

---

# Der kranke Mensch: Überfordert in Krisensituationen

Klaus-Dieter Kossow

Eine ernstere Krankheit bringt oft auch eine Krise mit sich, die mehr oder weniger das ganze Leben betrifft. Zwar hat nicht jede Krise einen direkten Bezug zu Krankheiten. Ein Mensch, der es gewohnt ist, sein Leben eigenverantwortlich zu gestalten, kann in eine Krise geraten, weil er den Arbeitsplatz verloren hat und die Hypotheken nicht mehr tilgen kann. Tief greifende Verlusterlebnisse, wie sie mit dem Tod naher Angehöriger oder mit der Trennung von geliebten Menschen verbunden sind, lösen Lebenskrisen aus. Diese können zu Emotionen führen, die mit einem selbstbestimmten Leben nicht mehr vereinbar sind und zu Unterstützungs- und Beratungsbedarf führen. Dies wiederum kann eine zusätzliche entmündigende Wirkung haben.<sup>1</sup>

Vor der Krise völlig gesunde und selbstbestimmte Menschen können durch die Krise in Situationen geraten, in denen sie nicht mehr die Kontrolle über ihre Lebensbedingungen haben. Umso mehr gilt dies für kranke Menschen.

Die Krise ist der Höhepunkt einer belastenden, herausfordernden Entwicklung. Zwar wird eine Krise von sonst gesunden Menschen normalerweise auch als zum Leben zugehörig erlebt. In jedem Fall bedeutet sie aber die Labilisierung persönlicher Handlungsmöglichkeiten und destabilisiert das jeweilige psychosoziale System. Dabei wird ein erhebliches Ungleichgewicht erlebt zwischen der (subjektiv wahrgenommenen) Bedeutung des Problems und den

Bewältigungsmöglichkeiten, die der betroffenen Person zur Verfügung stehen. Dies führt zu einem Verlust an persönlichem Gleichgewicht und zu unter Umständen immensen Angstgefühlen.<sup>2</sup> Die Labilisierung kann dabei so weit gehen, dass Antriebsstörungen bis zum klinischen Vollbild einer Depression und aggressive Ausbrüche gegen das eigene Leben bis zum Suizid vorkommen.

In der Begriffswelt der klinischen Medizin des 19. Jahrhunderts verstand man unter Krise den Höhe- und Wendepunkt in einem Krankheitsprozess. Im modernen biopsychosozialen Weltbild der Medizin besteht die Krise in einem Verlust von seelischen und körperlichen Gleichgewichtszuständen. Hierdurch wird das Arsenal persönlicher Handlungsmöglichkeiten begrenzt. Identität und Selbstständigkeit der Persönlichkeit werden durch Gefühle von Angst, Panik, Hilflosigkeit und Freudlosigkeit bedroht.

Krisen können ausgelöst werden durch gefühlsmäßig intensiv erlebte Einschnitte und Übergänge im Lebenslauf mit hohen Anforderungen an die Anpassungsleistung. Dies gilt für Entwicklungskrisen wie Trotzphase und Pubertät ebenso wie für oft unerwartete Trennungen und Verlusterlebnisse (Scheidung, Partnerverlust, plötzliche Behinderung, Überforderung am neuen Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, Wohnortwechsel etc.). Aber auch erwartete Lebensereignisse wie Geburt, Statusveränderung, Pensionierung, Unterbringung im Altersheim können mit krisenhaften Entwicklungen verbunden sein. Situationen, die mit Scham und Schuldgefühlen sowie dem Erleben von Ausweglosigkeit verbunden sind, können zu sozialem Rückzug und Isolation (als Vorstufe für den Suizid) führen.<sup>3</sup>

Nicht allein Art und Ausmaß einer Krankheit bestimmen somit darüber, ob ein kranker Mensch in kritischen Lebenssituationen überfordert ist. Ebenso wichtig – wenn nicht gar wichtiger – ist der kulturelle, historische, soziale

und individuelle Kontext, in dem das kritische Lebensereignis entsteht.

In einer Leistungsgesellschaft ist Erfolg angesagt. Ob jemand gescheitert ist, hängt mehr von der Bewertung als von den objektiven Verhältnissen ab. Unter Blinden ist der Einäugige König, unter Olympioniken der starke Mann ein Schwächling.

Ausmaß und Zusammentreffen von Ereignissen haben besondere Bedeutung. Unvorhergesehenes, Belastungen an schwachen Tagen, Angriffe auf das Selbstwertgefühl einer Persönlichkeit, die Erschütterung von Vertrauen und grundlegenden Überzeugungen, Erinnerungen an nicht bewältigte frühere Ereignisse, die Blockierung von Lebenszielen können zu Krisen führen.

Das Erleben und der Umgang mit Belastungen ist immer auch von geschlechtsspezifischen Faktoren beeinflusst.<sup>4</sup> Das Selbstwertgefühl, die Vorstellungen vom Selbst, Überzeugungen, Anliegen und Ziele sind an Konzepte von Männlichkeit und Weiblichkeit gebunden.<sup>5</sup> Je starrer diese Konzepte sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Krise.

Als Reaktion auf Krisen und kritische Belastungen kommt es zu Regressionen. Menschen tendieren dazu, von bereits erreichten Entwicklungsphasen in frühere zurückzufallen, wenn sie in eine Krise geraten.

Wie groß die Chancen eines Menschen sind, Krisen selbst zu bewältigen, ist bildungsabhängig. Wie weit er zudem Hilfe von anderen bekommt, hängt von der Qualität seiner Netzwerke ab, also seiner Familien-, Nachbarschafts- und Freundschaftsbeziehungen etc.

Krisen sind ein prozessartiges Geschehen – vergleichbar mit kreativen Prozessen. Wer Krisensituationen selber bewältigen will, wird die emotionale Spannung zum Anlass nehmen, Wissen anzusammeln, den Zusammenhang zwischen Teilproblemen herzustellen und Fragen so zu stellen,

dass hilfreiche Antworten möglich sind.<sup>6</sup> Unruhe, Frustration, Minderwertigkeitsgefühle und Zweifel an der eigenen Kompetenz führen zu einer Inkubationsphase, in der die Probleme in uns gären.

Wird in dieser Phase kein Weg zur Lösung der Probleme gefunden, rutscht man in die Krise, ist blockiert, bekommt Angst und benötigt einen Freund, Lotsen, Psychologen, kurz: jemanden, der neue Einsichten in Problemlösungsmöglichkeiten vermittelt.

Die Phase der Einsicht ist dann durch Aha-Erlebnisse im Hinblick auf Problemlösungsmöglichkeiten gekennzeichnet, die mit einem Gefühl von Erleichterung und Freude verbunden sind. In einer abschließenden Verifikationsphase wird die neu gewonnene Lebenserfahrung immer wieder geprüft und getestet. Man konzentriert sich darauf, die neu gewonnene Autonomie nicht wieder zu verlieren – gleichwohl sind Rückfälle nicht ausgeschlossen.

Es liegt auf der Hand, dass kranke Menschen in Abhängigkeit vom Ausmaß der Krankheit mehr oder weniger schlecht in der Lage sind, einen eigenen wirksamen und problemlösungskräftigen Umgang mit Krisensituationen zu finden und zu erarbeiten.

Ob überhaupt und wie weit sich Menschen selber helfen können, ist auch von der Art der Erkrankung abhängig. Die Möglichkeiten von Psychotikern, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen, sind sehr viel begrenzter, als dies etwa bei körperlichen Defekten der Fall ist, die ein Chirurg reparieren kann und die in der Rehabilitationsphase vom Erkrankten so weit bewältigt werden, dass auf die Dauer keine fremde Hilfe mehr nötig ist.<sup>7</sup>

Das soziale Netz ist für die Bewältigung von Krisen besonders wichtig. In diesem Zusammenhang kommt Selbsthilfegruppen und der Information von Angehörigen eine besondere Bedeutung zu.<sup>8</sup> Der Anlass der Krise muss in der Familie oder Selbsthilfegruppe bzw. im sozialen Netz

verstanden werden, sodass die Betroffenen unterstützt werden können und ihrerseits Selbstwertgefühl entwickeln können, weil sie andere Betroffene unterstützen.

Wenn Krisen im sozialen Netz erlebt und kommuniziert werden, kann das den Betroffenen helfen, belastende Situationen und abwertende Gedanken zu relativieren. Die Freude über Rehabilitationsfortschritte wird verstärkt, wenn sie geteilt wird. Die Trauer über unvermeidliche Behinderungen auf Dauer wird im sozialen Netz gelindert. Bei Widerständen dagegen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, können Angehörige und Mitglieder der Selbsthilfegruppe motivieren. Andererseits müssen die Angehörigen nicht selten auch entlastet werden. Bisweilen lässt sich auch die Bereitschaft zu konstruktiver Resignation fördern. Es ist nicht leicht, Gewohntes aufzugeben, wenn nicht neue Handlungsfelder gefunden werden. Wer krankheitsbedingt Überforderten in der Krise helfen will, muss zu ihnen eine Beziehung aufbauen, in der er die Situation erfassen und die Symptomatik lindern kann, und er muss Leute finden und einbeziehen, die Unterstützung liefern können. Auf diese Weise lassen sich die Probleme der Betroffenen einer Lösung näher bringen.<sup>9</sup>

Dies alles geschieht mit dem Ziel, nach Bewältigung der Krise wieder ein ganz normales Leben zu führen, welches als sinnvoll empfunden wird.

Für die Tätigkeit von Ärzten ist es typisch, dass sie mit krankheitsbedingten Krisen bzw. der Verstärkung von Krankheitserlebnissen in einer Lebenskrise konfrontiert werden. Ihre Rolle wurde aber stets auch dadurch mitbestimmt, dass sie eine rationalere Sicht der Krankheit hatten als die Patientinnen und Patienten – auch in Krisensituationen. Voraussetzung dafür, dass die Patienten die Unterstützung durch Ärzte akzeptierten, war immer auch die Tatsache, dass die Ärzte in Krisensituationen über ein größeres Maß an Angstfreiheit verfügten als die Patienten

selbst. Dies war schon so, als die medizinische und technische Kompetenz und daran gebundene Hilfsmöglichkeiten noch wesentlich geringer waren, als dies beim heutigen Stand diagnostischer, pharmakologischer und chirurgischer Technologie der Fall ist.

Aus den genannten Gründen steigt und fällt das Ausmaß der Überforderung von Patientinnen und Patienten in Krankheitskrisen mit dem Ausmaß der Angst, die als Folge solcher Krisen von ihnen erlebt wird. Diese Angst ist aber nicht nur abhängig von den objektiven Bedingungen der Krankheit, also von den Labor- und Messwerten, und sie ist nicht dadurch bestimmt, wie der Arzt mit seiner Orientierung an der evidenzbasierten Medizin die Dinge sieht.

Jede Krankheit hat wenigstens zwei Gesichter. Das eine ist dem Arzt zugewandt und löst in der Krise nicht anders als im ruhigeren Krankheitsverlauf die regelhaften Reaktionen einer Medizin aus, die sich zunehmend bemüht, wissenschaftlich begründet zu handeln. Das andere Gesicht blickt auf Patientinnen und Patienten und löst deren Emotionen aus. Nicht die Krankheit an sich, wie Ärzte sie objektiv medizinisch beschreiben, sondern das subjektive Erlebnis der Krankheit in der Lebenskrise überfordert Patientinnen und Patienten.

Bestimmend ist folglich der Inhalt der Ängste und Befürchtungen:<sup>10</sup> Werde ich wieder gesund? Muss ich sterben? Werde ich behindert bleiben? Wird meine Familie zu mir halten? Behalte ich meinen Arbeitsplatz? Werden meine Ersparnisse für das Alter reichen, wenn meine Krankheit meine Leistungsfähigkeit mindert? Werde ich noch schaffen, was ich mir für mein Leben vorgenommen habe? Werden die Wähler einem kranken Politiker ihre Stimme geben?

Die Antwort auf diese Fragen bestimmt darüber, ob die Krise sich bewältigen lässt. Dies ist, wie gesagt, nicht von der Art der Erkrankung allein abhängig, sondern vom Um-

gang der Erkrankten mit den emotionalen Folgen der Krise. Und dieser Umgang wird wiederum wesentlich mitbestimmt durch Partner, Angehörige, Pflegekräfte, Selbsthilfegruppen und Ärzte und deren Haltung zum Erkrankten in der kritischen Lebenssituation.

In diesem Zusammenhang wird dann die Frage wichtig, welche Grundlagen die Vertrauensbeziehung zwischen Patienten und Ärzten benötigt. Sicher gehört dazu auch immer das Bemühen um eine evidenzbasierte Medizin nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Der kritische Patient kann hier aber vielleicht gerade in der Krise Defizite erleben und dann durch verstärkte Angst und durch ärztliche Fehler eventuell doppelt traumatisiert werden.

Über kompetente Medizin hinaus ist der Arzt daher angesichts des Patienten in der Krise auch als Seelsorger jenseits jeder Theologie gefragt. Er soll Anwalt der Gesundheitsinteressen der Patientinnen und Patienten sein, und er soll als Arzt nicht eitel sein, sondern vielmehr seine Grenzen erkennen und kompetente Hilfe organisieren, wenn er selbst nicht helfen kann. Grundsätzliche Fragen kann der Arzt dem Patienten in der Krise ersparen, bis dieser die Krise überwunden hat und wieder für sich selbst entscheiden kann, was gut und schlecht für ihn ist. Bis dahin ist der Arzt der pragmatisch orientierte Stellvertreter des Patienten, der sowohl auf das objektiv medizinische als auch auf das Emotionen auslösende Gesicht der Krankheit blickt und die notwendigen Konsequenzen zieht. Die Krise des Patienten ist überwunden, wenn beide Gesichter der Krankheit, das subjektive wie das objektive, ihren Schrecken verloren haben.

Zur Vorbeugung gegen Krisen hilft Bildung und Aufklärung: „Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung anderer zu bedienen.“<sup>11</sup>

Ganz bewusst habe ich die Bildung als Instrument der Krisenbewältigung in den Vordergrund gestellt und nicht den materiellen Reichtum. Denn dieser hat (im Gegensatz zur Bildung) erfahrungsgemäß immer wieder nicht nur geholfen, Krankheiten und Krisen zu bewältigen, sondern sie auch erzeugt.

### *Literatur*

- Antonovsky, H.:* Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997.
- Eink, M. / Haltenhof, H.:* Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Bonn 2006.
- Kant, I.:* Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? In: Werke, Bd. 11. Frankfurt am Main 1977, 53–61.
- Kast, V.:* Der schöpferische Sprung. Vom therapeutischen Umgang mit Krisen. München 1989.
- Krumpholz, D.:* Einsame Spitze. Frauen in Organisationen. Wiesbaden 2004.
- Kunz, S. / Scheuermann, U. / Schürmann, I.:* Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung. Weinheim 2004.
- Lange, R.:* Geschlechterverhältnisse in Management und Organisationen. München/Mering 1998.
- Pühl, H.:* Angst in Gruppen und Institutionen. Der Einzelne und sein unbewusstes Gruppennetz. Bielefeld 1994.
- Reddemann, L.:* Überlebenskunst. Von Johann Sebastian Bach lernen und Selbstheilungskräfte entwickeln. Stuttgart 2006.
- Schulze, G.:* Das süße Gift der Entmündigung. In: NZZ-Folio (Beilage zur Neuen Züricher Zeitung) Nr. 02/2006.
- Sennett, R.:* Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin 1998.
- Sonneck, G. (Hrsg.):* Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen. Wien<sup>3</sup>1995.
- [www.buechele-beratung.de](http://www.buechele-beratung.de), [www.zap-frauenberatung.de](http://www.zap-frauenberatung.de) (15.9.2007).

*Anmerkungen*

<sup>1</sup> Schulze 2006.

<sup>2</sup> [www.buechle-beratung.de](http://www.buechle-beratung.de); [www.zap-frauenberatung.de](http://www.zap-frauenberatung.de).

<sup>3</sup> Antonovsky 1997; Sonneck 1995.

<sup>4</sup> Krumpholz 2004.

<sup>5</sup> Lange 1998.

<sup>6</sup> Kast 1989.

<sup>7</sup> Reddemann 2006.

<sup>8</sup> Pühl 1994; Sennett 1998.

<sup>9</sup> Kunz et al. 2004.

<sup>10</sup> Pühl 1994.

<sup>11</sup> Kant 1783/1977.