

Aus der Reihe:

Dialogversuche: Medizin und Theologie im Gespräch

*Dokumentation der Veranstaltung vom
22. November 2007*

Krank – selber schuld !?

Krankheit: Schicksal oder Folge unserer Lebensführung ?

Woher kommt meine Erkrankung? Bin ich selber schuld durch meine Lebensführung? Sind es der Stress und die Hektik des Alltags oder des Berufes, die mich krank machen? Ist meine Krankheit ein unerklärliches und unumgängliches Schicksal, das es anzunehmen gilt, wie den Tod? Oder ist sie eine Strafe Gottes für begangene Sünden? So oder ähnlich fragen und suchen Kranke nach Gründen für ihre Erkrankung.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, in wieweit gesellschaftliche Phänomene wie der Leistungsdruck oder das Tempo, in dem sich Lebenssituationen verändern, Ursachen für verschiedenste Krankheiten sind.

Dazu werden die Vortragenden an diesem Abend aus ihren jeweiligen Fachbereichen Stellung nehmen.

Referenten:

Dr. med. Thomas Wilde

Oberarzt an der Psychosomatischen Fachklinik
St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach

Prof. Dr. Rudolf Hoppe

Kath. Theologische Fakultät, Universität Bonn

Herr Thomas Nussbaum

Stationsleitung Intensivstation

Medizinische Poliklinik - Bonn

Frau Gabriele Müller

Patientin

Einführung: Andreas Bieneck, ev. Klinikpfarrer

Moderation: Joachim Gerhardt, ev. Pressepfarrer

gefördert durch:



Zusammenstellung und Layout: Hans-Bernd Hagedorn - Klinikseelsorger

Einführung von Klinikpfarrer Andreas Bieneck

Meine sehr geehrten Damen und Herren. Im Namen der Klinikseelsorge und der kirchlichen Bildungswerke begrüße ich Sie ganz herzlich zu unserer heutigen Dialogveranstaltung.

Unser heutiges Thema lautet: „*Krank - selber schuld?*“, der Untertitel heißt: „*Krankheit- Schicksal oder Folge unserer Lebensführung?*“ Ganz wichtige, oft existentielle Fragen stellen sich hier.

Ist Krankheit Folge individueller Schuld, ist sie ein Verhängnis, ein Rätsel?

Was sagen Jesus und das Neue Testament dazu? Und: Was sagt der christliche Glaube zum Tun-Ergehen- Zusammenhang des Alten Testaments? Sagt nicht auch der Apostel Paulus: „Was der Mensch sät, das wird er ernten“? Wie weit geht die Verantwortung für unser Handeln oder Unterlassen, für unseren Lebensstil? Haben wir uns sogar unsere Krankheiten selbst zuzuschreiben?

Hier sind wir auch gespannt auf die Antworten der Psychosomatik. Schon Martin Luther hat ja vom „in sich selbst verkrümmten Menschen“ gesprochen, der unfähig ist zu Beziehung, zur Beziehung zu sich selbst, zu Gott und zu seinen Mitmenschen. Beziehungsunfähigkeit kann krank machen: Ist das nicht Vorwegnahme einer wichtigen psychosomatischen Erkenntnis? Für Luther ist diese „Verkrümmung in sich selbst“ übrigens ein Synonym für den sündigen Menschen.

Wir Klinikseelsorger erleben es immer wieder, dass Patientinnen und Patienten sich solche Fragen stellen: Was ist die Ursache, der Ursprung meiner Krankheit? Meine Arbeit, Stress mit Kollegen oder in der Familie, Sorgen oder eigenes Verschulden?

Es ist wichtig, dass solche Fragen Raum haben, und sie dürfen nicht überspielt und übersprungen werden. Das gilt auch für die Frage nach der je eigenen Schuld! Eine solche Auseinandersetzung kann ganz entscheidend für die Bewältigung einer Krankheit werden. Sie führt dann auch von der Frage nach dem „Woher“ (Woher kommt diese Krankheit?) zur Frage nach dem „Wozu“ (Was könnte der Sinn dieser Krankheit für mich sein?) Menschen entwickeln so ein neues Koordinatensystem für ihr Leben, die Wertigkeiten werden oft vom Kopf auf die Füße gestellt.

Aber es gibt auch einige Menschen, die ändern ihr Leben bereits, *bevor* sie erkranken. Sie spüren, dass der Stress unserer Leistungsgesellschaft ihnen nicht gut tut, dass sie ihre Mitte und damit sich selbst zu verlieren drohen. So berichteten die Medien von einem bekannten Schweizer Herzchirurgen, der Brummifahrer geworden ist. Im Fernsehstudio erzählte er, dass er gerade auf seiner Fahrt durch die Ardennen den herrlichen Sonnenuntergang genossen habe- etwas, das er jahrelang überhaupt nicht wahrgenommen habe. Und die ehemalige Medienbeauftragte von „Viva“ war die Eventparties und die hohlen Gespräche so satt, dass sie abrupt ausstieg und zusammen mit ihrem Lebensgefährten die Leitung einer Jugendherberge im Bayerischen Wald übernahm. Dort genießt sie jetzt ein bewussteres ruhigeres Leben.

Die Begriffe „Entschleunigung“ und „Downshifting“, also beim Tempo einen Gang zurückzuschalten, machen zur Zeit die Runde. Man könnte sagen: Bei vielen Menschen gibt es wieder ein *gesundes* Empfinden für das, was *krank* macht. Unser Thema ist deshalb nicht nur von individueller, sondern auch von gesellschaftlicher Bedeutung! Beide Aspekte wollen wir heute betrachten.

Vortrag Dr. Thomas Wilde

Oberarzt in der Psychosomatischen Fachklinik
St. Franziska Stift in Bad Kreuznach



Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Heinz Rüdgel



Dr. med. Thomas Wilde

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer am heutigen Dialogversuch im Rahmen des Vortrags- und Diskussionsabends **Medizin und Theologie im Gespräch**.

Prof. Rüdgel, der ursprünglich für diesen Abend zugesagt hatte, wäre sehr gerne heute an dieser Stelle gewesen. Er hat ja über 15 Jahre hier an der Universität Bonn gearbeitet. Leider hat ihm seine Terminplanung einen Strich durch diesen Wunschtermin in Bonn gemacht. So werde ich ihn vertreten. Wir beide haben die folgenden Überlegungen ausgearbeitet.

Ich bin als Oberarzt in der Psychosomatischen Fachklinik in Bad Kreuznach tätig und leite die Verhaltenstherapeutische Abteilung unserer Klinik. Mein Tätigkeitsschwerpunkt ist die Behandlung von Patienten mit Traumatisierungen und Persönlichkeitsstörungen. Gerade in der Auseinandersetzung mit diesen Patienten ist die Schuldfrage immer wieder ein zentraler Punkt in der Therapie.

Ich möchte Ihnen zunächst eine Patientin vorstellen. Es soll damit verdeutlicht werden, dass es sehr schnell nahe zu liegen scheint, Schuldzuweisungen an den Betroffenen zu richten. Dies umso mehr, als dass dies die Patienten oft selbst tun und auch so erleben. Sehr schnell wird dann aber deutlich – je mehr man erfährt und sich auf die Lebensgeschichte des Betroffenen einzulassen beginnt –, dass es immer schwieriger wird, so einfach und schuldzuweisend in Richtung des Patienten zu denken.

Frau S.: 36 Jahre

Patientin. in stark reduziertem Allgemeinzustand und massivst adipösem EZ [EZ = Ernährungszustand adipöser EZ = übergewichtig, hier: 192,1 kg, 176 cm, BMI 62,16 kg/m²], RR re. 154/94, li. 145/81 mmHg, Herzfrequenz: 74/min. Die Untersuchungsmöglichkeiten sind durch die ausgeprägte Adipositas stark beeinträchtigt. Massive Myogelosen [Myogelosen sind knotige oder wulstförmige Verhärtungen im Muskel, die Bewegungsschmerz und Druckschmerz verursachen] im Schulter-Nackengebiet, eingeschränkte Beweglichkeit aufgrund des Übergewichtes, Hyperlordose [Hohlkreuz] der Lendenwirbelsäule, Senk-Spreizfuß, Varikosis [Krampfader] beider Beine, ...

Nach 4 stationären Aufenthalten 1992, 1994, 2001 und 2003 kommt die Patientin auf eigenen Wunsch und eigene Initiative hin in unsere stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung.

Sie berichtet zu Beginn des Aufenthaltes über ausgeprägte und sich zuspitzende depressive Zustände, die aufgrund eines zurückliegenden Partnerkonfliktes reaktiviert und verstärkt worden seien. Sie denke wieder vermehrt an traumatische Erfahrungen und Erlebnisse aus der Vergangenheit, von denen sie sich nicht distanzieren könne. Sie habe Alpträume, schlafe schlecht, leide unter Appetitverlust und Reduktion von Konzentration und allgemeiner Leistungsfähigkeit. Alte Verhaltensmechanismen,

insbesondere Essattacken als Selbstbestrafung mit damit verbundener massiver Gewichtszunahme hätten sich reaktiviert. Nachdem sie nach dem letzten stationären Aufenthalt 40 kg abgenommen habe, habe sie in den letzten 9 Monaten dieses Gewicht wieder zugenommen. Sie erlebe ausgeprägtes Schamgefühl vergangenen Erlebnissen gegenüber, berichtet, beim letzten Aufenthalt wesentliche Details, v. a. Gewalt in ihrer Partnerschaft, verschwiegen zu haben, was sie nun bereue. Aktuell lägen massive Zukunftsängste vor, Ängste unter Menschen zu gehen, Ängste sich den anstehenden Problemen zu stellen. Von dem Aufenthalt verspricht sich die Patientin eine dauerhafte Gewichtsreduktion, eine Verminderung der Erinnerungen sowie eine Stabilisierung des Beziehungsverhaltens.

Seit 1997 sei eine andauernde EU-Rente bewilligt worden.

Fr. S. berichtet, 1971 als jüngstes von 4 Geschwistern geboren und aufgewachsen zu sein. Die Beziehung zu den Eltern sei im wesentlichen auf materielle Dinge ausgerichtet gewesen, emotional habe sie sich stets abgelehnt erlebt, sei mit Liebesentzug, Strafen und Schlägen erzogen worden, Zuneigung und Zuwendung seien ihr nur bei den Erwartungen der Eltern entsprechenden Leistungen entgegengebracht worden. Gegenüber der gefühlskalten Mutter sei der alkoholranke Vater Zentrum ihrer Zuneigung gewesen, dem sie sich sehr ähnlich erlebt habe und der ihr auch viele positive Dinge für ihr Leben mitgegeben habe. Sie habe den Eltern gegenüber immer Stärke zeigen müssen, sei demgegenüber von der Mutter permanent gekränkt worden, habe nie tun dürfen, was sie gewollt habe. Zwischen dem 12. und 16. Lebensjahr habe sie Leistungssport betrieben. Zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr sei sie drogenabhängig gewesen, habe Heroin, Kokain und Marihuana konsumiert. Nach einer psychiatrischen Behandlung 1991 sei sie zeitweise entmündigt worden, sie habe lange bei den Eltern gelebt. 14 Jahre lang habe eine Beziehung zu einem Mann türkisch-griechischer Herkunft bestanden. 2006 habe sie sich von diesem Mann getrennt, nachdem die Beziehung in den letzten Monaten immer schlechter geworden und gewalttätig eskaliert sei. Sie sei aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen und plane nach Bad Kreuznach zu ziehen.

Soweit diese Fallgeschichte. Schuldig an der Krankheit? Schuldig an den gesundheitlichen und sozialen Folgen? Bei diesem Fall lässt sich sicher bei bloßer Betrachtung der oberflächlichen Symptomatik diese These aufstellen. Warum handelt diese Person nicht einfach anders? Isst weniger, bewegt sich ausreichend, hält die bereits erreichte Gewichtsabnahme und nimmt weiter ab, anstatt wieder zuzunehmen, knüpft stabile Sozialkontakte, unterlässt selbstschädigendes Verhalten...?

Meine Ausführungen zu dieser Thematik aus ärztlicher Sicht möchte ich in 3 Gedanken darlegen.

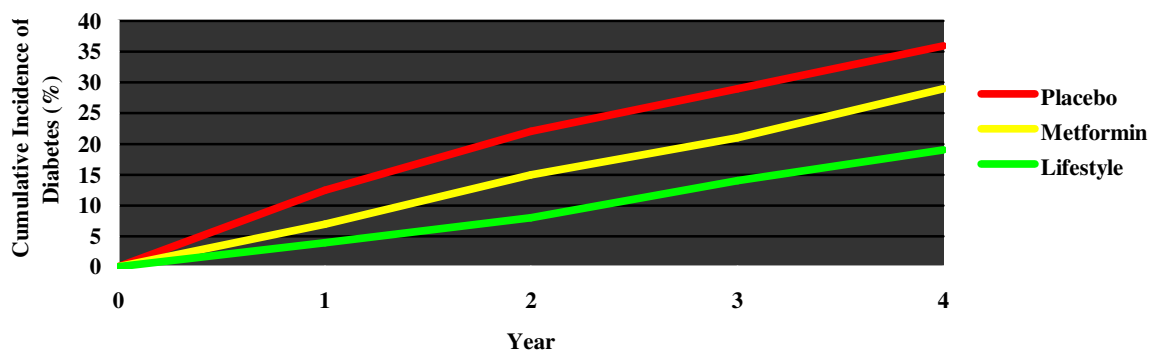
1. Offensichtliche Bedeutsamkeit des eigenen Verhaltens für Gesundheit und Krankheit am Beispiel von Essstörungen.
2. Zur Bedeutsamkeit von Lebensführung und insbesondere Stressbewältigung in der Entstehung häufiger Erkrankungen, wie z.B. koronare Herzerkrankungen.
3. Die negativen Effekte von Schuldüberzeugungen sowie eines „strafenden Gottesbildes“ für ein beispielhaftes Störungsbild in der Psychosomatik.

1. Zur Problematik Lebensführung und Gesundheit

Es erscheint zunächst trivial, dass bei einigen Erkrankungen und hier insbesondere einer Adipositas der Patient eine ganz wesentliche Verantwortung und damit „Schuld“ für sein Störungsbild trägt. Ohne zuviel zugeführte Kalorien kann man sich schwerlich vorstellen, dass eine Adipositas entsteht. Dies war auch noch bis in die 70iger Jahre hinein das gängige medizinische Vorstellungsmodell und eine wirklich ernsthafte wissenschaftliche Beschäftigung mit der Thematik fand kaum statt, da hier im Allgemeinen von einer Willenschwäche des Patienten ausgegangen wurde. Das sehen wir mittlerweile sehr viel komplexer. Selbst solche Erkrankungen wie Adipositas haben zwar eine Verhaltenskomponente umschrieben mit zu hoher Kalorienzufuhr, jedoch ist von Patient zu Patient

sein genetisches Regulationsmuster sowie seine Regulation des Hunger- und Sättigungsgefühls sehr viel komplexer als wir noch vor 2 Jahrzehnten erdachten. Konsequenterweise ist es für den adipösen Patienten keineswegs einfach, seine Störung zu überwinden. Der Ansatz „einfach weniger zu essen“ reicht nicht und selbst sehr komplexe verhaltensmedizinische Behandlungsprogramme sind leider nicht sehr wirkungsvoll. Ähnliche Betrachtungen müssen wir für Nikotinkonsum und dessen Folgen für das Entstehen des Bronchialkarzinoms und der Entwicklung von arteriosklerotischen Gefäßerkrankungen anstellen. Nikotin ist ein Gift und ein Weglassen dieses Giftes hat positive Konsequenzen, jedoch ist es praktisch nie möglich, auf individueller Patientenebene zu beweisen, dass eine Erkrankung wie der Lungenkrebs oder die Arteriosklerose wirklich eindeutige Folgen dieser Verhaltenskomponente „Rauchen“ sind.

Damit kommen wir zwangsläufig zu der Problematik, dass Studienergebnisse, also Befunde an größeren Stichproben keineswegs auf den individuellen einzelnen Patienten herunterzubrechen sind. Hierzu ein Beispiel aus der verhaltensmedizinischen Therapie.



Folie

In 2 großen internationalen prospektiven Studien über 7 Jahre ist man der Frage nachgegangen, bei welchen Patienten mit Übergewicht am ehesten eine Diabeteserkrankung zu verhindern ist. Welche Strategie war am wirksamsten? Es gab drei Gruppen. Die erste wurde mit Placebo behandelt, die zweite mit einem Antidiabetesmedikament, die dritte musste sich Verhaltensänderungen unterziehen, ohne dass zusätzlich medikamentös behandelt wurde. Sowohl in einer finnischen Studie als auch in einer nordamerikanischen Studie zeigte sich, dass pro Jahr im fortgeschrittenen Studienverlauf immer mehr Patienten tatsächlich eine Diabeteserkrankung entwickelten (oberste Linie). Die Placebogruppe erkrankte am häufigsten an Diabetes (oberste Linie-rot). Durch eine frühzeitige medikamentöse Therapie konnte der Anteil der Diabetiker abgesenkt werden (mittlere Linie-gelb). Der stärkste Effekt trat aber auf, wenn 2 Verhaltensweisen geändert werden konnten, nämlich:

1. die Patienten ein regelmäßiges körperliches Training aufnahmen und
2. Gewicht reduzierten - (unterste Linie).

58 % der Diabeteserkrankungen und damit auch die vielfältigen Folgeerkrankungen konnten durch diese Verhaltensänderung vermieden werden.

Unser Fazit zu diesem ersten Gedankengang ist es also: ein gesunder Lebensstil und insbesondere hier ein gesundes Ernährungsverhalten und eine adäquate körperliche Bewegung führen zu einer besseren Gesundheit und können eine Vielzahl von Erkrankungen verhindern.

Kommt es allerdings zu dieser Erkrankung, ist dieselbe Aussage nicht einfach umzudrehen. Eine Schuld zu formulieren, ist wenig hilfreich und aus meiner Sicht auch nicht zutreffend. Der Pat. ist nicht *schuld* an seiner Erkrankung, sondern hat eine Erkrankung entwickelt aus ganz unterschiedlichen, nicht individuell nachweisbaren Ursachen heraus. Und er bedarf jetzt professioneller Hilfe. Und hierbei muss er *Verantwortung* übernehmen für sich und seine Erkrankung.

2. Stress und Koronare Herzerkrankung:

Die häufigste Todesursache in der Medizin sind Herz-Kreislaufkomplikationen, wie Herzinfarkt und Schlaganfall. Hier konnten wir in den letzten 10 Jahren einen gigantischen Fortschritt in Diagnostik und Behandlung erzielen. Aber auch bei diesen Erkrankungen betrachten wir in der Ätiologie ein multifaktorielles Muster. Der vor allem relevante Aspekt ist auch hier die Lebensführung. So sind Nikotin- und Alkoholkonsum, Blutdruckhöhe und Veränderungen der Blutfette nicht unabhängig von der Lebensgestaltung. Und auch das psychosoziale Risikopaket „Stress und negativer Affekt“ hat sehr viel mit unserer Lebensgestaltung zu tun. Ähnlich wie zur ersten Thematik kann auch hieraus geschlossen werden, dass es nahezu liegen scheint, der Änderung des Verhaltens das größte Gewicht beizumessen. Wir müssten unseren Alltag entschleunigen und mehr Wert auf Ausgeglichenheit und Stressbewältigungstechniken legen. Jedoch müssen wir auch hier vermeiden, Patienten, bei denen es zu Gefäßkomplikationen gekommen ist, als schuldhaft Versager in der eigenverantwortlichen optimalen Lebensführung zu sehen. Anders als im ersten Themenblock sind hier die Studienergebnisse jedoch keineswegs überzeugend. So konnten zwar die Zusammenhänge zwischen Stress und negativem Affekt und dem Entstehen von arteriosklerotischen Komplikationen in vielen Studien unstrittig nachgewiesen werden, jedoch ist es uns bis jetzt nicht gelungen, darzulegen, dass psychosomatische oder psychotherapeutische Interventionen - wie verbesserte Stressbewältigung und Überwindung des negativen Affektes - zu einer besseren Behandlung führen als gute standardkardiologische Interventionsprogramme.

3. Spiritualität – Glaube – Schuldattribuierungen

(Anm. der Red.: Attribution bezeichnet in der Psychologie sowohl die Zuschreibung von Ursache und Wirkung von Handlungen und Vorgängen, als auch die daraus resultierenden Konsequenzen für das Erleben und Verhalten des Menschen)

Lassen Sie mich die Vielzahl von religionspsychologischen Befunden der letzten Jahre zur Bedeutung von Religiosität und Spiritualität für unsere heutige Thematik wie folgt zusammenfassen:

In US-amerikanischen Studien zeigt sich durchgehend, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen Spiritualität und verbesserter Krankheitsbewältigung gibt. In Westeuropa zeigen sich solche Zusammenhänge nur tendenziell bis überhaupt nicht. Sowohl in nordamerikanischem als auch in europäischen Studien zeigt sich aber in identischem Maße und Ausprägung, dass ein *negatives Gottesbild*, speziell ein *strafendes Gottesbild* negative Konsequenzen für die Überwindung einer Erkrankung wie Brustkrebs oder einer psychosomatischen Störung hat. Ein negatives, strafendes Gottesbild steht exemplarisch für das kognitive Muster „ich bin schuld an meiner Erkrankung“. Dies führt automatisch den Patienten dazu, in seiner Biographie und in seinem Leben nach Schuld, Versagen und Fehlverhalten zu suchen. Dies ist in der Führung des Patienten für alle Fächer in der Medizin sehr problematisch.

Diese Schuldproblematik möchte ich Ihnen anhand einer Patientin mit einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung deutlich machen.

Zu uns in die Klinik kommt eine 27jährige Patientin, die über ihre gesamte Kindheit und Jugendzeit vom eigenen Vater sexuell missbraucht wurde.

Sie ist in ihrer Persönlichkeitsentwicklung verändert im Vergleich zu einer jungen Frau mit ungestörter Entwicklung. Sie ist in ihrer Affekt- und Impulsregulation gestört. Ihr Zugang zu basalen Gefühlszuständen ist erheblich eingeschränkt. Brechen Emotionen durch, kann sie diese kaum kontrollieren und ertragen. Zur Bewältigung dieser Gefühle setzt sie selbstschädigende Verhaltensweisen ein, sie ritzt und schneidet sich, hat dadurch gelernt, Impulse und Affekte zu kontrollieren. Sie hat zudem gelernt, ihre Aufmerksamkeit und Wahrnehmung auszublenden – ein Überlebensmechanismus, um Unerträgliches zu ertragen. Vieles ist dadurch der Erinnerung nicht zugänglich, manches formt die Erinnerung erträglicher, als es war. Die Fähigkeit der Patientin, zu anderen Menschen Beziehungen aufzubauen, ist eingeschränkt. Sie ist misstrauisch, gibt wenig von sich preis, kann die Nähe anderer Menschen kaum ertragen. Körperliche Zuwendung und Kontakt

vermeidet sie völlig. Kommt ihr ein Mensch zu nahe, reagiert sie panisch und aggressiv, verschreckt andere damit, die sich von ihr abwenden und sie nicht verstehen. Andererseits besteht ein diffuser und ständiger Wunsch nach Angenommensein und Zuwendung, der bisher jedoch nie erfüllt wurde, da jede tatsächliche Zuwendung von ihr sofort verhindert wurde. Das Identitätsgefühl der Patientin ist massiv beeinträchtigt, sie hat keinerlei Zugang zu den eigenen konkreten Wünschen und Bedürfnissen.

Erst im Erwachsenenalter hat sie sich über die Wahrnehmung der begleitenden Symptome, insbesondere der Selbstverletzungen durch den Hausarzt einem Therapeuten geöffnet.

Im therapeutischen Arbeiten mit der Patientin war relativ schnell ein kognitives Muster auffallend: „Ich bin selbst schuldig am Missbrauch, denn sonst hätte mein Vater das sicher nicht gemacht“. Dieses Attribuierungsmuster entsteht typischerweise schon in der Zeit der Missbrauchshandlungen – in der Kindheit. Das Kind versucht sich seine Welt zu erklären und diese mit seinen Möglichkeiten zu begreifen. Dieses Kind hat Missbrauch erlebt und in seiner Biographie als dazugehörig zu seiner Welt erlebt. Dem Kind fehlen Vergleichsmöglichkeiten, das Wissen um seine Rechte und angemessenes Verhalten von Eltern einem Kind gegenüber. Und das Kind erklärt sich den Grund für das Leid und die Schmerzen ganz naheliegend und einfach – „ich bin selbst schuld – wer auch sonst“. Die Eltern sind die Mächtigen, die Geliebten, von ihrer Gnade und Zuwendung – wie auch immer – bin ich abhängig. Das ist ja für das Kind zunächst die einzige Welt, die es hat. „Und alles was mir geschieht, ist sicher gerecht – ich bin ja ein schlechtes und böses Mädchen, sonst würde mein Vater mich ja nicht so behandeln“. Dieses ohnehin für das Kind nahe liegende Muster wird oft noch dadurch verstärkt und zementiert, dass die Missbraucher diese Schuldattribuierungen direkt formulieren und das Kind dadurch weiter einschüchtern.

Ein problematischer Bereich in der Symptomatik solcher Patienten ist das im Erwachsenenalter oft zu beobachtende Phänomen, sich erneut in Missbrauchssituationen zu begeben, die Reviktimisierungsneigung.

(Anm. der Red.: Reviktimisierungsneigung: ein exzessives Risikoverhalten erzeugt häufige Gefährdungssituationen mit der gleichen Traumagefahr (z. B. wieder vergewaltigt zu werden), auch der Drang, die Plätze zu besuchen, an denen das Trauma geschah und die immer noch gefährlich sein können. Mögliche Tendenz, andere zu Opfern zu machen (z. B. Vergewaltigungsopfer werden später zu Vergewaltigern)).

Sie ist einerseits charakteristisch für traumatisierte Menschen, andererseits natürlich erneut eine verständliche Quelle von Schuldzuweisungen – und dies sowohl durch andere, als auch durch sich selbst. Diese Menschen haben oft kein Gespür für die Gefahr von Situationen, denen sich andere Menschen niemals aussetzen würden, suchen zuweilen sogar ihre Missbraucher auf oder geraten durch ihr gestörtes Interaktionsverhalten in Situationen, die erneute Traumatisierungen geradezu provozieren. Auch hier wird jedoch deutlich, dass zwar Schuldattribuierungen nahe liegen, diese jedoch weder richtig noch hilfreich sind.

Für uns in der Psychotherapie ist die Auflösung von solchen Schuldüberzeugungen von zentraler Wichtigkeit. Dies ist in der Gruppentherapie am ehesten möglich. Hier sitzen Menschen zusammen, die ähnliches erlebt haben, ähnlich reagiert haben, ähnliche kognitive und emotionale Fehlentwicklungen mitgemacht haben. Und so wenig sie dies bei sich selbst erkennen, so sensibel erkennen sie dies meist bei den anderen Gruppenmitgliedern. Und so ist es möglich - sowohl auf kognitiver als auch emotionaler Ebene - Schuldgefühle und Schuldgedanken in Bezug auf die eigene Person zu verabschieden und zu erkennen, wer sich tatsächlich falsch verhalten hat. Dann sind in der Therapie auch Gefühle möglich, die sich das Kind zumeist nicht leisten konnte, nämlich Trauer über die eigene Biographie und Wut auf den Missbraucher. Und so kann die Bewältigung dieser Missbrauchsgeschichte beginnen.

Wie dieses praktisch geht, lernt ein Psychotherapeut im Rahmen seiner Ausbildung.

Ich denke, ohne eine adäquate Würdigung und Wahrnehmung der fehlattribuierten Schuldproblematik und eine Auflösung und Richtigstellung der Verantwortlichkeiten wird eine erfolgreiche Therapie kaum gelingen können.

Erschwerend kommt allerdings hinzu, dass Menschen nicht ohne Schuld durch das Leben gehen. Für die Patienten ist zunächst kein Unterschied in der Selbstwahrnehmung vorhanden zwischen dem

Missbrauch durch den Vater und eigenen durchaus natürlich möglichen schuldhaften Fehlern in der Lebensgeschichte. Die Herausforderung für den Therapeuten und die Patienten ist es, differenzieren zu lernen: woran habe ich Schuld, woran nicht? Und vor allem dann die noch viel wichtigere Frage: wofür übernehme ich *Verantwortung* ?? Und dann kann sich tatsächlich ein sinnvoller und fruchtbarer therapeutischer Prozess entwickeln, der weiterführt von der Arbeit an und in der Vergangenheit über eine Selbstannahme im Hier und Jetzt zu neuen Lebensperspektiven und einem konstruktiven und hoffnungsvollen Blick in die Zukunft. Hier kann das entstehen, was diese Menschen bisher kaum kennenlernen konnten – ein Gefühl für die eigenen Wünsche und Bedürfnisse, das Entstehen eines Prozesses der Übernahme von Verantwortung für das eigene Leben und – etwas geradezu revolutionäres - Selbstachtung.

In unserer Klinik, dem St. Franziska-Stift, hat sich am Beispiel der Frage nach Schuld, Schuldgefühl und Gesundheit die Zusammenarbeit mit unseren beiden Seelsorgern bewährt. Im St. Franziska-Stift haben wir eine in das therapeutische Arbeiten integrierte Seelsorgearbeit vor 16 Jahren etabliert, mit unseres Erachtens hervorragenden Ergebnissen. Die Seelsorge führt klassische Seelsorgeangebote wie auch hier in Bonn durch und berät Patientinnen und Patienten, die den Weg zur Seelsorge finden. In Bad Kreuznach sind die Seelsorger auch Teil des therapeutischen Teams der Stationen und werden bei manchen Fragestellungen wie z.B. der Überwindung von Schuldgefühlen zu den Patientinnen und Patienten hinzugebeten.

Unser Fazit:

Die meisten Erkrankungen sind in ihrer Entstehung und in ihrem Verlauf einschließlich Behandlung abhängig von der Lebensführung. Inadäquate Bewegung, falsches Essverhalten, Suchtmittel, Stress und negativer Affekt sind hier die wichtigsten Indikatoren einer ungesunden Lebensführung. Ist ein Patient erkrankt, so sollte ihm im Gesundheitssystem die von der Allgemeinheit unterstellte direkte oder indirekte Schuldvorwurfsproblematik nicht begegnen. Bei den meisten Patienten liegt ohnehin die Überzeugung vor, selbst schuld zu sein an der Erkrankung oder der Lebensgeschichte. Hier ist es notwendig, therapeutische Hilfestellung anzubieten, diese Fehlentwicklung von Schuldüberzeugungen zu überwinden und stattdessen zu lernen, *Verantwortung* für das eigene Leben zu übernehmen. Und dies ist ein sehr großer Unterschied, denn dies führt den Patienten ins Handeln und in eine Gestaltung seiner Gegenwart und Zukunft, anstatt im Grübeln über die Schuld in der Vergangenheit zu verharren.

Vortrag
Prof. Dr. Rudolf Hoppe
Kath. Theol. Fakultät, Universität Bonn

Krank - Selber schuld?

**Oder: Zwischen Stigmatisierung und Zuwendung.
Zum christlichen Umgang mit Krankheit und Leiden**



Einleitung

Der Zusammenhang „Krankheit“ – „Schuld“ – „Stigmatisierung“ ist nicht erst seit der neueren Diskussion um die Kosten des Gesundheitswesens ins Bewusstsein der Bevölkerung gerückt. Er ist wahrscheinlich so alt wie der therapeutische Umgang des Menschen mit Krankheit überhaupt. Ich kann und möchte in die gegenwärtige Diskussion um die gesundheitspolitischen Strategien nicht eingreifen, sondern aus der Sicht des Theologen und Seelsorgers einige Überlegungen zur Wahrnehmung und Bewältigung von Krankheit und Leiden beisteuern.

1. Krisensituation und Sinnfrage

Krankheit, Leiden, vor allem der Tod gehören zu den Schattenseiten menschlichen Daseins, aber diese Schattenseiten gehören, wahrscheinlich weil sie so unausweichlich sind, zu den am meisten verdrängten existentiellen Wahrheiten. Sie sind, ob wir es wollen oder nicht, die entscheidenden Lebenskrisen. In der Begegnung mit der Krise verlieren scheinbar selbstverständliche und gültige Lebensmuster ihre Plausibilität, wird der Mensch in seiner Ganzheit zutiefst in Frage gestellt. In seinem Innern, aber letztlich auch in seinem äußeren Erscheinungsbild wird aufgedeckt, was immer schon - freilich verdeckt – seine Wirklichkeit ist, und diese allgemein verdeckte Wirklichkeit wird im Bewusstsein unausweichlicher Endlichkeit als Bedrohung empfunden.

Zwar gehören solche Krisen zur natürlichen Gebundenheit des Menschen, aber gerade diese natürliche Gebundenheit und Vergänglichkeit wird nicht in ihren ganzen Dimensionen wahrgenommen, sondern der Option von Freiheit und Selbständigkeit untergeordnet. Begrenztheit und Relativierung des eigenen Selbst werden als Verhängnis empfunden, das schicksalhaft unausweichlich ist, aber eben als *drohende* Realität gedeutet und deshalb am liebsten geleugnet.

Das ist aber nur die eine, eher negative, Seite krisenhafter Erfahrungen. Auf der anderen Seite ist mit der Krankheit engstens die Sinnfrage verbunden. Wenn irgendwo die Grundfrage nach dem Sinn überhaupt noch gestellt wird, dann bricht sie an diesem Punkt auf. Im alltäglichen Leben des Durchschnittsmenschen spielt die Sinnfrage eine eher relative Rolle. Wir glauben zwar, in der realerlebten Welt viel Sinnlosigkeit ausgesetzt zu sein, die in den jeweiligen individuellen oder großpolitischen Situationen Überhand zu nehmen scheint, aber das führt gewiss nicht zur positiven Frage nach dem Sinn von Leben oder dem Sinn *meines* Lebens. Die funktionierende Gesellschaft lässt das auch aus systemimmanenten Gründen überhaupt nicht zu. Ganze Wirtschaftszweige leben ja

davon, dass die Menschen die Sinnfrage weitgehend eben nicht stellen. In Krankheit, Schmerz und aussichtslosem Leiden kommt in uns dagegen mitunter das nicht weiter reflektierte Gefühl hoch, meist in emotionaler Betroffenheit, dass das Leben u.U. „keinen Sinn mehr hat“, so eine immer wieder ausgesprochene Wendung, welche die ganze Hilflosigkeit zum Ausdruck bringt. Hier wird indirekt die Sinnfrage gestellt, wenn auch negativ beantwortet.

2. Individuum und sozialer Zusammenhang

Ein verantworteter Umgang mit Krankheit und Sterben muss - und das ist unabhängig von christlichen Lebensentwürfen - ein Verhältnis zu dieser Frage nach dem Sinn finden. Die Probleme, die wir im Umgang mit Kranken, Behinderten und Leidenden haben, liegen z.T. in der nicht oder nicht hinreichend gestellten Frage nach dem Sinn. Es gibt an defizitären Erscheinungen ja nicht nur die Stigmatisierung und Ausgrenzung, sondern auch die bloße „reale“ Wahrnehmung, die dann aber eine spezifische Form von Diskriminierung ist.

Krisenphänomene haben primär eine individuelle Entstehungsgeschichte und sind auf Überwindung angelegt. Diese wird dann aber kaum noch auf rein individuell-subjektiver Basis gelingen, sondern bedarf des sozialen Zusammenhangs, der dem Einzelnen Stabilität verleiht. Das machen uns ganz besonders solche Krankheiten deutlich, die immer wieder auf vermeintlich selbstverschuldete Ursachen zurückgeführt werden. In früheren Zeiten war es der soziale Zusammenhang, wo der Kranke, Schwache ganz einfach als solcher wahrgenommen wurde, eine selbstverständliche Basis, um mit dem Schwachen, Kranken und Sterbenden umzugehen. Zwar waren die Lebensmuster der Gesellschaft u.U. auch so strukturiert, dass der Betroffene mehr zum Objekt wurde als dass er in seinem Subjektsein wahrgenommen und gewürdigt wurde, aber in Fragen der aktiven Lebensgestaltung und in Fragen der bedrohlichen Krisen lag hier eine entscheidende Stütze (z.B. das Sterben in der realen Umgebung des gelebten Lebens).

Das ist grundlegenden Veränderungen unterworfen. Es ist sogar zu vermuten, dass der Mangel an sozialer Einbindung und die Tendenz zur Privatisierung heute zu einem Charakteristikum der Zeit geworden sind, welches das Krisenrisiko nur noch verschärft und die Bewältigung von Krisen erschwert.¹ Freilich sind Individualisierung und Privatisierung nur *eine* Seite heutiger Gesellschaftsproblematik. Die andere Seite wiegt vielleicht noch schwerer und bedingt möglicherweise die eine: es ist die kollektive Leistungserwartung und systemimmanente -forderung. Man wird mit der Annahme nicht weit gehen, dass der letztgenannte gesellschaftliche Lebenszusammenhang Krisenbewältigung noch mehr erschwert als die Individualisierungsproblematik, weil der Leistungsunfähige (nach gesellschaftlicher Definition) ständig überfordert wird, er einem Wertesystem ausgesetzt wird, welches das seine überhaupt nicht sein *kann* und das den Einzelnen in die Selbstentfremdung treiben *muss*. Eine Haben-Gesellschaft muss die „Begrenzungen des menschlichen Lebens, wie sie in Krankheit, Alter, Behinderung und Tod gegeben sind“,² ausgrenzen, *muss* Sinn und Ökonomie verbinden. Ausgrenzung ist deshalb nicht nur ein individueller oder Gruppenmechanismus, sondern auch eine Systemfrage. Die Frage ist, wo sich ein christlicher Deutungsansatz hier artikulieren kann.

3. Krise und Krisenbewältigung

Sicher gibt es nicht nur eine Krisenbewältigungsstrategie. Vorbereitend auf die Frage nach der Kompetenz des christlichen Menschen- und Lebensbildes seien die Möglichkeiten oder die Möglichkeiten von Krisenbewältigung in den Blick genommen:

Auszugehen ist von einem Ereignis, das als problematisch und als Einschnitt in den konkreten Lebenszusammenhang zu gelten hat, das eventuell einen Wendepunkt im Leben darstellt (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit usw.). Diese Erfahrung wird eingeschätzt, gedeutet, jedenfalls aufgenommen. Die Einschätzung wird sich, ist von Krise zu sprechen, als Herausforderung darstellen. Wenn ich eine bestimmte Auskunft erhalte, fühle ich mich u.U. spontan bedroht und gefährdet, vielleicht sogar

¹ Vgl. I. Baumgartner, Heilende Seelsorge in Lebenskrisen, Düsseldorf 1992, 21.

² Baumgartner, Seelsorge 22.

schuldig. Die Frage ist, wie ich damit umgehen kann. Hier kann z.B. der gesellschaftliche Zusammenhang greifen (s.o.). Der Einzelne hat aber auch selbst Möglichkeiten, mit der eigenen Krise oder auch der des Anderen umzugehen, er hat persönlichkeitsstrukturierende Anlagen, die ihm das Leben erleichtern oder erschweren, er steht vor so noch nie gestellten Fragen der Sinnfindung, der eigenen Kontrolle, des Selbstwertgefühls usw. Er ist einem Lebens- und Entscheidungsprozeß unterworfen, der für ihn völlig neu ist und für den er eine dementsprechend auch ganz neue Bewältigungskonzepte entwerfen muss. Hier tritt u.U. wieder der soziale Zusammenhang in Funktion, der produktiv oder kontraproduktiv wirken kann. Bewältigung kann - individuell - versucht werden z.B. rein emotional. Wir kennen aus der biblischen Literatur eine ganze Reihe von Texten, die den angesichts seines Elendes *klagenden* Menschen darstellen, der aber gerade in der Klage neue Stabilität findet (Psalm 22).

Bewältigung kann versucht werden in der Problemverleugnung bzw. Problemrelativierung oder bewussten oder unbewussten Problemverdrängung. Ich besetze das nicht zwangsläufig negativ. Ich weiß von einem Aids-infizierten Hämophilie-Patienten, der (mentalitätsbedingt) jeden Tag für sich sah, am Leben als solchem seine Freude hatte und jedenfalls nach außen hin erkennbar nichts weiter problematisierte. Bewältigung kann aber auch versucht werden durch Aktion und Engagement: Als Beispiel wären vom Sterben einem Mitmenschen Betroffene zu nennen, die, motiviert durch die eigene Erfahrung im Umgang mit einem Sterbenden aus der Familie, sich in größerem Zusammenhang für den Umgang mit Sterbenden engagieren (z.B. im Hospiz-Verein, auf Aids-Stationen usw.).

4. Die Bedeutung des Glaubens

Das sind nur einige Beispiele und Bewältigungszugänge, die sich wahrscheinlich vermehren ließen. In diesen Bewältigungsmechanismen spielt nun auch der Glaube mit seinen spezifischen Möglichkeiten eine wesentliche Rolle. Glaube ist also in der von mir gewählten Begrifflichkeit eine Form von Bewältigungskonzept oder -strategie, und zwar auf verschiedenen Ebenen: Sie bezieht sich auf den unmittelbar Betroffenen und auf den mittelbar Betroffenen. Allerdings ist die Bewältigungsstrategie „Glaube“ kein eindeutiger Mechanismus; auch der Glaube unterliegt einem Prozess und ist nicht einfach da, er unterliegt Gefährdungen und ist immer vom Verlust seiner selbst bedroht. Dass hier keine Zwangsläufigkeit auszumachen ist, zeigt sich schon daran, dass Glaubende in Krankheit und Todesnähe unterschiedlich reagieren, vielleicht genau so unterschiedlich wie Nichtgläubige. Aber das kann ich nicht sagen.

Es lässt sich nun die Frage stellen, wo die Kompetenz und das Bewältigungspotential des Glaubens liegt. Ich kann hier keine differenzierte Beschreibung geben, was Glaube sei, sondern meine - vielleicht etwas verkürzt - folgendes: Glaube - zumindest in christlicher Interpretation - an eine Wirklichkeit, die geschichtlich am Menschen Jesus real geworden ist und die (die Wirklichkeit) so ist, wie jener (Jesus) gehandelt hat. Es ist also nicht der anonyme Glaube an ein höheres Wesen o.ä., sondern die Ausrichtung auf eine geschichtliche Person gemeint, die erkennen lässt, wie diese Wirklichkeit sei, die Gott genannt wird. Von dem Grundgedanken her, dass der Mensch von dieser Wirklichkeit Gott her seine Bestimmung gewinnt, er sein Geschöpf ist bei aller Begrenzung, nimmt der Glaube den Menschen in seiner Krise wahr. Die Begrenzung, die dem menschlichen Selbstbewusstsein so sehr zu schaffen macht, wird hier im Prinzip nicht als Verhängnis gedeutet, sondern produktiv in die Option umgesetzt, dass der Mensch auf Erfüllung ausgerichtet ist und eine Zukunft hat, die über seine Gegenwart hinausgreift, die aber an der Gegenwart nicht vorbeigeht. Urbild dieser Grundbestimmung ist wieder die Person des Jesus v. Nazaret, mit dem der Glaube verbunden wird, dass er über diese Welt hinaus ist (Auferstehung), aber gleichzeitig verbürgt, dass die Erinnerung an ihn der Welt ein neues Gesicht zu geben vermag.

Inwiefern kann dieser Glaube also zum Inhalt von "Bewältigungsstrategie" werden? Es wird vielleicht aufgefallen sein, dass ich mit dem Glauben nicht in erster Linie die Perspektive des Lebens nach dem Tod verbunden habe. Das ist gewiss eine wichtige Option des Glaubens, die mit dem erwähnten Zukunftsaspekt zu verbinden ist, aber das ist nicht das *primäre* Krisenbewältigungsinstrument. Hier spielen andere Assoziationen eine vielleicht bedeutendere Rolle, die auf die *gegenwärtige* Erfahrung gerichtet sind. Von ihnen ist in erster Linie zu reden:

5. Jesus von Nazaret – Stigmatisierung und Identitätsstiftung

Der Jesusglaube rückt einen stigmatisierten Menschen, nämlich Jesus, in den Mittelpunkt. Über ihn wird von seinen Zeitgenossen mehr diskriminierend gesagt, er sei ja nur der Sohn des Zimmermanns, sogar seine eheliche Herkunft sei zweifelhaft. Er sei aus Nazaret, und was könne da schon Gutes herkommen - wobei zu berücksichtigen ist, dass der galiläische Norden Israels als ganzer sozial und gesellschaftlich seit Jahrhunderten von Juden wie von Griechen und Römern diskriminiert bzw. unterdrückt war. Das ist insofern von Interesse, als sich damit für den Glauben die Vorstellung verbindet, dass Gott sich im Menschen Jesus mit dem Diskriminierten und Verachteten identifiziert und aussprechen lässt. Einem Menschen, der angesichts seiner eigenen physischen und psychischen Bedrohung unter Identitäts- und Sinnverlust leidet, wird hier die Möglichkeit zu neuer Identitätsfindung gegeben, weil er im so strukturierten Glauben die Kraft finden kann, gegen den Trend zu existieren, und zu neuer Sinnfindung und zu neuem Selbstwertgefühl zu kommen.

Eine vergleichbare, aber doch andere Ebene von Glaube als Bewältigungsstrategie spricht die Erinnerung an Jesus, den *Hingerichteten*, an. Das Kreuz des Hingerichteten entspricht so wenig der durchschnittlichen Erwartung des Göttlichen und ist so sehr eine Konsequenz der Diskriminierung, dass es (das Kreuz) nach verlorener Identität zu einer neuen führen kann, also die Grundlage für Krisenbewältigung abgibt. Auch hier spricht der Identifizierungsfaktor eine Rolle: Wenn Gott sich mit dem Gekreuzigten identifiziert, steht er auch zu den vom Kreuz betroffenen Menschen. Vom Kreuz betroffen fühlt sich aber im Grunde jeder in seiner realen Erfahrungswelt. Von dieser Grunderfahrung her ist es schon zu verstehen, dass die Nachfolger des Hingerichteten zu einer neuen sinnstiftenden Sammlungsbewegung wurden, von diesem Bezug her ist Krise potentiell zu bewältigen. Dass Jesus selbst auch angesichts des Todes seinen Wahrheitsanspruch nicht aufgegeben hat, kann den stabilisieren, der sich als Außenseiter mit ihm verbunden fühlt. Ich möchte es bei diesen beiden Beispielen im Interesse des Gesprächs belassen. Um es noch einmal zu unterstreichen: Der Glaube als Bewältigungskonzept ist deshalb so wichtig, weil er die Option auf das „Über-sich-selbst-Hinaus“ des Menschen entwirft und die adäquate Antwort auf die Sinnfrage ist, ohne aber an der Realität des Lebens vorbeizugehen. Der Glaube fragt deshalb auch im Grunde nicht nach der Ursächlichkeit für die Krankheit; streng genommen ist die sog. Theodizeefrage, also die Frage, warum Gott die Krankheit zulässt, auch keine Frage des Glaubens, sondern eher der Verzweiflung.

Man wirft den gesellschaftlichen Vertretern des christlichen Glaubens mitunter vor, sie sagten viel über Gott, das Jenseits und die lebensferne Moral, aber wenig über den Menschen und seine real erfahrene Welt. Ich glaube zwar nicht, dass man damit den Vertretern der Glaubensinstanzen ganz gerecht wird, aber mir scheint doch unübersehbar, dass die radikale Weltzuwendung des von Jesus her ausgelegten Gottes in der Praxis der Verkündigung oft zu kurz kommt. Eine Vertröstungsreligion ist der christliche Glaube nie gewesen, und auch der Satz Jesu: „Selig seid ihr Armen, denn euch gehört das Reich Gottes“ lässt sich nicht dahingehend missverstehen. Richtig ist aber doch und vom Christen auch zu betonen, dass das christliche Menschenbild mit der Ausrichtung des Menschen über seine Gegenwart hinaus verbunden ist.

Ich habe bisher vom kranken, krisengeschüttelten und ausgegrenzten Menschen her gedacht, der angesichts erfahrener Bedrohung auf der Suche nach dem Leben und seiner eigenen Identität ist. Ich möchte nun die Frage aufgreifen, was sich christlich zum Umgang des scheinbar Gesunden mit dem Kranken und Bedrohten sagen lässt:

6. Umgang mit dem defizitären Menschen

Ich hatte darauf hingewiesen, dass Jesus selbst angesichts seiner Herkunft, in seiner Predigt, vor allem aber im Schmachttod des Kreuzes die Rolle des Ausgegrenzten eingenommen hat. Für den christlichen Umgang mit Krankheit und Tod ist, wenn das Handeln aus dem Glauben begründet werden soll, die Rückfrage nach Jesus weiterführend, der, wie gesehen, als Stigmatisierter, aber auch durch sein Verhalten dem Betroffenen tatsächlich neue Identität vermitteln *kann*. Hier ergibt sich m.E. eine Entsprechung zwischen der eben beschriebenen Bewältigungsstrategie und der Begründung der Zuwendung zum Kranken und möglicherweise Ausgegrenzten. Die vom christlichen Menschenbild wahrgenommene Begrenztheit und Gebrochenheit des Menschen entzieht jedweder Qualifizierung des Menschen durch Menschen den Boden, sondern erfordert im Gegenteil die gemeinsame Suche nach

neuer Identität unabhängig von physischer und psychischer Konstitution. Es gibt das schöne Jesuswort, das besagt, dass Gott seine Sonne aufgehen lässt über Bösen und Guten und dass er regnen lässt über Gerechten und Ungerechten. Dieses Wort will die Qualifizierung "Gerechte-Ungerechte" als solche ad absurdum führen, indem es die Definition von „gut“ und „böse“ allein Gott überlässt und dem Menschen verbietet. Etwas überspitzt ausgedrückt behauptet Jesus, dass es die Gerechten und Guten überhaupt nicht gibt: „Nicht zu den Gesunden bin ich gekommen, sondern zu den Kranken“ - wobei „gesund“ und „krank“ hier metaphorisch zu verstehen ist.

Von dieser Grundeinsicht her ist es zu verstehen, dass Jesus sich primär den Stigmatisierten seiner Zeitgenossen zuwendet. Die Kritik an den Projektionen seiner Zeit veranlasst ihn, seinen Widerspruch verstehbar zu machen, und das ist nur auf dem Wege der provokanten Zuwendung zu den Außenseitern möglich. Das Johannesevangelium, eine relativ späte, aber in Grundzügen wohl recht zutreffende Jesusinterpretation, berichtet davon, Jesus sei einem Blinden begegnet und seine Jünger hätten ihn gefragt, ob der Blinde selbst gesündigt habe oder seine Eltern, so dass er blind geboren worden sei. Jesus habe den Blinden sehend gemacht, und dann sei die Diskussion über Sünde und Sünder auch auf Jesus selbst ausgeweitet worden (Joh 9). In der Antike gehört die Begründung von Krankheit und Behinderung in persönlicher Schuld zum gewohnten gesellschaftlichen Instrumentarium, nicht immer und überall, aber dieses Instrumentarium ist sicher verbreitet. Auf die Einzelheiten des Textes brauche ich hier nicht einzugehen, aber überdeutlich ist die Kritik Jesu an den gesellschaftlichen Konventionen und Projektionen. Nicht die Frage, woher der Status des Blinden zu begründen ist, ist entscheidend, sondern die Möglichkeit für den Blinden, seine Identität zu leben. Diese Möglichkeit neuer Identität ist nun aber nicht nur eine Sache der Beziehung zwischen Jesus und dem Kranken, sondern vor allem zwischen dem Kranken und seiner Umgebung, denn gerade hier wird der Identitätsverlust des Stigmatisierten am handgreiflichsten, wenn darüber diskutiert wird, ob er selbst Schuld trage oder seine Vorfahren, er selbst als Person in seiner Würde aber überhaupt nicht vorkommt.

Wir werden heute die mit Jesus verbundenen Wundererzählungen in ihrem erzählten Hergang mit einiger Skepsis betrachten. Eine eher kritische Sicht des Wunderglaubens ist das Ergebnis der Aufklärung und nicht der schlechteste Effekt der geistesgeschichtlichen Entwicklung des 18./19. Jahrh. Aber lassen wir das einmal einfach auf der literarischen Ebene, unabhängig von der historischen Frage, denn es handelt sich hier ja immerhin um eine *Jesusinterpretation*, deren Basis eben Jesus selbst ist. Und hierbei ist auffällig, dass das Ergebnis der Zuwendung Jesu zum Hilflosen nicht nur die Heilung als solche ist, sondern vor allem der Zuspruch eigenen Selbstwertgefühls, die Befreiung von der Fremdbestimmung als Objekt und der Zuspruch eigener Subjekthaftigkeit. Das aber kann wiederum nur gelingen, wenn der Mensch konsequent in seiner Realität erfasst und ernstgenommen wird, wird doch in seiner bedrohten Realität der Prozess, der zu ihr geführt hat, sekundär. Im Anschluss an den Nazarener kann es christlich gesehen nur um den Menschen als solchen in seinem Lebenszusammenhang gehen, ohne Bedingung - übrigens eine der bahnbrechenden Einsichten des Urchristentums. Gerade in der christlichen Verhältnisbestimmung zur Krankheit und den von der Krankheit Betroffenen scheint mir das besonders vordringlich zu sein. Dass z.B. Mitte der 80er Jahre die Hämophilieverbände nicht viel früher an die Öffentlichkeit gegangen sind und nicht eher auf das Dickicht von verfehlter Politik und Geschäftsinteressen der Pharmaindustrie aufmerksam gemacht, ihre Situation gesellschaftlich diskutiert haben, scheint mir nicht zuletzt darauf zurückzuführen zu sein, dass die Sorge vor der öffentlichen Stigmatisierung zu groß war und produktive Kräfte gelähmt hat.

Nun wird kaum einer ausgrenzen *wollen* und den Erkrankten diskriminieren *wollen*. Aber das ist nicht die Frage. Die Frage ist, inwieweit wir das *faktisch tun*. Damit möchte ich auf den Beginn noch einmal zurückkommen. Ich hatte darauf hingewiesen, dass der Einzelne in seiner Krisenbewältigung weithin überfordert ist und des gesellschaftlichen Zusammenhangs bedarf. Ich hatte deutlich zu machen versucht, dass bei allen Defiziten früherer Gesellschaftsstruktur doch Lebensmuster vorgegeben waren, die ihm eine beträchtliche Stabilität vermittelten. Das leistet offensichtlich das gegenwärtige gesellschaftliche Lebensmodell nicht mehr, im Gegenteil: mit seinem Wertesystem wirkt es geradezu kontraproduktiv. Wenn sich der Sinnhorizont allein von äußerer Leistung und dem ökonomisch Rationellen herleitet, oder theologisch gesprochen: wenn die Beheimatung aus der vielleicht

unbewusst erlebten Annahme durch Gott mit der Beheimatung aus Leistung und Ökonomie vertauscht wird, ist das, was wir Stigmatisierung nennen, fast unausweichlich, ohne dass man es eigentlich will. Hier liegt die Handlungsmöglichkeit für jene Glaubensorganisationen, die sich vom Programm Jesu von Nazaret herleiten und sich seiner Praxis verpflichtet fühlen. Ihre Aufgabe ist es, mit der Maxime der Umwertung der gelebten Werte die Gesellschaft zu konfrontieren und ihr bewusst zu machen, dass sich ihr Wertesystem ohnehin totläuft und von einer anderen Sinn- und Lebensdefinition kritisieren lassen muss. Damit müssen die Kirchen freilich beginnen und so zur ernstgenommenen Herausforderung für Politik und Gesellschaft werden.

Vortrag

Thomas Nussbaum

Stationsleitung Intensivstation - Medizinische Poliklinik – Bonn

Das Thema des heutigen Abends ist sehr facettenreich und lässt sich aus vielen verschiedenen Perspektiven betrachten. So kann man es aus Sicht der betroffenen Patienten oder aus Sicht der anderen, z.B. deren Angehörige ansehen.

Aspekte wie Umwelt, (Lebens-)Erfahrungen, gesellschaftliche Rahmenbedingungen, soziale Herkunft und damit verbundene Bildung, die eigene Lebensführung und genetische Faktoren - um nur einige zu nennen - können bei der Entstehung von Krankheiten eine Rolle spielen.

Es gibt viele verschiedene Definitionen zu den Begriffen Gesundheit und Krankheit, die sich zum Teil sehr stark voneinander unterscheiden, zum Teil aber auch nur in Nuancen voneinander abheben. (Anm. der Redaktion: s. unter „ergänzende Materialien“: Definitionsversuche).

Ich beziehe mich hier auf die Definition der WHO von 1946, wonach die Gesundheit als ein Zustand **vollkommenen** körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens beschrieben wird und nicht allein als Fehlen von Krankheit und Gebrechen.

Man könnte auch umgekehrt formulieren:

Krank kann ein Mensch bereits dann sein, wenn er sich nicht in einem Zustand **vollkommenen** körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens befindet. Danach wären wohl die meisten Menschen krank, denn das Ideal des **vollkommenen** Wohlbefindens ist nur schwer erreichbar, aber dennoch fühlen sich diese Menschen nicht krank

Trotzdem ist diese Definition meines Erachtens sehr hilfreich, weil sie den Blick dafür schärft, dass eine objektive Krankheitsdiagnose zu individuell sehr unterschiedlichem Krankheitserleben führen kann und sich ein Mensch auch dann krank fühlen kann, wenn es keine objektivierbare Diagnose gibt. Gleichzeitig erlaubt die Definition, Krankheit und Gesundheit als Pole eines Kontinuums zu betrachten und den Focus von der Frage "was macht uns krank?" zu der Frage "was macht und erhält uns gesund?" weiter zu entwickeln. ("*salutogenetischer Ansatz*").

In unserer humanistisch geprägten Kultur gilt das allgemein anerkannte Prinzip der Selbstverantwortung. Sozialstaatskritiker z. B. verwenden es immer wieder, um die Notwendigkeit von Sozialstaatsabbau argumentativ zu untermauern.

Aber auch in ganz normaler zwischenmenschlicher Kommunikation – so auch innerhalb meiner Profession (zum Glück aber sehr selten) - wird der Begriff der Selbstverantwortung im Sinne von Schuldzuweisungen genutzt und nach dem Motto missbraucht: Der ist doch für sich selbst verantwortlich; der hätte doch nicht sein ganzes Leben Alkohol trinken müssen; an seinem Schicksal ist er daher doch selber schuld.

Bei diesen plakativen Argumentationsketten werden andere Prinzipien unserer Gesellschaft wie selbstverständlich unterschlagen wie z. B.:

- Verantwortung jedes Mitglieds der Gesellschaft für die Gesellschaft, Verantwortung für das Gegenüber, das Solidaritätsprinzip ,
- Die Verantwortung der Gesellschaft für seine Mitglieder

Gleichzeitig wird die Komplexität von Krankheitsentstehung vollkommen außer Acht gelassen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen und des Hebammenwesens, kurz "Der Deutsche Pflegerat", in dem alle Pflegeorganisationen Deutschlands zusammengeschlossen sind, hat am 04. 01. 2004 eine Berufsordnung beschlossen, die für alle Mitglieder verbindlich ist.

In dieser Berufsordnung ist im §2 II Folgendes festgelegt:

"Professionell Pflegende üben die Pflege ohne Wertung des Alters, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, des Glaubens, der Hautfarbe, der Kultur, der Nationalität, der politischen Einstellung, der Rasse oder des sozialen Status aus."

Für professionell Pflegende verbietet sich somit eine Haltung, die sich in vorangehender plakativer Argumentation widerspiegelt. Der Inhalt des § 2 II der Berufsordnung ist eine weltweit anerkannte berufsethische Grundhaltung unserer Profession.

Der International Council of Nurse (kurz ICN) hat die komplexen Aufgaben der Pflege in vier Aufgaben zusammengefasst:

- Krankheit verhindern
- Gesundheit fördern
- Leiden lindern
- beim Sterben begleiten

Auch hier wird das Thema Schuld und Schuldzuweisung nicht angesprochen.

All dies nützt den Patienten nichts, die sich selbst die Schuld für ihre Krankheit geben oder die von anderen Schuldgefühle eingeredet bekommen oder die Krankheit als Strafe Gottes für begangene Sünden empfinden ...

Schuldgefühle sind für sich genommen zunächst einmal eher destruktiver Natur, zumindest dann, wenn daraus nichts anderes positives erwächst.

Nicht unbegründet spricht man von "Der ist von Schuldgefühlen zerfressen" oder "Der verzehrt sich vor Schuld"

Die oben beschriebene berufsethische Grundhaltung ist unabdingbare Voraussetzung für die Aufgabe von professionell Pflegenden, die Pflege einfühlsam, authentisch, wohlwollend und reflektierend zu bewältigen.

Aufgabe von Pflegenden in diesem Kontext ist, Patienten mit Schuldgefühlen dabei zu helfen, Einsichten zu entwickeln, die dazu beitragen, mit ihrer Krankheit konstruktiv umgehen zu lernen, um

- diese zu bewältigen
- zu akzeptieren
- sich mit der Krankheit oder Behinderung zu arrangieren
- wieder Gesundheit zu erlangen
- oder – falls die Erkrankung zum Tode führt – Wege zu finden, mit dem Leben abzuschließen um in Frieden sterben zu können.

Ein Mensch, der in Frieden mit seinem Leben abschließen kann und in diesem Frieden sterben kann, kann durchaus in einem tieferen Sinn als gesund betrachtet werden.

Vortrag

Gabriele Müller

Patientin

Ich bedanke mich herzlich für die Einladung zum heutigen Abend.

Zuerst möchte ich mich Ihnen kurz vorstellen:

Mein Name ist Gabriele Müller, ich bin 49 Jahre alt und seit 1999 chronisch krank. Ich leide an einer rheumatischen Erkrankung, die im vergangenen Jahr leider wegen zunehmender Verschlechterung des Krankheitsverlaufs zur vollen Erwerbsunfähigkeitsberentung geführt hat.

Meine Krankheit hat mein Leben somit erheblich verändert und auch viele meiner Lebensperspektiven zerstört.

Ich hatte immer die Sonne im Herzen, und es war mir schon ziemlich bald klar, dass ich mir „meine Sonne“ auch durch diese Krankheit nicht auslöschen lassen wollte, komme was mag!.

Inzwischen weiß ich, dass meine positive Lebenseinstellung entscheidend dazu beigetragen hat, dass ich mit meiner Krankheit sehr viel besser umgehen kann und dass diese Einstellung auch meinen Krankheitsverlauf günstig beeinflusst!

Nicht umsonst sagt der Volksmund: „Optimisten leben länger!“

Natürlich habe ich mich mit vielen Fragen auseinander setzen müssen, unter anderem auch mit der Frage: „WARUM“?

Ich bin für mich zu dem Schluss gekommen, dass das „WARUM“ nicht beantwortet werden kann, diese Frage wird immer offen bleiben! Aber das „WARUM“ ist für mich heute auch gar nicht mehr so entscheidend, viel wichtiger ist die Frage „WIE“ für mich geworden:

WIE geht es mir heute, WIE werde ich mit meinen Anforderungen fertig, WIE reagiere ich auf Verschlechterung, WIE vertrage ich die Medikamente, WIE gehen meine Mitmenschen mit meiner Erkrankung um, aber auch manchmal: WIE geht es weiter?...

Diese Liste ließe sich noch unendlich fortsetzen. Wesentlich ist: auf diese Fragen habe ich Einfluss, und sie lassen sich auch beantworten, sie führen mich also weiter.

Krankheit und Schuld:

Woher kommt meine Krankheit ?

Die eigentliche Ursache meiner Krankheit ist unbekannt, teilweise ist sie familiär bedingt. Teilweise werden auch bakterielle Infekte als Auslöser diskutiert, oder auch schwerwiegende Lebensereignisse: Trauer, Tod eines nahestehenden Menschen, oder andere Schocksituationen.

Bin ich selber schuld durch meine Lebensweise ?

Sicher begünstigt eine ungesunde Lebensweise, oder auch Stress das Auftreten von Krankheiten und kann somit als Auslöser angesehen werden. Andererseits erkranken, ja sterben sogar auch Menschen, die stets einen gesundheitsbewussten Lebenswandel geführt haben. Das alleine kann es also nicht sein.

Ist meine Krankheit ein unerklärliches und unumgängliches Schicksal ?

Ich denke schon, dass ich meine Krankheit nicht durch irgendein Verhalten hätte verhindern können, somit ist sie schon so etwas wie „mein unumgängliches Schicksal“. Aber es liegt auch an mir, was ich aus diesem „Schicksal“ mache, wie ich damit umgehe. Mein Weg ist sicherlich nicht, mich diesem Schicksal zu unterwerfen!

Ich habe das Glück, dass ich meine Krankheit als zu mir gehörend annehmen kann, ja fast wie einen „Freund“, der zu mir und meinem weiteren Leben gehört, der mir nicht wieder von der Seite weichen wird. Meine Krankheit wird immer die „erste Geige in meiner Lebensmelodie spielen“!

Ich habe in den acht Jahren meiner Erkrankung aber auch gelernt, meine Krankheit als Chance anzusehen. Meine Krankheit eröffnet mir auch Tore, die sich ohne sie niemals für mich geöffnet hätten:

- Ich nehme Vieles nicht mehr als so selbstverständlich hin,
- bin sehr viel genauer und feinfühlicher, vor allem aber auch dankbarer geworden. Dankbar dafür, dass ich diesen Weg für mich gefunden habe, dankbar für meine Zufriedenheit, dankbar für liebe Mitmenschen, die immer dann da sind, wenn ich sie brauche, für die Natur, für die Musik, für glückliche Ereignisse, für alles was mich erfreut und mir gut tut.
- Nicht zuletzt habe ich durch die Gründung und Leitung einer Selbsthilfegruppe für Rheumakranke eine neue Aufgabe und einen neuen Lebensinhalt gefunden.

Aus meinem Glauben bestärkt nehme ich meine Krankheit als meinen Lebensweg an, der für mich vorbestimmt ist. Aber ich bin auch überzeugt, dass ich nicht mehr aufgebürdet bekomme, als ich auch tragen kann. Das kann ich aber nur aus einem tiefen Vertrauen heraus sagen, das mir schon zu Kindeszeiten mit auf den Weg gegeben wurde, durch meine Eltern in unserer Familie, aber auch durch meine Lehrer in der Schule und durch andere Bezugspersonen.

Als Strafe habe ich meine Krankheit noch nie angesehen, denn ich glaube nicht, dass es einen Grund gibt für solch eine Strafe!

Auch denke ich, dass das nicht so einfach ist, wie wir Menschen oft denken! Vielmehr glaube ich, dass ich an dieser Situation wachsen kann - und ein Stück weit auch muss - Geduld, Mut, Kraft, Stärke und Durchhaltevermögen zu üben.

Für mich ist der Glaube ein ganz wichtiger Prozess im Leben mit meiner Erkrankung, ohne meinen Glauben könnte ich meinen oft schweren Weg sicherlich nicht gehen. Durch diesen Glauben fühle ich mich auch getragen.

Ergänzende Materialien

Definitionsversuche von Krankheit

Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die Gesundheit wird in der Verfassung der WHO definiert als ein Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet. Dieser Gesundheitsbegriff wurde durch das Konzept der Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta von der WHO 1986 weiterentwickelt. Darin wird postuliert, dass zur Erreichung dieses Zustandes sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne wird Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens verstanden und nicht als vorrangiges Lebensziel.

Lexikon: Medizin, Ethik, Recht:

Krankheit ist eine körperliche oder seelische Erscheinung, die vom Leidenden, dem Arzt und der Gesellschaft erlebt und beurteilt wird und den Wunsch nach Heilung entstehen lässt.

Jacob von Uexküll - Philosoph und Biologe (1864-1944)

„Es gibt nur psychosomatische Krankheiten“ - „Die Vorstellung des Körpers als einer komplizierten Maschine spielt leider bis heute noch in der Medizin eine vorrangige Rolle. Krankheit wird dabei als Störung infolge eines exogen oder endogen verursachten Schadens betrachtet, den man mit diagnostischen Maßnahmen lokalisieren und dann beseitigen oder wenigstens teilweise reparieren kann“

Heinrich Pompey, Prof. der Pastoraltheologie und Pastoralpsychologie

Die mono-kausalen Vorstellungen der Entstehung von Krankheit sind in der medizinischen Wissenschaft seit langem überholt, z. B. die Ansicht, dass eine Krankheit nur eine Erregerursache haben muss. Unbestritten liegt in den meisten Krankheitsfällen eine sogenannte multi-kausale Pathogenese (= Erkrankungsursache) bzw. eine multi-effektionale Noxe (= Erkrankungsauswirkung) vor, die neben naturwissenschaftlich erfassbaren Ursachen auch gesellschaftlich-soziale wie psychisch-charakterologische Krankheitsfaktoren enthält.

Verena Kast, Professorin der Psychologie:

Körper, Geist und Seele wirken zusammen, stehen in einem dynamischen Gleichgewicht. „Dieses Gleichgewicht geht immer wieder verloren und muss auch immer wieder neu gefunden werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass jeder lebendige Mechanismus die Tendenz hat, sich wieder auf einen Gleichgewichtszustand zurückzuorganisieren. **Gesundheit** ist, so gesehen, dynamisches Gleichgewicht, **Krankheit** dynamisches Ungleichgewicht, Übergangsphase, an deren Ende ein vollkommen neues Gleichgewicht zustande kommen soll. Dabei beinhaltet dieses Gleichgewicht nicht notwendigerweise das, was wir üblicherweise unter Gesundheit verstehen. Auch das Akzeptieren dieser Krankheit und des bevorstehenden Todes kann zu einem Gleichgewicht führen.“

(Verena Kast: Der schöpferische Sprung. Vom therapeutischen Umgang mit Krisen, S. 106)

Krankheits- und Sterbeprozesse betreffen den ganzen Menschen

die 4 Dimensionen

die soziale Dimension

- * Ich möchte möglichst zu Hause bleiben dürfen - werde ich dort zur Belastung ?
- * Wie werden sich meine Beziehungen gestalten ?
- * Ich wünsche mir Helfer, die stark genug sind, aber auch offen sind, ihre kraftlosen Augenblicke mit mir zu teilen.
- * Kann ich meinen Helfern vertrauen ?
- * Werden sie meine Wünsche ernst nehmen ?
- * Kann ich mich noch irgendwie nützlich machen ?
- * Habe ich noch Zeit, unerledigtes zu erledigen, Missglücktes in Beziehungen zu bereinigen ?
- * Wer spricht für mich, wenn ich selbst nicht mehr gefragt werden kann ?
- * Werde ich auch im Sterben mit Würde behandelt ?
-

die physische Dimension

- * Wie wird sich meine Krankheit weiterentwickeln ?
- * Was wird mit meinen Schmerzen sein – können die Ärzte sie einschränken bzw. ganz verhindern ?
- * Wie eingeschränkt werde ich weiterleben müssen ?
 - körperliche Beeinträchtigungen
 - geistige Beeinträchtigungen
- * Kann ich es zulassen, dass Angehörige / Pflegekräfte mich bei der Versorgung berühren ?
- * Welche Behandlung möchte ich und wo möchte ich eine Grenze ziehen ?
- * Werde ich über meine Erkrankung wahrhaftig aufgeklärt ?
- * Wird wirklich alles mögliche für meine Gesundheit getan ?
- * Habe ich alle möglichen Konsultations- und Behandlungsangebote genutzt ?
-

die psychische Dimension

- * Wie kann ich mit der Abhängigkeit von anderen umgehen?
- * Wie verkrafte ich Einschränkungen ?
- * Kann ich mich selbst noch annehmen ?
- * Werden mich die anderen verstehen, wenn ich wütend, niedergeschlagen oder depressiv bin ?
- * Kann ich den Kontakt zu meinen Kraftquellen, zu meinen Hoffnungen erhalten ?
- * ... vielleicht geschieht noch ein Wunder / wird doch noch etwas gefunden, was mir hilft...
- * Wenn ich aber sterben muss, kann ich das annehmen ?
- * Können dies dann auch meine Angehörigen ?
- * Werde ich noch Zeit haben, auf mein Leben in Ruhe zurückzublicken ?
- * Kann ich mich in Bezug zu Äußerlichkeiten (unerledigte Dinge) und Innerlichkeiten (Tod annehmen) auf den Tod vorbereiten ?
-

die spirituelle Dimension

- * Wie kann Gott es zulassen, dass ich so krank bin, dass ich jetzt schon sterben muss ?
- * Ich möchte noch jeden Tag bewusst erleben dürfen.
- * Werden andere für mich beten ?
- * Kann ich mich daran festmachen, dass es Gott gibt, dass er mich begleitet, dass Beten hilft ?
- * Kann ich darauf vertrauen, dass es ein Leben nach dem Tod gibt ?
- * Wird es jemanden geben, mit dem ich über meine Zweifel und meinen Glauben sprechen kann ?
- * Kann ich aus den Riten und Zeichen der Kirche Kraft schöpfen ?
- * Was ist mit den vielen Berichten zu Nahtodeserfahrungen ?
- * Was ist mit den Vorstellungen von Himmel und Hölle ?
-

Salutogenese

„Wie entsteht Gesundheit?“

Die Hauptthese von Antonovsky (Aaron Antonovsky - * 1923 in Brooklyn, New York, 7. Juli 1994 in Beersheba, Israel - war Professor der Soziologie und wird als der Vater der Salutogenese betrachtet) ist, dass das Kohärenzgefühl als Kern der Frage „Wie entsteht Gesundheit?“ gesehen werden muss.

„Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“(1)

Antonovsky sieht dieses Gefühl, das direkt übersetzt Kohärenzsinn (sense of coherence) heißt, als eine von außen bedingte, bis zu einem Alter von ca. 25 Jahren weitgehend abgeschlossen entwickelte Disposition an. Die Infrage-Stellung dieser Aussage ist in der Fachliteratur inzwischen weitgehend abgeschlossen. Erstens ist eine Veränderung und Entwicklung des Kohärenzgefühls demnach in jedem Lebensalter möglich. Zweitens entwickelt sich der Kohärenzsinn weniger von außen, sondern steht in einem engen Zusammenhang mit Merkmalen der Persönlichkeit, die entweder angelegt sind oder gezielt gefördert werden können.

Gesundheit und Krankheit sind für Antonovsky sowohl von Subjektivität geprägte Erlebnisse als auch von objektiven Faktoren bedingte Zustände, deren Ausprägung auf Gesundheits-Krankheits-Kontinuen gedacht werden kann. Ein solches Kontinuum könnte zum Beispiel zwischen den Polen des Funktionierens und Nicht-Funktionieren gespannt werden. Je mehr funktionierende Anteile ein Mensch enthält, desto wahrscheinlicher wird er sich auch gesund fühlen. Letzteres ist wiederum von anderen Eigenschaften abhängig, z. B. der Qualität des Kohärenzgefühls/Kohärenzsinn. Jeder kann theoretisch zu einem beliebigen Zeitpunkt auf einem Kontinuum lokalisiert werden und ist damit nicht entweder gesund oder krank, sondern mehr oder weniger gesund.

Antonovsky zieht aus der physikalischen Erkenntnis über Entropie und den allgemeinen Erfahrungen hierzu den Analogieschluss, dass auch ein lebender Organismus, der ja Zeit seines Lebens Energie freisetzt, permanent der Gefahr von Unordnung ausgesetzt ist und nicht nur gelegentlich oder in besonderen Situationen. Diese Auffassung steht im Gegensatz zum pathogenetischen Modell, das von der Homöostase (einem selbstverständlich gegebenen Fließgleichgewicht) ausgeht. Dahinter verbirgt sich die Vorstellung, dass der Mensch in einer inneren und äußeren Stabilität leben würde. Dies sei der Normalzustand des Menschen, und die Krankheit sei lediglich an das unglückliche Zusammentreffen bestimmter Faktoren gebunden. Bei dieser Auffassung besteht die Gefahr, dass in verkürzter Weise zurückgeschlossen wird, dass Gesundheit durch das Entfernen krankmachender Faktoren, die man als atomistische Teile verstehen kann, sozusagen garantiert sei. Das salutogenetische Modell ist dagegen der Idee der Heterostase verpflichtet, der Meinung, dass sich der Mensch wesentlich im Ungleichgewicht bewegt. Der fehlenden Garantie dieser Stabilität, die durch permanenten Energieaufwand gefährdet ist, setzt Antonovsky einen starken Kohärenzsinn entgegen, der als Energie-Regulativ so organisiert ist, dass innen und außen höhere Ordnung entsteht.

Ein weiterer Analogieschluss, den Antonovsky aus dieser Theorie zieht, besteht also darin, dass der Mensch wie auch alle lebenden Systeme entgegen dem Trend zur permanenten Erhöhung der Entropie ein höheres Ordnungs-/ Komplexitätsniveau erstrebt. Es verwundert also nicht, wenn sich die Menschen mit der Annahme der salutogenetischen Philosophie schwer tun, denn Leben als Ausdruck höchster Ordnung ist als natürlicher Vorgang schon in sich eine (beinahe) unlogische, zumindest im Zuge der Entropieentwicklung nicht-lineare Erscheinung.

Salutogenese versus Pathogenese

In der Pathogenese wird das Krankheitssymptom (Kopfschmerz) beschrieben und „bekämpft“.

Nach Heinz Strauss wird in der Salutogenese nicht der Leidensweg einer Krankheit betont, sondern der Gesundheitsaspekt des Symptoms. Kopfschmerz ist in dieser Sicht ein Warnsignal. Der Körper macht somatisch darauf aufmerksam, dass etwas nicht in Ordnung ist. Die Verspannung ist danach nicht die Ursache, sondern auch nur ein Symptom. Als Auslöser ließe sich zum Beispiel Stress herausfinden. Damit ist aber immer noch nicht die Ursache gefunden. Diese ließe sich beispielsweise in einer psychologisch gesehenen rigiden (zwanghaften) Charakterstruktur finden.

Eine Metapher soll das näher erläutern. Dampf–Wasser–Eis beschreibt den gleichen Stoff in verschiedenen Aggregatzuständen. Die Moleküle befinden sich im losen–flexiblen–verhärteten Zueinander. Übersetzt in psychologische Zustandsbeschreibungen: psychotisch–flexibel–zwanghaft (anankastisch). Die Gegenpoligkeiten (Dampf und Eis) sind jeweils rigide Verhaltensstrukturen. Wegen des extremen Aggregatzustandes würde das Wasser (das Verhalten, die Verspannung) salopp gesagt, als solches nicht entsorgt, wie in der Pathogenese beispielsweise mit verspannungslösenden Kopfschmerztabletten.

In der Sichtweise der Salutogenese wird der Kopfschmerz als ein Hinweis verstanden, der eine Chance bietet, um zur flexiblen Mitte zurück zu gelangen. Rigiditäten können also Teil von zu heilenden psychischen Verhaltensstrukturen sein, an denen Helfer anknüpfen können. Wird der Kopfschmerz jedoch durch ein Medikament aufgehoben, ist kein Signal (Hinweis) mehr zur Heilung gegeben. Bildlich ausgedrückt: Statt das Feuer zu bekämpfen, wurde der Brandmelder abgeschaltet.

In der Salutogenese wird also der Hauptmerk auf den „Gesundungsweg“ gelegt, zu dem Symptome Hinweise geben können. Damit kann ggfs. sogar eine Stärkung der Ressourcen erreicht werden, mit denen sich der Mensch auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum mehr in Richtung Gesundheit bewegen kann.

Süddeutsche Zeitung vom 22.10.2007

Krebs trifft auch die Glücklichen - Werner Bartens

Traurige und stille Menschen erkranken eher an Krebs? Sind irgendwie selber schuld? Eine Studie räumt mit diesen Vorstellungen auf. Gründlich.

Norman Mailer glaubte zu wissen, was er tun musste, um gesund zu bleiben. Als der amerikanische Schriftsteller 1960 seine zweite Frau Adele Morales im Vollrausch niederstach, begründete er die Bluttat damit, dass er Krebs bekommen hätte, wenn er sich nicht auf diese Weise von seinen "mordlustigen Regungen" befreit hätte.

Susan Sontag schrieb 1978 in ihrem Buch "Krankheit als Metapher" über Krebs als Leiden der "seelisch Angeschlagenen". Bis heute hat sich die Vorstellung von einer "Krebspersönlichkeit" gehalten. Demnach bekommen Menschen, die eher in sich gekehrt sind, häufiger Tumore als jene, die aus sich herausgehen können. Die Wissenschaft widerspricht dem seit langem, und erhält durch eine neue Studie weiter Unterstützung.

"Weder direkt noch indirekt haben Gefühlszustand und Charakter etwas mit der Prognose von Krebs zu tun", sagt James Coyne von der University of Pennsylvania in Philadelphia. Der Psychiater und sein Team haben zehn Jahre lang mehr als 1000 Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren an Kopf und Hals untersucht und ihr psychisches Befinden analysiert. Mehr als 600 Patienten sind im Verlauf der Untersuchung gestorben.

Die Studie, die an diesem Montag im Fachblatt *Cancer* erscheint, zeigt, dass auch diejenigen, die sich in den Befragungen und psychischen Tests relativ zufrieden und ausgeglichen äußerten, nicht länger lebten als jene, die niedergeschlagen und unglücklich waren.

"Es gibt bisher keinen wissenschaftlichen Nachweis dafür, dass psychische Faktoren für die Entstehung von Krebs oder die Überlebenschancen relevant sind", sagt Peter Henningsen, Leiter der Klinik für Psychosomatik an der Technischen Universität München.

Entlastender Effekt

Vermutungen, dass der Charakter oder die Persönlichkeit etwas mit der Krankheit zu tun hätten, seien zudem immer auch mit der Annahme von Schuld verbunden, sagt Henningsen und fordert daher: "Wenn man mit der Mär von der Krebspersönlichkeit aufräumt, hat das auch einen entlastenden Effekt für die Patienten."

Gerade am Anfang der Erkrankung hätten die meisten Krebspatienten Schwierigkeiten, ihr Leiden zu akzeptieren, sagt Peter Herschbach, der die Sektion für Psychosoziale Onkologie an der Technischen Universität München leitet. "Sie fragen sich: Warum gerade ich, war es der Stress oder bin ich vom Charakter her gefährdet?"

Krankheit als Strafe

Erwachsene bezichtigen sich dann häufig selbst, falsch gelebt zu haben. Kinder glauben oftmals, dass sie krank geworden sind, weil sie nicht artig waren. "Krebs ist ein unfaires Unternehmen", sagt Charlotte Niemeyer, Leiterin der Kinderonkologie an der Freiburger Universitätsklinik. "Wen es trifft, den trifft es."

Wer sich mit seiner Krankheit auseinandersetzen will, um sie besser zu verarbeiten, soll das tun - da sind sich alle Experten einig. "Die Erwartung, Krebs zu bekämpfen und das Leben zu verlängern, indem man sein psychisches Befinden verbessert, ist jedoch völlig fehl am Platz", sagt Psychiater Coyne.

Wer sich durch eine Psychotherapie oder in einer Selbsthilfegruppe besser fühle und den Kampfgeist gegen seine Erkrankung stärken will, solle entsprechende Angebote wahrnehmen, das könne emotional und sozial aufbauen. "Die rein körperliche Prognose wird dadurch aber nicht beeinflusst", sagt Peter Herschbach. "Für Betroffene kann es dennoch hilfreich sein, schließlich stellen sich viele Krebspatienten die Frage, wie sie die Zeit erleben, die ihnen noch bleibt."

Ich glaube, dass
KRANKHEITEN
Schlüssel sind,
die uns gewisse Tore öffnen können.

Ich glaube,
es gibt gewisse Tore,
die einzig die
Krankheit
öffnen kann.

Es gibt jedenfalls einen
Gesundheitszustand,
der uns nicht erlaubt,
alles zu verstehen.

Vielleicht verschließt uns die
Krankheit
einige Wahrheiten,

ebenso aber
verschließt uns die
GESUNDHEIT
andere...

André Gide