafür, dass wir in unserer Lebensentwicklung voranschreiten, immer wieder Entwicklungsschritte gehen, in Bewegung bleiben:

Schwellensituationen machen Angst und fordern vom Einzelnen, diese Angst auszuhalten und durchzustehen. Hier gilt verstärkt, was bei der Angst vor realer Bedrohung generell gilt: Wer versucht, das Erleben der Angst zu umgehen, bei dem geht früher oder später die Angst um. Wird das Angstdurchleben nicht geleistet, dann deshalb, weil die Angst zu groß ist bzw. die Umwelt das Durchleben der Angst behindert oder vereitelt.

Funk/Hufnagel (1995)

Beim Menschen unterscheidet man grob folgende acht Lebensabschnitte, die verbindlich durchlaufen werden: Neugeborenes (von der Geburt bis zum Abschluss des ersten Lebensmonats), Säugling (bis zum Ende des ersten Lebensjahrs), Kleinkind (erstes bis drittes Lebensjahr), Vorschulalter (viertes bis sechstes Lebensjahr), Schulalter (7. bis 14. Lebensjahr), Jugendlicher (15. bis 18. Lebensjahr), Erwachsener (19. bis 65. Lebensjahr) und das Alter (ab dem 66. Lebensjahr).

Das Wissen darüber findet seinen Niederschlag zum Beispiel in sogenannten »Kreislaufmodellen«, die entsprechend der philosophisch-spirituellen Ausrichtung des Erkrankten entweder in eine eher religiöse (»Das Geschenk Gottes kommt auf die Erde und kehrt zu seinem Schöpfer zurück«) oder naturalistisch-

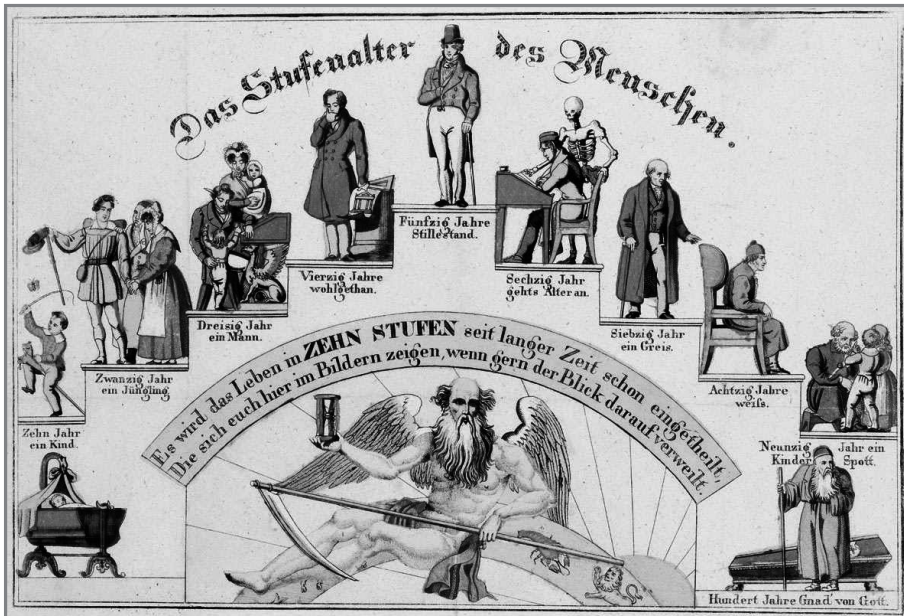


Abb. 2-3 Die Lebenstrepfen des Mannes (1900) (Quelle: Wikipedia, Images)

biologische Richtung (wie im Gedicht »Ribbeck von Ribbeck im Havelland« von Theodor Fontane) weisen.

Solche unterschiedlich bewusstseinsnahen Vorstellungen bringen Patienten mit in die Behandlung und in bestimmten Krankheitsverarbeitungsabschnitten können diese Grundannahmen verarbeitungsrelevant werden, wie im weiteren Verlauf des Buches noch aufgezeigt werden wird.

Wie wichtig ist es, beweglich zu bleiben?

Auf die universelle Bedeutung von Bewegung und Beweglichkeit für die menschliche Entwicklung soll an dieser Stelle ein kurzer Exkurs hinweisen.

Der Neurobiologe Prof. Daniel Wolpert geht in seinem Videovortrag »The real reason for brains« von einer zunächst überraschenden Prämisse aus: Das Gehirn hat sich nach seiner These nicht entwickelt, um zu denken oder zu fühlen, sondern um Bewegung zu steuern. Er bezieht sich bei seinen Überlegungen allerdings hauptsächlich auf Bewegung in der räumlichen Dimension.

Ergänzend dazu kommt aus meiner Sicht auch die wichtige entwicklungsstimulierende Wirkung von Bewegung auf der psychischen Ebene, also die Veränderungen in Denken, Fühlen oder Handeln hinzu. Beides hat eine fundamentale Bedeutung für unsere Gehirnentwicklung. Bewegen wir uns in beiden Dimensionen nicht (mehr), findet auch keine Weiterentwicklung unserer Gehirnstrukturen (mehr) statt.

Auch die Anpassungsleistung an veränderte Lebensbedingungen infolge einer Erkrankung kann letztlich nur dann gelingen, wenn wir es schaffen uns zu bewegen. Tun wir das nicht und nutzen nur altbewährte Strukturen und Prozesse, kommen wir mit den neuen Gegebenheiten nicht mehr zurecht.

2.2 Definition der Krankheitsverarbeitung

Eine treffende Definition versteht unter Krankheitsbewältigung – auch als Krankheitsverarbeitung oder »Coping« (von engl. *to cope* = mit etwas fertig werden) bezeichnet – das Bemühen eines Erkrankten, bereits bestehende oder erwartete Belastung durch eine Krankheit innerpsychisch (d. h. emotional und kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln aufzufangen, auszugleichen, zu meistern oder zu verarbeiten.

Besonders hilfreich ist bei diesem Verständnis von Krankheitsbewältigung, dass das vom Erkrankten Erwartete, also zum jetzigen Zeitpunkt noch gar nicht vorhandene Belastungen durch die Erkrankung oder anstehende Behandlungsmaßnahmen, in den Krankheitsverarbeitungsprozess mit einbezogen wird. Die Praxiserfahrung zeigt, dass diese Definitionserweiterung sinnvoll und für die Bearbeitung von krankheitsbezogenen Ängsten von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.

Sich mit der eigenen Krankheit auseinanderzusetzen, bedeutet vor allem, diese zu verstehen, nachzuvollziehen, wie sie entstanden ist und sie als neuen Bestandteil des eigenen Lebens akzeptieren zu können. Dabei erwerben Menschen Wissen, entwickeln Überzeugungen und formulieren Annahmen über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung ihrer Erkrankung. Daneben gibt es aber auch immer schon bestehendes Vorwissen, das den unterschiedlichsten Quellen entstammt und mehr oder weniger realistisch oder passend sein kann, aber auf jeden Fall ebenfalls Einfluss auf die Krankheitsbewältigung hat.

Krankheitsbewältigung – ein prozesshaftes Geschehen

Wie unser Leben verlaufen ist, lässt sich selbst rückblickend oft nur ansatzweise verstehen. Jedenfalls greifen dabei viele Faktoren gestaltend ineinander und das Ergebnis ist hoch komplex und sehr dynamisch. Unser Dasein umfasst ja sowohl eine körperliche als auch eine soziale und eine psychische Dimension und in jeder finden ständig Veränderungen statt. Darüber hinaus beeinflussen sich die Vorgänge, die in den verschiedenen Ebenen stattfinden, auch noch laufend gegenseitig.

Dieses sehr komplexe Erleben kann dazu führen, dass sich Menschen beim Auftreten einer Erkrankung völlig überfordert fühlen und sich eine Art Schalter wünschen, mit dem sie von dem Zustand »die Krankheit ist nicht verarbeitet« auf den Zustand »die Krankheit ist verarbeitet« umschalten können.

Die Bewältigung der Probleme und Veränderungen, welche eine Krankheit mit sich bringt, erfolgt jedoch gerade nicht auf einmal, sondern ist ein flexibler, prozesshafter Anpassungsvorgang, welcher sich in zeitlich und inhaltlich unter-

scheidbare Verarbeitungswege und in unterschiedliche Verarbeitungsstile differenzieren lässt.

Wie genau dieser Prozess abläuft, hat eine wichtige Bedeutung für das zukünftige Zurechtkommen der erkrankten Person mit ihrer Krankheit und auch generell in ihrem weiteren Leben.

Beispiele aus der Praxis

Ein Patient kam mit seiner Erkrankung (Bluthochdruck) zunächst sehr gut zurecht. Als er am Arbeitsplatz jedoch in eine zunehmend eskalierende Konfliktsituation involviert ist, klagte er zunehmend über die plötzlich »nicht mehr einstellbare« Hochdruckerkrankung und es folgten anhaltende Krankschreibungen.

Eine Patientin haderte sehr mit ihrer Blutzuckererkrankung. Die medikamentöse Einstellung gelang jahrelang nicht gut und die aus der Erkrankung resultierenden Einschränkungen ihrer körperlichen Belastbarkeit belasteten sie sehr. Dann wurde ihr erstes Enkelkind geboren. Sie freute sich darüber sehr und brachte sich aktiv unterstützend in die Betreuung des Enkels mit ein. Die Einstellungsqualität der Blutzuckererkrankung verbesserte sich zeitnah ganz erheblich.

Ein anderer Patient wurde schon jahrelang immer wieder wegen schwerer Entzündungsschübe seiner chronisch entzündlichen Darmerkrankung stationär behandelt. Nachdem sich nach jahrzehntelangem Ehekonflikt seine Frau von ihm trennte, entwickelte er eine depressive Episode, die gut behandelt werden konnte. Danach war er, auch bezüglich der Darmerkrankung gesundheitlich stabiler als zuvor.

2.3 Ineinandergreifen von Abwehr und Bewältigung

2.3.1 Grundlagen

Der Prozess der Krankheitsverarbeitung spielt sich zwischen den beiden Polen Abwehr und Bewältigung ab. Zum Schutz der psychischen Integrität entwickelt der Erkrankte einerseits Abwehrstrategien gegen die Erkenntnis, krank zu sein; auf der anderen Seite bemüht er sich aber um die Bewältigung der neuen Situation, um das Krankheitserleben in seine Persönlichkeit zu integrieren. Diese adaptiven Vorgänge führen schließlich über eine kreative Anpassungsleistung zum ganz spezifischen Bewältigungsergebnis des Patienten (s. Abb. 2-4).

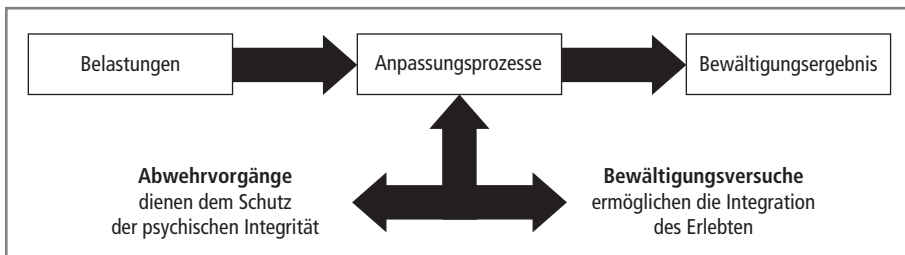


Abb. 2-4 Ablauf der Krankheitsverarbeitung