

„UM ZU KÖNNEN, WAS WIR WOLLEN, MÜSSEN WIR WOLLEN, WAS WIR KÖNNEN.“

Aufgaben und Arbeit in der Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen

JOACHIM SCHMIDT

Der antike, aus der Stoa überlieferte Gedanke in der Überschrift drückt ein Dilemma aus, in dem sich Menschen angesichts der Herausforderungen ihres Lebens befinden: Wollen und Können stimmen oft nicht überein, müssen aber letztlich in Einklang gebracht werden. Das ist immer so, tritt aber als große Lebensaufgabe besonders in der Auseinandersetzung mit Beeinträchtigungen und Behinderungen hervor. Krankheitsbewältigung ist „Arbeit an sich selbst“ und muss immer neu in Abstimmung mit dem Verlauf der Erkrankung geleistet und gelebt werden. Im Folgenden wird ein Modell dieser Arbeit skizziert und erläutert.

SCHLÜSSELWÖRTER: Krankheitsbewältigung, Akzeptanz, Biographie, Identität, Schicksal

TO BE ABLE TO DO WHAT WE WANT, WE MUST WANT WHAT WE ARE ABLE TO DO.

Tasks and work in disease management for chronic diseases

The ancient concept in the title, which was handed down to us from the Stoicism, expresses a dilemma people face when confronting the challenges in their lives: what one wants to do does not correspond with what one is capable of, but must be brought in line in the end. This is always the case, but emerges as a main task in life particularly when dealing with impairments and disabilities. Disease management is “work on oneself” and must again and again be accomplished and lived anew in coordination with the course of the disease. In the following, a working model is sketched and explained.

KEYWORDS: acceptance, biography, identity, disease management, fate

Chronische Erkrankungen sind in vielen Fällen durch einen langsam fortschreitenden Verlauf der Beeinträchtigungen gekennzeichnet und fordern Betroffene und Angehörige zu einer ständigen Auseinandersetzung mit dem Prozess der Erkrankung heraus. Diese dauernde Herausforderung ist belastend, erfordert Anpassungsleistungen nach Veränderungen im Erscheinungsbild der Krankheit und auch Neuorientierungen, die bis in die alltägliche Lebenspraxis Auswirkung haben. Chronisch Kranke müssen – immer wieder – wollen, was sie (noch) können, allein, um sich den Mut und die Kraft zur individuellen Lebensgestaltung zu erhalten. Vergleichbares gilt für die „sekundär“ Betroffenen, Angehörige und Pflegepersonen. Auch sie müssen, um hilfreich zu sein, den Prozess der Erkrankung „mitgehen“. Das heißt, sie müssen immer wieder die je vorhandenen Möglichkeiten als Maß ihrer Bemühungen um den Betroffenen akzeptieren.

Ausgangspunkt vieler Bewältigungsanstrengungen unabänderlicher Gegebenheiten ist die Ohnmachtserfahrung gegenüber dem, was ist. Es ist der Verlust von Freiheit, der diese Erfahrung so bedrückend und schwerwiegend macht. Wählen können unter verschiedenen Möglichkeiten, die Vornahme der Zukunft im Entwurf des Wünschens- oder Erstrebenswerten stehen in Frage und damit ein Bereich genuin menschlicher Aktivität zur Lebensgestaltung. Etwas „Anderes“ übernimmt die Regie, und der Betroffene muss in mancher Szene mitspielen, er darf es nicht einfach unbefangen tun.

In der Ohnmacht wohnt die Angst, „es nicht schaffen zu können“.

Diese Angst darf als dauerhafte Verunsicherung nicht unterschätzt werden. Sie ist in nachstehender „Liste der Bedrohungen“ eindrucksvoll zusammengefasst:

- „Lebensbedrohung und Todesangst
- Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit, des Körper-

bildes und des Wohlbefindens

- Bedrohung des Selbstkonzeptes und der Zukunftspläne
- Bedrohung des emotionalen Gleichgewichts
- Bedrohung in der Erfüllung vertrauter (oder auch nur gewünschter) Rollen und Aktivitäten
- Bedrohungen, die aus der erforderlichen Anpassung an neue physische und soziale Bedingungen entstehen.“ (Ruf 2003, 55)

Es geht mir im Folgenden um eine Darstellung der Aufgaben diesen Bedrohungen gegenüber. Ich ordne diese Aufgaben in Anlehnung an das Modell der Krankheitsverlaufskurven von Juliet Corbin und Anselm Strauss in vier biographische Prozesse, die miteinander in Beziehung stehen (Corbin, Strauss 2004, 107).

Meine Voraussetzung ist, dass diese Aufgaben oder diese Arbeit die wesentlichen Aspekte jeder Krankheitsbewältigung in chronischen Verläufen beschreiben, wobei ihr Ziel ist, einen „Handlungsplan zu realisieren, mit dem ein oder mehrere Aspekte der Krankheit und des Lebens der Kranken ... bewältigt werden sollen“ (ebd., 25).

Ich beziehe mich damit auch auf psychoonkologische Forschungsergebnisse, hier besonders das „Ulmer Coping Manual“. Aus den in dieser Studie beschriebenen „Copingdimensionen“ ergeben sich für die Beratung hilfreiche Hinweise für den Umgang mit Akzeptanzverhalten und Selbstkontrolle chronisch kranker Menschen. Auch auf die Bedeutung individueller Ressourcen der Patienten im Begleitungsprozess weist diese Studie hin und unterstreicht den hier skizzierten Ansatz (Angenent et al. 2007, 39-72).

Eingefügt in meine Überlegungen habe ich Äußerungen einer Betroffenen, welche die jeweilige Thematik illustrieren:

Sr. R. ist eine 40-jährige Ordensfrau, die seit ihrer Kindheit an einer besonderen, erblichen Form der amyotrophen Lateralsklerose (ALS) leidet. Ihr älterer Bruder hat dieselbe Erkrankung. Sr. R. ist im Elektrorollstuhl mobil, ohne Hilfsmittel in ihrer Bewegung aber stark eingeschränkt. Sie kann Aufgaben im Kloster übernehmen, dies sind Bürotätigkeiten und vor allem musikalische Aufgaben wie Orgelspiel und Chorleitung. Die chronische Erkrankung ist fortschreitend im Blick auf den schrittweisen Verlust von Fähigkeiten.

KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG MITTELS VERSTÄNDNIS UND AKZEPTANZ

„Ja, die Behinderung gehört halt zu meinem Leben dazu. Es gibt da so eine Geschichte, wo auch das persönliche Kreuz eine Rolle spielt: Da geht einer mit seinem Kreuz seinen Weg und findet, es sei zu groß, zu schwer, zu sperrig. Dann sägt er halt ein Stück davon ab und wirft es fort. Im weiteren Verlauf seines Weges kommt er an einen Flussübergang und hätte sein Kreuz gebrauchen können. Nun ist es aber als Brücke über den Fluss zu kurz! – Will sagen: Das eigene Kreuz passt schon für den eigenen Lebensweg.“

Immer wieder stellt sich als Aufgabe für den Betroffenen, in seinem Kontext ein gewisses Maß an Akzeptanz und Verständnis der lebensgeschichtlichen Konsequenzen seiner Einschränkungen zu erlangen. Damit ist ein wichtiger Begriff für die Krankheitsbewältigung sowohl durch den Betroffenen als auch für die Unterstützung in Beratung und Begleitung genannt. Es geht wesentlich um das Erlangen und Fördern einer *biographischen Kontinuität*. Dies bedeutet in erster Linie, Zusammenhänge herzustellen. Vergangenes, Gegenwärtiges und Zukünftiges zu verbinden, wahrzunehmen als den ganz individuellen Lebensweg. Dieses Herstellen von Zusammenhängen hat „identifikatorischen Charakter, insofern ein verbindender Zusammenhang gesucht wird im Wechsel der vergangenen Ereignisse und Erlebnisse und sich so die Lebensgeschichte trotz kritischer Ereignisse und krisenhafter Übergänge als ein Kontinuum erschließt“ (Dorra 2009, 33).

Es ist die schwierige Formulierung einer Konstante im Leben, die herausragt aus dem Auf und Ab der sich verändernden Gegebenheiten, mit denen man es zu tun hat. Im Sinne der knappen Definition, dass die Biographie eines Menschen das „gestaltete Leben“ repräsentiert, kann man diese Konstante als die Summe des schöpferischen Umgangs mit den Gegebenheiten des eigenen Lebens verstehen (Längle 1992, 17).

Jede Krankheitsbewältigung kann allerdings immer nur eine *Bewegung* hin zu einem Maß an Verständnis und Annahme leisten. Der Kranke bewegt sich dabei auf einem Weg, der Strecken völliger Ablehnung des Gegebenen bis hin zur Annahme der Situation umfasst. Dieser Weg wird nicht von hier nach dort beschränkt, sondern er kann, bedingt durch den Verlauf der Krankheit oder biographischer Ereignisse, wieder in Bereiche führen, die schon einmal verlassen wurden. Ein Ereignis kann dazu veranlassen – trotz

der Akzeptanz, die eigentlich erreicht wurde – wieder um den Verlust von Fähigkeiten zu trauern.

Ein Muster auf dem Weg der Bewältigungen ist die *Konfrontation*. Konfrontationen entstehen durch das Erleben schwieriger Anpassungsleistungen im Verlauf der Erkrankung oder auch im Blick auf befürchtete Veränderungen in der Zukunft. Damit verbunden sind *biographische Überprüfungen* des weiteren Weges. „Wie geht es mit mir weiter?“

Dies ist die Arbeit, die Aufgabe, der sich der Betroffene gegenüberstellt. Die Konfrontationen sind immer sehr kritische Phasen. Sie können dazu führen, dass zunächst in der Überprüfung der neuen Situation der *Bruch* zwischen Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft betont und damit festgeschrieben wird: „Es wird niemals wieder so, wie es mal war!“

Die Überprüfungen der je neu erlebten Situation im Verlauf der Erkrankung können so von den klassischen Copingreaktionen der Leugnung, der Wut, etc. geprägt sein.

Es ist verständlich, dass ein Krankheitsverlauf, der mit einer kontinuierlichen Verschlechterung des körperlichen Zustandes einhergeht, vornehmlich von den Einschnitten, Brüchen und Verlusten her wahrgenommen wird. Die Verlaufskurve einer fortschreitenden chronischen Erkrankung ist nun mal auch von Instabilität und Verschlechterung gekennzeichnet. Das bedeutet aber, dass hier für den Betroffenen wie für seine Begleiter eine erste große Aufgabe liegt, nämlich Veränderungen, die sich in den bisherigen Weg stellen, wahrzunehmen, sie sein lassen, ihre Folgen zu benennen und auszuhalten. Sich also der aktuellen Konfrontation gegenüber zu positionieren. Daraus kann sich ein Überprüfen der Situation im Sinne einer Selbstreflexion und Selbsterfahrung entwickeln.

Für den Beratenen geht es darum, die Konfrontation, die in dem Verlust von Fähigkeiten liegt, mit dem Betroffenen zur Sprache zu bringen und den Prozess der Selbstreflexion anzuregen und zu begleiten. Das heißt, genau zu sehen, *welcher* Veränderung mit *welchen* Implikationen sich der Betroffene stellen muss und wie er dies erlebt. Dabei ist es wichtig, der Verlusterfahrung, der Trauer um genommene Lebensmöglichkeiten, Raum zu geben.

Ziel ist letzten Endes, die aktuelle Lebens- und (beeinträchtigende) Krankheitssituation zu erspüren, und die darin liegende Problematik in Worte zu fassen. Immer wieder das schwierige Terrain des nun mal Gegebenen zu beschreiten und auf seine „Begehbarkeit“ zu überprüfen.

INTEGRATION DER BEDINGUNGEN DES LEBENS IN DEN EIGENEN BIOGRAPHISCHEN PROZESS

„Ich hatte eine Freundin, und wir sind gemeinsam in Urlaub gegangen. Das war immer schön gestaltet. Und 1996 sagte die Freundin zu mir: „Ich nehme dich nicht mehr mit, wenn du keinen Rollstuhl mitnimmst.“

Eine weitere Erfahrung: Neulich war ich in einem Tagungshaus zu Exerzitien, in dem ich vor elf Jahren schon einmal war. Und bei diesen Exerzitien ist mir immer wieder deutlich geworden, wie viel schlechter ich jetzt dran bin als damals. Elektrorollstuhl, Rollator, Toilettenaufsatz. All das war jetzt nötig, ich musste es benutzen.“

Das Schicksal, das zunächst ohnmächtig und mit Angst besetzt erlebt wurde, wird zur täglichen Aufgabe, das Unabänderliche zu gestalten.

„Mein Alltag ist richtig Arbeit. Ich stehe schon um fünf Uhr auf, um Zeit zu haben. Fällt nur ein Hilfsmittel aus, bringt das alles durcheinander und macht alle Anstrengung erst mal zunichte.“

Grenzerfahrungen machen deutlich, dass die chronische Erkrankung mit ihrem langsamen Verlauf im Blick auf die Lebensgestaltung ein Gleichgewicht von medizinischer Versorgung, Alltagsleben und ständiger persönlicher Anpassung erfordert. Auch hier gilt es für den Betroffenen, den Verlauf der Erkrankung in den Kontext der eigenen Biographie zu integrieren. Gelingt dies gut, dann gehört die Krankheit, die „Arbeit“, die darin zu leisten ist, „zu mir“. Die Identität des Betroffenen bleibt bezogen auf dieses Konzept des „Lebens mit der Erkrankung“. Allerdings liegt in der Regel die Integrationsleistung irgendwo dazwischen: In gewisser Weise ein Teil der Biographie aber nicht mit ihr verschmolzen: „Ich bin zwar krank, aber ich bin nicht die Krankheit.“

Durch Selbstkonfrontationen und Überprüfungen gilt es, das unmittelbare Erleben der Beschränkungen für eine Realisation des Gegebenen zugänglich zu machen. Bestimmte Aktivitäten und ein bisher stabiles Bild von sich selbst in der Bewältigung der Alltagsanforderungen müssen aufgegeben, ein Teil der Möglichkeiten der Vergangenheit muss langsam losgelassen werden.

Erst dann kann ein Prozess der Annahme den Verlauf begleiten, indem die Vergangenheit moduliert und das Augenmerk auf die Möglichkeiten in der Zukunft gerichtet werden. Das bedeutet: Es geht um die Begleitung des Prozesses der Selbstkonfrontation („wenn das so ist, dann bedeutet das für mich...“) und die Überprüfung dessen („...ist das so und welches sind meine Konsequenzen?“).

Ich möchte das, worum es hier geht, auf einen Begriff bringen. Ist das Ziel die Integration der Bedingungen des Lebens in den eigenen biographischen Prozess, dann lautet die Aufgabe dazu: Sich diesen Bedingungen ganz zuwenden. In Beziehung zu sich selbst kommen und auf eine „Entdeckungsreise“ gehen. Es gilt zu entdecken, welche Aspekte eigenständiger Lebensgestaltung unwiederbringlich verloren oder ein vorübergehender Verlust sind, sozusagen „kommen und gehen“. Was bleibt von den vergangenen Bewältigungsmöglichkeiten, was kann also als Ressource dienen, kann mitgenommen werden in den weiteren biographischen Kontext? Was kann hinzugefügt werden zum Arsenal der bisherigen Bewältigung oder was ersetzt nun nicht mehr taugliche Strategien und verleiht der Biographie eine neue Richtung? Zusammengefasst:

„In Bezug auf den großen Bogen der biographischen Zeit muss der Kranke herausfinden, wie er die Reste der Vergangenheit weiterträgt, was von der Vergangenheit übrig bleibt, wie er in der Gegenwart lebt und welche neuen Wege er beschreiten kann, um die Zukunft zu eröffnen.“ (Corbin, Strauss 2004,93)

„Musik, das Orgelspiel und Chorarbeit ist für mich sehr wichtig. Aber ich merke da natürlich auch Bedingungen. Ich

könnte jetzt keine Bach Toccata und Fuge spielen, meine motorischen Fähigkeiten sind halt doch eingeschränkt. Und im Chor: ich kann halt nicht stehen und dirigieren, das war wieder mal ein Umdenkprozess für mich. Aber trotzdem würde ich sagen: Die Musik kommt bei mir gleich nach dem lieben Gott! Und das wird auch immer so bleiben, so oder so.“

Hier wird u.a. an Wertbezügen gearbeitet. Dabei wird es um die Sichtung dessen gehen, was die „biographische Ausrichtung“ des Betroffenen bisher ausgemacht hat. „Was war prägend auf dem bisherigen Lebensweg?“ „Welche Menschen waren wichtig, was hat gut getan und Freude gemacht?“ „Welche Projekte wurden verfolgt und woraus sind sie entstanden?“

IDENTITÄT FINDEN

Eine chronische Erkrankung braucht den Prozess der Trauer. Niemand findet sich einfach „weil es halt so ist“ mit dauerhaften Einschränkungen ab. In dem Verlust von Möglichkeiten in der Lebensgestaltung liegt eine Enttäuschung und Verletzung.

Die Trauer um nicht gelebte, nicht zu lebende Möglichkeiten kennt jeder. Hier geht es um die „Ehrlichkeit des Gefühls“, dass etwas fehlt. Diese Ehrlichkeit meint, dass es eben nicht damit getan ist, Einschränkungen rein kognitiv zu akzeptieren, sondern dass es darauf ankommt, durch die Trauer um das Verlorene zu diesem Ziel zu kommen. Nur in der Trauer ist die Größe des Verlustes greifbar, gerade im Blick auf ein Gefühl für Ganzheit und Wertschätzung des Eigenen.

Lebt jemand mit einer folgenschweren Diagnose, dann kann man in der Folge von einem „Identitätsbruch“ sprechen.

„Ich erlebe mich vom Kopf her überhaupt nicht als behindert. Ich bin hier genauso normal wie die anderen um mich her auch. Aber so werde ich meistens nicht gesehen. Immer zuerst von der Behinderung her. Das ist verletzend. In solchen Momenten wird es eng. Der Verlust von körperlichen Fähigkeiten dominiert dann in den Augen anderer alles, schafft Ignoranz gegenüber mir als Person.“

Worin liegt die Kränkung? Wohl darin, dass die Person nicht gesehen wird sondern oft zunächst ein äußeres Merkmal des Körperlichen dieser Person. Von da her wird der Betroffene wahrgenommen, über diesen Zugang definiert sich auch oft die weitere Beziehung.

Es ist im Grunde eine „eindimensionale Begegnung“, die beim Betroffenen an die Ohnmacht und Angst des Erlebens von Einschränkung und Behinderung „appelliert“.

„Ich muss mir immer Hilfe holen. Ich habe zwar eine Rufanlage im Zimmer und wenn ich auf den Knopf drücke, dann kommt auch jemand, aber das mache ich eigentlich nur im Notfall. Ich brauche auch immer Hilfe, den Rollstuhl ins Auto zu laden, dann überlege ich mir: Wen spreche ich jetzt an? Aber dann sagt vielleicht auch jemand mal nein! In der Regel versuche ich, meine Dinge selbst zu regeln, erst

später kommt Hilfe von außen in Frage.

Überrascht hat mich mal eine sehr hilfsbereite Mitschwester, die meinte: Du gibst mir Gelegenheit, Gutes zu tun. Mit dieser Bemerkung musste ich erst noch einig werden.“

Das Ausmaß, in dem die Kontinuität des Eigenen in Abgrenzung zum Anderen verschüttet ist, hängt wohl davon ab, wie viele Aspekte dieses „Eigenen“ bedroht oder verloren sind und wie stark die Zuversicht ist, verlorene Aspekte des Selbstverständnisses und Selbstgefühls wiederzugewinnen. Ich möchte sagen, dass die Aufgabe in der Krankheitsbewältigung hier darin besteht, ein „Gefühl von Ganzheit“ zu pflegen und zu bewahren. Das kann geschehen durch einen Prozess der „Wiederherstellung“ von Identität. Dazu muss diese neu definiert werden. „Wer bin ich jetzt und was heißt das für mein Leben?“ Konkretisiert wird dies in Bezug auf den eigenen Körper, etwa mit der Fragestellung: „Was kann ich tun und was kann ich nicht mehr tun?“ Es geht also darum, sich zu entscheiden, sich auf „eine Seite zu stellen“, mithin Stellung zu beziehen. Daraus kann sich ein neues Selbstbild ergeben, das hilft, in Distanz zu kommen und sich so *hier* zu spüren und das Gegebene der Situation *dort* sein zu lassen.

So wird die Lebensrichtung neu in den Blick genommen. Aber dies geschieht nicht allein unter der Überschrift: Anpassung an das, was nicht zu ändern ist. Sondern diese Richtungsänderung geschieht bewusst durch an der eigenen, einzigartigen Biographie orientierte Überprüfungen, womit das Vergangene gewürdigt wird und worin sich der Betroffene im Blick auf seine Zukunft ernst nimmt und achtet.

Konkret kann dies bedeuten, dass noch intakte Fähigkeiten und Aktivitäten eine neue Bedeutung bekommen oder alte Aktivitäten durch neue ersetzt werden. Auch der bewusste Einsatz von Hilfsmitteln gehört zu dieser Neuorientierung. Dies kann auch heißen, dass eine Umorientierung in den Aktivitäten stattfindet: Werden zum Beispiel vermehrt körperliche Defizite bestimmend, kann geistige Aktivität bewusst dem entgegengesetzt werden.

„In der Auseinandersetzung mit der Behinderung muss man sich ganz schön behaupten. Angeboten wird einem von außen immer was, zum Beispiel Tätigkeiten, die man übernehmen könnte. Das sind die Dinge, von denen die Anderen meinen, das würde schon passen. Aber die eigenen Vorstellungen müssen immer wieder verteidigt werden. Das fällt einem nicht zu.“

In der Begleitung wird es darum gehen, mit dem Betroffenen vor allem daran zu arbeiten, eine Position außerhalb der Krankheitserfahrung aufzusuchen. Das ist naturgemäß sehr schwer und gelingt, wenn es denn gelingt, nicht immer dauerhaft. Aber hierin liegt natürlich die Voraussetzung für die Wahrnehmung und Anerkennung des Eigenen *unterschieden* vom Anderen, das sich etwa im Krankheitsgeschehen, im Angewiesen sein auf Hilfe oder in medizinischen Behandlungen zeigt.

Ziel ist also: Der Problematik gegenüberzutreten, sich als Person „ganz“, das heißt auch unabhängig von den Bedingungen der Erkrankung, zu erleben. Die Würdigung der eigenen Lebensleistung zum Ausdruck bringen, die Einmaligkeit dieser Lebensaufgabe „für mich“ zu sehen und sich darauf zu beziehen.

BIOGRAPHIE NEU ENTWERFEN

“Na ja, ich hab’ da mit meinen Einschränkungen bescheidene Ansprüche an die Zukunft, zum Beispiel, dass ich das, was ich jetzt tun kann noch möglichst lange tun kann, auch besonders im Blick auf die Musik.

Ich bin ja in der Selbsthilfebewegung groß geworden. Auch Foren im Internet habe ich früher sehr viel genutzt. Ich habe auch schon Psychotherapie gemacht, im Wesentlichen zur Stärkung und Reflektion in meiner Auseinandersetzung und meinen Antworten auf die Erkrankung.

Der Glaube spielt hier aber auch eine große Rolle: Jesus trage sein Kreuz, ich trage meins.“

Jede Lebenssituation hält etwas bereit, das in die Zukunft weist. Das wird in einer Krankheit oft so erlebt, dass sich aus einer gegebenen Situation etwas determiniert ergibt. Aber natürlich gilt das auch für ein in Freiheit tätig werden können aus den jeweiligen Bedingungen heraus. Hier, im Zitat von Sr. R. als geistige Auseinandersetzung und Zielsetzung formuliert. Beides schafft einen Wertbezug im Leben für sich und im Dasein für andere oder auch im Verwirklichen einer Idee. Im Grunde beschreibt dies die Möglichkeit für den Betroffenen, einen „biographischen Plan“ zu formulieren (Corbin, Strauss 2004, 105). Das heißt, Einschränkungen zu realisieren, die den Lebensalltag bestimmen aber auch das weitere Leben im Lichte dieser Einschränkungen perspektivisch zu entwerfen. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, den Verlauf der Erkrankung bis zu einem gewissen Grad zu „kontrollieren“. Die Kontrolle besteht zunächst darin, Reaktionen auf mögliche Schwankungen und Einbrüche im Verlauf vorwegzunehmen, sich darauf einzustellen und bei Bedarf zielgerichteter und sicherer zu überprüfen und zu handeln. Je klarer hier Position bezogen werden kann, desto besser kommen biographische Kontinuität und situationsbezogene Anpassung an den Verlauf der Erkrankung in ein Gleichgewicht. Zum anderen bedeutet es viel für den Betroffenen, sich in dieser Form der Kontrolle des Verlaufs der Erkrankung als Subjekt seiner Lebensgestaltung zu erleben. Das ist enorm wichtig, weil die Abhängigkeit, die chronische Erkrankung schafft, die Tendenz hat, sich dominant aufzuspielen!

Hinzu kommen weitergehende Fragen: „Worum geht es für mich in meinem Leben?“ „Wofür will ich mich einsetzen?“ „Was ist ‚mein Ding‘?“

Erfahrungsgemäß kommen gerade diese perspektivischen Fragestellungen in der alltäglichen Krankheitsbewältigung zu kurz. Im „Alltagsgeschäft“ ist es manchmal schwer, über den Tellerrand zu schauen.

ORIENTIERUNGEN FÜR DIE BERATUNG UND BEGLEITUNG

„Jedes therapeutische und beratende Handeln kann im Letzten nur darin bestehen, für den Betroffenen einen Zugang freizulegen zu seinen eigenen Lebensvollzügen, denn das Erleben dieser Lebensvollzüge geschieht immer in der Person selbst und nährt sie. Dies kann vom Berater und Therapeuten nicht von außen vermittelt werden. Und dennoch

wirkt die Begegnung stärkend, was dem Klienten hilft, in geeigneter Weise Stellung zu nehmen zu dem Leben, wie es sich ihm als Betroffenen zeigt.“ (Seiller 2009, 72)

Die Rolle, die der Beratende einnimmt, kann also nur die eines aufmerksamen Begleiters sein. Krankheitsbewältigung ist immer ein höchst individuell geprägter, komplexer Prozess, der Bewältigungsmöglichkeiten meiner Erfahrung nach zu einem beträchtlichen Teil aus einer gewachsenen Eigenkompetenz des Betroffenen im Erleben seiner Erkrankung gewinnt. Diese Eigenkompetenz in den vier hier skizzierten biographischen Prozessen vorauszusetzen, zu stärken und anzusprechen ist Ziel der Beratung.

Auf dem Weg dahin zeigen sich dem Beratenden die Widerstände und Hindernisse in diesen vier Prozessen. Darauf einzugehen und sie mit dem Klienten anzuschauen ist – gegebenenfalls – der Weg zum Ziel.

In der beratenden Praxis wird es zudem darum gehen, genau zu erfassen, in welcher Auseinandersetzung in Bezug auf die vier genannten Aspekte sich der Betroffene und sein Umfeld gerade befinden, damit hier gezielt mitgegangen werden kann. Parallel dazu ist das Augenmerk *immer* auf den aktuellen Verlauf der Erkrankung zu richten, da hiervon die Intensität der Arbeit abhängt, die der Betroffene wie auch die Zugehörigen leisten können. Sind gerade große Belastungen auszuhalten, wird wenig Energie da sein, in die Selbstdistanz zu kommen.

In dem hier zugrunde gelegten Modell der Verlaufskurvenarbeit nach Corbin und Strauss als Beschreibung der Prozesse in der Krankheitsbewältigung ergeben sich natürlich Bezüge zum existenzanalytischen Strukturmodell der Grundmotivationen. Sieht man die Bewältigung des durch die Erkrankung Gegebenen auf dem Hintergrund dieser Grundmotivationen an, dann eröffnet sich eine vertiefende Sicht auf die Aufgaben, die sich in der Krankheit stellen. Dann ist die geforderte Anpassungsleistung an veränderte Bedingungen in der Krankheitsentwicklung immer verknüpft mit der Arbeit an einer Stellungnahme zu diesen veränderten Bedingungen. Erst *sie* macht aus der *notgedrungenen* Anpassung an die Verhältnisse eine *freie* Gestaltung dieser Verhältnisse.

Das Schicksal, die große Variante des Zufalls, wird als Willkür erlebt. Aber das Schicksal ist, wenn es denn als ein bestimmtes Ereignis – etwa als Krankheit und Behinderung – eingetreten ist, von da an das Faktische, das Vorfindliche. Und genau ab hier schaffen die Bedingungen, die es setzt, Möglichkeiten, mit ihm umzugehen.

„Das Schicksal also mischt die Karten und der Mensch spielt“ (so sinngemäß ein Aphorismus Schopenhauers).

Man kann dem Schicksal nicht entgehen, aber man kann mit ihm umgehen.

Und hier kommt noch einmal die Freiheit ins Spiel, deren, vielleicht auch vermeintlichen, Verlust in der Krankheit ich zu Beginn angesprochen habe. Ich denke, die Zitate der betroffenen Sr. R. belegen: „Freiheit ist nicht dort, wo alles frei wählbar ist, sondern Freiheit setzt unweigerlich die Anerkennung des Notwendigen voraus... Erst die Tatsache, dass es das Schicksal im Sinne des nicht ausgesuchten Notwendigen gibt, erst dieses nicht Ausgesuchte bringt unse-

re Freiheit tatsächlich hervor; es sind diese Herausforderungen, aus denen heraus sich der Mensch als freier Mensch empfinden kann.“ (Maio 2011, 36)

Unter dieser Voraussetzung eines Verständnisses von Freiheit können Menschen in ihren jeweils als Schicksal erlebten Lebensbedingungen auch wollen, was sie (je) vermögen.

Literatur

- Angenendt G, Schütze-Kreilkamp U, Tschuschke V (2007) Praxis der Psychoonkologie - Psychoedukation, Beratung und Therapie. Stuttgart: Hippokrates
- Corbin J, Strauss A (2004) Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber, 2°
- Dorra H (2009) Wenn man nicht mehr weiter kann. Grenzerfahrung als Gefährdung und Herausforderung im Prozess des Alterns. In: Existenzanalyse 26, 1, 30-34
- Längle A (1992) Die biographische Vorgangsweise in der Personalen Existenzanalyse. In: Tagungsbericht der GLE 1992, 1, 9-33
- Maio G (2011) Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizin-technischer Gestaltbarkeit. Freiburg (Brsg): Herder
- Ruf A (2003) Muskelkranke Menschen und die Akzeptanz von Hilfsmitteln, insbesondere bei der Rollstuhlversorgung. Diplomarbeit Fachbereich Sozialarbeit der Fachhochschule Freiburg im Breisgau
- Seiller M (2009) Das Annehmen-Können des Faktischen. In: Existenzanalyse 26, 1, 71-75

Anschrift des Verfassers

JOACHIM SCHMIDT
Friedlandstraße 7
D 31832 Springe
schmidt-logotherapie@web.de