

Deutsche Arbeitsgemeinschaft
für Jugend- und Eheberatung e.V.

Burnout – Inflation eines Symptoms

Informationsrundschriften
Nr. 226 Januar 2013

Vorstand der DAJEB

Präsidentin:	Renate Gamp Dipl.-Psychologin, Psych. Psychotherapeutin, Supervisorin (BDP)	Postillionweg 22 24113 Kiel Tel.: 04 31 / 9 12 20 renate.gamp@lathom.de
Vizepräsident:	Berend Groeneveld Dipl.-Psychologe, Psych. Psychotherapeut, Supervisor (BDP)	Roonstr. 53 32105 Bad Salzuflen Tel.: 0 52 31 / 99 28 - 0 begroene@gmx.de
Beisitzer:	Dorothea Fischer M.A. (Mediation), Ehe-, Familien- und Lebensberaterin, Mediatorin (BM)	Wissmannstr. 4 12049 Berlin Tel.: 0 30 / 69 53 43 64 kontakt@mediation-fischer.de
	Ulrike Heckel Dipl.-Soz.-Pädagogin, Supervisorin (DGSv), Ehe-, Familien- und Lebensberaterin	Palzstr. 54 58730 Fröndenberg Tel.: 0 23 77 / 91 03 35 ulrike.heckel@web.de
	Petra Heinze Dipl.-Staatswissenschaftlerin, Supervisorin (DGSv), Ehe-, Familien-, Lebens- und Erziehungsberaterin	Heinrich-Heine-Straße 18 14712 Rathenow Tel.: 0 33 85 / 51 41 40 pmheinze@online.de
	Rolf Holtermann Pfarrer, Ehe-, Familien- und Lebensberater	Josefstr. 23 47574 Goch-Kessel Tel.: 0 28 27 / 2 48 18 10 rolf.holtermann@web.de
	Dana Urban Dipl.-Soz.-Pädagogin Ehe-, Familien und Lebensberaterin	Am Tierpark 15 10315 Berlin Tel.: 01 76 / 88 57 18 08 dana.urban@web.de
	Cornelia Weller Dipl.-Soz.-Pädagogin, Ehe-, Familien und Lebensberaterin	Rosentalgasse 7 04105 Leipzig Tel.: 03 41 / 86 72 90 18 weller-cornelia@web.de
Bundesgeschäftsführer:	Dr. Florian Moeser-Jantke	DAJEB Neumarkter Straße 84 c 81673 München Tel.: 0 89 / 4 36 10 91 Fax: 0 89 / 4 31 12 66 info@dajeb.de http://www.dajeb.de

Inhaltsverzeichnis

Rolf Holtermann	Zu diesem Heft	2
	Zum Thema	
Christoph Schroeder	Produktiver Perspektivenwechsel – Ein theologischer Blick auf Eckart von Hirschhausens	3
Christiane Grefe	Psychotherapie Coach oder Couch	15
Manfred Josuttis	Dasein ohne Bewusstsein – Demenz in energetischer Perspektive	23
Elisabeth Jentschke	Demenz ein Grund für Überforderung und Burnout	32
Pia Hardt	Postpartale Störungen	37
Sandra Förster	Nachgeburtliche Überforderung und Depression als Grundlagenthema in der Schwangerenberatung	45
Claudia Pospieszny	Wenn "gut sein" zum Risiko wird	54
Nele Kohn, Olaf Plotke	So entkommen Sie der Burnout-Falle	57
Ingo Stein	Burn out als Thema für Familien bei der Pflege von Angehörigen	59
Ingo Stein	Tante Margot und Onkel Gerhard – eine Geschichte vom Tragen und Getragenwerden	68
Muhammet Mertek	Trauerbesuch bei einer muslimischen Familie	76
	Krankheitstage nach Burnout haben deutlich zugenommen	78
	Rezensionen	
Armbrust, J., Savvidis, M., Schock, V. (Hrsg.)	<i>Konfliktfelder in der Kita</i> (Christa Gomman)	79
Engelbrecht, S.	<i>Das Anti-Burnout-Buch für Frauen</i> (Sandra Förster)	80
von Heyl, A.	<i>Das Anti-Burnout-Buch für Pfarrerinnen und Pfarrer</i> (Christian Buchholz)	82
Kraemer, H.	<i>Soforthilfe bei Stress und Burnout</i> (Rolf Holtermann)	83
Wenz, G., Kamran, T. (Hrsg.)	<i>Seelsorge und Islam in Deutschland. Herausforderungen, Entwicklungen und Chancen</i> (Traugott Schall)	85
	Literatur zum Thema Stress und Burnout	88

Zu diesem Heft

Liebe Leserin, lieber Leser,

ein Schwerpunkt dieses Informationsrundschreibens ist das schon fast inflationäre Thema Burnout. Beim Studium der Fachbeiträge kam mir der Gedanke: Wozu sind wir erzogen worden, zu Ja-Sagern oder Nein-Sagern? Vielleicht gehören Sie zu denen, die immer gehört haben: "Tu, was Deine Mutter sagt!", oder: "Tu, was Dein Vater sagt!", oder: "Tu, was Deine Schwester/Dein Bruder sagt!" Dann sind Sie darauf trainiert, Appelle zu hören; dann neigen Sie dazu, anderen gefallen zu wollen, Erfüllungsgehilfe der Wünsche anderer zu sein; z. B. aus Angst sonst abgelehnt zu werden. Oder sind Sie doch dazu ermutigt worden, auch mal "nein" sagen zu dürfen, auch mal protestieren und sich abgrenzen zu dürfen, auf eigene Widerstände und Bedürfnisse zu achten? Je nachdem, wie Sie auf Appelle trainiert bzw. in Ihrer Selbstachtung und zu Selbstsorge ermutigt worden sind, kann es sein, dass Sie anfällig für oder eher resistent gegenüber Burnout-Gefahren sind.

Der Mut, "nein" sagen zu können, gehört zu den wichtigen Voraussetzungen, um sich abgrenzen zu können, um nicht ständig den Erwartungen anderer an die eigene Person nachzugeben. Um nicht in die Burnout-Falle zu geraten, darf man sich nicht zu everybody's darling entwickeln und machen lassen. Wer in seinem Selbstbewusstsein und seiner Selbstachtung gestärkt worden ist, der kann auch später eher Selbstwirksamkeitserfahrungen machen, erlebt sich nicht ohnmächtig gegenüber den Ansprüchen, die andere an ihn stellen, der ist gewappnet davor, den eigenen Leistungs- und Perfektionswahn auf die Spitze zu treiben. Ein Kollege von mir hat kürzlich nach seinem Burnout in der Reha eine ganz einfache Hilfe bekommen. Er stellte seinen Tages- und Wochenablaufablauf als Pfarrer in der Therapiegruppe vor. Termin reihte sich da in seinem Kalender an Termin. Der Therapeut fragte ihn schließlich nur: "Wann bereiten Sie sich denn eigentlich vor? Wo sind denn Zeiten eingeplant, die Termine auch mal in Ruhe vorzubereiten? Und wann haben Sie einen Termin mit sich, z. B. für Ihren Sport, Ihre Familie usw.?" Dem Kollegen war seine Rast- und Ruhelosigkeit schon bewusst, aber dass ihm einer plötzlich die Erlaubnis gab, mal in Ruhe auch Termine vorbereiten zu sollen, dass einer ihm bewusst machte, du darfst auch mal an dich denken, war wie ein Geschenk. Manche Dinge kann man sich nicht selber sagen.

Wir wünschen Ihnen als Redaktionsteam deshalb auch Zeit zum Studieren der Fachbeiträge. Einige Teamer haben eigene Fachbeiträge beigesteuert. Das erlebe ich als großen Gewinn dieses neu etablierten Gremiums, das Beteiligungsformen der Mitarbeit auch außerhalb des Vorstandes konstruktiv umsetzt.

Im Namen des Vorstandes lade ich Sie schon jetzt zur Jahrestagung 2013 über Himmelfahrt **vom 9.-11. Mai 2013** nach Bonn-Bad Godesberg ein. Dann gehen wir **"Auf Schatzsuche – Ressourcen nutzen"**. Wir, Vorstand und Redaktionsteam, freuen uns, Sie dann hoffentlich wieder als Teilnehmende begrüßen zu dürfen. Ich grüße Sie im Namen aller ganz herzlich, Ihr

Rolf Holtermann

Produktiver Perspektivenwechsel – Ein theologischer Blick auf Eckart von Hirschhausens Bestseller

Glück kommt selten allein ...

Abstract

Eckart von Hirschhausens Glücksbuch führt seit Monaten die Bestsellerlisten an. Christoph Schroeder zeigt, wie sehr Hirschhausens zentrale Denkfigur in der jüdisch-christlichen Tradition und Seelsorge verwurzelt ist. Hirschhausens Buch leistet damit seiner Meinung nach einen indirekten Beitrag zum Versuch, die Sprachfähigkeit des christlichen Glaubens wiederzugewinnen.¹

Psychosoziale Stichworte: Psyche – Psychische Störung – Psychologie – Therapie – Depression – Burnout-Syndrom

Das Ändern der Blickrichtung als Weg zur Glückserfahrung

"Ein Unglück kommt selten allein." Das bekannte Sprichwort hat einen fatalistischen Zug: Ich Unglücksrabe. Aber: Glück kommt selten allein? Eckart von Hirschhausen dreht das Sprichwort einfach um und zwingt damit zu einem Perspektivenwechsel. Nicht nur Unglück begegnet einem, sondern ebenso Glück, und meist im Zusammenhang mit Begleiterscheinungen, die zu eines Glück beitragen und es vermehren. Man muss nur darauf achten. In dieser Umkehrung der Blickrichtung, in diesem produktiven Perspektivenwechsel steckt für Hirschhausen im Kern die Anleitung zur Glückserfahrung. Was passiert eigentlich, wenn ich meine Perspektive ändere? Es eröffnen sich auf einmal andere Sichtweisen auf die Welt, auf meine Umgebung und vor allem auf mich selbst in dieser Umgebung. Es ist gar nicht alles so festgelegt, wie ich immer dachte. Die Blickrichtung zu ändern ist natürlich gar nicht so einfach. Denn wenn ich mich – vielleicht auch nur spielerisch – darauf einlasse, mich selbst einmal von außen zu betrachten, dann könnte mich das dazu bringen, mich selbst zu ändern, mich zu bewegen, mich aus festgelegten Gleisen zu lösen. Das kann durchaus zu einer Identitätskrise führen. Genau das aber könnte mir gut tun. Vielleicht begegnet mir dann das Glück!

¹ E. von Hirschhausen, *Glück kommt selten allein ...*, Reinbek 2009. Zitate aus dem Buch im Folgenden in Klammern im laufenden Text.

Hirschhausen verdeutlicht das mit einem Witz:

Ein Funkgespräch zwischen einem US-Marinefahrzeug und kanadischen Behörden vor der Küste Neufundlands.

Amerikaner: *Bitte ändern Sie Ihren Kurs um 15 Grad nach Norden, um eine Kollision zu vermeiden.*

Kanadier: *Ich empfehle, Sie ändern IHREN Kurs 15 Grad nach Süden, um eine Kollision zu vermeiden.*

Amerikaner: *Dies ist der Kapitän eines Schiffes der US-Marine. Ich sage noch einmal: Ändern SIE IHREN Kurs.*

Kanadier: *Nein. Ich sage noch einmal: SIE ändern IHREN Kurs.*

Amerikaner: *Dies ist der Flugzeugträger "USS Lincoln", das zweitgrößte Schiff in der Atlantikflotte der Vereinigten Staaten. Ich verlange, dass Sie Ihren Kurs 15 Grad nach Norden ändern, oder es werden Gegenmaßnahmen ergriffen, um die Sicherheit dieses Schiffes zu gewährleisten.*

Kanadier: *WIR sind ein Leuchtturm. (S. 17).*

So kann das sein, wenn mein Ich, das seine Einstellungen als unerschütterbar betrachtet, mit der harten Wirklichkeit zusammenstößt. Es bedarf einer großen geistigen Anstrengung, zu der Einsicht zu kommen, dass nicht unbedingt die Wirklichkeit ihren, sondern möglicherweise ich meinen Kurs ändern muss.

Bereits der erste Satz des Buches ermuntert zu genau diesem Perspektivwechsel: "Stellen Sie sich vor, Sie selbst wären das Glück. Würden Sie dann gerne bei sich vorbeikommen?" (S. 13) Lasse ich mich auf diesen spielerischen Rollentausch ein, wird klar: Es liegt auch an mir selbst, ob das Glück zu mir kommt oder nicht. Ich kann etwas dafür tun. Es ist nicht alles einfach blindes Schicksal, was mir widerfährt, denn ich stehe immer in einem lebendigen Austausch mit meiner Umgebung. Mit dieser Einsicht beginnt bereits die Veränderung.

Die menschliche Grundsituation der "gelernten Hilflosigkeit"

Hirschhausen geht anthropologisch von der Annahme aus, dass Menschen die Neigung haben, aus sich selbst heraus, d. h. ohne korrigierenden Anstoß von außen, eher selbstbezogen zu leben. Der lutherische homo incurvatus in se ipsum ist es, der des produktiven Perspektivenwechsels bedarf. Die oft festgezurrten Einstellungen und Haltungen, die uns prägen und die unseren Umgang mit der Welt bestimmen, sind dabei nicht etwas, das schon immer da war. Zwar halten wir sie oft für unverrückbar. Tatsächlich aber sind sie das Ergebnis eines langen Lernprozesses. Hirschhausen illustriert das sehr lebensnah:

"Warum können so viele Menschen über Stunden praktisch regungslos auf dem Sofa hocken? Die Antwort: weil sie es geübt haben! Oft. Viele Abende lang. Unter Verzicht auf viele andere Dinge, die sie jetzt nicht mehr so gut können wie Sofahocken. Aber das läuft super." (S. 64)

Wie wehrlos Menschen oft sie formenden und prägenden Einflüssen so ausgesetzt sind, dass sie unter diesem Druck Hilflosigkeit regelrecht lernen, macht Hirschhausen anhand des Berichts über ein wissenschaftliches Tierexperiment deutlich: "Hunde, die in einem Käfig saßen, bekamen Futter, Wasser und – kleine Stromstöße. Die waren nicht gefährlich, aber unangenehm. Ein paar Stromstöße verträgt jeder, aber wenn sie immer wieder ohne ersichtlichen Grund kommen und ich 'armer Hund' nichts dagegen unternehmen kann, ergebe ich mich bald in mein Schicksal. Die Hunde legten sich apathisch hin und machten keinerlei Anstalten, sich aus der unangenehmen Situation zu befreien. So ähnlich fühlen sich viele Menschen, die sich sinnlos vom Schicksal mit Schlägen gebeutelt sehen, beispielsweise durch den Verlust des Arbeitsplatzes. Wer selbst kündigt, fühlt sich ganz anders als jemand, der sich angestrengt hat, aber trotzdem geht die Firma pleite, und er wird arbeitslos. Das macht depressiv." (S. 33f.) Was geschieht nun, wenn sich die äußeren Umstände auf einmal wieder zum Positiven wenden – im Falle des Experiments:

Was geschah, als der Käfig geöffnet wurde? Erstaunlicherweise: "Nichts. Die Hunde hätten abhauen können, aber sie taten es nicht. Sie hatten die Hilflosigkeit gelernt, sodass sie keine Schritte mehr in die eigene Freiheit unternehmen wollten." (S. 34)

Hirschhausen zitiert dieses Experiment, um zu verdeutlichen, dass eine Depression meist nicht aus heiterem Himmel kommt, sondern einen längeren Anlaufweg hat. Sie ist "erlernt". Sie entsteht aus trüben Gedanken, die einen in endlosen Spiralen abwärts ziehen. (S. 33) "Depressive Menschen erschaffen sich ihren Käfig in Gedanken, und wenn Stöße und Erschütterungen dazukommen, können sie sich nicht mehr aus ihren Denkgittern und Endlosschleifen befreien: 'Ich bin wertlos, meine Welt ist düster, meine Zukunft ist hoffnungslos.'" (S. 33f.) Für Hirschhausen bildet der eben geschilderte Prozess die Wahrheit eines Satzes von Marc Aurel ab: "Auf die Dauer der Zeit nimmt die Seele die Farbe der Gedanken an." Sprich: auf die Dauer der Zeit werde ich zu dem, was ich tue und denke. (S. 61)

Perspektivenwechsel: "Was hält Menschen gesund, stabil und bei guter Laune?"

1. Viktor Frankl und die Suche nach dem "Sinn"

Was kann den "armen Hund" dazu bringen, seinen Käfig zu verlassen? Was bringt den Sofahocker dazu, aufzustehen und Neues zu wagen? Was kann den Depressiven von seiner Schwermut erlösen?

In dem Witz mit dem amerikanischen Kriegsschiff kommt es zur Kurskorrektur, als das Ich auf die Wirklichkeit trifft und es sich schließlich für das Gespräch mit dieser Wirklichkeit öffnet. Eine harte, aber zugleich auch beglückende Erfahrung. Hätte das Schiff seinen Kurs beibehalten, wäre es unweigerlich zur Kollision mit dem Leuchtturm gekommen. Ein durchaus produktiver Perspektiven- und in der Folge auch Standortwechsel. Den kann es geben, ohne dass es gleich um Leben und Tod dabei geht.

"Was ist mit dem vierblättrigen Kleeblatt? Auf dem Titelfoto sieht man mich mit einem dreiblättrigen. Denn wer sagt, dass vier Blätter besser sind als drei? Vier Blätter sind vor allem eins: Sie sind seltener als drei. Und was machen wir? Wir binden unser Glück an Dinge, die selten vorkommen, und wundern uns, dass wir nur selten glücklich sind. Das haben wir uns selbst eingebrockt, das ist bescheuert. Ob vier Blätter besser sind als drei, ist nur eine Frage des Standortes. Zum Beispiel neben einem Atomkraftwerk: wenn dort alle Kleeblätter plötzlich vier und mehr Blätter haben, dann ist das nicht unbedingt ein gutes Zeichen." (S. 49)

Was bewirkt diese Änderung der Perspektive? Sie öffnet mich für die entlastende Möglichkeit, den Lebenszusammenhang, in den ich eingebettet und von dem ich ein Teil bin, so zu deuten, dass ich ihn als mir freundlich zugewandt erfahre. Was lässt dem Schwermütigen neue Kraft und neuen Lebensmut zufließen, so dass er die Energie bekommt, sich vorsichtig zu erheben und behutsam ins Freie und Offene zu gehen? "Was hält Menschen gesund, stabil und bei guter Laune? Was macht wirklich nachhaltig glücklich?" (S. 317) Es ist die im Perspektivwechsel sich plötzlich erschließende Erfahrung einer außerhalb meiner selbst liegenden Quelle, die sich als lebensspendend erweist. Bei Hirschhausen selbst bleibt diese Quelle namenlos. Bei ihm ist es die Fülle des Lebens selbst und seiner kommunikativen Struktur, die sich mir in ihrer bunten Vielfalt erschließt.

Durch den jüdischen Psychologen Viktor Frankl ist Hirschhausen die Bedeutung des produktiven Perspektivwechsels bewusst geworden. (S. 351)² Frankl hatte während seiner KZ-Haft beobachtet, dass diejenigen Menschen überlebten – selbst wenn sie von ihrer physischen Konstitution dafür viel weniger prädisponiert waren als andere –, die in der Lage waren, der Situation einen "Sinn" abzutrotzen. Menschen waren dann bereit, am Leben festzuhalten, wenn sie zu der vielleicht sie selbst überraschenden Entdeckung einer Kraftquelle kamen, durch die sie das Leben

- in, mit und unter allen Gegenerfahrungen
- als ihnen freundlich zugewandt erfuhren.

Diese Einsicht hatte Folgen für Frankls Arbeit als Psychologe. Anstatt sich auf die Ursache der Depression zu konzentrieren, anstatt ängstlich darum bemüht zu sein, den Suizidgefährdeten von seinem Plan abzubringen, lenkte Frankl den Blick auf die dem Schwermütigen noch verborgene Quelle, die ihn trotz allem mit Kraft versorgte. Frankl gab den Schwermütigen den Sinn nicht vor, sondern leitete sie durch die Änderung der Blickrichtung dazu an, ihn selbst zu finden. Er tat das, indem er "im Rahmen der therapeutischen Beziehung den Selbstmordgefährdeten fragte: 'Warum haben Sie es bis jetzt noch nicht getan?' Er erntete fassungsloses Erstaunen und einen produktiven Perspektivenwechsel. Plötzlich beschäftigten die Patienten sich mit dem, was sie am Leben hielt." (351)

² V. E. Frankl, *Der Mensch auf der Suche nach Sinn*, 1972

2. Jakob der Lügner – das Märchen von der kranken Prinzessin

Was Frankl im KZ erlebt hatte, bestätigt Jurek Beckers Roman *Jakob der Lügner*.³ Ich führe das etwas weiter aus, weil sich hier m. E. auf exemplarische Weise die lebensverändernde Kraft des "Sinns" erweist, der durch den Perspektivenwechsel zum Vorschein kommt. Den Blick auf das zu lenken, was einen inmitten einer hoffnungslosen Lage trotz allem am Leben hält, wird in dem Buch zur Aufgabe Jakobs. Die von Resignation und Hoffnungslosigkeit bedrohten Juden im Ghetto hält Jakob am Leben, indem er ihnen täglich an seinem fiktiven Radio gehörte Nachrichten über die näherrückenden russischen Truppen überbringt. Er malt ihnen Hoffnungsbilder vor Augen. Die haben die Kraft, sie aus ihrer lethargischen Haltung zu reißen und lassen ihnen neuen Lebensmut zuströmen. Jakob bestätigt auf seine Weise die Wahrheit der biblischen Einsicht: "Der Mensch lebt nicht vom Brot allein, sondern von einem jeden Wort, das aus dem Munde Gottes kommt." Lügner ist in diesem Roman ein Ehrentitel. Der ganze Roman verdichtet sich im Märchen von der kranken Prinzessin, das Jakob der kleinen Lina erzählt.⁴ Die Prinzessin ist so krank, dass sie – so ihre Überzeugung – nur wieder gesund werden kann, wenn ihr jemand eine Wolke vom Himmel bringt. Alle Ratgeber des Königs, alle Prinzen aus dem ganzen Land scheitern an dieser unlösbar scheinenden Aufgabe. Erst der Gärtnerjunge kann der Prinzessin helfen. Er lässt sich von ihr selbst zur Lösung führen, indem er ihr die richtigen Fragen stellt: "Du mußt mir nur verraten, woraus eine Wolke ist." Da hätte die Prinzessin fast lachen gemußt, wenn sie nicht so schwach gewesen wäre, sie hat geantwortet: "Was stellst du auch für dumme Fragen! Jedes Kind weiß, dass Wolken aus Watte sind." – "Aha, und sagst du mir noch, wie groß eine Wolke ist?" – "Nicht einmal das weißt du?" hat sie sich gewundert. "Eine Wolke ist so groß wie mein Kissen. Das kannst du selber sehen, wenn du bloß den Vorhang zur Seite schiebst und zum Fenster blickst" Da ist der Gärtnerjunge ans Fenster getreten, hat zum Himmel geblickt und gerufen: "Tatsächlich! Genauso groß wie dein Kissen!" Dann ist er losgegangen, hat bald der Prinzessin ein Stück Watte gebracht, und das war so groß wie ihr Kissen. Den Rest erspare ich mir, jeder kann ihn sich leicht denken, wie die Prinzessin wieder blanke Augen bekommen hat und rote Lippen und gesund geworden ist, wie der gute alte König sich gefreut hat, wie der Gärtnerjunge die versprochene Belohnung nicht haben wollte und dafür lieber die Prinzessin heiraten, und wenn sie nicht gestorben sind, das ist Jakobs Geschichte.⁵

Das Geheimnis dieser Heilung: Im Gegensatz zu allen anderen, die es versucht hatten, hat der Gärtnerjunge die Prinzessin selbst sagen lassen, was sie am Leben halten würde. Leben hat eine kommunikative Struktur. Wir leben in einem Geflecht von Beziehungen, zu uns selbst, zur Welt, zu Gott, einem Sinn.

³ J. Becker, *Jakob der Lügner*, Frankfurt 1982

⁴ A. a. O., S. 171-174

⁵ A. a. O., S. 173-174

Dieses ständige "Gespräch" ist unser Leben. Wir Menschen leben von Hoffnungsbildern, vielleicht gerade dann, wenn wir sie als Illusionen durchschauen und uns unserer Angewiesenheit auf sie bewusst werden. Jakob der Lügner ist einer, der diese Wahrheit über das, was Leben ist, akzeptiert hat und der deshalb zum Seelentröster werden kann, zu einem, der Menschen Hoffnungsbilder vor Augen malen kann, bei deren Anblick sie gesunden, selbst mitten im tiefsten Unglück. Da ist es letztlich unerheblich, ob Wolken wirklich aus Watte sind oder nicht.

3. Die Seelentröster: Zweiter Jesaja, Martin Luther, Paul Gerhardt

"Was hält Menschen gesund, stabil und bei guter Laune? Was macht wirklich nachhaltig glücklich?" Der Weg, den Eckart von Hirschhausen einschlägt, um Menschen Glück entdecken zu lassen, nämlich der, einen produktiven Perspektivenwechsel herbeizuführen, durch den ich befähigt werde, wahrzunehmen, dass die Welt mir nicht feindlich gesonnen, sondern eigentlich freundlich zugewandt ist – das ist eine Methode, die tief in der biblischen Tradition und in der christlichen Seelsorge verwurzelt ist. Dazu zunächst noch ein Witz. den Hirschhausen erzählt:

Moshe hadert mit Gott, der Welt und dem Schicksal. Er geht zum Beten in die Wüste und klagt Gott sein Leid: "Herr, warum bist du so grausam? Ich war dir immer ein guter Diener. Alles hast du mir genommen. Wenn es dich gibt, zeig mir, dass du ein guter Gott bist, und lass mich einmal in der Lotterie gewinnen!" Nichts passiert. Am nächsten Tag betet Moshe wieder: "Herr, gib mir eine Chance, lass mich wenigstens einmal im Lotto gewinnen."

Nichts passiert.

Er betet immer weiter, eine Woche, einen Monat, ein ganzes Jahr.

Als er nach einem Jahr wieder anfängt zu klagen: "Herr, gib mir eine Chance, lass mich im Lottogewinnen", passiert ein Wunder: Der Himmel über ihm öffnet sich, und ein tiefe Stimme spricht: "Moshe, ich hab dein Klagelied ein Jahr lang anhören müssen. Jetzt, bitte, gib du mir eine Chance – und kauf dir endlich ein Los!" (S. 142)

Moshe hatte gemeint, die ganze Welt habe sich gegen ihn verschworen. Der Perspektivwechsel, zu dem Hirschhausen ermutigt, führt mir erst wieder vor Augen: Die Welt, die mich umgibt, ist mir gar nicht so feindlich gesonnen, wie es mir immer vorkommt. Ich bin gar nicht so den Umständen ausgeliefert, wie ich es mir einbilde. Ich bin viel eher Gefangener meines Unbewussten, das mich in die Irre führt und mich zu falschen Schlüssen über meine Umwelt führt. Wenn es mir gelingt, mich von ihm nicht total beherrschen zu lassen, dann werde ich frei und glücklich und gewinne die Möglichkeit, die Welt als mir freundlich zugewandt zu erfahren bzw. dann gewinne ich die Fähigkeit, mit den Gegenerfahrungen, mit denen ich zweifellos auch konfrontiert werde, konstruktiv umzugehen. Der große Tröster in der Bibel ist der sog. "Zweite Jesaja". Er hat ein Volk zu trösten, das im babylonischen Exil mutlos und verzweifelt, resigniert und müde geworden ist; es fühlt sich verlassen und vergessen. Der Tempel ist zerstört, das Versprechen des

Gelobten Landes rückgängig gemacht: Hat Gott das Volk nicht aufgegeben? Das ist der Zweifel, der an ihnen nagt. Jesaja ermutigt sie, ihre Blickrichtung zu ändern. Er lenkt ihren Blick auf den Sternenhimmel und führt ihnen Gottes wunderbares Handeln in der Schöpfung vor Augen: "Hebt eure Augen in die Höhe und seht! Wer hat dies geschaffen? Er führt ihr Heer vollzählig heraus und ruft sie alle mit Namen; seine Macht und starke Kraft ist so groß, dass nicht eines von ihnen fehlt. Warum sprichst du denn, Jakob, und du, Israel, sagst: Mein Weg ist dem Herrn verborgen, und mein Recht geht vor meinem Gott vorüber?" (Jes. 40, 26-27)

Das Geheimnis dieses Trostes liegt darin, dass Jesaja die Defiziterfahrungen nicht negiert. Damit würde er die schwermütig gewordenen Israeliten vor den Kopf stoßen. Er lenkt ihren Blick vielmehr in eine andere Richtung und zeigt ihnen so: Gottes Gegenwart und stete Treue sind nicht verschwunden; sie zeigen sich jetzt nur auf eine andere Weise, für die mir erst die Augen geöffnet werden müssen:

Wenn Gott sogar auf jeden einzelnen Stern am Himmel acht hat und ihn mit Namen ruft, um wie viel mehr wird er sich dann um jeden einzelnen Menschen sorgen! Glaube doch nicht, Gott habe dich vergessen. Im Gegenteil: er ist nicht nur weiter gegenwärtig und zugänglich; er ist auch als lebensspendende Kraftquelle je für mich erfahrbar – wenn ich auf ihn hoffe. So fährt Jesaja fort: "Weißt du nicht? Hast du nicht gehört? Der Herr, der ewige Gott, der die Enden der Erde geschaffen hat, wird nicht müde noch matt, sein Verstand ist unausforschlich. Er gibt dem Müden Kraft und Stärke genug dem Unvermögenden. Männer werden müde und matt, und Jünglinge straucheln und fallen; aber die auf den Herrn harren, kriegen neue Kraft, dass sie auffahren mit Flügeln wie Adler, dass sie laufen und nicht matt werden, dass sie wandeln und nicht müde werden." (Jes. 40, 28-31)

Beim Zweiten Jesaja ist der evangelische Lieddichter Paul Gerhardt in die Schule gegangen mit seinem Lied "Befiehl du deine Wege" (EG 361), für Theodor Fontane eines der großen deutschen Tröstelieder: "Der Wolken, Luft und Winden gibt Wege, Lauf und Bahn, der wird auch Wege finden, da dein Fuß gehen kann." Gerhardt weist den Menschen weg von sich selbst hin auf das Werk Gottes. Mein kleines persönliches Schicksal soll ich dem anvertrauen, der auf die ganze Schöpfung acht hat. In diesen großen und weiten Horizont ist mein Leben eingeordnet. Wenn ich das wahrnehme, dann wird – in diesen neuen Zusammenhang gerückt – das, "was mein Herze kränkt", seine Bedrohlichkeit und seine Schrecken verlieren. Das Wirken des Schöpfers und mein Lebensweg werden hier so eng zusammengefügt, dass ein Mensch wieder Boden unter den Füßen und Zutrauen zum Leben gewinnt.

Ganz ähnlich verfährt Martin Luther in seinem seelsorgerlichen "Sermon von der Bereitung zum Sterben."⁶ Er weiß aus eigener Erfahrung: Wer sich zuviel mit seinen Zweifeln beschäftigt, mit dem, was in seinem Leben schief gelaufen ist, mit der Frage: Warum muss das gerade mir passieren?, der wird dadurch in einen

⁶ K. Bornkamm u. G. Ebeling (Hrsg.) *Martin Luther, Ausgewählte Schriften II*, Frankfurt 1982. S. 15-34

Strudel gezogen, aus dem er nicht wieder herauskommt, weil diese schwermütigen Gedanken stärker sind als er:

"Die Sünde ... wird groß dadurch, dass man sie zuviel ansieht und zu tief bedenkt. Da hat der Teufel denn ein Schwitzbad gefunden, das er gesucht."⁷ Deshalb rät Luther: "Du musst abkehren deine Gedanken und die Sünde nicht anders als in der Gnade Bild ansehen und dies Bild mit aller Kraft in dich hineinbilden und vor Augen haben."⁸ "Lass dir's nur nicht aus den Augen nehmen und suche dich nur in Christus und nicht in dir, so wirst du dich ewig in ihm finden."⁹

Auch hier ein Perspektivwechsel, weg von der Beschäftigung mit mir selbst und meinen Defiziten hin zu Christus! Indem mein Blick in eine andere Richtung gelenkt wird, weg von mir, hin zu dem, was mir zugute geschieht, werde ich stark. Aber hier ereignet sich noch mehr, nicht nur ein Perspektivenwechsel; der resultiert vielmehr erst aus dem grundstürzenden, sich in der Taufe vollziehenden Standortwechsel. Kraft der Taufe gehöre ich zu Christus; in ihm bin ich ein neuer Mensch, auch wenn mich das Alte noch bedrängt. Auch hier wieder: Die Gegenfahrungen werden nicht negiert und bestritten, aber sie rücken – von einem anderen Standort aus – in eine neue Perspektive. So verlieren sie ihren Schrecken, und so werde ich sie dann später auch ganz anders bearbeiten können. Hirschhausen bemängelt, dass sich die Psychologie seit 100 Jahren vor allem mit der Frage nach den Ursachen von Angst und Depression beschäftigt: frühkindliche Verletzungen und Traumata, existentielle Ängste und Verlusterfahrungen. Luthers Erfahrung, dass die Sünde dadurch groß wird, "dass man sie zuviel ansieht und zu tief bedenkt", hat sie nicht ernst genommen. Erst die positive Psychologie und kognitive Verhaltenstherapie der letzten fünfzehn Jahre habe, so Hirschhausen, die Frage gestellt, was denn den Menschen glücklich macht. Gerhardt spricht den, den er trösten will, in der 6. Strophe seines Liedes direkt an – "als arme Seele, die in der Höhle sitzt, wo sie der Kummer plagt". Er redet ihre Lage keineswegs schön. Aber er ermutigt den Schwermütigen behutsam, seinen Blick zu wenden. Er soll hoffen – hoffen und unverzagt sein, auch wenn sich äußerlich zunächst gar nichts ändern sollte. Paradoxerweise vollzieht sich das Hoffen im Loslassen. "Auf, auf, gib deinem Schmerze und Sorgen gute Nacht, lass fahren, was das Herze betrübt und traurig macht." (EG 361, 7)

Hoffen heißt: das, was mich bedrückt und kränkt, meine ganze Bitterkeit, die ganzen aufgestauten Frustrationen, abgeben, so ungeordnet und chaotisch diese Gefühle auch sein mögen. Vielleicht ist das ja gerade mein Unglück, dass ich meine, ich allein könnte mein Leben in Ordnung bringen. Es gibt ein eindrückliches Bild beim Propheten Jeremia, in dem Gott klagt, dass die Menschen unbegreiflicherweise die lebensspendende Hoffnung ausschlagen und sich in sich selbst

⁷ A. a. O., S. 19

⁸ A. a. O., S. 22

⁹ A. a. O., S. 23

verkrümmen: "Mich, die Quelle lebendigen Wassers, verlassen sie und bauen sich Zisternen, rissige Zisternen, die das Wasser nicht halten." (Jer. 2,13) Genau der darin verborgenen Anmaßung tritt Gerhardt entgegen:

"Bist du doch nicht Regente, der alles führen soll, Gott sitzt im Regimente und führt alles wohl." (EG 361, 7) Das ist der Höhepunkt des ganzen Liedes. Da sind, außerhalb meiner selbst, wunderbare Mächte, die mir Kraft zufließen lassen, die mich nähren und in deren Sphäre ich mich bergen kann. Hier liegt der tiefste und wirklich tragende Trost.

"Ihn, ihn lass tun und walten, er ist ein weiser Fürst
und wird sich so verhalten, dass du dich wundern wirst,
wenn er, wie ihm gebühret, mit wunderbarem Rat,
das Werk hinausgeführt, das dich bekümmert hat" (EG 361, 8)

"Was hält Menschen gesund, stabil und bei guter Laune? Was macht wirklich nachhaltig glücklich?" Wer den inneren Perspektivenwechsel vollzieht und die Gewissheit erlangt, dass da Kräfte sind, die ihm freundlich zugewandt sind, der wird nicht so einfach den Weg einschlagen, sich als Opfer der Umstände zu fühlen; der kann, in der Sprache Gerhardts gesprochen, Hoffnung lernen.

Nach dem Perspektivenwechsel: Hoffnung lernen, das Glück wie ein Handwerk einüben

Wenn ich das in den Blick bekomme, was mich am Leben hält, dann setzt das ungeahnte produktive Kräfte in mir frei. Es ist mir dann möglich, alte Denkmuster zu unterbrechen und die gelernte Hilflosigkeit aufzulösen.

Dann geht es darum, neue Verhaltensweisen einzuüben. Der Akzent liegt hierbei auf dem Lernen. Und damit geht die Arbeit eigentlich erst los. Wie schwerfällig unser Bewusstsein ist und wie überaus schwer es ist, eigene Einstellungen zu verändern, macht Hirschhausen mit folgendem Vergleich deutlich:

"Das Bewusstsein ist wie ein Reiter auf einem Elefanten. Der Dickhäuter ist das Unbewusste, unsere ganzen automatischen Handlungen und Assoziationen, von denen wir das Wenigste mitbekommen, die aber sehr mächtig sind. Und wenn der Reiter in eine ganz andere Richtung will als der Elefant, zeigt sich schnell, wer der stärkere von den beiden ist. Elefanten bringt man besser nicht mit Gewalt zur Vernunft, sondern mit kleinen Belohnungen und indem man immer wieder übt, bis es auch dem Dicken in Fleisch und Blut übergegangen ist. Nur weil der Reiter zu Silvester einen guten Vorsatz gefasst hat, hat sich noch kein Elefant dauerhaft mehr bewegt oder weniger gegessen." (S. 68)

Die alte Hilflosigkeit war erlernt. Und weil sie erlernt war, ist sie nichts Unverrückbares, fatalistisch Hinzunehmendes. Ich kann die alten Denkmuster unterbrechen und Neues lernen. Dieses neue, dieses gestärkte Ich hat dann allerdings auf der Hut zu sein: "Den verborgenen Kräften unserer Psyche kommt man besser auf die Schliche, sonst geht man ihnen immer wieder auf den Leim. Ein Trick ist, sein eigenes Handeln zu beobachten. Wie viel Zeit verbringe ich mit dem, was ich mir

vorgenommen habe, und wie viel mit anderen Dingen? Dann versteht man besser, wie oft nicht der Reiter, sondern der Elefant die Richtung vorgegeben hat, kann dem Elefanten zuhören und sich öfter gütlich einigen, bevor beide bockig werden." (S. 68)

Wie schwer es ist, den Perspektivenwechsel auch praktisch umzusetzen, darüber macht sich Hirschhausen also keine Illusionen. Gerade deshalb ist sein Buch keines, das man frustriert weglegt und bei dem man sich denkt: Das schaffe ich ja doch nie. Die optimistische und, wie ich finde, durchaus realistische Konsequenz, die Hirschhausen zieht:

"Glück ist eine Fertigkeit, die sich erlernen lässt wie eine Sportart oder das Spielen eines Musikinstruments. Das ist vielleicht die wichtigste Botschaft des Buches. Wer übt, wird immer besser." (S. 342) Also, nicht jammern, dass man nie im Lotto gewinnt, sondern sich erst einmal ein Los kaufen. Nicht jammern, dass man nie jemanden kennen lernt, sondern erst einmal aus dem Haus gehen. Nicht klagen, dass man keine Wohnung findet, sondern überall bekannt geben, dass man eine sucht. Das sind kleine Schritte, die, wenn man es recht bedenkt, gar nicht so schwer sind. Man muss nur erstmal auf die Idee gebracht werden, so wie Moshe in dem Witz.

In fünf Kapiteln dekliniert Hirschhausen das für den Alltag durch. Immer kommt es ihm darauf an, das kleine Glück zu stärken gegen den sich doch meist nie erfüllenden Traum vom großen Glück, immer wieder ein neues Verhalten einzuschleifen in dem Wissen, dass die Seele – eben auch im positiven Sinne – die Farbe der Gedanken annimmt. Der Reiter muss den Dickhäuter behutsam auf den neuen Weg leiten.

"Glück kommt selten allein – es kommt mit anderen" – das heißt konkret: Freundschaften stärken, einen Partner finden, die Partnerschaft pflegen. Entlastend ist, dass Hirschhausen seine lebenspraktischen Ratschläge auch selbst relativiert. So beschließt er den Abschnitt über die Kunst des Sich-Entscheidens – bei Speisekarte und Partnerwahl – mit der Bitte: "Und wenn Sie das hinkriegen, sagen Sie mir bitte, wie das geht ..." (S. 100) Im zweiten Kapitel "Glück kommt selten allein – es kommt mit dem Zufall" empfiehlt er das Pareto-Prinzip: "Mit 20% des Aufwandes erreiche ich 80% der Wirkung. Um einen 100%igen Brief zu schreiben, muss sich der Aufwand überproportional erhöhen. Menschen sind erfahrungsgemäß sehr viel enttäuschter, auf einen Kontaktversuch keine Antwort zu bekommen als ein halbes Jahr später eine ohne Rechtschreibfehler. Doppelt gibt, wer schnell gibt." (S. 157)

Im dritten Kapitel "Glück kommt selten allein – es kommt mit dem Genuss" geht es darum, dass so etwas wie eine Glücksspirale – das Gegenbild zum Teufelskreis – entstehen kann: Fängt jemand an, sich regelmäßig zu bewegen, dann kann es passieren, dass er auch keinen Drang zum Rauchen mehr verspürt. (S. 203) Generell gilt: Kleine Momente kommen viel öfter vor als große. So wie der Blauwal, das größte der Säugetiere, sich vom mikroskopisch kleinen Plankton ernährt, so ist es mit dem Glück auch. Wer die kleinen Glücksmomente achtet, dem wird da-

mit Lebensnahrung im Übermaß gegeben. (S. 228f.) Hirschhausen empfiehlt, ein Glückstagebuch zu führen, das einen für die kleinen beglückenden Erfahrungen des Alltags sensibilisiert. (S. 232)

Schließlich geht es um die Erfahrung, dass Glück mit dem Tun kommt. In einer Aufgabe aufzugehen ist Glück. Das wird – aus dem Amerikanischen kommend – Flow genannt: "ein optimales Zusammentreffen von Aufmerksamkeit, Motivation und Umgebung." (S. 251) Auf deutsch heißt das Schaffensrausch. "Verfolge dein Ziel, als ob du keines hättest." (S. 251) Durch eine Fülle von Ratschlägen, Erfahrungen, Anekdoten und lebenspraktischen Tipps macht Hirschhausen nachvollziehbar, dass Glück so etwas ist wie ein handwerkliches Können, das man ein Leben lang üben und in dem man immer besser werden kann.

Die Pinguingeschichte: Nicht nur auf die Perspektive, auch auf die Umgebung kommt es an

Das Buch schließt mit der Pinguin-Geschichte, die alles, was mit dem produktiven Perspektivenwechsel verbunden ist, wie in einem Brennglas zusammenführt. Der Pinguin gibt auf dem Trockenen eine jämmerliche Figur ab. In Hirschhausens Augen: "Wo ist eigentlich deine Taille? Die Flügel zu kurz. Du kannst nicht fliegen. Und vor allem: hat der Schöpfer bei dir die Knie vergessen?" (S. 355) Aber sobald er sich in seinem Element, dem Wasser, bewegt, kommen seine Qualitäten zum Vorschein: "Pinguine sind hervorragend geeignet, zu schwimmen, zu jagen, zu spielen – und im Wasser viel Spaß zu haben." (S. 355) In Hirschhausens Pinguingeschichte geht es wie in Hans Christian Andersens Märchen vom hässlichen Entlein darum, die eigene Identität zu gewinnen. Lange Zeit versucht das hässliche Entlein, sich den Enten anzupassen, in deren Mitte es aufwächst. Vergeblich. Es gelingt ihm nicht. Erst als vorbeiziehende Schwäne eine unbestimmte Sehnsucht in ihm wachrufen, entdeckt es, dass es in Wirklichkeit ein Schwanenjunges ist. Es schließt sich ihnen an und gewinnt so sein wahres Selbst. Hirschhausens Ratschlag: Versuche nicht, dich deiner Umgebung anzupassen, sondern suche die Umgebung, in der du dich entfalten kannst. "Wer als Pinguin geboren wurde, wird auch nach sieben Jahren Therapie und Selbsterfahrung in diesem Leben keine Giraffe werden." (S. 356)

Hier ist das Gegenüber und Zusammenspiel von Ich und Welt noch einmal in eine andere Dimension gerückt. Ich bin nicht auf die Umgebung festgelegt, in der ich mich bewege. Ich muss mich vermeintlichen Zwängen nicht beugen. Aber ich kann nicht nur meine Perspektive auf die Wirklichkeit ändern; ich kann auch den Standort wechseln, von dem aus ich Perspektiven gewinne. Es gibt nicht nur verschiedene Perspektiven auf die Wirklichkeit; es gibt für jeden Menschen auch verschiedene Umgebungen in dieser Wirklichkeit. Ich selber kann mich ändern – Glück ist lernbar – aber ich bin auch nicht auf ein Umfeld festgelegt, sondern kann versuchen, dasjenige zu finden, in dem meine Gaben sich am besten entfalten können. An diesem Zusammenspiel zwischen mir und der Welt in der ich mich bewege, hängt es, ob ich glücklich bin oder nicht. Der christliche Akt der Taufe als ein identitätsstiftendes Geschehen, durch das ich einen neuen Standort – Luthers "Suche

dich nur in Christus und nicht in dir" – und damit eine neue Perspektive gewinne, erschließt sich durch diese Geschichte in existentiell eindringlicher Weise.

Fazit

Hirschhausens Anleitung zur Glückserfahrung mutet ihren Lesern durchaus etwas zu. Anders als vom "positiven Denken" geprägte Glücksratgeber erschließt bei ihm erst eine heilsame Identitätskrise den möglichen Weg zum Glück. Der Schatz des christlichen Glaubens ist das dem natürlichen Glücksstreben widerlaufende, von Johann Hinrich Claussen so bezeichnete "religiöse Gegenglück".¹⁰ Es trägt, jedenfalls bei Martin Luther, zutiefst diesseitige Züge (s. Claussens Auslegung der Affekte Vertrauen, Freude, Hoffnung, Mut und Ruhe bei Luther).¹¹ Hirschhausens Werben für den produktiven Perspektivenwechsel ermutigt dazu, diesen Schatz des religiösen Gegenglücks nicht zu vergraben, sondern mit diesem Pfund zu wuchern.

Pastor Dr. Christoph Schroeder, Jahrgang 1964, Studium der ev. Theologie in Tübingen, Bern und Hamburg, 1992 Master of Theology (Th.M.), 1999 Promotion ("History, Justice and the Agency of God. A Hermeneutical and Exegetical Investigation on Isaiah and Psalms", Leiden 2001) am Princeton Theological Seminary, USA, seit 1999 Pastor in der Ev.-Luth. Kirchengemeinde Großhansdorf-Schmalenbeck.

Pastor Dr. Christoph Schroeder, Vogt-Sanmann-Weg 8, 22927 Großhansdorf
christoph.schroeder@kirchengemeindegrosshansdorf.de

Übernahme mit freundlicher Genehmigung aus
Deutsches Pfarrerblatt, 8/2010, S. 417-421

¹⁰ Johann Hinrich Claussen, *Glück und Gegenglück. Philosophische und theologische Variationen über einen alltäglichen Begriff*, Tübingen 2005

¹¹ A. a. O., S. 205-274 ("Martin Luther oder die Freude des Rechtfertigungsglaubens")

Psychotherapie: Coach oder Couch

Abstract

Ein Drittel der Bürger erkrankt jährlich einmal an einem psychisch bedingten Leiden. Menschen, die an der Seele erkrankt sind oder eine seelische Störung haben, sind trotz dieser hohen Fallzahlen in unserer auf Leistung getrimmten Gesellschaft immer wieder stigmatisiert. Die Wahrnehmung und gesellschaftliche Akzeptanz von Burnout ist zwar gestiegen, aber gleichzeitig vermeidet man die Diagnose "Depression". Von psychischen Leiden Betroffene, die Hilfe suchen, werden mit langen Wartezeiten konfrontiert. Die Versorgungslage für psychisch Erkrankte muss verbessert werden: Dazu gehört eine bessere Vernetzung zwischen Hausärzten, Fachärzten, Therapeuten und Kliniken, der Ausbau von Präventionsmaßnahmen und von psychosozialen Beratungsstrukturen.

Psychosoziale Stichworte: Psyche – Psychische Störung – Psychologie – Therapie – Erschöpfungsdepression – Burnout-Syndrom

Über seelische Leiden wird so offen geredet wie nie. Doch ernsthaft Betroffene finden kaum richtige Hilfe. Was läuft schief?

Als sich Hanna Pohl¹ zum ersten Mal bei ihrer Psychotherapeutin fallen lässt, hat sie noch immer das Gefühl: Eigentlich gehöre ich gar nicht hierher. Die 40-Jährige, zierlich, asymmetrischer Kurzhaarschnitt, hat viel erreicht. Sie lebt in einer schönen Altbauwohnung in Berlin und entwickelt Vermarktungsstrategien für ein globales Technologieunternehmen. Sie ist gefördert worden, gut bezahlt, war immer passioniert bei der Arbeit.

Bis sich ihre Abteilung, von Schließung bedroht, in ein Haifischbecken verwandelt hat. Die Teamleiterin Pohl erlebt, wie sie "leistet und leistet", aber im Konkurrenzkampf trotzdem "fertiggemacht und weggebissen" wird. Zwei Jahre geht das so, jetzt hat sie sich endlich einen Ruck gegeben: "Lass dir mal helfen. Rede mit jemandem nur über dich. Den Luxus gönnst du dir."

Die Geschichte klingt wie eine jener typischen Burn-out-Episoden, von denen man seit einiger Zeit überall hört und liest. Doch sie wirft eine Frage auf, die dabei selten gestellt wird und längst nicht nur gestresste Manager und Erschöpfungsgeplagte betrifft: Warum hat Hanna Pohl so lange gewartet, bis sie zu einem Therapeuten ging? Kann es sein, dass – trotz all der Berichte über ausgebrannte Fernseh- und Fußballstars – noch immer viele Menschen Hemmungen haben,

¹ Namen von der Redaktion geändert

sich einem "Seelenklemmer" anzuvertrauen? Fehlt ihnen im Dschungel der diversen Therapieformen die Orientierung, das richtige Angebot?

Zwei Hörstürze hat Hanna Pohl erlebt, bevor sie endlich Hilfe sucht. Mehrmals ist sie mit Schmerzen in der Brust beim Kardiologen gewesen, auch am Wochenende, jedes Mal ohne organischen Befund. Sie schläft schlecht, fühlt sich zu Hause wie gelähmt, bedrohlich oft überfällt sie der Gedanke: Wofür lebst du überhaupt noch? Nur die Verantwortung für ihren dreijährigen Sohn ist es, die sie hält. Die Analytikerin diagnostiziert eine schwere Erschöpfungsdepression, die auch tiefer liegende Konflikte wachgerufen hat. Nun sieht Hanna Pohl die Therapie nicht mehr als Luxus.

In der Rückschau sagt sie: "Schwach und gekränkt zu sein, das war für mich und meine Welt total tabu." Tabu? Das klingt paradox in einem Land, in dem die Selbsterfahrungskultur blüht und sogar die Arbeitsministerin öffentlich erklärt, dass "psychische Störungen" zu den "drängendsten Problemen in der Arbeitswelt" zählen. Wie passt das zusammen? Was stimmt nicht mit unserem System der Versorgung, wenn sich jemand über Monate, ja Jahre mit einem schweren seelischen Problem quält und nicht die richtige Hilfe bekommt?

53 Millionen Krankentage

Der Bedarf ist längst erkannt. Pro Jahr durchlebt ein Drittel der Bevölkerung ein psychisch bedingtes Leiden; in der Altersgruppe der 18- bis 35-Jährigen betrifft das sogar 45 Prozent. Das haben Psychologen der TU Dresden jüngst im Auftrag des Robert-Koch-Institutes ermittelt und damit frühere Befunde bestätigt. Die Krankheitsformen reichen von Verdauungsbeschwerden bis Kopfschmerzen, Panikattacken bis Phobien, Sucht bis Depressionen. Manches Problem löst sich von selbst, andere müssen behandelt werden. 53 Millionen Krankentage gingen allein 2010 auf solche Ursachen zurück. 27 Milliarden Euro geben Arbeitgeber und Versicherungen laut dem Statistischen Bundesamt jährlich für die Behandlung seelischer Störungen aus. Diese sind in fast vierzig Prozent der Fälle die Begründung dafür, dass sich Lehrer, Manager oder Schichtleiter vorzeitig in den Ruhestand abmelden.

Dennoch sagt der Hamburger Psychiater und Psychotherapeut Michael Stark: "Psychisch krank zu sein ist nach wie vor ein Stigma." In seiner Klinik erlebt er, dass sich Patienten nicht trauen, ihren Freunden zu erzählen, wo sie sind. Auch viele Hausärzte bekommen, wenn sie eine Überweisung zum Psychotherapeuten schreiben wollen, vor allem von Männern zu hören: Ich hab doch nichts am Kopf. Bin doch nicht bekloppt. Geh doch nicht in die Klapsmühle. Viele Kranke würden sich "lieber operieren lassen, als zum Therapeuten zu gehen", sagt Peter Henningsen, Direktor der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Technischen Universität München. Alles – bloß nicht die Seele!

Auf andere Weise schauen auch Gesundheitspolitiker weg. Dem immensen Bedarf an Hilfe steht ein Engpass bei den Therapieplätzen gegenüber. Bundesweit stehen Klienten im Durchschnitt drei Monate lang auf den Wartelisten, ehe sie ei-

nen Therapeuten auch nur ausprobieren können. Hanna Pohl fasste beim ersten Versuch kein Vertrauen, suchte lange weiter nach einem passenden Helfer und musste sich dann noch einmal fast ein Jahr lang gedulden, bis sie bei der gewünschten Analytikerin unterkam. Auch die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken könnten derzeit fast alle anbauen. Die Zahl der Menschen, die dort wegen psychischer Störungen behandelt werden, hat laut dem Krankenhausreport der Barmer GEK in den vergangenen 20 Jahren um 129 Prozent zugenommen. 1990 waren es 3,7 von tausend Versicherten, 2010 bereits 8,5.

Insgesamt ist die Behandlungsrate außerordentlich gering: Nicht mal ein Drittel der Betroffenen hat sich überhaupt versorgen lassen, stellen die Forscher der TU Dresden fest; und wenn, dann häufig erst Jahre nach dem Beginn ihrer Krankheit. Nur etwa zehn Prozent bekommen früheren Studien zufolge die Therapie, die ihrer Diagnose angemessen wäre. "Skandalös" findet Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, diese Unterversorgung. Verantwortlich dafür sei nicht zuletzt ein langjähriges politisches Desinteresse an dem Thema. Auch das lasse sich als Ausdruck eines Stigmas interpretieren.

Ob wirklich überall neue Kapazitäten fehlen, ist unter Experten umstritten. Dazu sind die Informationen über das, was in den Praxen und Kliniken geschieht, oft zu ungenau und die Unterschiede in der Versorgungslage viel zu groß. Beispielsweise wartet man in ländlichen Regionen länger auf einen Therapieplatz als in Großstädten, im Ruhrgebiet oder im Osten länger als im Süden. Sicher aber ist: Die vorhandenen Angebote werden häufig nicht bedarfsgerecht vergeben. Längst nicht jeder Hilfesuchende landet bei dem Therapeuten, den er eigentlich brauchte. "Eine vergleichbare Lage in der somatischen Medizin würde niemand tolerieren", vermutet der Psychiater Michael Welschehold vom psychiatrischen Krisenzentrum Atriumhaus in München.

Ein Grund für die Misere sind ausgerechnet die verstärkten Debatten um schwammige, aber psychologisch nicht definierte Syndrome wie Burn-out oder Mobbing. Die führen dazu, dass der Ansturm auf die Psychotherapie-Praxen steigt – und dass oft nur die Durchsetzungsfähigsten einen Therapieplatz erobern, wie die Psychologin Katja Salkow von der Berliner Salus-Ambulanz beschreibt: "Klienten mit einer schwerwiegenden Diagnose, die einen Therapieplatz viel nötiger hätten, werden oft weitergeschickt." Michael Welschehold bestätigt: "Nicht jeder, der sich ausgebrannt und erschöpft fühlt, ist auch im engeren Sinne psychisch krank und behandlungsbedürftig." Oft brauchten diese Menschen eher vielfältige Lebenshilfe als eine Analyse oder Medikamente. Sie nehmen den Schwerverkranken die Plätze weg.

Offensichtlich passen also die Seelenlage der Nation, deren öffentliche Wahrnehmung und die Konzepte, sie zu stabilisieren, nicht mehr zusammen – auf Kosten der Schwächsten.

Psychosen bleiben stigmatisiert

Dabei werden psychische Leiden so verständnisvoll verhandelt wie nie zuvor. "Auch die Schönen und Reichen haben oft verletzte Seelen", stellt zum Beispiel die Bunte mitfühlend fest und schildert episch, wie selbstverständlich Carla Bruni ihre Selbstzweifel offenbart oder Mr. and Mrs. Obama ihre Ehekrisen zum Therapeuten tragen. Als Hanna Pohl ihr Depressionsproblem einem Bekannten anvertraute, beruhigte der sie sogar schulterklopfend: "Ist doch schon fast ein Makel, wenn man noch nicht zum Psycho geht!"

Menschen aber, die gravierende Krankheiten wie Sucht, Schizophrenie oder Psychosen durchleben, bleiben stigmatisiert; die Ablehnung ihnen gegenüber hat sich sogar leicht verstärkt, fand eine Forschungsgruppe der Universität Greifswald für mehrere westliche Länder, auch Deutschland, heraus. Derart psychisch Erkrankte will eine deutliche Mehrheit weder als Nachbarn noch anderweitig in der Nähe haben. "Je fremder und unberechenbarer, desto weniger", sagt Georg Schomerus, einer der Autoren der Studie.

Auch Martina Mayer² kennt die bohrende Sorge, "dass die Nachbarn tuscheln könnten: Jetzt ist sie ganz verrückt". Die 38-Jährige hat seit langem Angst- und Essstörungen. Ob diese Leiden Ursache oder Folge ihres beruflichen Scheiterns sind, ist schwer zu sagen. Klar ist: In ihrem 500-Seelen-Dorf in Brandenburg findet die gelernte Altenpflegerin keine Arbeit mehr.

Dabei unternimmt sie seit Jahren immer neue Bewerbungsanläufe, als Übersetzerin, in einem Fotoladen – und hat immer wieder Pech. Als Alleinerziehende, die wegen ihrer Diabeteserkrankung nicht alles machen kann, habe sie es einfach besonders schwer, sagt Mayer. Schließlich hat sie sich kaum mehr aus dem Haus getraut und ihre Verletzlichkeiten, aber auch Fähigkeiten in einem weichen Panzer aus zu vielen Kilos verschanzt. Jahre hat es gedauert, bis sie sich endlich zu einer Psychotherapie entschlossen hat. Doch das wird sie nur ihren Eltern erzählen: "Glauben Sie denn, dass die Gesellschaft schon so weit ist?"

Tatsächlich kommt zu den persönlichen Gefühlen von Scham und Schuld oft die Angst hinzu, ausgegrenzt zu werden. Schließlich gibt es bei psychischen Krankheiten noch immer Vorurteile und eine Missachtung, die bei körperlichen Erkrankungen unmöglich wäre. Da lehnt die private Krankenkasse es ab, die Kosten für den Psychotherapeuten zu übernehmen. Da zögert der Staat, Bewerber zu verbeamten, wenn sie einmal in einer Therapie waren. Jugendliche beschimpfen sich in der U-Bahn: Du Schizo, Depri, Psycho! Ein Kollege geht lieber zum Coach – das klingt nicht so peinlich wie die Couch.

In mehr als der Hälfte der Fälle zögerten selbst Familienmitglieder und Freunde, denen sich Betroffene anvertrauten, einen Psychotherapeuten zu empfehlen, schreibt das Autorenteam einer Studie der Universität Leipzig. Während für regel-

² Namen von der Redaktion geändert

mäßige Besuche im Fitnesscenter Bonuspunkte bei der Kasse diskutiert werden, gilt ein Selbsterfahrungswochenende in der Psychoklinik eher als verdächtiges Unterfangen denn als gesundheitliche Prävention.

Das Tabu greift unterschiedlich stark. Bei Männern, in der älteren Generation, auf dem Land und in toughen Managementetagen wirkt es in der Regel stärker als bei Frauen, jüngeren Leuten, in sozialen Berufen, in der Stadt. In jedem Falle erschwert es die Lage der Betroffenen, weil sie im Verborgenen leiden.

Und je länger wiederum eine seelische Erkrankung beiseitegeschoben wird, desto komplizierter kann sie sich entwickeln. Die Eskalationen treiben die Behandlungskosten in die Höhe. Martina Mayer etwa hat über die Jahre zusätzlich zu ihrer Angst alle möglichen psychosomatischen Störungen ausgeprägt, die teils chronisch wurden. Auch Hanna Pohls Zustand wäre womöglich nicht so dramatisch geworden, hätte ein Arzt sie früher zum Therapeuten überwiesen. Gegen die Depression musste sie fast zwei Jahre lang Psychopharmaka einnehmen.

"Biopsychosozialer" Zusammenhang

Dabei ist die Wirksamkeit der Psychotherapie selbst für erhebliche Störungen längst nachgewiesen. Dass vielen der Gang zum Therapeuten dennoch so schwerfällt, erklärt der Greifswalder Psychologe Georg Schomerus auch mit Veränderungen der wissenschaftlichen Deutung. In den sechziger bis achtziger Jahren, als gesellschaftskritische Psychoanalytiker wie Alexander und Margarete Mitscherlich oder Horst-Eberhard Richter die "Geisteskrankheit" enttabuisierten und die "Antipsychiatrie"-Bewegung die Würde der diskriminierten "Verrückten" verteidigte, wurden psychische Störungen auf soziale Ursachen zurückgeführt. Schuld waren die autoritäre Gesellschaft, die sexuellen Tabus, der "Leistungsdruck", die "Konsumgesellschaft".

Heute sprechen mehr und mehr Psychologen von einem komplexen "biopsychosozialen" Zusammenhang. Doch in den vergangenen Jahrzehnten standen die genetischen Prägungen besonders im Fokus der Ursachenforschung, oder man untersuchte minutiös chemische Vorgänge im Gehirn, um bessere Psychopharmaka entwickeln zu können. In den Gesundheitsrubriken populärer Zeitschriften zeigten bunte Bilder die aktiven zerebralen Areale. Diese "Biologisierung", sagt Schomerus, habe psychische Krankheiten leider nicht – wie erhofft – durch Wissen entdämonisiert. Im Gegenteil, das Stigma des Schicksalhaften, Dunklen, Unberechenbaren sei eher noch verstärkt worden. Bei vielen Patienten macht sich die fatalistische Haltung breit: Es liegt an mir.

Dazu kommt der allgegenwärtig signalisierte Zwang zum individuellen Erfolg, dessen Druck sich auch Hanna Pohl irgendwann nicht mehr gewachsen fühlte. In den scripted reality-Shows im Fernsehen habe sie nur die zwei Extreme gesehen: "Germanys Top-Erfolgreiche – oder die Verlierer und Versager". Da muss im Privatleben alles stimmen; zugleich wird die berufliche Anerkennung immer wichtiger für das Selbstwertgefühl. Fehlt die Wertschätzung am Arbeitsplatz, obwohl man sich ständig anstrengt, führt das besonders häufig zu seelischen Krankheiten.

Untersuchungen belegen, dass die mangelnde Bestätigung dann schädlicher ist als der reine Arbeitsstress. Wenn zudem die Grenzen zwischen Arbeits- und Privatleben verschwimmen, weil man in Teams enger zusammenarbeitet und per Handy ständig erreichbar ist, wachsen die Hemmschwellen erst recht, sich und anderen einzugestehen, dass man am Anschlag ist. "Mein Chef, der mich tagsüber demütigte und hinterging, rief abends bei mir zu Hause an, um seine Sorgen bei mir abzukippen", erzählt Hanna Pohl.

Die Debatte über Burn-out hat zwar einerseits mehr Akzeptanz für seelische Leiden geschaffen. Andererseits wird schon sprachlich sorgsam das Stigma der Depression vermieden, die oft hinter der Erschöpfung liegt. "Sogar die Krankheit muss man sich noch durch Leistung verdienen", sagt Georg Schomerus, "darf man nicht einfach krank sein?" In so einem Klima werde den arbeitslosen und ärmeren Menschen umso mehr unterstellt, sie seien selbst an ihrer seelischen Erkrankung schuld, schreiben die Psychologin Irene Kühnlein und der Wirtschaftssoziologe Gerhard Mutz in einer Studie über den Wandel der Psychotherapie. Martina Mayer scheint das verinnerlicht zu haben: "Es gibt die Starken und die Schwachen. Zu den Starken gehöre ich nicht."

Für sie ist es nur ein schwacher Trost, wenn Arbeitsministerin Ursula von der Leyen "mit höchster Priorität" nach Lösungen für das Problem der psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz suchen will – denn dabei geht es ja vorwiegend um jene, die unter einem Zuviel der Anforderungen leiden. Doch fast noch schlimmer ist es in einer Leistungsgesellschaft, aus dem Arbeitsprozess ganz herauszufallen. Arbeitslose bekommen in Deutschland etwa doppelt so häufig psychische Probleme wie Berufstätige. Ihre oft langwierigen Qualen haben weit weniger Glamour als das Burn-out eines Prominenten.

Immerhin: Eine Suchbewegung hat begonnen, um in der widersprüchlichen Situation zwischen Psycho-Boom und Psycho-Tabu neu zu klären. Wer gilt als krank und wer als gesund? Wem sollen die Gesundheits- und Sozialsysteme helfen? Und wie werden die Mittel gerechter verteilt? Bislang gehen vor allem Fachkreise diesen Fragen nach, und angesichts der ungenauen Datenlage drohten "Willkür" und "politischer Kuhhandel", wenn jetzt über neue Versorgungsstrukturen nachgedacht werde, kritisiert der Psychologe Hans-Ulrich Wittchen, der die Untersuchung an der Technischen Universität Dresden geleitet hat.

Schon weisen sich unterschiedliche Berufsgruppen gegenseitig die Schuld zu. Da werfen Psychiater den Psychotherapeuten vor, sie kümmern sich nur um die leichteren, bequemeren Fälle selbst bespiegelnder Mittelschichten; die Therapeuten kontern, Psychiater verdienten schnelles Geld mit Medikamentenrezepten im Minutentakt. Hinter dem Streit stecken knallharte Verteilungskämpfe, die womöglich erneut auf Kosten der sozial Schwächsten gehen. Schon jetzt werden viele Psychologen lieber Coach, weil man mit Beratung besser verdient; Unternehmen schließen angesichts der langen Wartelisten langfristige Verträge mit Therapeuten, um sich eine schnelle Betreuung für ihre Mitarbeiter zu sichern.

Prävention und Verbesserung

Denn zumindest in den großen Firmen ist – schon wegen der hohen Krankheitskosten – einiges in Bewegung geraten. Gesundheitsabteilungen versuchen, Führungskräfte zu sensibilisieren, zur Vorbeugung sollen Arbeitszeiten flexibler gestaltet oder Mitarbeiter an Entscheidungen beteiligt werden. "Wenn Betriebsärzte jemals ernst genommen wurden, dann heute", sagt die Arbeitsmedizinerin Marianne Engelhardt-Schagen. Wichtig sei, nicht bei der Verhaltensprävention stehen zu bleiben, sondern die Verhältnisse zu verbessern. "Seelische Störungen sind nicht nur ein persönliches, sondern auch ein strukturelles Problem. Es kann einfach nicht sein, dass so viele scheitern."

Beim Blick auf die Versorgungsstrukturen ist kaum mehr strittig, dass sich Hausärzte, Fachärzte und Kliniken besser koordinieren müssen, um flexibler auf die einzelnen Klienten eingehen zu können. Einige Therapeuten schlagen eine Sprechstunde wie beim Hausarzt auch für Psychotherapeuten vor; sie würde mehr kurze Gesprächsinterventionen ermöglichen als die zigtündige Behandlung nach langwierigen Genehmigungsverfahren. Eine größere Vielfalt an Beratungsstellen müsse geschaffen werden, die Menschen in seelischen Notlagen kurzfristig helfen oder an die richtigen Stellen lotsen können. Beispiele dafür sind die psychiatrischen Krisenambulanzen in Berlin und München. Oder die psychologische Salus-Ambulanz in Brandenburg: Dort wird eine intensive Zusammenarbeit mit Arbeitsämtern und Suchtkliniken erprobt.

Im Rahmen dieses neuen Modells empfahl eine aufmerksame Betreuerin des Jobcenters auch Martina Mayer, eine psychologische Beratungsstelle in Potsdam aufzusuchen, damit sie seelisch stabiler wird und sich ihre Vermittlungschancen erhöhen. Die Gespräche in der Salus-Ambulanz haben Mayers Blick für die eigenen Lebensumstände und Verhaltensmuster allmählich geschärft, und ihre Entscheidung reifte, trotz aller Ängste und Vorurteile nun doch eine Psychotherapie in Angriff zu nehmen. Damit wuchs auch die Hoffnung, dass sie noch einmal eine Chance bekommt: "Das Reden hilft mir."

Auch Hanna Pohl geht es heute besser. Sie habe sich davon befreit, sagt sie, "ständig äußeren Anforderungen gerecht zu werden und dabei die eigenen Bedürfnisse und Stärken gar nicht mehr zu erkennen". Aber ihre Stelle habe sie dafür erst kündigen müssen, und freiberuflich zu arbeiten bringe natürlich weniger Geld und Sicherheit. "Wäre ich früher zur Therapeutin gegangen", glaubt Hanna Pohl heute, "dann hätte ich mich vielleicht innerhalb des beruflichen Gefüges behauptet – und nicht so einen hohen Preis bezahlt."

Christiane Grefe ist Redakteurin bei der Hamburger Wochenzeitung Die Zeit. Sie hat mehrere Bücher zum Klimawandel, Globalisierung und Umweltaktivisten geschrieben:

Ende der Spielzeit. Wie wir unsere Kinder verplanen, 1995,

Kleine Philosophie der Passionen: Reisen, 1998,

Klimawechsel. Von der fossilen zur solaren Kultur, 2001, zusammen mit Hermann Scheer und Carl Amery.

Der Globale Countdown, 2008, zusammen mit Harald Schumann

Kontakt:

Zeitverlag Gerd Bucerius GmbH & Co. KG

Buceriusstraße, Eingang Speersort 1

20095 Hamburg

Telefon: 040 / 32 80-0

E-Mail: diezeit@zeit.de

Internet: www.zeit.de



Dasein ohne Bewusstsein – Demenz in energetischer Perspektive

Abstract

Demenz ist Dasein ohne Bewusstsein – ausgehend von dieser Definition unternimmt Manfred Josuttis den Versuch, die Erkrankung weniger von ihrer defizitären Seite her und mehr lebenszyklisch und von einer ganzheitlichen leib-seelischen Anthropologie her zu verstehen.

Psychosoziale Stichworte: Alterung – Bewusstsein – Demenz – Gedächtnis – Identität – Kommunikation – Progression – Regression – Seelsorge – Sterben

Demenz ist Dasein ohne Bewusstsein – ausgehend von dieser Definition unternimmt Manfred Josuttis den Versuch, die Erkrankung weniger von ihrer defizitären Seite her und mehr lebenszyklisch und von einer ganzheitlichen leib-seelischen Anthropologie her zu verstehen.

Leibliches Dasein ist die Grundlage für menschliches Bewusstsein. Ausgangspunkt ist ein bestimmtes Verhältnis im Verständnis von Leib und Seele. "Der Leib ist das Gefängnis der Seele", lautet der entscheidende Satz in der griechischen Philosophie, der dann auch in die Theologie hinübergewandert ist. Die Seele manifestiert sich im Geist gegenüber dem Leib und ist jener Bereich menschlicher Existenz, der diesem Lebewesen unverlierbare Würde verleiht. Anders sieht es die biblische Tradition, für die die Seele die Lebenskraft des Leibes bedeutet. Und diese Lebenskraft artikuliert sich im Leib für eine bestimmte und begrenzte Zeit auch als Bewusstsein.

In der Bibel sterben Patriarchen, wie es von Abraham heißt, "alt und lebenssatt" und werden dadurch zu ihren "Vätern versammelt" (1. Mose 25,8). Heute heißt die zugespitzte Form einer Lebenssatttheit und Lebensmüdigkeit Demenz. Irgendwann hat man genug erlebt, irgendwann zieht man sich aus dem Getriebe des Lebens zurück:

- aus dem Druck der Leistungsgesellschaft in die Erschöpfung,
- aus den Turbulenzen der Erlebnisgesellschaft in das Desinteresse,
- aus den Ansprüchen der Kommunikations- und Bildungsgesellschaft hinein in Stille und Schweigen.¹ Irgendwann kehren wir wieder zurück in das Dasein ohne Bewusstsein.

¹ Ohne Bezug zur Demenz, aber für den gesellschaftlichen Kontext aufschlussreich: Han, B-C, *Müdigkeitsgesellschaft*, Berlin 2010

1. Der Zeitraum von Demenz im Lebenslauf

Demenz kann man in sehr unterschiedlichen Perspektiven betrachten: medizinisch, psychologisch, genetisch, neurobiologisch.² Bei all diesen Ansätzen wird meistens nicht wirklich ernst genommen, dass die Phänomene der Erkrankung durchweg in einem bestimmten Lebensabschnitt aufzutauchen beginnen. Von Ausnahmen abgesehen, stellen sie sich im Prozess der Alterung ein. Sie gehören in jene Phase der Biographie, die man als negatives Wachstum charakterisieren kann.

Mit der Geburt beginnt eine Entdeckungsreise in immer weitere Welträume. Aus dem Mutterleib gelangt man auf den Mutterbauch und an die Mutterbrust. Vom Kinderbett aus kann man das Kinderzimmer und die Wohnung entdecken. Dann geht es in den Kindergarten, in die Schule, in die Berufsausbildung, bevor für manche mit 15, für andere erst mit 30 Jahren die Arbeit in einem Beruf beginnt.

Die Erweiterung des Lebenshorizonts ist gebunden an die Entwicklung von Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeiten. Wir spüren, wir riechen, wir hören, wir sehen. Wir kriechen, wir stehen, wir können gehen. Und wir lernen zu unterscheiden: zwischen dem Ich und den Anderen, zwischen vertrauten Menschen und Fremden, zwischen wohltuenden und erschreckenden Widerfahrnissen, zwischen guten und bösen Mächten. Schließlich lernen wir auch, uns selbst zu kontrollieren, unsere Ausscheidungen und unsere Aussagen, unser soziales Verhalten in den verschiedensten Lebenslagen.

Erwachsenwerden heißt: in eine Welt hineinwachsen, die immer weiter wird. Durch Television entdecken Kinder heute schon sehr früh räumlich und zeitlich unvorstellbare Lebenswelten. Vom gestrigen Tag bleiben immer vielleicht nur ein paar einzelne Augenblicke in der Erinnerung. Beglückende und beschwerliche Erfahrungen begleiten uns unbewusst durch alle späteren Jahre. Wir kommen zur Welt. Wir wachsen in die Welt immer weiter hinein. Und werden dabei angefüllt mit immer mehr Welt.

Irgendwann setzt eine Rückwärtsbewegung ein. Ein wichtiger Einschnitt wird von der Gesellschaft gesetzt. Das Ausscheiden aus der Berufswelt ist für die meisten gesetzlich geregelt. Zwei Jahrzehnte davor erleben viele die sog. midlife-crisis mit dem Versuch, partnerschaftliche, familiäre, berufliche Felder noch einmal neu zu gestalten. Und nach dem Eintritt in den Ruhestand gibt es, wenn Gesundheit und Rente oder Pension dafür reichen, eine letzte Phase der Welterkundung, die Vergnügungs- oder Bildungsreisen in lang ersehnte ferne Länder.

² Allgemeine Informationen zu wichtigen Forschungsergebnissen und Verhaltensregeln liefert A. Bruhns, A., Lakotta, B., Pieper, D. (Hrsg.), *Demenz. Was wir darüber wissen, wie wir damit leben*, München 2010; für die kirchliche Praxis vgl. Fröchtling, A., *„Und dann habe ich auch noch den Kopf verloren...“: Menschen mit Demenz in Theologie, Seelsorge und Gottesdienst wahrnehmen*, Leipzig 2008

Dann beginnt jener Zeitraum im Lebenslauf, in dem die Ortsräume wieder enger werden.

Man verlässt immer seltener erst den Wohnort, dann auch die Wohnung. Nach der dauernden Wanderung durch die verschiedenen Wohnräume bleibt man irgendwann am liebsten im Bett. Nicht nur die Beweglichkeit reduziert sich in diesem Prozess, sondern auch Wahrnehmungsfähigkeit, Erinnerungsvermögen, Kontaktbereitschaft nehmen ab. Und im Extremfall gerät man in die Lebenswelt von Demenz, in ein Dasein ohne Bewusstsein.

Wir kennen die Situationen, in denen wir unser Bewusstsein verlieren, und wir brauchen diese Situationen, um von unserem Bewusstsein nicht zerfressen zu werden.

Im phänomenologischen Entwurf des Philosophen H. Schmitz heißt diese Situation "primitive Gegenwart"³, leibliches Dasein in einer Befindlichkeit, in der man noch nicht oder nicht mehr zwischen "Hier, Jetzt, Dasein, Dieses und Ich" unterscheiden kann. Im Rausch und in der Ekstase, in der Albernheit und in der Meditation, vor allem aber beim Schlafen zeigt sich, dass wir lebenslang der Regression in diese primitive Gegenwart bedürfen. Dabei kann das personale Subjekt aus seiner "Quelle", aus der "Wurzel unwillkürlicher Eindeutigkeit" in regelmäßigen Abständen schöpfen und die "Besonnenheit und die Weisheit, aber auch die Überspanntheit und Borniertheit seines durch Bewusstsein emanzipierten Daseins hinter sich lassen." In vielen Augenblicken versinken wir in uns selbst mit dem Ziel, uns selbst zu erholen. Wenn wir Musik wirklich hören, erfüllt sie uns mit ihren Tönen, ihren Melodien und Schwingungen.⁴ Durch eine spirituelle Übung können wir in den Frieden Gottes geraten. Gefährlich wird es, wenn wir auf der Straße für einen kleinen Moment die Konzentration verlieren und uns der Beweglichkeit des Automobils überlassen. Was im Prozess der Demenz mit uns geschehen kann, ist uns also durchaus vertraut. Wir kennen die Situationen, in denen wir unser Bewusstsein verlieren, und wir brauchen diese Situationen, um von unserem Bewusstsein nicht zerfressen zu werden. Im Vorgang der Dementierung lässt die Kraft des Bewusstseins nach. Aber die Lebenskraft unseres Leibes bleibt noch erhalten.

2. Der Leibraum im Feld von Demenz

Im Prozess der Demenz verändert sich das Verhältnis zwischen Regression und Progression immer mehr. Die Spannungsmomente nehmen zu. Die Fähigkeit, sich dabei zu erholen, lässt nach. Ein Baby lebt zunächst in primitiver Gegenwart, aber es wächst immer stärker in die entfaltete Zeit hinein. Es lernt zwischen hier und dort, zwischen jetzt, früher und später, zwischen ich und du, zwischen diesem

³ Schmitz, H., *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*, 2. Aufl., Paderborn 1992, 75ff.; ausführlich: *System der Philosophie I*, 2. Aufl., Bonn 1981, 169ff.

⁴ Vgl. Sloterdijk, P., *Wo sind wir, wenn wir Musik hören*, in: *Weltfremdheit*, Frankfurt 1993, 294ff.

und jenem zu unterscheiden. Seine Lebenskraft zeigt sich in seiner leiblichen Entwicklung, sein Lebenswille artikuliert sich im Schreien nach Nahrung und Zuwendung. Im Alter nehmen die leiblichen Fähigkeiten dann wieder ab, und leibliche Bedürfnisse, Ängste und Schmerzen werden schließlich nur noch in unverständlichen Lauten artikuliert.

Das Baby und der Greis sind im Dasein ohne Bewusstsein vergleichbar. In der Füllung ihrer Leiblichkeit, in dem, was in ihnen steckt, unterscheiden sie sich erheblich. Das gilt nicht nur von ihrem jeweiligen Körpergewicht. Sondern betrifft vor allem die Füllung mit positiven und negativen Erfahrungen, die sich in ihrem Körper niedergeschlagen haben. Die Spuren der Vergangenheit sind nur teilweise äußerlich sichtbar. Erfolge und Niederlagen, Schmerzen und Seligkeiten, Hoffnungen und Enttäuschungen, Lebenslust und Müdigkeit schlummern in einer teils explosiven, teils resignativen Mixtur vor sich hin. Das ermüdete Auge schaut nicht mehr zurück, wenn es angeblickt wird, aber es blickt auch nicht mehr nach vorn. Im Leibraum west immer noch eine Seele. Aber ihre Kraft lässt nach. Ihre Zeit wird vergehen. Der Lebenslauf führt Menschen aus dem Kinderbett schließlich ins Sterbebett. Die Schönheiten und die Schrecken der Vergangenheit bleiben im Leib konserviert, aber das Bewusstsein kann sie immer weniger vergegenwärtigen. Im unverständlichen Wimmern und Schreien bricht das manchmal heraus. Auf dem Weg in diese Lage nehmen die Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten des erwachsenen Menschen auch in anderen Bereichen zunehmend ab. Körperlich können Hinfälligkeit und Gebrechlichkeit wachsen. Affektiv nehmen oft Unruhe und Unsicherheiten zu. Geistig reduziert sich das Kommunikationsvermögen durch Gedächtnisverlust, Merk- und Artikulationsschwierigkeiten. Einfache Formen von Körpertraining und Impulse mit Erinnerungsanreizen bleiben durchaus sinnvoll. Aber sie können diesen Prozess einer negativen Entwicklung meist nur mehr oder weniger verzögern, sie können ihn nicht aufhalten oder gar rückgängig machen.

In der Demenz findet diese Entwicklung ihr radikale Ausprägung. Dasein ohne Bewusstsein bedeutet: Existenz in Selbstvergessenheit. Gerade dieser Gedächtnisverlust steht meistens im Zentrum der wissenschaftlichen und der praktischen Aufmerksamkeit. Wie soll man sich mit einem Menschen verständigen, der nicht mehr weiß, wie es war, wer er ist, und der infolge dessen auch nicht mehr sagen kann, wie es sein soll und was er will? Mit dem Bewusstsein geht die Zeit verloren. Mit dem Ich verschwindet die Sprache.

Im Rahmen einer Phänomenologie der Leiblichkeit kann man das nicht bestreiten oder gar verändern, aber man kann es an einer Stelle ertragreich differenzieren. Die Rede vom Gedächtnisverlust bezieht sich auf die kognitiven Fähigkeiten einer Person, auf Einsicht und Intelligenz, auf Reflexion und Rationalität in ihrer Bedeutung für das Gedächtnis. Übersehen wird die Tiefenschicht des leiblichen Daseins, zu der durchaus auch ein Erinnerungsvermögen gehört.

Nach Th. Fuchs löst sich das kognitive Gedächtnis mit zunehmendem Alter mehr oder weniger auf, dagegen bleibt sehr wohl das "Leibgedächtnis" erhalten.⁵ Auch diese Fähigkeiten haben wir in der frühen Kindheit buchstäblich "schrittweise" erworben. Wir haben, durch trial and error, kriechen, stehen, gehen gelernt. Und das Ergebnis dieser und anderer Lernprozesse ist in unserem Leib aufbewahrt. Wir wissen nicht, wie man geht. Wir gehen einfach. Nur manchmal, in unüberlegten Augenblicken der Reflexion, drohen wir zu stolpern. Sehr viele Bewegungsabläufe, die wir alltäglich vollziehen, sind uns "in Fleisch und Blut" übergegangen.

Nach Th. Fuchs sind drei Formen des Leibgedächtnisses für das Verständnis und die Begleitung dementer Menschen besonders wichtig.

- a) Das prozedurale Gedächtnis: Dabei geht es um die Ritualisierung von Abläufen. Das Essen z. B. vollzieht sich in feststehenden Prozeduren. Man muss die Hände bewegen, mit Löffel oder Gabel die Nahrung zum Mund führen, der Mund muss sich öffnen, das Gereichte aufnehmen, kauen und schlucken. Im Prozess der Dementierung kann man beobachten, wie allmählich Einzelheiten der Handlung auch dem Leibgedächtnis verloren gehen. Aber auch wenn der Essende gefüttert wird, vollzieht der Leib noch lange die notwendigen Bewegungen der Aufnahme, Einnahme, Verdauung und Ausscheidung. Ohne ein solches prozedurales Gedächtnis würde Menschen und Tiere⁶ durch Hunger und Durst zugrunde gehen.
- b) Das situative Gedächtnis: Im prozeduralen Gedächtnis sind wir mit uns beschäftigt, und zwar mit unserer Leiblichkeit. Das situative Gedächtnis enthält die Fähigkeit zur räumlichen Orientierung. Wir spüren, ohne darüber nachzudenken, wenn wir zu Hause sind. Wir brauchen die Einzelheiten gar nicht anzuschauen, wir fühlen uns wohl in der Atmosphäre des uns umgebenden Raums. In jeder Liebesgeschichte gibt es die Augenblicke, in denen man, ohne Fragen oder gar Diskussionen, eine leibliche Annäherung wagt. Man kann sich trauen, wenn man hinreichend vertraut ist. Dieses situative Gedächtnis des leiblichen Daseins bleibt auch bei dementen Menschen erhalten. Sie benötigen, um sich wohl zu fühlen, eine vertraute Umgebung, und zwar sowohl was die Räume als auch was die Menschen betrifft.
- c) Das zwischenleibliche Gedächtnis: Bei der körperlichen Annäherung geraten wir nach Th. Fuchs "in eine Art Kräftefeld, in eine eigenständige Sphäre von Wechselwirkungen."⁷ Bei jedem Kontakt bildet sich einerseits unvermeidlich ein erster Eindruck von der fremden Person, durch die Körperhaltung, den Gesichtsausdruck, die Gestik, die Stimme, den Gang. Das ist immer ein Vorurteil,

⁵ Vgl. Fuchs, Th., *Auf der Suche nach der verlorenen Zeit. Die Erinnerung in der Demenz*, in: Kruse, A. (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz*, Heidelberg 2010, 231ff.

⁶ Aufschlussreich auch der Bericht über ein Seminar von G. M. Martin, *Kommunikation mit Menschen, Tieren und Gott*, in *Was es heißt: Theologie treiben*, Stuttgart 2005, S. 14ff.

⁷ S. o. Anm. 5

das nicht falsch ist, das man sich aber bewusst machen sollte, weil es ergänzungs- und auch korrekturbedürftig ist. Das Leibgedächtnis, das unsere eigene Erscheinung, unser Auftreten prägt, wird dabei andererseits "zum Medium der Darstellung vor anderen". Ich möchte so wirken, wie ich mich gebe. Vor allem bewussten Beobachten ja Taxieren, gewinnen wir im Sehen, Riechen und Hören einen wechselseitigen Eindruck vom anderen. Leiblich nehmen wir eine Atmosphäre wahr, leiblich strahlen wir eine Aura aus. In der Demenz hat die Person die Kontrolle über ihre Selbstdarstellung verloren, aber das elementare Gespür für andere behalten. Eine zentrale Unterscheidung gelingt wahrscheinlich bis kurz vor dem Ende, ob nämlich das auftauchende Wesen mir vertraut oder fremd ist.

3. Zugang zur Lebenswelt von Demenz

Wer Menschen seelsorgerisch begleiten will, muss sich auf ihre Lebenswelt einstellen können. Unbewusst geschieht das immer, auch wenn man nicht professionelle Besuche in einem Trauerhaus, im Krankenhaus mit den verschiedenen Stationen, im Altenheim oder in der Gefängniszelle macht. Immer sind dabei drei Fragen miteinander verknüpft: Wer ist der Mensch, den ich besuche? Wo lebt er? Wie lebt er? Aber bevor ich weiß, was ich dort machen werde, muss ich mir überlegen: Wie komme ich da hinein? Was bringe ich mit? Was erwartet mich da? Wie soll ich mich verhalten?

Wir sind in der Lebenswelt der Demenz alle schon einmal gewesen.

In den Veröffentlichungen zum Umgang mit dementen Menschen werden einfache Ratschläge gegeben. Sehr lang sind Negativkataloge, die mit Recht abwertende, ja verächtliche Einstellungen kritisieren.⁸ In positiver Hinsicht wird nach den Bedürfnissen dieser Menschen gefragt. Ihre Würde muss respektiert werden, ich muss "Wertschätzung, Akzeptanz, Anerkennung" vermitteln.⁹ Wirklich helfen, wirklich kommunizieren kann ich freilich erst dann, wenn ich mir Fragen nach mir selbst nicht erspare. Was wird aus mir, was muss aus mir werden, wenn ich diesem Menschen in seiner Welt wirklich begegnen will?

Sicher gilt hier, was für jede professionelle Begleitung Voraussetzung ist: Ich muss mir die eigenen Ängste, Probleme, Schwierigkeiten bewusst machen, nicht um darin zu versinken oder um sie zu verdrängen, sondern um auf ihrer Wellenlänge meinen Spürsinn zu verbreitern. Mir kann meine Ängstlichkeit dazu verhelfen, die Ängste des anderen wahrzunehmen. Voraussetzung für gelingende Kommunika-

⁸ Vgl. die Liste bei T. Kitwood, *Demenz. Der personorientierte Ansatz im Umgang mit dementen Menschen*, 5. Aufl. München 2008, S. 75ff.

⁹ So H. Dech, *Hospizversorgung von Demenzkranken*, in: Chr. Burbach (Hrsg.), *Bis an die Grenze. Hospizarbeit und Palliative Care*, Göttingen 2010, S. 55. Vgl. auch das interaktionelle Pflegekonzept bei: E. Grond, *Altenpflege als Beziehungs- oder Bezugspersonenpflege*, 2. Aufl. Hagen 2000

tion sind immer auch die Probleme, die mir und meinem Gegenüber gemeinsam sind.

Auch das Dasein ohne Bewusstsein ist uns aus den Augenblicken der Selbstvergessenheit bekannt. Beim Hören von Musik, beim automatischen Autofahren auf einer Straße ohne Verkehr, während der sexuellen Vereinigung verlassen wir die Bewusstseins Ebene im Alltag. In den Traumreisen der Nacht tauchen wir in bekannte und unbekannte Welten ein, an die wir uns beim Aufwachen zum Teil noch erinnern. Und wir alle haben unsere ersten Lebensjahre in diesem Dasein ohne Bewusstsein verbracht. Wir sind in der Lebenswelt der Demenz alle schon einmal gewesen. Und manchmal, in jenen Momenten, in denen wir am liebsten sterben möchten, übt diese Lebenswelt eine suggestive Faszination auf uns aus. Wir möchten nicht wirklich tot sein, sondern, wie die narzisstische Theorie behauptet,¹⁰ zurück in die Urzeit, in eine Welt ohne Konflikte, voller Harmonie und Geborgenheit fliehen.

In die Lebenswelt von dementen Menschen hineinzugehen heißt, sich bewusst auf ein Dasein ohne Bewusstsein einzustellen. Deshalb gilt hier radikal, was immer gilt: Seelsorge ist Leibsorge, Vermittlung von Lebenskraft durch Berührung, Kommunikation durch Kontakt.

Wie gelange ich in die primitive Gegenwart, die meinem Bewusstsein so fremd ist, aber meinem Leib ganz vertraut? Alles beginnt mit dem Atmen, schon vor der Tür, durch die ich gleich gehen werde. Im Atmen kann ich zur Ruhe kommen, mich auf den anderen einstellen, ihn begrüßen, mich zu ihm setzen und mich auf sein Atmen einlassen. Beim Atmen kann ich die Uhrzeit vergessen und in die Urzeit, in die einfache Zeit, ohne hier und da, jetzt und später, dies und jenes, ich und andere gelangen. Beim Atmen kann ich die Anwesenheit des anderen auf mich wirken lassen. Ich kann allmählich seine Lebenskraft empfinden, aber auch sein Unbehagen, seine Spannungen und Schmerzen spüren. So entsteht eine Übertragungssituation, nicht im Bereich des Unbewussten wie in der Psychoanalyse, sondern im leiblichen Austausch von Einfluss. Deshalb sind beim Sprechen meist nicht die Inhalte entscheidend, sondern die Stimme, mit denen ich sie, entweder liebevoll oder kalt und streng, vortrage.

Diese zwischenleibliche Kommunikation ermöglicht eine Wechselwirkung, die das Atmen kanalisiert. Ich atme mit ihm/mit ihr – sie/er atmet mit mir. Dabei kann ich mich, je nach Ausbildung, ganz gezielt verhalten. Ich kann die zentralen Energiepunkte, die Chakren, beim Atmen reinigen, stärken und beleben. Ich kann mein Gegenüber ganz wörtlich behandeln, etwa durch das Ritual einer Salbung, wie Burkhard Pechmann sie einfühlsam beschrieben hat: "Die Unruhe der Bewohnerinnen und Bewohner weicht einer friedvollen Atmosphäre. Etwas hat sich ausgebreitet, was kein Sedativum zur Ruhigstellung war. Hier ist an die Stelle der fast

¹⁰ Vgl. H. Henseler, *Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes*, Reinbek 1974, bes. S. 73ff.

mit Händen zu greifenden krampfhaften und angestregten Spannungen ein Aufatmen, eine Gelöstheit und – vielleicht überraschend – eine gewisse Heiterkeit getreten. Mehr als nur einen Anflug von Seligkeit können wir nun auf gealterten Gesichtern wahrnehmen: ein Glänzen."¹¹ Lebensgeschichtlich wird in diesem Ritual wahrscheinlich der Leib an frühe Erfahrungen wohlтуender Pflege erinnert. Da ist eine sanfte Stimme, eine zarte Berührung, ein Geruch, der belebt. Die einfachste, aber im Extremfall auch stärkste energetische Handlung erfolgt durch die Hände. Bei jedem Händedruck kann man spüren, ob der Partner etwas nehmen oder etwas geben möchte. Und man kann umgekehrt auch gestalten, ob man ihm etwas mich Belastendes abgeben oder etwas Heilvolles übermitteln möchte. Man kann diese Aktion dadurch steigern, dass man sie, wie in der religiösen Form, laut oder leise mit einem heiligen Namen auflädt. In jedem Händedruck ist potenziell schon enthalten, was in der Methode des *therapeutic touching* methodisch entfaltet wird. Durch Zentrierung des beseelten Leibes auf die universale Quelle des Lebens kann ich zum Medium werden. Meine Hände werden dann zum Kanal für den Einfluss einer Energie, die meine eigenen Lebenskräfte weit übersteigt. So aktivieren in einer Berliner kirchlichen Klinik ausgebildete Pflegekräfte nach schwierigen Operationen den Heilungsprozess sofort durch das gezielte Auflegen ihrer Hände. Im Umgang mit dementen Menschen kann diese Methode auch ohne Ausbildung eine große Hilfe bedeuten.

4. Der Ausgang aus der Lebenswelt der Demenz

Der Zugang zu einem Dasein ohne Bewusstsein wird in der konkreten Begegnung mit dementen Menschen auf zweifache Weise erschwert. Der Anblick ihrer Erstarung und Entleerung ist schrecklich, weil er, jedenfalls am Anfang, Abwehrreaktionen in uns auslöst. So möchte ich nicht leben müssen. Der Unsterblichkeitswahn meiner Seele gerät ins Wanken. Mein Selbstbild, das von meinem Selbstbewusstsein geprägt ist, wird attackiert.

Wer nahe Angehörige zu begleiten hat, erlebt eine zweite elementare Irritation. Vater und Mutter, die großen Gestalten meines eigenen Daseins ohne Bewusstsein, die mir den Weg in die Welt eröffnet haben, muss ich jetzt in ihrer ganzen Hinfälligkeit ertragen. Ja, ich muss sie jetzt selbst auf den Weg in eine andere Welt begleiten, in das Ende ihres Lebens, entweder in das Nichts hinein oder beim Übergang in eine andere Welt. Die alten Eltern haben mich in ein Leben geführt, das sie selbst schon kannten. Ich soll sie in eine Zukunft hinein begleiten, von der ich keine konkreten Vorstellungen haben kann.

Dabei tauchen oft genug alte Erinnerungen auf, die das Pflegeverhalten beschweren. Ungelöste Konflikte, unvergessliche Streitigkeiten wirken so, dass mich Vorwürfe gegen die Alten überfallen, mit der Folge, dass ich gerade deswegen auch

¹¹ B. Pechmann, *Durch die Wintermonate des Lebens. Seelsorge für alte Menschen*, Gütersloh 2007, S. 30. Vgl. ders., *Rückzug und Aufbruch. Seelsorgerliche Hinführungen zu Menschen im Alter*, Leipzig 2009, S. 152ff.

selbst Schuldgefühle bekomme. Ich werde diese negativen Affekte nach Möglichkeit unterdrücken, was nicht ausschließt, dass mein Gegenüber sie mit seinem Unterbewusstsein dennoch spürt. Wer im Dasein ohne Bewusstsein lebt, kann Gefühle aus der Erinnerung oder aus der Gegenwart meist nur durch leibliche Abwendung artikulieren, durch leises Grummeln oder lautes Schreien. Deshalb ist der Umgang mit dementen Menschen gerade für Angehörige oft so anstrengend.

Wo werden wir selbst uns auf unserer Lebensreise am Ende befinden: auf der Endstation oder im Wartesaal? Menschen in der Demenz brauchen darauf nicht mehr zu antworten, weil sie diese Fragen nicht mehr stellen können. Aber mit unserer persönlichen Einstellung beziehen wir ihnen gegenüber unausweichlich, wenn auch meistens unausgesprochen, eine Position. Wenn wir hoffen, dass alles aus sein wird, dann werden wir diese Hoffnung auf sie übertragen. Dann werden wir alles tun, um sie möglichst lange und möglichst gut in diesem Leben zu erhalten. Das muss natürlich unser Ziel sein auch dann, wenn unsere Hoffnung weiter reicht, über das irdische Leben hinaus. Lebenskraft, die aus dem Kontakt mit dem Jenseits fließt, wird auch Kraft zu dem Weg in das Jenseits schenken. Man benötigt Vertrauen, um einschlafen zu können – am Abend des Tages, am Abend des Lebens.

Nicht nur das Christentum, sondern die meisten Kulturen und fast alle Religionen rechnen mit einer Zukunft für uns, die nach unserem irdischen Dasein beginnt. Menschen ohne Bewusstsein sind, ohne es zu wissen, auf dem Weg in diese andere Welt. Eigentlich könnten sie schnell in diese Richtung verschwinden. Aber sie sind wahrscheinlich noch leiblich erfüllt mit vielem, was ihnen im Lebenslauf widerfahren ist. Der Ausgang aus dieser Welt, der sich manchmal so lange hinauszieht, wird erst möglich, wenn sie Mut zum Sterben gewinnen. Was sie unseren Worten entnehmen, wissen wir nicht. Aber in unserem Atem, in unserer Stimme, in unseren Händen kann mitschwingen, dass Geborgenheit statt Einsamkeit, Glück statt Verzweiflung, Erbarmen statt Angst, Seligkeit statt Verdammnis auf uns warten. Auch ohne viele Worte können neu wir zu einem seligen Sterben helfen. Vielleicht ist ja dies das letzte Geheimnis des Lebens: Das Dasein ohne Bewusstsein, die einfache Gegenwart, erwartet uns alle im Koma und wird zuguterletzt in ewige Gegenwart verwandelt werden. Von der Zeit davor redet die Bibel manchmal sehr radikal: "Wir sind von gestern her und wissen nichts: unser Leben ist ein Schatten auf Erden" (Hiob 8,9).

Prof. em. Dr. Manfred Josuttis, Hagenring 39, 37133 Friedland

Übernahme mit freundlicher Genehmigung aus
Deutsches Pfarrblatt, 12/2011, S. 633-636

Demenz: ein Grund für Überforderung und Burnout?

Abstract

Demenzerkrankungen gehören neben Depressionen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter.

Angesichts der demografischen Entwicklung können wir bereits heute schon absehen, dass Demenzerkrankungen in den folgenden Jahren eine noch größere Herausforderung darstellen werden. Aktuelle Zahlen gehen davon aus, dass 1,4 Millionen Menschen hierzulande an den Folgen einer Demenz erkrankt und mindestens 900 000 davon so schwer betroffen sind, dass sie auf ständige Hilfe und Unterstützung angewiesen sind.

Epidemiologie

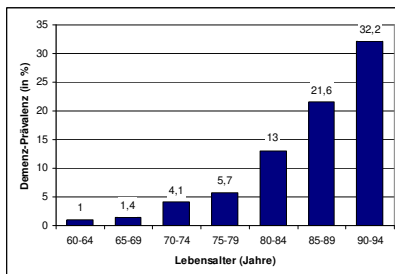


Abb. Jentschke 2007

Drei Viertel der Demenzerkrankten werden zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt und nicht wenige der pflegenden Angehörigen geraten in eine fatale Situation der Erschöpfung und des Ausbrennens.

In Gesprächen mit pflegenden Angehörigen wird deutlich, dass der lange Weg der Diagnosestellung zunächst sehr belastend erscheint, aber dann doch zu einer Entlastung führen kann, da durch das Benennen des Krankheitsbildes Symptome (Krankheitszeichen) besser zugeordnet werden können.

Medizinische Stichworte: ICD 10 – Demenz – Alzheimer Demenz – Frontotemporale Demenz – Sekundärdemenzen – Vaskuläre Demenz

Psychosoziale Stichworte: Angst – Antriebsstörungen – Beziehungsstörungen– Depressio– Persönlichkeitsveränderungen– Pflegebeziehungen– Psychotische Symptome– Störungen der kognitiven Leistungsfähigkeit – Verhaltensstörungen

Die Diagnose "Demenz"

Ein dementielles Syndrom umfasst nach der ICD-10 die folgenden drei Elemente (Trias)

- Störung mehrerer kognitiver Funktionsbereiche (Gedächtnisstörungen allein genügen nicht)
- Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten durch die Hirnfunktionsstörung (z. B. Schwierigkeiten bei der Haushaltsführung)
- Die Störung ist erworben (im Gegensatz zu einer angeborenen Störung).

Die Störungen der kognitiven Leistungsfähigkeit können dabei verschiedene Bereiche betreffen:

- Lernen und Gedächtnis (Fähigkeit, neue Informationen zu speichern und auf früher Gelerntes zurückzugreifen)
- Denken (Problemlösen, schlussfolgerndes Denken sowie die Urteilsbildung)
- Sprache (Wortfindung, Wortflüssigkeit, Informationsgehalt)
- Aufmerksamkeit (Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit fokussieren und wechseln)
- Praxie (Planen und Durchführen von Einzelbewegungen und Bewegungsabläufen bei intakter Sensorik und Motorik)
- Visuokonstruktion (Nachzeichnen und Nachlegen von zwei- und dreidimensionalen Strukturen)
- Exekutive Funktionen (Fähigkeit, komplexes und zielgerichtetes Verhalten zu planen, zu initiieren und durchzuführen)

Hinzu kommen häufig "nicht-kognitive Symptome":

- Depressionen und Angst treten meist zu Beginn der Erkrankung, insbesondere als Reaktion auf Überforderungen auf.
- Psychotische Symptome wie z. B. Verfolgungs-, Verarmungs-, Eifersuchts- oder Vergiftungswahn sowie Halluzinationen können bei der Alzheimer-Demenz im fortgeschrittenen Stadium auftreten.
- Antriebs- und psychomotorische Störungen wie z. B. Unruhezustände, Antriebssteigerung, Schreien oder Umherwandern, aber auch Antriebsminderung, Interesse- und Freudlosigkeit
- Verhaltensstörungen wie z. B. gestörtes Essverhalten, Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus, enthemmendes Verhalten, Unruhe, Aggressivität und Misstrauen

- Persönlichkeitsveränderungen sind individuell unterschiedlich beobachtbare Verhaltensweisen wie Eigensinn, Sturheit, Akzentuierung der Primärpersönlichkeit. Es ist mitunter schwer zu beurteilen, ob sie als Folge der hirnorganischen Veränderungen entstehen oder als Reaktion auf die immer größer werdende Abhängigkeit von unmittelbaren Bezugspersonen.

Differentialdiagnose

Da sich die Symptome in Abhängigkeit der Demenzformen wie zum Beispiel Alzheimer Demenz, Vaskuläre Demenz, Mischformen, Frontotemporale Demenz und weitere Formen aus dem neurodegenerativen Formenkreis unterschiedlich repräsentieren ist es dringend ratsam, eine Differentialdiagnose durchführen zu lassen – auch um Sekundärdemenzen zu erkennen, da letztgenannte bei adäquater Behandlung sich als reversibel erweisen können.

Was überfordert die pflegenden Angehörigen?

Bereits bei mittelschwer ausgeprägten Demenzformen gelingt eine reibungslose Alltagsbewältigung nicht mehr. Der Schrift-, Post- und Bankverkehr weist Nachlässigkeiten auf. Selbst Aufgaben, die vor dem Auftreten des Krankheitsbildes gerne und gut erledigt wurden wie zum Beispiel Urlaubsplanungen zeigen sich mehr und mehr als problematisch. Erschwerend kommen eine Antriebs- und Interesselosigkeit hinzu, so dass pflegende Angehörige diese Veränderungen als äußerst belastend empfinden. Körperliche Symptome wie Appetitstörungen und Inkontinenz, sowie psychiatrische Symptome wie Vergröberung des Sozialverhaltens, Misstrauen oder Wahnvorstellungen, die oft parallel auftreten können, komplizieren zusätzlich die pflegerische Situation.

Deshalb ist der gesunde Partner gefordert, im Verlaufe der Erkrankung Fähigkeiten und Fertigkeiten zu übernehmen. Als besonders problematisch beschreiben Familienmitglieder Verhaltensweisen wie Weinerlichkeit, Aggressivität, Distanzlosigkeit oder "Rechthaberei" und mangelnde Einsichtsfähigkeit. Es fällt schwer, diese Auffälligkeiten als Krankheitszeichen zu akzeptieren.

Die Liste von belastenden Veränderungen ist bei weitem nicht vollständig und kann sich je nach Diagnose und Schweregrad anders darstellen. Da das Krankheitsbild der Demenz bei vielen Angehörigen Gefühle wie Scham und Schuld auslösen kann, ziehen sich Familienmitglieder zurück und versuchen lange die belastende Situation alleine zu "stemmen". Diese Belastungen des herausfordernden Verhaltens, die Übernahme von neuen Aufgaben, fehlende Freiräume für eigene Bedürfnisse führen nicht selten in eine Überforderung bis hin zu behandlungsbedürftigen Krankheitsbildern wie Depressionen mit Stresssymptomen. Typische Warnzeichen können Schlafstörungen, anhaltende Unruhe, Angst bis hin zu Panikattacken und aggressive Gefühle gegenüber dem Demenzkranken sein.

Als besonders belastend werden die Veränderungen der Persönlichkeit des Demenzkranken mit Verhaltensauffälligkeiten und die Veränderungen der Beziehung in der Partnerschaft beschrieben.

Die Überforderung pflegender Angehörige sei an einem Beispiel aus der Angehörigenberatung verdeutlicht: Der 82-jährige Ehemann versorgt seine 80-jährige Ehefrau, die seit mehreren Jahren an Alzheimer Demenz leidet: Es gibt Nächte, da komme er nicht zur Ruhe. Obwohl Lichtstreifen am Boden den Weg zeigen, findet die Ehefrau die Toilette häufig nicht. Tagsüber ist sie unruhig und möchte nach Hause, obwohl bereits seit 40 Jahren die jetzige Wohnung das gemeinsame Heim darstellt. Nur mit großer Anstrengung durch Ablenkung gelinge es ihm, die Ehefrau zu beruhigen. "Es gibt Momente, da bin so erschöpft, dass ich weinen möchte. Dass meine Frau meine Verzweiflung nicht mehr spürt und dass ich nicht mehr als Ehepartner wahrgenommen werde, belastet mich am meisten."

Demenz verändert die Beziehung

Die Veränderung der Persönlichkeit stellt die größte psychische Belastung für den Partner dar. So müssen seit der Erkrankung viele kognitive und emotionale Verluste des Kranken miterlebt und eigene Abschiede bewältigt werden. Zukunftspläne und positive Persönlichkeitseigenschaften verblasen mehr und mehr und der gesunde Partner findet sich in einem Ungleichgewicht wieder. Er muss sich in eine ungewohnte Rolle einfinden und lernen, den Alltag neu zu gestalten. Gleichzeitig befindet er sich in einer Trauersituation, die durch den Demenzerkrankten schon sehr frühzeitig einsetzen kann, weil der bisher vertraute und geliebte Mensch und Partner bereits zu Lebzeiten verloren geht. Äußerungen wie "sie sitzt neben mir und trotzdem vermisse ich sie" (Engel, S. 2012, S. 158) verdeutlichen die Trauer. Andere Partner vermissen die früher auf "Augenhöhe" geführten Gespräche und Diskussionen. In Beratungssituationen wird die "veränderte Sexualität" als bindendes Element einer Partnerschaft oft als belastend dargestellt. Hier sind einfühlsame und kompetente Therapeuten gefordert, bestehende Tabuisierungen durch das sensible Ansprechen dieser Themen zu verändern.

Unterstützung für betroffene Familien

Deshalb benötigen pflegende Angehörige von Demenzkranken besondere Unterstützung wie Beratungs- und Schulungsangebote, um Informationen über das Krankheitsbild zu erhalten. Zusätzlich erhält der Hinweis der Selbstpflege während der Beratung einen besonderen Stellenwert. Gruppenangebote können hierbei durch den Solidaritätseffekt unterstützend beitragen, da die Bedeutung des Austausches untereinander nicht zu unterschätzen ist.

Darüber hinaus müssen Unterstützungshilfen wie Entlastungsangebote (stundenweise Betreuungsangebote, Tageseinrichtungen) zugänglich sein und es braucht neben finanzieller Unterstützung eine Gesellschaft, die pflegenden Familienmitgliedern und ihren Erkrankten eine Begegnung mit Würde und Achtung ermöglicht. Dies kann bereits idealerweise in der Nachbarschaft umgesetzt werden.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. hat Ratgeber für rechtliche und soziale Leistungen erstellt. Des Weiteren gibt es eine Orientierungshilfe für den Umgang mit technischen Unterstützungsmöglichkeiten bei der Betreuung Demenzkranker.

Die Alzheimer Gesellschaft möchte mit den unterschiedlichen Informationsbrochüren Familien in ihrem Bestreben unterstützen, Menschen mit dem Krankheitsbild der Demenz unter Beibehaltung der Würde und Lebensfreude zu begleiten ohne dabei selbst zu erkranken.

Zusätzlich können sich Angehörige über eine Pflegehotline durch geschulte Berater kompetent unter folgender Adresse informieren: www.awo-pflegeberatung-online.de

Literatur

- Engel, S. *Alzheimer & Demenzen. Die Methode der einfühlsamen Kommunikation.* Stuttgart 2012
- Jentschke, E. *Die Notwendigkeit der Palliativen Medizin in der Altersversorgung.* Münster 2007
- Maier, W., Schulz, J. B., Weggen, S. *Alzheimer & Demenzen verstehen: Diagnose, Behandlung, Alltag, Betreuung.* Stuttgart 2010
- Kastner, U., Löbach, R. *Handbuch der Demenz.* München 2007

Dr. Elisabeth Jentschke
Diplom Psychogerontologin, Psychoonkologin
Geriatrische Rehabilitationsklinik AWO
Kantstr. 45
97074 Würzburg
elisabeth.jentschke@awo-unterfranken.de



Postpartale Störungen

Burnout – eine kurze Abgrenzung

Babyblues, Anpassungsstörung und postpartale Störung, Risikofaktoren für Krisen nach der Geburt und Ganzheitliche Unterstützungsangebote

Abstract

Mütter, die gerade ein Kind geboren haben, erleben sich häufig in einer Stresssituation, die zu schwerer Erschöpfung und Depressionen führen kann. Neben hormonellen Auslösern können folgende Risikofaktoren gesehen werden: frühere Belastungen und Traumata, ein hoher Anspruch an Perfektion, Rollendiskrepanzen, Überforderungen und diskrepante Erwartungen der Partner aneinander, fehlende Wertschätzung, Isolation und schlechte Vernetzung – zum Beispiel beim zeitweiligen Ausstieg aus der Berufstätigkeit oder bei großen Entfernungen zu familiären Unterstützungssystemen. Zusätzlich können sich depressive Gefühle und Gefühle des Versagens im Umgang mit dem Baby verstärkend auf das Störungsbild auswirken.

Hilfreich im Umgang mit Krisen nach der Geburt sind gute Vernetzung von Beratungsstellen, Hebammen und spezialisierten Psychiatern und Therapeuten, um ein ganzheitliches Angebot zu gewährleisten. Eine Beratungsstelle, die für Krisen nach der Geburt Ansprechpartner sein will, kann durch Entlastungsgespräche und Unterstützungsangebote für die Mutter, das Paar oder das Familiensystem Stabilisierungschancen nutzen, muss aber die Grenzen der eigenen Systems kennen und bei Bedarf eine gute Weiterverweisung gewährleisten.

Psychosoziale Stichworte: Wochenbettstörung – Postpartale Depression – Entwicklungskrise – Vulnerabilität – Erschöpfung – Stress – Insuffizienzgefühle – Wahrnehmungsblockaden – Mutter-Kind-Interaktion – Körperwahrnehmung – Überforderung der Partnerschaft – Stabilisierungsfaktoren – Vernetzung – Annahme von Hilfe – Diagnostik – Weiterverweisung

Dieses Heft hat das Thema Burnout. Der Begriff "Burnout" hat seit den 70er Jahren einen Platz in den offiziellen Diagnosekategorien. Der Burnout-Begriff wurde von dem deutsch-amerikanischen Psychoanalytiker Herbert Freudenberger (1974) definiert als ein Erschöpfungssyndrom, das durch Überforderungen und permanenten Stress hervorgerufen wird.

Die Überforderungen können nach Freudenberger aus dem Inneren der Person, der Familie, dem Freundeskreis, gesellschaftlichen oder den Arbeitsbedingungen resultieren.

Heute wird der Begriff hauptsächlich im Zusammenhang mit beruflichen Belastungsfaktoren verwendet. Es wird eine stufenweise Entwicklung gesehen, die, bei hohen Ansprüchen an die eigene Leistung und Anforderung und gleichzeitig fehlender Anerkennung, von anfänglicher Überaktivität und dem Überhören von Alarmsignalen zu innerer Leere, Depressionen und Zusammenbrüchen führt.

Was hat nun das Thema Burnout mit Wochenbettstörungen und Anpassungsproblemen nach der Geburt eines Kindes zu tun?

Frauen nach einer Geburt haben Zeit, können vom Beruf einmal aussetzen, konzentrieren sich ganz auf ein Kind. Was verursacht hier Stress? Mütter, die gerade ein Kind geboren haben, in einer Stresssituation zu sehen, die der einer beruflichen Überbelastung nahe kommt, ist in unserer Gesellschaft noch immer mit Tabu belegt.

Der Zustand der Erschöpfung, Isolationsgefühle, Grübeln und das Gefühl, von der Umgebung, auch vom Kind wie durch Glas abgeschnitten zu sein, sind Beschreibungen von Frauen in der postpartalen Krise, die so auch von Burnout-Patienten beschrieben werden.

Auch die Verleugnung der Belastungen, die man in den ersten Stufen des Burnout-Modells findet, können bei Frauen nach der Geburt beobachtet werden – das Gebot zum Glück und die hohen Ansprüche an die eigene Perfektion machen es den Frauen zusätzlich schwer, bei anderen um Hilfe und Unterstützung zu bitten.

Katharina Dalton (2003) bewertet die Wochenbettdepression als Störung der hormonellen Balance. Danach wäre zuerst die aus dem Gleichgewicht gekommene hormonelle Situation Ursache der depressiven Beschwerden. Die Frauen geraten völlig unvorbereitet, in der Erwartung von Glück, in die depressive Stimmungslage und fragen sich, ob ihre Beziehung zum Kind gestört ist, weil sie kein Glück empfinden. Dieser medizinische Aspekt wird in diesem Artikel nur am Rande Beachtung finden. Gleichgültig, welche Faktoren die primär auslösenden sind, die Wechselwirkung zwischen endokrinologischen, innerpsychischen und psychosozialen Faktoren kann am Ende maßgebend für eine Abschwächung oder Verstärkung der Störung sein.

Positive Entwicklungen in Gang zu setzen und dabei Ressourcen der Personen und ihrer Umgebung zu nutzen, setzt voraus, dass die Risikofaktoren und Unterstützungspotentiale erkannt werden.

Was ist eine postpartale Störung?

Die Begriffe Babyblues, postpartale Störungen, Wochenbettdepression, Anpassungsstörung sollen im Folgenden kurz erläutert und voneinander abgegrenzt werden.

Babyblues – das heißt eine diffuse Traurigkeit und Weinerlichkeit sind in den ersten Tagen nach einer Geburt normal. Sie werden durch hormonelle Veränderungen, gepaart mit der Verarbeitungsnotwendigkeit der Geburt und der Erschöpfung

durch die Geburt, ausgelöst. Allerdings sollten diese Phänomene nach ein paar Tagen bis Wochen abklingen.

Anpassungsstörungen, an denen ca. 20% der Frauen leiden, gehen also über den Babyblues in Dauer und Heftigkeit der Symptome hinaus.

Hier sind depressive Verstimmung und große Erschöpfung bereits über mehrere Wochen vorhanden, eine Ambivalenz mit der Situation und eine große Hilfsbedürftigkeit und Isolation beherrschen den Alltag.

Die schwere Wochenbettdepression grenzt sich durch die Schwere der Gefühle, durch Grübeln, durch verstärkte Schwierigkeiten, sich und das Kind zu versorgen, von den Anpassungsstörungen ab. Hier kann es auch zu Angstgefühlen um das Kind bis hin zu Tötungsgedanken kommen.

Die schwere Form der Wochenbettdepression bedarf engmaschiger therapeutischer Behandlung der Versorgung durch versierte Psychiaterinnen oder Neurologinnen und Therapeutinnen.

Wieso ist die Geburt eines Kindes eine Krise?

Die Geburt eines Kindes ist im Leben einer Frau wie für Paare ein gravierender Einschnitt.

Heutige Biografien von Frauen unterscheiden sich von denen vergangener Generationen auf vielfältige Weise. Heute leben Frauen individuelle Lebensläufe. Die örtlich gebundenen Familienverbände lösen sich zunehmend auf, die Kleinfamilie bleibt nur eine Möglichkeit neben zusammengesetzten Systemen und Teilfamilien. Größere Entfernungen zwischen Wohnort und Beruf machen Vernetzung am Ort schwieriger.

Die Lebensplanung führt durch die Voranstellung der Berufsentwicklung zu späten Mutterschaften; an das erste und oft einzige Kind sowie die eigene Mutterschaft werden hohe Erwartungen geknüpft.

Die Mutterschaft als Vorbestimmung ist der Mutterschaft als selbstbestimmte Möglichkeit neben Beruf und Karriere gewichen. Die früher selbstverständliche Unterstützung durch die Familie wird erschwert durch Berufstätigkeit auch der Großmütter und größere Entfernungen zwischen den Wohnorten.

Unser Selbstwertgefühl macht sich an vielfältigen Rollenbildern und Rollenerwartungen fest und der – wenn auch nur teil- oder zeitweise – Verlust von Rollen und Aufgaben kann irritierend für das Selbstwertgefühl wirken.

Wenn berufstätige Frauen nach der Geburt eines Kindes zuhause sind, fehlt ihnen oft der Austausch unter Kollegen, die durch die Arbeit vorgegebene Zeitstruktur, das konzentrierte Arbeiten oder die Wertschätzung am Arbeitsplatz.

In unserer Gesellschaft ist das Zusammenleben mit Kindern vor der eigenen Elternschaft nicht mehr so selbstverständlich wie in vergangenen Zeiten.

Dies führt dazu, dass Frauen oft erst nach der Geburt des eigenen Kindes mit der Tatsache konfrontiert sind, dass sie ein völlig von ihnen abhängiges Wesen versorgen und verstehen müssen, ohne Vorerfahrung, aber oft mit großem Anspruch an die eigene Perfektion.

Die Anpassung an die Rolle der Mutter fordert von den Frauen mitunter die Auseinandersetzung mit Diskrepanzen zwischen Wunsch und Wirklichkeit.

Wie habe ich mir mein Baby vorgestellt und wie ist es wirklich?

Wie habe ich mir mein Verhalten als Mutter vorgestellt – meine Gefühle zum Baby und wie sind sie in der Realität? Habe ich mir vorher Ängste, Unsicherheiten, Aggressionen vorstellen können?

Wie habe ich mir meinen Partner als Vater vorgestellt? Wie hält er das Kind, wie beteiligt er sich? Wie sind wir als kleine Familie?

Wie unterstützen mich die Großeltern des Kindes und wie habe ich mir das vorher ausgemalt?

Wie habe ich mir meine Eltern/Schwiegereltern als Großeltern vorgestellt und wie sind sie wirklich?

Das Verhältnis zur eigenen Mutter und die Erinnerung an deren Mütterlichkeit spielt mitunter eine Rolle dabei, ob Hilfe und Rat der älteren Generationen angenommen werden kann oder nicht. Ist die Erinnerung an die eigene Kindheit eher von Konflikten und Distanz geprägt, werden dann wichtige Unterstützungsangebote oft abgelehnt.

Wenn sich die Mutter durch die depressive Gefühlslage dem Kind gegenüber fremd fühlt, kann dies verstärkend dazu führen, dass sie das Kind aus Schuldgefühlen heraus klammert und weniger abgeben kann als in ihrer Situation gut wäre.

Viele Paare sprechen vorher nicht über ihre Vorstellungen von Rollenverteilung nach der Geburt, über die Beteiligung der Väter an der Pflege oder über die Ausgestaltung von Verantwortung. Ich habe im Laufe meiner Beratungsarbeit zum Beispiel Väter erlebt, die ihre Rolle noch immer eher traditionell in der finanziellen Versorger-Rolle gesehen haben. Dies ist eine Möglichkeit und ehrenwert – führt aber zu Enttäuschungen, wenn sich die Partnerinnen unausgesprochen eine andere Beteiligung gewünscht haben. Nicht selten kommt es hier zum Streit um enttäuschte Erwartungen und auf beiden Seiten zur Verminderung von Anerkennung und Wertschätzung für geleistete Aufgaben.

Im Umgang mit Babies sind die Handlungsbögen unterbrochen – manchmal ist es nicht einmal möglich, zu duschen, ohne durch das, große Hilflosigkeit ausstrahlende Weinen des Babies unter Stress zu geraten.

Je mehr wertschätzend helfende Hände das Baby halten, desto entlastender wird die Situation – dazu muss aber die Vorstellung, dass es viele Hände braucht, um

ein Kind groß zu ziehen, wieder Eingang in unsere kulturellen Vorstellung von Kindererziehung finden. Ein afrikanisches Sprichwort sagt: Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind groß zu ziehen.

Neben Wahrnehmungen von Schutzlosigkeit und Erschöpfung werden in Zusammenhang mit einer Geburt durch die Öffnung des Körpers und die hormonelle Situation Gefühle von Weichheit, Bindung und Fürsorge verstärkt. Einerseits unterstützt dies den Bindungsprozess zum Kind, andererseits bewirken sie die Notwendigkeit, dass auch die Mutter bemuttert und umsorgt werden muss.

Ihr Körper, Gelenke und Haut werden von vielen Frauen als überdehnt, langsam, weich, offen, schlaff und müde wahrgenommen. Bauch und Beckenboden, Scheiden- und Blasenbereich werden als schwer kontrollierbar beschrieben, Kontrolle über Blase und Verdauung müssen erst wieder zurückgewonnen werden.

Wöchnerinnen schaffen es meist nicht nach vier Wochen mit Dessous auf den Laufsteg – VIP-Geschichten schaffen heute einen unrealistischen Blick auf die Normalität. Unser Frauenbild von Schlankheit und Straffheit macht es den Frauen schwer, sich als Wöchnerin in ihrem Körper wohl und attraktiv zu fühlen. Auch Ansprüche an Leistungsfähigkeit in der Sexualität kommen oft verfrüht.

Innerpsychische Risikofaktoren können in der durch vorangegangene Ereignisse vorhandenen Vulnerabilität – in destabilisierenden Ereignissen vor oder während der Schwangerschaft und im Geburtserlebnis selbst – liegen.

Je mehr vorangegangene belastende oder traumatische Ereignisse die Psyche der Mutter destabilisiert haben, desto anfälliger scheinen sie für depressive Reaktionen unter Stress bzw. nach der Geburt zu sein.

Ein ähnliches Prinzip darf für aktuell belastete Lebensereignisse angenommen werden. Nicht wenige Frauen werden zum Beispiel in der Schwangerschaft oder wegen einer Schwangerschaft vom angehenden Vater des Kindes verlassen. Dann müssen die Trauer und die Wut über das Verlassen werden, die fehlende Unterstützung und oft das Zusammenbrechen der eigenen Lebensvorstellung in der Schwangerschaft verkraftet werden und zusätzlich müssen die Frauen nach der Geburt mit der verstärkten Einsamkeit klar kommen.

Die Geburt des Kindes kann einige zusätzliche Risiken für traumatische Erlebnisse bieten. Zum einen können die Vorstellungen, wie eine Geburt ablaufen soll, schon unrealistisch sein. Die Biologie ist trotz verbesserter Medizin ein nicht perfekt planbares Terrain.

Gebären tut weh und macht gelegentlich auch Angst, denn die Frau ist einem unweigerlichen Prozess, einem unvermeidlichen Geschehen ausgesetzt.

Kommen Komplikationen unter der Geburt ins Spiel, kann dies zu Schuldgefühlen gegenüber dem Kind und zu Insuffizienzgefühlen bei den Frauen führen. Diese Gefühle des Versagens können Nährboden für eine kommende Depression sein.

Ein schlechtes Geburtserlebnis oder die Selbstwahrnehmung von Misserfolg können das Selbstwertgefühl nachhaltig erschüttern.

Für die Frage, wie die Frau zu Selbstwertgefühlen und Kompetenzgefühlen zurück findet, spielt die Interaktion mit dem Kind – verstehe ich mein Kind, bin ich positiv wirksam? – eine entscheidende Rolle.

Vor allem, wenn die schützende Wahrnehmungsschwelle nach sechs bis acht Wochen sinkt, machen es Neugeborene ihren Müttern nicht leicht, sich wirksam zu fühlen – die Babies haben neben Zappeln und Weinen noch keine Möglichkeit, sich mitzuteilen. Im Normalfall sagt sich die Mutter: "Wir müssen uns erst aneinander gewöhnen, ich muss Dich erst kennen lernen." Im Falle ohnehin schon ängstlicher oder depressiver Grundhaltung geht die Interpretation schneller in Richtung eigener Unfähigkeit, vor allem wenn die Vorstellung von der eigenen Mutterschaft wesentlich von der Wirklichkeit der Anfangsschwierigkeiten abrückt.

Depressionen (Grübeln, Ängste) führen zu schlechter Selbst- und Fremdwahrnehmung. Nehme ich mein Baby nicht richtig wahr, kann ich auch seine Signale nicht richtig deuten. Vielleicht füttere ich, wenn ich tragen sollte, nehme zu hektisch das Kind hoch, wenn es schreit, gebe es nicht an Dritte ab, weil ich Angst habe, es los zu lassen. Meist verstärkt sich der Kreislauf, indem die größer werdende Angst oder Hektik beim Kind Protest auslöst und das Weinen als weiteres Indiz für die eigene Unfähigkeit gewertet wird.

Natürlich spielt auch das Temperament des Kindes, seine Störanfälligkeit, seine Verdauung und sein Schlafverhalten in der Wahrnehmung von Kompetenz bei der Mutter/den Eltern eine mitbestimmende Rolle in der Interaktion.

Der steigende Stresslevel führt zu einem erhöhten Risiko fehlender Entspannung und mangelhafter Erholung. Nicht selten wird von häufigem Aufwachen, von zerkhacktem Schlaf, der Wahrnehmung von Herzschlag und schweren Gedanken erzählt, die eine Erholung erschweren.

Da der Schlaf durch das Neugeborene ohnehin schon gestört ist, führen die genannten Phänomene zu einer Potenzierung von Erschöpfung und Insuffizienzwahrnehmungen.

Die Förderung positiver Interaktion zwischen Mutter und Kind ist ein wichtiger Teil bei der Behandlung der Depression und Insuffizienzgefühlen der Mutter. Dies fordert Behandlungskonzepte, die Mutter und Kind nicht trennen.

Aus einer ganzheitlichen Betrachtung von Risikofaktoren erwächst fast automatisch auch die Forderung einer niedrighen, flächendeckenden Versorgung – ein Netzwerk nach der Geburt, das leicht zu erreichen ist, präventiv greift, Krisen verhindern hilft und für das gesamte System "Familie" Anlaufmöglichkeiten bietet. Familienbildung und Selbsthilfegruppen, Stillgruppen und Angebote für Eltern und Baby können als erste Unterstützungsebene gesehen werden.

Beratungsstellen als Anlaufstellen mit niedrigerer Schwelle als psychiatrische Einrichtungen und Therapeuten können eine entscheidende Schnittstelle zwischen

Hebammen, Kliniken und betroffenen Familien einnehmen und sich mit den örtlichen Angebotsgruppen vernetzen.

Schwangerenberatungsstellen sind mit den Frauen oft schon vor Geburt in Kontakt und können dies für die Annahme von Angeboten für die betroffenen Mütter nutzen.

Eine Beratungsstelle, die für Krisen nach der Geburt Ansprechpartner sein will, muss zeitnahe Möglichkeiten für Gespräche bereitstellen können. Berater(innen) können Entlastungsgespräche und Unterstützungsangebote für Mutter und Baby konzipieren. Neben der Unterstützung der Frauen mit und ohne Baby, bieten die Beratung und Begleitung des Partners, des Paares oder der Großeltern vielfältige zusätzliche Stabilisierungschancen: Wertschätzung (wieder) herzustellen, Verständnis zu schaffen und Umgangs- und Unterstützungsformen zu etablieren hilft, die Ressourcen des Familiensystems auszuschöpfen.

Darüber hinaus müssen die Berater(innen) einschätzen können, ab welchem Schweregrad der Beeinträchtigung eine Weiterverweisung notwendig ist. Dann kann es wichtig sein, die Familien zum Annehmen von Hilfen zu ermutigen und Schwellen zu psychiatrischen Anlaufstellen abzubauen.

Bei der Behandlung und Begleitung von Wochenbettdepression die hormonelle Verursachung und medikamentöse Unterstützungsmethoden nicht im Blick zu haben, würde bedeuten, wichtige Aspekte der Erkrankung auszublenden und Behandlungsmöglichkeiten diesbezüglich zu erschweren.

Eine Vernetzung mit für diese Erkrankung kompetenten Psychiater(inne)n und Therapeut(inn)en sowie Kliniken und Tageseinrichtungen ist aus oben genannten Gründen daher eine gute und notwendige Voraussetzung, um die Weiterverweisung zu erleichtern und eine fachgerechte medikamentöse Diagnose und Behandlung zu ermöglichen.

Die Frage, ob die Versorgung des Kindes durch die Mutter noch gewährleistet ist und wie dies sicher zu stellen ist, erfordert eine hohe Sensibilität auf Seiten der Fachleute und die Bereitstellung von Mutter-Kind-Plätzen in psychiatrischen Einrichtungen. Das stellt sicher, dass die Mutter zusätzlich zu den für ihren Selbstwert problematischen Schuld- und Versagensgefühlen nicht auch die Trennung vom Kind verkraften muss und die positiven Interventionsmöglichkeiten in der Mutter-Kind-Interaktion genutzt werden können, um die Kompetenz der Mutter wieder zu stärken.

Interaktive Therapieansätze werden in Kliniken und Tageskliniken bereits umgesetzt und in der Literatur beschrieben (z. B. Wortmann-Fleischer, George Downing, Christiane Hornstein, 2006).

Literatur

- Dalton, K. *Wochenbettdepression*. Bern 2003
- Freudenberger, H. *Staff Burn-Out*. In: *Journal of Social Issues*. Jg. 30, Nr. 1 (1974), S. 159-165
- Hofecker Fallapour, M., Zinker-nagel, Ch., Frisch, U., Neuhofer, C., Stieglitz, R.-D., Riecher-Rössler, A. *Was Mütter depressiv macht... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen*. Bern 2005
- Gmür, P. *MutterSeelenAllein – Erschöpfung und Depression nach der Geburt*. Zürich 2000
- Wortmann-Fleischer, S., Downing, G., Hornstein, Ch. *Postpartale psychische Störungen*. Stuttgart 2006
- Sichter mann, B. *Vorsicht Kind – eine Arbeitsplatzbeschreibung für Mütter und Väter*. Berlin 1984

Pia Hardt
Diplom-Psychologin, Paar und Familientherapeutin,
Geschäftsführerin
pro familia Ludwigshafen
Theaterplatz 6
67059 Ludwigshafen
pia.hardt@profamilia.de



Nachgeburtliche Überforderung und Depression als Grundlagenthema in der Schwangerenberatung

Abstract

Das Thema nachgeburtliche Überforderung und Depression wird in der Schwangerenberatung von Klientinnen und Klienten nur selten angesprochen. Da aber zahlreiche schwangere Frauen nachgeburtlich von einer Anpassungsstörung oder einer Depression betroffen sind, sollte auch diese Problematik ein Grundlagenthema in der Beratung Schwangerer sein.

Hierbei gibt es zahlreiche unterschiedliche Aspekte, die eine Schwangerenberaterin (bzw. ein Schwangerenberater) in der sogenannten "PPD-Beratung" ansprechen kann und die für die Schwangere wertvolle Informationen, verschiedene Unterstützungs- und Entlastungsideen im eigenen Umfeld, sowie weitere externe Hilfsangebote beinhalten können.

Psychosoziale Stichworte: Anpassungsstörung – Antistressmanagement – Baby-Blues – Depression – Krisenvermeidung – Netzwerk – Postpartale Depression – PPD – PPD-Gespräch – Prävention – soziale Schwangerenberatung – soziale Vernetzung – Stress – Schwangerenberatung

Mein Einstieg in das Thema

Nach fünfjähriger Arbeit in der Schwangerenberatungsstelle pro familia Ludwigshafen hatte ich bereits einige Routine in der sozialen und finanziellen Beratung schwangerer Frauen. Dieser Teil meiner Arbeit war zwar interessant und spannend, und es gab auch immer wieder Fragen, Themen und Schwierigkeiten, die mir in der Beratung zum ersten Mal begegneten, aber die meisten Anfragen ähnelten sich doch.

Immer wieder sprach ich mit den Schwangeren und ihren Partnern darüber, wo und wie sie Unterstützung zum Kauf der Babyerausstattung bekommen könnten, beantragte auch häufig für meine Klientinnen Hilfe bei der Stiftung "Mutter und Kind", beriet zu Elterngeld, Elternzeit und Mutterschutz und informierte über Kinderbetreuungsmöglichkeiten in Ludwigshafen und Umgebung. Viele weitere "Standardthemen" fanden Raum in meinem Beratungszimmer.

Wesentlich seltener sprachen mich die Frauen (und ihre Partner) auf möglicherweise nach der Geburt auftretende Partnerschaftsprobleme an oder gestanden ganz vereinzelt, dass sie sich Sorgen machten, ob sie in ihrem "neuen Leben mit

Baby" gut zurechtkommen würden. Das waren in meiner Beratung vor der Geburt doch eher die Ausnahmen.

Umso erstaunter war ich dann, als sich nach und nach das Thema Postpartale Depression (PPD – postpartal bedeutet nachgeburtlich) in meine Arbeit einschlich. Ich wusste natürlich, dass manche Frauen nach der Geburt depressiv werden, aber in meiner Wahrnehmung war nur eine deutliche Minderheit der Schwangeren davon betroffen.

Im Laufe der Zeit wurde PPD ein gewichtigeres Thema für die Beratungsstelle und wir Mitarbeiterinnen bildeten uns dazu fort. Unter anderem nahm ich an einer ein-tägigen Fortbildung durch Frau Dr. med. Gerlind Palmer in Mainz teil (Neurologin, Psychiaterin und Psychotherapeutin, Oberärztin der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der GPS Mainz).

Gleich zu Beginn der Veranstaltung erwähnte sie, dass etwa 20% aller Frauen nachgeburtlich eine Anpassungsstörung erlebten und dass 8-12% im Wochenbett an einer Depression und 0,1% an einer Psychose erkrankten.

Ich war geschockt – 20% aller Frauen erleben eine als Anpassungsstörung bezeichnete Überforderungssituation. Das war ja jede fünfte. Und für mich hieß das, dass ich in der Beratung durchschnittlich ein Mal in der Woche Kontakt zu einer Frau hatte, die später – nach der Geburt ihres Kindes – sehr massiv überfordert sein würde. Und bei etwa jeder zehnten Frau entwickelte sich nach der Entbindung eine Depression. Wie oft hatte ich wohl schon mit Frauen gearbeitet, die nach der Geburt depressiv wurden?

Meine persönlichen Erfahrungen mit postpartalen Schwierigkeiten

Diese hohe Zahl brachte mich überhaupt erst dazu, in meinem eigenen Leben über nachgeburtliche Schwierigkeiten und Überforderungssituationen nachzudenken.

Und tatsächlich hatte ich während und nach der Geburt meiner großen Tochter deutliche Schwierigkeiten mit der Anpassung an die neue Situation gehabt: Mein Kind ist inzwischen 12 Jahre alt, mit Zahnspange und stark wechselnden Launen, schon haarscharf am Rande der Pubertät stehend. Und natürlich ist es mit einer Tochter, die gerade im Wechsel zwischen Kindheit und Erwachsenenalter steht, nicht immer einfach. Das können sicher alle Leserinnen und Leser bestätigen, die selbst ein Kind durch die Pubertät gebracht haben.

Aber früher, vor 12 Jahren, empfand ich meine Lebenssituation wesentlich schwieriger und härter als heute, im Jahr 2012. Vor 12 Jahren kündigte sich die Geburt meiner Tochter an einem Sonntag durch einen Blasenriss an. Dieser machte es nötig, dass ich mich anschließend im Krankenhaus aufhielt. Da ich bereits in der 38. Schwangerschaftswoche war, fand ich das auch soweit in Ordnung. Relativ bald nach meiner Aufnahme in der anthroposophischen Klinik bekam ich erste sogenannte "Übungswehen", die die kommenden zwei Tage zuverlässig anhielten und mir jede Menge Kraft, Geduld und Mut raubten, die ich eigentlich für die Ge-

burt hätte gebrauchen können. Die Geburt wurde dann schließlich am Dienstagabend mit einem Wehentropf eingeleitet. Nach etlichen Anfangsschwierigkeiten kam der Geburtsprozess dann richtig in Gang. Endlich war es so weit. Ich war ja schon so müde und erschöpft, dass ich es "nur noch hinter mir haben wollte". Leider sollte es aber nicht so einfach werden. Da es noch zusätzliche Komplikationen gab, musste die Ärztin eine Saugglocke zur Geburtshilfe einsetzen – eine Tortur für Mutter und Kind. Als meine Tochter dann endlich auf der Welt war, gab es weitere Schwierigkeiten, da sich der Mutterkuchen nicht löste. Ich musste also wenige Minuten, nachdem ich mein erstes Kind geboren hatte, auch noch in den OP, um unter Vollnarkose die Plazenta entfernt zu bekommen.

Als ich dann endlich mit meiner Tochter im Zimmer war, fühlte ich mich nur noch müde und ausgelaugt. Die nächsten Tage fand ich extrem anstrengend und es fiel mir schwer, mich an den geänderten Tag-Nachrhythmus zu gewöhnen. Das Stillen, das ich mir so leicht vorgestellt hatte, stresste mich zunehmend, denn es klappte nicht so, wie ich es mir gewünscht hatte.

Langsam bekam ich Angst, ob ich alleine zu Hause alles schaffen würde. Natürlich war mein Mann da, der sich sehr auf unser Kind gefreut hatte und sehr engagiert war, aber er hatte eine Vollzeitstelle im Anerkennungsjahr als Sozialpädagoge und ich war diejenige von uns, die sich entschieden hatte, die ersten sechs Monate die Kinderbetreuung tagsüber zu übernehmen.

In der zweiten nachgeburtlichen Untersuchung, die noch im Krankenhaus stattfand, wurde zudem bei unserem Kind ein Herzfehler festgestellt, der eine weitere ärztliche Behandlung notwendig machte. Diese Nachricht bekam ich an einem der so bezeichneten "Heultage" (die auch "Babyblues" genannt werden) und sie brachte mich zum Weinen, Weinen, Weinen. Ich hatte im Hinterkopf, dass diese enorme Traurigkeit eine normale Phase, bedingt durch die Hormonumstellung sei, und dass ich bald, wenn alles sich normalisiert hätte, wieder die "alte, ganz normale Sandra" sein würde, die so zuversichtlich durchs Leben geht.

Aber auch diese Normalität brauchte eine ganze Weile, bis ich sie wieder in meinem Leben begrüßen durfte. Nach etwa einer Woche Klinikaufenthalt wurde ich vom Personal langsam aus dem Krankenhaus "hinausgeschoben". Gerne hätte ich weiterhin die Unterstützung der liebevollen Hebammen und Kinderkrankenschwestern genutzt. Eine sehr zugewandte und erfahrene Schwester half mir oft, meistens dann, wenn ich Schwierigkeiten mit dem Stillen hatte. Mit dem Sprichwort "Geduld trägt Rosen" unterstützte sie mich dabei, mich wieder zu beruhigen und neuen Mut zu fassen.

Die erste Zeit zu Hause habe ich als völlig erschöpfend und überfordernd erlebt. Ich fühlte mich stets wie unter einer Dunstglocke voller Müdigkeit, konnte tagsüber kaum einen klaren Gedanken fassen und meinem Alltag nur schwer in eine zu bewältigende Struktur einpassen.

Meine Tochter musste häufig zum Kinderarzt und zum Kardiologen, um den Herzfehler besser abzuklären und sie medikamentös einzustellen. Die Fahrten mit

Baby, Wickeltasche und vielleicht noch Kinderwagen zum Arzt, zur Rückbildungsgymnastik oder zu anderen Terminen, stressten mich schon Tage vorher. Als sehr pünktlicher und gut organisierter Mensch mutete ich es meinem Kind und mir selbst zu, an Tagen mit wichtigen Terminen unheimlich früh aufzustehen und die Zeit vor den anstehenden Terminen exakt durchzuplanen.

Eigentlich ist es da kein Wunder, dass mir auch mein Kind häufig gestresst erschien. Hatten vielleicht auch die typischen Bauchschmerzen meines Babys mit meinem eigenen Stress und meiner Überforderung zu tun?

Glücklicherweise legte sich meine Überforderung und ich bekam langsam das Gefühl zurück, wieder "Chefin meines eigenen Lebens zu sein" – herrlich. Ich denke, dass ich nach der Geburt etwa vier, fünf Monate gebraucht habe, um mich wieder als "richtige Sandra" mit positiver Grundeinstellung zu fühlen, die ihr Leben im Griff und unter Kontrolle hat.

Aber wie hatte ich denn diesen Weg geschafft – heraus aus einem starken Gefühl des Versagens und der Überforderung, hin zu der Wahrnehmung, mein Leben gut zu bewältigen? Glücklicherweise kann ich hierzu sagen, dass ich sehr viel Hilfe und Unterstützung hatte:

- An erster Stelle durch meinen Mann, der so oft nachts aufstand, so viel mit der Kleinen unterwegs war, so häufig (die ersten drei Monate eigentlich jeden Tag) Einkäufe nach der Arbeit mit nach Hause brachte. Und der mir Kraft und Hoffnung gab, dass wir die schwere Zeit zusammen durchstehen würden.
- Durch meine Eltern, Schwiegereltern und die ganze Familie, die mir jeder Zeit mit Rat und Tat zur Seite standen. Von meiner Mutter bekam ich nach der Entbindung eine "Dauereinladung" zum täglichen Mittagessen und da sie nur etwa drei Kilometer entfernt wohnte, führte mich meine Vormittagsroute mit Töchterchen im Kinderwagen häufig so gegen 12.00 Uhr zu ihr. Meine Schwiegereltern heiterten mich mit zwanglosen Besuchen und Ausflügen auf.
- Durch die freundliche, kompetente und (ganz wichtig!) sehr entspannte Hebamme, die mich besuchte und bei der ich meinen Rückbildungskurs absolvierte.
- Durch die freundlichen und geduldigen Ärzte, die sich Zeit nahmen und geduldig alle Fragen zur den gesundheitlichen Schwierigkeiten meines Kindes beantworteten.

Sicher habe auch ich selbst mir durch meine eigene Persönlichkeit geholfen, aus diesem gefühlt hundert Meter tiefen Graben wieder herauszuklettern. Aber hätte ich das ganz ohne die Hilfe, Unterstützung und enorme Geduld meiner lieben Mitmenschen geschafft?

Die Situation meiner Klientinnen:

Nach meiner eigenen Rückschau fiel es mir wesentlich leichter, mir auch für meine Klientinnen – die schwangeren Frauen, die in der Beratungsstelle um Beratung

und Unterstützung nachfragten – Gefährdungssituationen für eine nachgeburtliche Überforderung oder Depression vorzustellen.

Und es gab zahlreiche Lebenssituationen, die Schwierigkeiten nach der Geburt wahrscheinlich machten. An dieser Stelle möchte ich stellvertretend für viele Frauen mit Problemen einige meiner betreuten Klientinnen herausgreifen:

- Die 19-jährige im zweiten Lehrjahr, die von ihrer Schwangerschaft lange nichts wusste (oder sie vielleicht auch nicht wahrhaben wollte) und daher erst in der 32. Woche einen Schwangerschaftstest machte. Sie war geschockt von dem Gedanken, bald schon ein Kind zu haben.
- Die Mutter zweier Schulkinder (39), die bereits in den ersten Schwangerschaften und der Zeit danach große gesundheitliche und psychische Probleme hatte. Die Familienplanung war nach den zwei Söhnen abgeschlossen, ein drittes Kind passte "nicht in den Plan". Sie hatte ihr Leben sehr gründlich und bis ins Detail organisiert; in allem, was sie tat, legte sie Wert auf Perfektion. Sie hatte Angst – vermutlich zu Recht –, dass ein Baby alles wieder auf den Kopf stellen würde.
- Die Frau (32), die mit ihrer 6-köpfigen Familie vor 4 Monaten aus dem Irak nach Deutschland gekommen war, kaum die Sprache verstand, noch kein Netzwerk hatte und sich sehr isoliert fühlte.
- Die Lehrerin (30), die mit ihrem Freund die Schwangerschaft geplant, sich mit ihm gemeinsam auf das Kind gefreut hatte und von ihm völlig überraschend im 6. Schwangerschaftsmonat verlassen wurde. Jetzt musste sie sich nicht nur mit ihrem Trennungsschmerz befassen, sondern auch noch so schnell wie möglich eine günstigere Wohnung finden, da sie alleine die große Wohnung nicht bezahlen konnte.
- Die junge Frau (22), die durch "Jugendsünden" völlig überschuldet war und kurz vor der Privatinsolvenz stand. Sie sah für ihre eigene Zukunft kaum Perspektiven und konnte sich nicht vorstellen, ihrem Baby "irgendwas bieten" zu können.
- Die 27-jährige, die bereits eine schwere Depression hinter sich hatte und immer wieder mit Rückschlägen kämpfte. Nun hatte ihr der Frauenarzt gesagt, dass sie in der Schwangerschaft auf die Antidepressiva ganz verzichten sollte.

Es gibt so viele Frauen, die bereits in der Schwangerschaft mit massiven Problemen zu kämpfen haben. Einige von ihnen werden nach der Geburt eine starke Überforderung oder Depression erleben. Dies kann aber auch Schwangere treffen, die scheinbar optimale Bedingungen für eine Schwangerschaft, ein Baby mitbringen und der Zukunft sehr positiv entgegen sehen.

Mit diesem Wissen um die Häufigkeit postpartaler Überforderungszeiten oder Depressionen beschäftigte mich und meine Kolleginnen immer mehr der Gedanke, wie wir "unsere Frauen" umfangreich und trotzdem sensibel auf problematische Zeiten nach der Geburt vorbereiten sollten und wie wir sie dabei unterstützen könnten, mit postpartalen Schwierigkeiten so positiv wie möglich umzugehen.

Der Inhalt der "PPD-Beratung"

In gemeinsamen Gesprächen einigten sich meine Kolleginnen und ich auf ein Vorgehen in der Schwangerenberatung. Wir betreuen in unserer Beratungsstelle viele Frauen, die sich eine finanzielle und soziale Hilfe für die Schwangerschaft und das Baby wünschen und die finanzielle Unterstützung mit unserer Hilfe bei der Stiftung "Mutter und Kind" beantragen. Durch mindestens zwei vorausgehende Beratungen haben wir oft einen engen Kontakt zu den Klientinnen.

Manche Frauen lernen wir bereits im Vorfeld in einem Schwangerenkonfliktgespräch kennen und treffen sie dann in einem Gespräch zu Hilfen in der Schwangerschaft wieder. Zur genauen Ermittlung des Hilfebedarfs und der Unterstützungsmöglichkeiten gibt es dann ein erstes "FI-Gespräch" (FI steht bei uns für Finanzielle Information), in dem wir mit den Frauen (und oft auch mit ihren Partnern und / oder Familienangehörigen) deren individuelle Problemlage ermitteln und mit ihnen gemeinsam nach möglichen Lösungen suchen. Oft gibt es einen nächsten Termin, in dem wir einen Antrag an die "Stiftung Mutter und Kind" stellen und dort um eine finanzielle Hilfe in der Schwangerschaft anfragen. Ist diese Hilfe dann beantragt und bewilligt, kommt es zu mehreren Terminen, in denen das von der Stiftung genehmigte Geld schrittweise ausgezahlt wird.

Als Anknüpfungspunkt für ein Gespräch zum Thema "Vorbeugung von bzw. Aufklärung über nachgeburtliche Schwierigkeiten, Überforderungssituationen, Anpassungsstörungen und Depressionen" haben wir uns auf einen solchen Hilfe-Auszahlungstermin in der Schwangerschaft geeinigt. Die Klientinnen werden von unserer Sekretärin telefonisch darüber informiert, für welche Form der Hilfe sich die Stiftung entschieden hat und werden dann zu einem Termin eingeladen. Dieser Termin beinhaltet die Ausstellung eines ersten Schecks und ein Gespräch mit ihrer Schwangerenberaterin.

Dieses mit dem Scheck verbundene Gespräch nennen wir "PPD-Gespräch", denn unser Ziel ist es mit den Klientinnen auch schwierige Momente während und nach der Geburt anzusprechen und sie über möglicherweise auftretende Probleme zu informieren. Dabei möchten wir mit den Frauen Wege erarbeiten, wie sie Stress mindern, sich Unterstützung organisieren und auch bei Schwierigkeiten gelassen bleiben können. Das PPD-Gespräch beinhaltet keinen fest geregelten Ablauf, aber eine Idee, was in den Inhalt unbedingt hineingehört.

Auf jeden Fall soll am Anfang des Gesprächs die Frau mit ihrer momentanen Befindlichkeit, mit ihren Fragen und Wünschen stehen. Dann geht es darum, in die nachgeburtliche Planung einzusteigen. Anhand des individuellen Zukunftsentwurfs der Schwangeren lässt sich meistens eine Möglichkeit finden, die Frage nach (noch mehr) Unterstützung zu stellen. Irgendwann ist dann auch der Zeitpunkt gekommen, erhebliche postpartale Gefahren anzusprechen. Dieses sensible Thema muss natürlich sehr vorsichtig ins Gespräch gebracht werden, aber es gehört auf jeden Fall mit in unsere Schwangerenberatung.

Das Transparentmachen dieses "Schattenthemas der Schwangerschaft" ist so wichtig: Eine nachgeburtliche Überforderung, Anpassungsstörung oder Depression kann vorkommen – dafür muss sich keine Frau, kein Paar und keine Familie schämen! Und niemand hat Schuld an einer PPD! Sie ist auch keine Bestrafung für irgendetwas, das vorher schief gelaufen ist! Die betroffene Frau muss sie nicht über sich ergehen lassen und sie aushalten – es gibt Hilfe, die man aufsuchen und in Anspruch nehmen darf!!! Das möchten wir den Frauen mit unserer Beratung vermitteln!

Als mögliche Themen können in unserer PPD-Beratung folgende Impulse auftauchen: Ich stelle hier eine Auswahl unsere PPD-Themen vor, die keinen Anspruch auf Perfektion oder Ihnen Vollständigkeit hat:

- Es kann nach der Geburt auch anders sein als "nur gut". In der Werbung und oft auch im Familien- und Freundeskreis wird das Leben mit Baby als ausschließlich schön, befriedigend und alle Wünsche erfüllend dargestellt. Dies entspricht für sehr viele Frauen nicht der reinen Wirklichkeit; Stress, Probleme, schwierige Zeiten gehören auch ganz natürlich zum Muttersein (und Vatersein) dazu.
- Im Körper läuft in der Zeit der Schwangerschaft, während des Geburtsvorgangs und auch nach der Geburt des Kindes eine enorme hormonelle Veränderung ab. Während der Geburt befinden sich die Hormone in einer Hochphase, danach sinken sie rapide ab. Das kann die körperliche und psychische Gesamtverfassung kolossal verändern.
- Nach der Entbindung ist erst einmal alles anders als vorher: Aussehen, körperliches Befinden, Partnerschaft, Sexualität. Und auch das ist normal! Keine Frau muss wenige Tage nach Geburt ihres Kindes in Topform oder Superstimmung sein, so wie es uns z. B. viele prominente Mütter vormachen.
- Erfahrene Hebammen wissen: Die Schwangerschaft dauert 9 Monate – und 9 Monate dauert die Regeneration danach.
- Es ist sehr wichtig, dass sich die Frau mit ihren eigenen Bedürfnissen auch nach der Geburt ernst nimmt – dass sie in die Rückbildungsgymnastik geht, sich Momente der Ruhe und der Entspannung, sowie Möglichkeiten für Hobbies gönnt (und diese Zeiträume auch – wenn nötig – vom Partner einfordert).
- Auch die Zeit zu zweit mit dem Partner wird sehr knapp. Daher kann es hilfreich und sinnvoll sein, sich irgendwann "Partnerschaftsinseln" für die Zweisamkeit zu erschaffen. Aber auch das muss für die Frau passen und das Thema Partnerschaft soll kein Zusatz-Stress-Projekt zu Baby, Haushalt, Beruf werden.
- Wichtig ist es auch, sich schon rechtzeitig um eine Hebamme zu kümmern. Sie sollte der Frau auf jeden Fall angenehm und sympathisch sein, denn es handelt sich ja doch um einen sehr privaten Kontakt.
- Bei Frauen in einer Partnerschaft ist es notwendig, die Aufgabenverteilung neu zu verhandeln (Baby, Haushalt, Organisatorisches etc.).

- Wenn Gäste kommen ist stets ein guter Tipp, angebotene Hilfe anzunehmen, sich etwas (z. B. einen Kuchen) mitbringen zu lassen, um Hilfe bei der Bewirtung der Gäste anzufragen oder noch besser, seine Gäste zur Selbstständigkeit zu ermuntern.
- Was kommt nach der Geburt sehr wahrscheinlich auf die Frau zu und über was wird trotzdem selten gesprochen? Stichworte hierfür können z. B. sein: Schlafmangel, gestörter Tag-Nachrhythmus, stark verminderte Flexibilität und Spontaneität, nichts mehr wirklich alleine machen können, verändertes sexuelles Verhalten (Lustlosigkeit), weniger soziale Kontakte.
- Beim ersten Kind kann es lohnend sein, das die Schwangere nachfragt, wie die Mutter, die Schwester, die Freundin ihre Schwangerschaften und die Zeit nach der Geburt erlebt haben. Was war leicht und gut, was war schwierig? Wo war Unterstützung wichtig und nötig? Was hat in problematischen Momenten so richtig gut geholfen?
- Beim zweiten (oder weiteren) Kind kann es für die Beraterin sinnvoll sein, sich bei der Frau zu erkundigen, wie die frühere/n Schwangerschaften verlaufen ist/sind. Wie war bei den anderen Kindern die Zeit nach der Geburt? Was hat gut getan? Wo gab es Probleme? Ist vielleicht schon früher eine Anpassungsstörung oder PPD aufgetreten?
- Ein wichtiges Thema wird für die Frau nun auch über die richtige Abgrenzung zur Herkunftsfamilie nachzudenken, das heißt z. B. Hilfe von der Mutter anzunehmen, aber klare Stellung zu beziehen, wenn es um ungefragte Tipps und Ratschläge geht.
- Der Frau sollte vermittelt werden, dass es gut und richtig ist, sich Unterstützung und Hilfe zu holen, wenn sie gebraucht wird. Um Hilfe zu bitten oder um Unterstützung nachzufragen ist kein Zeichen für Schwäche oder dafür, dass eine Frau etwas nicht kann – nein, wer Hilfe sucht, bekennt sich auch dazu, die eigene Situation verbessern zu wollen und das ist ein Zeichen von Stärke und kann für Mutter (und Vater) und Kind viele Verbesserungen mit sich bringen.
- Wer könnte in Schwierigkeiten hilfreich sein?
 - Wenn die Frau in einer Beziehung lebt, dann häufig der Partner, der mit unterschiedlichen Formen der Hilfe unterstützen kann (Entlastung bei der Versorgung des Babys, Zärtlichkeit, Einkäufe erledigen, Gespräche etc.);
 - die eigene Mutter (viele Frauen wünschen sich in der ersten Zeit mit Kind die Unterstützung durch ihre Mutter), die Familie, die Freundinnen;
 - die Hebamme bzw. eine Familienhebamme;
 - die Kinder-Ärztin, der Kinder- Arzt, die / der eigene/r Ärztin / Arzt;
 - die Beraterin der Schwangerenberatungsstelle (dieses Angebot ist sehr niederschwellig, da der Kontakt ja bereits besteht, über viele Gespräche gefestigt wurde und über genau dieses PPD-Gespräch ja auch ein konkretes Hilfeangebot erfolgt);

- eine Beratung in anderer Beratungsstelle bzw. bei einer/m Psychologe/in;
 - verschiedene Angebote des Jugendamts, z. B. frühe Hilfen;
 - Entlastung durch eine Haushaltshilfe, Mütterpflegerin, Putzhilfe etc.;
 - Besuche einer regionalen Gruppe (z. B. Gesprächsgruppe für Eltern);
 - im Krankheitsfall: Kontakt zu Ärztin / Arzt, die/der Erfahrung hat in der Arbeit mit Frauen in postpartalen Krisen;
 - evtl. der Besuch einer Gruppe (geleitete Gruppe oder Selbsthilfegruppe) für Frauen mit nachgeburtlichen Schwierigkeiten;
 - Wahrnehmen von überregionalen Angeboten übers Internet (z. B. die Homepage von "Schatten und Licht e. V.").
- Im Zusammenhang zum Thema "Hilfe" kann es auch sehr sinnvoll sein, den Frauen anzubieten, Kontakt für sie bei den örtlichen Hilfsangeboten herzustellen, wie zu
 - geleiteten Gruppen für Frauen mit schweren Geburtserfahrungen;
 - den "Frühen Hilfen" des Jugendamts;
 - eine/r Ärztin/ Arzt, die/der sich auf die Behandlung von Frauen mit PPD spezialisiert hat.
 - Für viele Frauen ist der Kontakt zu anderen "jungen Müttern" sehr positiv. In Gruppen wie z. B. PEKIP oder Eltern-Kind-Gruppen können neue Bekanntschaften zu Kindern und Müttern entstehen.
 - Lohnenswert ist es auch, nachzufragen, ob und wie die Partnermonate im Elterngeldbezug aufgeteilt werden. Das Paar sollte nach Möglichkeit dazu ermuntert werden, dass auch die Männer sich selbst und ihrer Partnerin diese Elternmonate gönnen. Für die junge Mutter kann es eine unheimlich gute Entlastung und Unterstützung sein, wenn der Mann die Elternmonate direkt nach der Geburt nimmt, zu dem Zeitpunkt also, wenn die Umstellung auf die neue Situation oft am größten und Hilfe und Unterstützung am notwendigsten ist.
 - Für eine Schwangere kann es sinnvoll sein, sich auch über Bücher, Broschüren, Internet zu informieren. Daher ist es gut, wenn die Beraterin/ der Berater ihr eine Medienliste oder Literaturempfehlungen mit auf den Weg geben kann.

Diese vielen Impulse und Ideen – und noch etliche mehr, die hier natürlich nicht alle genannt werden können – dürfen mit ins PPD-Gespräch. In dieser Beratung geht es zwar um schwierige und bedrückende Themen, trotzdem sollte die Stimmung im Gespräch über lange Zeiten positiv und angefüllt mit "froher Hoffnung" sein. Wir planen diese Beratungen fest in unsere Schwangerenberatungen mit ein und sind mit der Resonanz sehr zufrieden.

Die Frauen melden uns zurück, dass es ihnen gut tut, sich auch mit ihren ganz persönlichen Gedanken und Sorgen über die Zukunft mit dem Baby an die Beraterinnen zu wenden, mit uns gemeinsam einen guten Ablauf für die Zeit zu besprechen, wenn das Baby da ist und letztlich auch eine Anlaufstelle / eine Ansprechpartnerin zu haben, falls es wirklich Schwierigkeiten im Zusammenhang mit oder

nach der Geburt gibt. Uns Beraterinnen bestärken die positiven Rückmeldungen zu unseren PPD-Beratungen und sie ermutigen uns, dieses Thema weiterhin mit den Frauen zu besprechen um unsere Beratung für schwangere Frauen dadurch noch umfassender und ganzheitlicher zu gestalten.

Sandra Förster
Diplom-Sozialarbeiterin, Ehe,- Familien- und Lebens-
beraterin (DAJEB)

pro familia Ludwigshafen
Theaterplatz 6
67059 Ludwigshafen

sandra.foerster@profamilia.de
sandra.foerster@lichtblick-beratung.de



Claudia Pospieszny

Wenn "gut sein" zum Risiko wird

Abstract

Berufliche Überbelastung und Überforderung, selbstgesetzte Ansprüche an die eigene Leistungsfähigkeit, mangelnde Selbstsorge sowie durch Gesellschaft und Unternehmen gesetzte hohe Anforderungen an Leistungsbereitschaft und Multitasking-Fähigkeiten werden als Ursachen für Burnout-Phänomene beschrieben. Auswege aus dem Teufelskreis der Überbelastung lassen sich durch therapeutische Interventionen finden. Persönliche Einstellungen zur Arbeit, die Fähigkeiten zur Abgrenzung, zur Selbstsorge, Selbstwirksamkeit und Umkehr von Patienten müssen dabei gestärkt werden.

Psychosoziale Stichworte: Burnout – Depression – Ressourcen – Selbstwirksamkeit – Stress – Überbelastung – Überforderung

Seit Jahren steigt in therapeutischen Praxen die Zahl der Patienten, die aus Überlastung krank werden. Hohe Krankenstände.

Essen. Mit jeder neuen Krankenkassen-Statistik wird deutlich: Die Zahl der psychischen Erkrankungen nimmt stetig zu. Dabei liegt im Ranking neben der Depression der Burn-out weit vorn. Wie man die Erkrankung erkennt und sie heilt, erklärt im Gespräch Professor Wolfgang Senf, Chef der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Herr Senf, immer mehr Menschen leiden aus Überlastung unter einem Burn-out. Sind wir heute zu verweichlicht?

Senf: Mit "verweichlicht sein" hat das wenig zu tun. Der Begriff Burn-out beschreibt einen Zustand, in dem ein Mensch, der eigentlich gut darin ist, gestellte Aufgaben und Probleme zu lösen, an die Grenze seiner Ressourcen kommt. Menschen, die, wenn es heißt "Kampf oder Flucht", keinen Rückzieher machen, sondern Probleme aktiv angehen, weil sie es so gewohnt sind und die Erfahrung gemacht haben, dass man vorübergehende, starke Belastungen durchsteht. Wenn die Belastung aber zum Dauerzustand wird, funktioniert das nicht mehr, dann setzt ein Teufelskreis ein.

Wie genau gerät man in diesen Teufelskreis?

In der Regen sind es die äußeren Umstände. Man ist gut organisiert und vernetzt, ist gut in seinem Job und schafft es dennoch, abends immer pünktlich um 17 Uhr zu gehen.

Der Chef denkt: Gut, und packt noch eine Aufgabe obendrauf. Auch das kann der Mensch mit guter Organisation in den Griff bekommen und trotzdem um 17 Uhr gehen, weil er noch andere Interessen hat. Die Belastung steigt, es wird mehr obendrauf gepackt. Irgendwann klappt es dann nicht mehr, dass man pünktlich geht, und man kann auch bei längeren Arbeitszeiten nicht mehr alle gestellten Aufgaben bewältigen.

Wer in der Situation steckt, könnte denken: "Das ist objektiv betrachtet für eine Person allein nicht zu schaffen" und sich dagegen wehren. Das tut ein Mensch vor dem Burn-out nicht?

Nein. Er denkt: Ich muss noch mehr machen, damit ich wieder alles in den Griff bekomme. Dabei verliert er andere Dinge aus dem Blick, vernachlässigt die eigenen Bedürfnisse, zunächst subtil, dann immer stärker, auch der Kontakt zur Familie nimmt ab. Häufig kommen Schlafstörungen hinzu, Selbstzweifel, depressive Symptome. Zum Arzt gehen viele erst, wenn es gar nicht mehr anders geht.

Aber auch der kann die Umstände nicht ändern.

Er kann den Patienten krankschreiben und ihn aus der Situation herausnehmen, damit er sie klären kann. Je länger man sich in diesem Kreislauf bewegt, umso größer werden ja auch flankierende Probleme. Manche beginnen zu trinken, in der Familie ergeben sich Konflikte. Je länger ich warte, umso schwieriger wird es, da wieder rauszukommen.

Und was sagen Sie als Therapeut diesen Patienten?

Wichtig ist zunächst, dass wir klar machen, dass man mit einem Burn-out nicht pathologisch psychisch krank ist und keine Schuld an diesem Zustand trägt, sondern dass der Patient sich in einer belastenden, krank machenden Situation befindet, aus der man ihn herausnehmen muss. Dem Menschen muss klar werden: Ich scheitere nicht, weil ich eine Depression entwickle, sondern ich entwickle eine Depression, weil die gestellten Anforderungen unmöglich bewältigt werden können.

Dem Patienten kommt also häufig gar nicht der Gedanke, dass der Burn-out nicht auf eigenes Verschulden zurückzuführen ist?

Meist wird ihm ja die Schuld für sein "Versagen" zugeschrieben. Dabei geht häufig auch das Gefühl für die Selbstwirksamkeit verloren, also dass man selbst etwas tun kann, das so wirkt, dass die Belastung abnimmt und man das Leben wieder bewältigen kann. Was häufig auch aus einem Prozess im beruflichen Lebenslauf rührt. Man hangelt sich von Praktikum zu Praktikum, muss sich immer wieder beweisen, um überhaupt eine Stelle zu bekommen und dort dann weiter beweisen, weil Konkurrenz da ist. Früher gab es im Beruf mehr Sicherheit. Heute ist es häufig so, dass man sich von Tag zu Tag beweisen muss – unter zunehmender Belastung.

Die Ursache des Problems ordnen Sie dem Beruf zu. Ist das der Hauptauslöser?

Ja, das zeichnet sich deutlich ab. Studien liegen uns aus der Dienstleistungs- und IT-Branche vor. Da hat die Arbeitsverdichtung klar zugenommen, es sind Stellen abgebaut worden, ein Projektleiter, der früher vielleicht fünf Projekte sehr gut betreut hat, bekommt jetzt 15 oder 20, das ist nicht zu schaffen. Hinzu kommt, dass die Technologie voran schreitet, Kommunikation ist, mit immer mehr Kanälen, die auf uns einströmen, komplizierter geworden.

Also müsste auch die Lösung des Problems am Arbeitsplatz zu finden sein.

Es gehört zur Führungs- und Unternehmensqualität, zu sehen, wo Mitarbeiter überlastet und überbeansprucht sind. Auch die Gesellschaft muss sich überlegen, ob sie sich leisten kann, so mit einer ihrer wichtigsten Ressourcen, dem Menschen, umzugehen. Zumal mit einer Ressource, die eigentlich gut ist in dem, was sie tut. Es muss ein Umdenken einsetzen, dass es unsere Aufgabe ist, die Grenzen von Leistungsfähigkeit und Multitasking mit zu bedenken und dafür zu sorgen, dass diese eigentlich gesunden Menschen da nicht reinrutschen.

Doch selbst wenn die Ursache gefunden ist, ist dem Patienten nicht geholfen. Zumal Sie in der Rolle des Therapeuten keine Möglichkeit haben, in Arbeits- und Firmenstrukturen einzugreifen.

Häufig ist es so, dass schon zwei Gesprächstermine reichen, um eine Besserung zu erreichen und dem Patienten klar zu machen, dass die Stellschraube nicht die ständige Anpassung an immer höhere Anforderungen sein kann, sondern dass man etwas an den äußeren Umständen ändern muss. Zum Beispiel kann man während der Krankschreibung nach einer neuen Stelle suchen, um langfristig etwas zu ändern. Damit stärkt man wieder das Gefühl der Selbstwirksamkeit. Etwas

tun zu können, um aus einer Situation herauszukommen, die krank macht, die die Seele und die Psyche verletzt, an der man aber keine Schuld trägt.

Das klingt nach rascher Hilfe. Kommt man so schnell aus dem Tief?

Das Tief hat man damit noch nicht überwunden, aber ein großer Teil der Symptome kann verschwinden, wenn man das begriffen hat. Wie lange ein Burn-out dauert, kann sehr verschieden sein. Manchmal sind es nur einige Wochen, bei anderen Patienten dauert das Monate. Zurück bleibt meist nur eine Narbe dieser seelischen Verletzung.

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist eine Abteilung des LVR-Klinikums am Uniklinikum Essen. Kontakt zur Klinik in der Virchowstraße 174 unter Tel.: 02 01 / 7 22 75 00

Claudia Pospieszny, c/o Lokalredaktion Essen, Sachsenstr. 36, 45128 Essen
c.pospieszny@waz.de

Übernahme mit freundlicher Genehmigung aus der NRZ vom 30.5.2011

Nele Kohn, Olaf Plotke

So entkommen Sie der Burnout-Falle

Profis erklären, warum viele Menschen ausgebrannt sind

Sie sind lethargisch, teilnahmslos, niedergeschlagen, können nicht mehr arbeiten: Menschen mit Burnout-Syndrom sind im wahrsten Sinne des Wortes ausgebrannt. Experten sprechen von einem immer häufiger auftretenden Erschöpfungssyndrom. Doch was ist Burnout eigentlich und wie entsteht es? Im Kurier erklären zwei Experten, was das für ein Syndrom ist, wie man es behandelt und vor allem ein neues Auftreten verhindert.

Burnout ist eine sogenannte Belastungsstörung, aber keine psychische Erkrankung. Oftmals liegen die Wurzeln im Beruf begründet, wo man einer überforderten Dauerbelastung ausgesetzt ist "Burnout ist erstmals bei Menschen aus den helfenden Berufen diagnostiziert worden", weiß die diplomierte psychologische Beraterin Heidi Fuchs, aus Goch. Aber nicht nur die Arbeit kann die Störung auslösen, sondern auch familiäre oder gesellschaftliche Belastungen. Oftmals treten beim Burnout mehrere Symptome wie Lethargie, Müdigkeit, Formulierungsschwierigkeiten, Aggressivität, depressives Verhalten, Schlaf- und gefühlsmäßige Störungen auf. Betroffene müssen dabei nicht nur verzweifelt und still leiden. Sie können sich auch ruppig, zynisch, sarkastisch verhalten. "Nicht jeder ist ausgebrannt,

der eines dieser Symptome aufweist", sagt Diplom-Psychologe Michael Bay aus Kleve. "Bei Burnout tritt ein ganzer Strauß an Symptomen zutage. Es ist wichtig zu erkennen, dass bei Betroffenen diese Symptome alle mit einander zusammenhängen und eine gemeinsame Ursache haben."

Für Bay haben all diese Reaktionen einen Grund: "Diese Verhaltensweisen sind ein Selbstschutz des Körpers." Man könnte auch sagen, der Seele. Die wehrt sich gegen Zwänge, in denen sie steckt und die zu einer Unterdrückung der eigenen Bedürfnisse führen. Der Mensch unterliegt immer einer gewissen Fremdbestimmung, muss sich Pflichten, Konventionen, Ansprüchen unterwerfen. Werden die aber zu viel, kommt die eigene Persönlichkeit zu kurz. "Wer zu sehr darauf bedacht ist, die Erwartungen anderer zu erfüllen, erfüllt am Ende seine eigenen nicht mehr", sagt Psychologe Bay. Das kann Menschen krank machen, sie ausbrennen lassen. Sie verlieren sich selbst.

Was kann man dagegen tun? Die gute Botschaft lautet, dass Burnout therapierbar ist. Entscheidend ist, dass Betroffene die Gründe identifizieren, die sie krank gemacht haben. "Wenn ein Arzt einen Betroffenen mit dieser Diagnose ein paar Wochen krank schreibt, ist damit nichts gewonnen", erklärt Bay. "Er muss in einem oder mehreren Punkten sein Leben ändern." Eine professionelle Beratung kann da hilfreich sein. Heidi Fuchs beschreibt die Suche nach dem Auslöser des Burnout als eine Art Puzzle: "Ich mache mir im Gespräch mit dem Betroffenen ein klares Bild seiner Lebensumstände. Das sind viele kleine Mosaiksteine, die am Ende deutlich zeigen, was zum Burnout geführt hat. Dann kann der Betroffene überlegen, wie er sein Leben so ändern kann, das es ihn nicht wieder krank macht."

Ganz wichtig ist beiden Experten aber, dass die Betroffenen künftig bereits frühzeitig erkennen, was sie wieder in einen Burnout führen könnte. Psychologe Bay: "Eigenständigkeit und das Gefühl der Zielerreichung lösen positive Gefühle in uns aus. Und so sichern wir unsere innere Stabilität auch dauerhaft."

Übernahme mit freundlicher Genehmigung aus
Kurier am Sonntag, Kleve, 14. Oktober 2012

Burn-out als Thema für Familien bei der Pflege von Angehörigen

Abstract

Burn-out begegnet uns als Schlagwort fast ausschließlich in beruflichen Kontexten. Dass dies auch ein zunehmend wichtiges Thema für Familien ist, zeigt die Situation von pflegenden Angehörigen, der wir in den folgenden Beiträgen nachgehen wollen.

Psychosoziale Stichworte: Burn out – Kontrollverlust über das eigene Leben – Selbstsorge lernen

Während meiner Zeit als Gemeindepfarrer im Ruhrgebiet in den 90iger Jahren gab es in jeder evangelischen Kirchengemeinde zwei Gruppierungen: die Frauenhilfe und den Männerkreis. Beide waren sozial und diakonisch ausgerichtet, unterstützten Bedürftige, und die hier ehrenamtlich Mitarbeitenden waren oft so etwas wie die rechte Hand des Pfarrers. Mit der Zeit waren die damals Aktiven jedoch selbst in die Jahre gekommen, und weil der Nachwuchs fehlte, wurde aus dem Männerkreis der Seniorenmännerkreis, und auch bei der Frauenhilfe schrumpfte die Zahl der Mitglieder stetig. Am traditionellen Programm dieser Nachmittage wurde trotzdem eisern festgehalten: Andacht durch den Pastor, danach Kaffee und Kuchen, dann ein Bildungsvortrag durch einen Referenten. Ein Thema kam jedes Jahr vor: "Wie schütze ich mich vor Einbruch und Überfällen?" Hier wurde immer ein Vertreter der Polizei eingeladen, der meistens darauf hinwies, dass der wirksamste Schutz laut Statistik in einer gut funktionierenden und vernetzten Nachbarschaft bestehe.

Ein Thema, so weit ich mich erinnern kann, wurde zwar mal im Vorbereitungskreis leise vorgeschlagen, fand aber nie die Zustimmung der Mehrheit: "Was tun bei Demenz und Pflegebedürftigkeit?" Das war erstaunlich: In der Wirklichkeit erwies sich nämlich nicht die Häufigkeit von Einbrüchen, sondern eine Erkrankung im Alter und die dann fehlende Betreuungsmöglichkeit als die eindeutig größere Gefahr. Besonders schwierig war es, wenn bei einem älter gewordenen Paar ein Partner eine Demenzerkrankung bekam und vom anderen gepflegt werden musste. Mehrmals habe ich erlebt, dass sich diese Pflege über viele Jahre hinzog, der pflegende Partner darüber selbst erkrankte und vor der ursprünglich erkrankten Pflegeperson verstarb.

Pflegende Angehörige, die selbst schon alt sind, haben inmitten von Krieg, Hunger und Not gelernt, zugunsten wichtigerer Dinge zu verzichten. Für sich selbst um Hilfe zu bitten und diese Hilfe auch anzunehmen, müssen sie vielfach noch lernen.

Das Wissen über die verschiedensten Arten demenzieller Erkrankungen ist heute glücklicherweise gestiegen, und doch gibt es eine eigenartige Scheu, sich persönlich damit auseinanderzusetzen. Liegt es daran, dass das Thema zu bedrohlich ist, zu nah an der Angst, die Kontrolle über die Steuerung des eigenen Lebens zu verlieren? Muss man es deshalb besser wegschieben, weit weg hinter die Grenze der Gegenwartszeit?

Sicher ist: Angehörige von Demenzerkrankten fühlen sich nicht selten allein, manchmal alleingelassen, oft bis an die Grenzen der Belastbarkeit beansprucht und darüber hinaus.

Wir wollen diesen Aspekt des "Burn-out" näher beleuchten:

Zwei zwar schon ältere, aber äußerst interessante Bücher, sollen aus verschiedenen Blickwinkeln zunächst eine Annäherung an das Thema ermöglichen. Anschließend wird der Erfahrungsbericht einer Familie danach befragt: Was war das eigentlich Schwierige? Und was hat wirklich geholfen?

Axel Funke, *Mit einer Alzheimer-Kranken leben. Ein Erfahrungsbericht.*
Luther Verlag, Bielefeld 1998 (ISBN 978-3785804001), 90 Seiten

"Die Nacht, die Umnachtung des Geistes des geliebten Partners, ist ein rätselhaftes, schmerzliches Erleben, in das die Angehörigen, vor allem der liebende Partner, nur allmählich hineinwachsen. Zuerst findet man sich damit ab, in der Vermutung, das Alter bringe die geistigen Verluste mit sich. Später erkennt man, dass ein krankhafter Vorgang der Grund für die zunehmende Hilflosigkeit sein könnte". Dieser Satz aus dem Vorwort benennt, um was es in diesem Buch geht: Die Schilderung eines Ehepartners vom gemeinsamen Leben mit seiner demenzerkrankten Frau. Obwohl Axel Funke, evangelischer Pfarrer und ehemaliger Leiter der von Bodenschwingschen Anstalten in Bethel, es bereits 1998 geschrieben hat, ist es bis heute ein bewegender Bericht eines Krankheitsverlaufes geblieben, angefangen von ersten Anzeichen der zerstörerischen Macht dieser Krankheit bis zu ihrem Ende. Besonders für pflegende Angehörige und professionelle Helfer, die mit Alzheimer-Erkrankten leben, ist es eine behutsame Annäherung an die Begegnung mit einer Realität, die das ganze bisherige Alltagsleben auf den Kopf stellen wird, und die der Tiefendimension der dabei erlebten Ohnmacht nicht ausweicht.

Erstes Anzeichen ist das Vergessen von Namen, mit dem sich ein einschleichendes Versagen ankündigt, gefolgt von ungewohnten Auffälligkeiten: statt nach rechts plötzlich linksherum in die falsche Richtung den Heimweg anzutreten. Ist dies am Anfang noch mit Gefühlen der Peinlichkeit und der Irritation für das eigene Selbstvertrauen verknüpft, so ist der Kranken zunehmend gar kein Verwundern mehr über den Irrtum anzumerken. Erst nach und nach wird den Angehörigen klar, dass ihr Orientierungsvermögen nicht länger wie gewohnt funktioniert und die Umwelt sich in eine Fremde ohne Anhaltspunkte verwandelt hat, zur Terra incognita. Ebenfalls nach und nach eignen sie sich Kenntnisse an über die tückische

Krankheit, die der Arzt Alzheimer zu Beginn des letzten Jahrhunderts entdeckte: Sie nistet sich im Gehirn ein und zerstört es ganz langsam, bis es seine Funktion, das organische Leben zu steuern, nicht mehr wahrnehmen kann.

Auffällig ist das immer häufigere Suchen und Suchen nach ... was eigentlich? Mal ist es der Ehering, mal eine ganz bestimmte Kette, mal eine Notiz. Für die Angehörigen ist unklar: Wie können wir ihr beistehen? Wie können wir ihren Schmerz über die verlorene Fähigkeit, das schleichende Nachlassen der geistigen und körperlichen Kräfte lindern? Empfindet sie das überhaupt so? Wie kann man ihre sichtbare innere Unruhe deuten? Es ist wie das Zuerst-einmal-wahrnehmen-lernen einer fremden Welt und ein Verstehen: Nein, den Haushalt führen kann sie nicht mehr. Nein, die Erinnerung, dass der Schalter am Elektroherd noch ausgeschaltet werden muss, kann sie nicht mehr steuern. Nein, auch ihr eigenes Essen warm machen, kann sie nicht mehr.

Irgendwann wird allen klar: Ohne zusätzliche Hilfe als Entlastung geht es nicht mehr: Begleitung beim Einkaufen, Bestellen neuer Kleidung per Katalog, Bestellen des Essens "auf Rädern", Organisation einer Frisörin oder einer Fußpflege, die ins Haus kommt. Aufregende Ereignisse kommen dazu: Sich selbst eingesperrt zu haben im Bad, ein mehrstündiges Verirren bei einem "kurzen Gang um's Haus" erfordern ständig neue Vorsichtsmaßnahmen. Ärztliche Untersuchungen in einer neurologischen Klinik schaffen dann endlich die lange gesuchte, bedrückende Gewissheit, dass es sich um die gefürchtete Krankheit handelt, die man nicht heilen, sondern bestenfalls verlangsamen kann. Nun wieder: Suche nach einem niedergelassenen Facharzt für Neurologie, der eine regelmäßige medizinische Betreuung übernehmen kann, erneute Auseinandersetzung mit aufklärender Literatur. Hilfreich war hier die regionale Geschäftsstelle der Alzheimer Gesellschaft und der Hinweis auf Broschüren, Ratgeber und Infomaterialien. Die Kranke selbst scheint alles zu ertragen, ohne Hilfe zum Verstehen beitragen zu können. Es bedarf wiederum langer Lernprozesse bei den Angehörigen, kleine Gesten deuten zu lernen: Ein kurzer Blick, ein kleines Lächeln, eine kurze Berührung lehren sie zu verstehen. "Wir begriffen: Sie litt unsagbar. Sie nimmt innerlich Abschied von dem Leben, das sie aktiv gestaltet hat. Sie verspürt ihre Ohnmacht. Sie möchte festhalten, was ihr bislang wert und lieb war, aber es gelingt nicht mehr. Es entgleitet ihr. Nicht einmal sich dagegen aufzubauen will ihr noch gelingen".

Eine neue, belastendere Stufe tritt mit der Notwendigkeit der Hilfe beim An- und Entkleiden sowie bei der Inkontinenzversorgung ein. Zunehmend erleben die Kinder einen entnervten Vater. Die unruhigen Nächte rauben ihm den eigenen Schlaf, führen zu einer permanenten Überlastung: "Von Monat zu Monat aber wurde es schwieriger, nahezu 24 Stunden hindurch sein Aufmerken darauf zu richten, der geliebten Lebensgefährtin beizustehen. Da ist guter Wille nicht unermesslich strapazierbar und die physischen und seelischen Kräfte erst recht nicht". Dazu kommt noch eine andere, für Angehörige nur schwer zu ertragende Auswirkung der Alzheimer-Demenz: Die oft wechselnde Stimmung, die von Zufriedenheit plötzlich zu Unruhe und Ängstlichkeit bis hin zu Aggressivität umschlagen kann: Die Krankheit zeigt immer wieder ein erschreckendes, ohnmächtig machendes Gesicht!

Noch umfassendere Unterstützung wird erforderlich: Die Beantragung einer Pflegestufe, das Einschalten der Diakoniestation für die morgendliche und abendliche pflegerische Versorgung, der Umbau des Badezimmers, die Anschaffung eines Pflegebettes auf der einen Seite, die Organisation einer Begleitung durch andere Menschen auf der anderen. Mit viel Unterstützung aus der ganzen Familie und Kreativität gelingt es, den Kreis der "Nachmittagsfreundinnen" immer mehr zu erweitern, später dann auch mit Hilfe der Hospizbewegung in der Kirchengemeinde.

Am Schluss des Buches steht das Bild der versammelten Familie am Sterbebett der Mutter: "(Wir) erlebten des Sterben als einen Vorgang im Leben, bei dem man helfend begleiten kann. Ihr die Hand halten, die Stirn und das Gesicht trocknen, die Lippen feuchten – es ist ein langes miteinander Warten. Die Gedanken sind bei der Sterbenden. Über Jahre hin hat sie einen unerbittlichen Abbau an Körper, Geist und Seele zu erleiden gehabt. Der geht jetzt zu Ende. Nur noch ein kurzes Wegstück hat sie vor sich, dann hat sie ausgelitten und geschafft, was wir einen Lebenslauf nennen". Im Kapitel "Allein" folgen Gedanken des Autors über die Zeit der Einsamkeit, nachdem alle, die zur Bestattung gekommen sind, wieder abgereist sind. Beim Aufräumen im Bücherregal seiner Frau fällt ihm ein handschriftlich abgeschriebenes Gedicht, "Zärtliche Nacht", von Hilde Domin entgegen, in dem er seine Frau, ihr Erleben dieser letzten Jahre und sein eigenes Mitleben erkennt:

"Es kommt die Nacht, da liebst du
nicht was schön - was hässlich ist.
Nicht was steigt - was schon fallen muss.
Nicht wo du helfen kannst -
wo du hilflos bist.
Es ist eine zärtliche Nacht, die Nacht da du liebst,
was Liebe nicht retten kann".

Fazit: Ein authentisches, ein ehrliches, ein tief berührendes Buch.

Martin Suter, *Small World*

Diogenes Verlag, Zürich 1999 (ISBN 978-3257230888), 336 Seiten

Als der sechzigjährige Konrad Lang zurückkommt, steht alles in Flammen. Es war eines jener Missgeschicke, die einem passieren, wenn man in Gedanken ist: Er hatte die Scheite in den Kamin geschichtet, aber dann den Stoß neben dem Kamin in Brand gesetzt. Doch dann häufen sich merkwürdige Vorkommnisse dieser Art: Einmal stellt er aus Versehen seine Aktentasche in den Kühlschrank, ein anderes Mal verläuft er sich auf dem Rückweg vom nahe gelegenen Supermarkt, weiß seine Adresse nicht mehr und steht ratlos auf dem Trottoir einer ihm völlig unbekanntem Gegend. Ein Nachbar aus seinem Haus bringt ihn nach Hause, das keine hundert Meter entfernt ist. Das dümmste Erlebnis: Er hatte im Lift den Knopf für den Keller gedrückt, war ausgestiegen und hatte den Weg zurück in den Lift nur durch Zufall wieder gefunden. Das gefährlichste: Er hatte Teewasser aufgesetzt und die falsche Herdplatte ausgeschaltet. Dummerweise die, auf der eine

hölzerne Salatschüssel stand. Als er eine halbe Stunde später in die Küche ging, brannte die Salatschüssel und die Rolle Haushaltspapier neben dem Herd ebenfalls. Er hatte die Flammen gelöscht und dann die Beweismittel verschwinden lassen. Rosemarie, seine neue Liebe, sollte nichts davon mitkriegen. Zwar hatte es noch nie einen Menschen gegeben, zu dem er ein so uneingeschränktes Vertrauen besaß wie zu Rosemarie, doch brachte er es nicht fertig, sie einzuweihen.

Martin Suters Roman schildert den Beginn und den Fortschritt der Alzheimer-Erkrankung aus mehreren Perspektiven: Aus Sicht von Familienangehörigen mit höchst unterschiedlichen Interessen, aus Sicht von persönlich um das Wohl des Kranken besorgten und engagierten Menschen, vor allem aber aus Sicht des Erkrankten selbst. Dies ermöglicht es dem Leser, sich in dessen besondere Situation hinein zu versetzen und einen emotionalen Zugang zu ihm zu finden. Wo andere nur mit Unverständnis und Ratlosigkeit reagieren können, ahnt der Leser schon, dass neue Situationen den Kranken befremden, ihn desorientiert sein lassen werden und wie glücklich ihn das Erkennen bekannter Gesichter und Erlebnisse, etwa beim Betrachten alter Fotos, machen können. Mit stiller Sympathie bewundert er seine Kreativität, als er versucht, sein Problem mit pfiffigen Techniken zu kaschieren: Das Skizzieren eines Lageplans des Hauses und der Geschäfte, in denen er normalerweise einkauft, das Aufstellen einer Liste mit Namen, die er häufig braucht, das Aufbewahren der eigenen Adresse im Portemonnaie und das Mitführen eines Stadtplans, mit dessen Hilfe er sich als verirrter Tourist ausgeben könnte, die Benutzung unverfänglicher, allgemeiner Floskeln wie "Small world" zur Überbrückung schwieriger Situationen. Doch spätestens, als Konrad anfängt, seine Partnerin Rosemarie zu siezen und sie mit falschem Vornamen anspricht, wird klar, dass das nicht mehr hilft. Als er kurz darauf, nachts im Winter, nur bekleidet mit einem Pyjama, einem Regenmantel, ohne Schuhe und mit einer Damenmütze, wegläuft und Stunden später durch einen Zufall mit Erfrierungen aufgefunden und ins Krankenhaus gebracht wird, ist eine professionelle medizinische Behandlung der Krankheit unumgänglich. Dem Autor gelingt es, den Leser gleichsam en passant mit ärztlichen Überlegungen und Diagnostiktechniken bekannt zu machen, indem er strikt bei der Erlebnisperspektive des Patienten bleibt. Die hier geführten Dialoge entbehren dabei nicht einer gewissen Situationskomik:

- *"Es gibt leider bis heute keine zuverlässige Diagnose für Alzheimer Demenz. Das einzige, was wir versuchen können, ist, die anderen Ursachen auszuschließen. Aber selbst, wenn wir sie alle ausschließen könnten, wüssten wir immer noch nicht mit Sicherheit, ob Sie Alzheimer haben.*
- *Aber mit hoher Wahrscheinlichkeit?*
- *Das schon.*
- *Dann lassen Sie uns anfangen auszuschließen.*
- *Ich werde Ihnen jetzt dreißig Fragen und Aufgaben stellen.*
- *Ein Test?*
- *Eine Art Bestandsaufnahme.*

- *Schießen Sie los.*
- *Welcher Wochentag ist heute?*
- *Keine Ahnung. Dienstag?*
- *Donnerstag."*

Dr. Wirth machte ein Kreuz auf seinen Fragebogen.

- *"Neunzehnhundertwieviel?*
- *Dreiundsiebig?"*

Dr. Wirth machte sein Kreuz.

- *"Welche Jahreszeit?*
- *Dreiundneunzig, wollte ich sagen.*
- *Wir sind bei der Jahreszeit.*
- *Sechsendneunzig? Ich weiß doch, welches Jahr wir schreiben.*
- *Ist es Frühling, Sommer, Herbst oder Winter?*
- *Schauen Sie doch raus! Winter.*
- *Welcher Monat?*
- *Dezember. Nein, Januar. Ich bleibe bei Januar.*
- *Wo sind wir hier?*
- *Im Spital.*
- *Welcher Kanton?*
- *Graubünden.*
- *Welches Land?*
- *Griechenland. (...)*
- *Der Löwe wird von einem Tiger gefressen. Welches Tier ist tot?"*

Da wusste Konrad Lang, dass er verarscht werden sollte.

- *"Der Tiger", antwortete er.*

Dr. Wirth machte sich eine Notiz.

- *"Reingefallen", lachte Konrad.*
- *"Das ist kein Spiel, Herr Lang", mahnte Dr. Wirth ernst.*
- *"Was denn sonst? Ein besonders blödes Spiel ist das sogar. Was haben eine Banane und ein Dings gemeinsam, was für Sachen liegen unter diesem Tuch, zeichnen Sie eine Uhr. Ich bin doch kein Kind! Ich konnte schon die Uhr lesen, da waren Ihre Eltern noch gar nicht auf der Welt." (...)*

Dr. Wirth machte sich eine Notiz. Genüsslich, wie es Konrad schien.

- *"Meinen Sie eigentlich, ich merke nicht, was hier läuft? Sie wollen mich vor ihr als senilen Knacker hinstellen, weil Sie es selbst auf sie abgesehen haben.*
- *Auf wen?*

- *Auf Elisabeth, natürlich".*
- Dr. Wirth machte sich eine Notiz.*
- *"Sie meinen, Rosemarie.*
- *Sag ich ja".*

Suter benutzt in seinem Roman noch einen zweiten Kunstgriff. Von der Krankheitsgeschichte Konrad Langs aus spinnt er feine Fäden zu Ereignissen und Personen seiner Lebensgeschichte, die ihn mit Elvira Senn, eine in die Familiendynastie der Kochs eingeeheiratete Fabrikantengattin und Mutter von Thomas, seinem Freund seit Kindheitstagen, auf geheimnisvolle Weise verbindet. Sie, die ihn Zeit seines Lebens finanziell unterhalten hat, zeigt ein merkwürdiges Interesse an seiner Krankheit, nicht aber an seiner Person, während Konrad sich immer deutlicher von Thomas abwendet. Erst im letzten Teil des Buches (S. 278) werden die inzwischen diesbezüglich aufgetauchten Irritationen und Ahnungen des Lesers in der Frage auf den Punkt gebracht: Gibt es etwas in der Vergangenheit, was man nicht wissen darf? Eine Antwort auf diese Frage wird bezeichnender Weise schon ganz am Anfang gegeben (S. 51), und zwar in der Form eines Dialogs, den Elvira Senn mit einem Arzt führt:

- *"Das zentrale Nervensystem ist bei der Geburt noch nicht voll ausgebildet. Das Gedächtnis kleiner Kinder kann in den ersten beiden Lebensjahren noch gar nichts speichern. Es muss erst allmählich lernen zu lernen und das Gelernte abzurufen.*
- *Das heißt, theoretisch kann es sein, dass man sich an Erlebnisse erinnert, die man mit drei hatte?"*

Sie erfährt dabei, dass Erinnerungen grundsätzlich nicht "weg" sind, sondern dass nur der Zugang zu ihnen quasi verstopft ist. Unter bestimmten Bedingungen kann dieser Zugang wieder gefunden werden. Dazu gehört etwa "Recovered Memories", eine Form der Hypnose, die Erinnerungen aus der frühen Kindheit wieder herstellt.

Dr. Stäubli packte seinen Arztkoffer.

- *"Und manchmal kommt es auch vor, dass Menschen mit Altersdemenz, weil sie die Fähigkeit verlieren, neue Dinge zu lernen, tief in ihr Altgedächtnis dringen und an der Schwelle zu ihren frühen Kindheitserinnerungen die eine oder andere herüberlocken können".*

Er gab seiner Patientin die Hand.

- *"Je älter man wird, desto näher rückt die Vergangenheit, nicht wahr, Frau Senn? Am Freitag um die gleiche Zeit?"*

Elvira Senn nickte.

Erst im Nachhinein beginnt der Leser zu verstehen, was es mit der immer kostenintensiveren und umfassenderen Pflege des Alzheimer-Patienten wirklich auf sich

hat: er soll sich nämlich nicht an seine früheste Vergangenheit erinnern und möglicherweise Dinge ausplaudern, die niemand jemals erfahren sollte. Mit diesem genialen Schachzug definiert der Autor die Wertigkeiten um: Unter dieser Perspektive ist die Roman-Hauptfigur also kein als defizitär wahrzunehmender Gedächtniskranker mit allerlei verrückten Verhaltensweisen mehr, sondern erweist sich plötzlich als Spezialist für Erinnerungen an die frühe Kindheit – eine Qualität, die der einflussreichen, wohlhabenden Unternehmerfamilie zunächst suspekt, dann ausgesprochen gefährlich erscheint. So kommt es schließlich zu einem skurrilen Wettlauf: Auf der einen Seite die dramatisch fortschreitende Krankheit (der Patient wird immer mehr zu einem Pflegefall, muss wegen Aggressivität in die geschlossene Abteilung eines Alten- und Pflegeheims verbracht werden, Rosemarie, die Frau, die er fast geheiratet hätte, erkennt er nicht mehr und merkt es nicht einmal, als sie aus seinem Leben verschwindet – mit der zunehmenden Gefahr, dass er noch weiter in seiner Kindheit lebt und anfängt, seltsame Details aus alten Tagen auszuplaudern), auf der anderen Seite das fast verzweifelte Bemühen, diese Krankheit mit aufwändigster Pflege und neuesten Medikamenten wenn nicht zu heilen, so doch wenigstens zu stoppen. So wird Konrad Lang auf Grund von sehr eigenartigen Umständen der wohlbehütetste Alzheimer-Patient, den man sich überhaupt vorstellen konnte:

"Ständig war er umgeben von professionellem Pflegepersonal, und doch wurde alles getan, damit seine Umgebung den privaten Charakter behielt und er sich geborgen und wie zu Hause fühlte.

Jeden Vormittag kam der Physiotherapeut, arbeitete mit ihm an seiner Koordination und Beweglichkeit und hielt seinen Kreislauf in Schwung. Jeden Nachmittag kam die Beschäftigungstherapeutin, die mit ihm leichte Denk- und Erinnerungsaufgaben löste. Er malte für sie artig Aquarelle und sang nachsichtig Lieder mit ihr, die sie unbeholfen auf dem Klavier begleitete. Ab und zu tat er ihr sogar den Gefallen, selbst etwas auf den Tasten zu klimpern.

Seine Diät war ausgewogen und reich an Vitamin A, C und E, um die zellschädigenden Atome zu entschärfen. Seine Hirndurchblutung wurde mit Gingko-Extrakten gefördert. Sein Vitamin-B4- und -B12-Spiegel wurde überwacht und, wenn nötig, ausgeglichen.

Seine Tage waren ausgefüllt und geregelt, niemand hörte weg, wenn er zum wiederholten Mal die gleiche Geschichte erzählte. Man gab ihm das Gefühl, dass man ihn gern hatte. Das fiel niemandem im Gästehaus schwer. Konrad Lang war ein liebenswerter Mann."

Der Roman endet mit einem happy end: Die Wahrheit kommt ans Licht und siegt, das medizinische Forschungsprogramm mit einem neuen Alzheimer-Medikament kann die Krankheit stoppen und Konrad Lang wird unbestrittener Star der internationalen Alzheimerforschung.

Resümee:

Während die hier genannte Arznei "*POM 55, vertrieben unter dem Namen 'Amil-detox®'*" zur Enttäuschung vieler Leser und Internetsucher leider nur eine Erfindung des Autors ist, sind andere Dinge sehr realistisch wiedergegeben: Die genaue Beschreibung diagnostischer Vorgehensweisen, die Schilderung des Krankheitsverlaufs, Empathie für den Patienten ebenso wie für die pflegenden Angehörigen. In der Gestalt der Simone Koch ist die letzte Gruppe in besonders wertschätzender Weise beschrieben: Menschen, die im andern nicht nur den Kranken, sondern zuerst auch den Menschen sehen, an den sie glauben und für den sie da sind. Und das, so erfährt es die Romanfigur Konrad Lang, ist eines der sicheren Ergebnisse eines ansonsten wissenschaftlich noch sehr unsicheren Krankheitsbildes – es hilft. Dem anderen und mir selbst.

Das Buch wurde inzwischen mit Gérard Depardieu und Alexandra Maria Lara verfilmt und ist in der 42. Auflage erschienen.

Pfr. Ingo Stein,
Tannenbergr. 42, 48599 Gronau/Westf.
info@ingo-stein-consulting.de
www.ingo-stein-consulting.de



Tante Margot und Onkel Gerhard – eine Geschichte vom Tragen und Getragenwerden. Ein Familienbericht

Abstract

Nach fünfjähriger Pflege durch ihren Ehemann musste meine Tante ins Pflegeheim gebracht werden. Mein Onkel als pflegender Angehöriger wurde während dieser Zeit selbst krank und erlitt einen Zusammenbruch. Meine Tante starb im darauf folgenden Jahr mit 74 Jahren. Mein Onkel musste einige Wochen in der Psychiatrie behandelt werden. Er ist heute 78 und selbst auf stationäre Pflege angewiesen.

Im Rückblick benennen die pflegenden Angehörigen, wer und was wirklich geholfen hat und welche Möglichkeiten einer vorausschauenden praktischen Hilfen es aus ihrer Sicht in so einer Situation gibt.

Psychoziale Stichworte: Überforderung pflegender Angehöriger – seelische Verkümmern und soziale Isolation – Möglichkeiten vorausschauender praktischer Hilfen – Unterstützung und Zeiten der Entlastung organisieren – zentrale Anlauf- und Informationsstellen – rechtliche und psychologische Beratung

1998 machten sich bei meiner Tante erste Lähmungserscheinungen in den Beinen bemerkbar, die weiter fortschritten und dann auch kognitive Bereiche umfassten. Nach fünfjähriger Pflege durch ihren Ehemann zu Hause und mehreren Krankenhausaufenthalten musste sie 2004 ins Pflegeheim gebracht werden. 2009 erlitt mein Onkel einen Zusammenbruch, kam dann für einige Wochen in die Psychiatrie und dann in eine stationäre Einrichtung. Meine Tante starb im darauf folgenden Jahr im Alter von 74 Jahren. Mein Onkel ist heute 78 und wohnt in einem Pflegeheim.

Eigentlich hätte jetzt der goldene Herbst ihres Lebens beginnen können: Mein Onkel war gerade in den Ruhestand versetzt worden und die nun abgeschlossene kleine Weltreise sollte den Beginn eines neuen Lebensabschnittes einläuten. Beide, so die einhellige Meinung der Freunde und Verwandten, hatten sich das verdient. Onkel Gerhard war engagierter Arzt, der zu DDR-Zeiten wegen seiner klaren christlichen Überzeugung und seiner Ablehnung eines Parteieintritts in die Sozialistische Einheitspartei Deutschlands (SED) "nur" Oberarzt geblieben war. Das Wichtigste für ihn waren sein Beruf als Chirurg, die Klinik und seine Patienten. Als späte Genugtuung hat er es erlebt, in den letzten Jahren doch noch zum Chefarzt befördert und mit der Leitung des Krankenhauses betraut zu werden.

Tante Margot hatte ebenfalls gern in ihrem Beruf als Medizinisch-Technische-Assistentin gearbeitet. Nach zwei missglückten Schwangerschaften beschloss sie, zugunsten der Familie ihren Beruf aufzugeben, ganz für die beiden adoptierten Kinder da zu sein und ihrem Mann den Rücken frei zu halten. Sie hat sich immer als der "dienende" Partner im Hintergrund empfunden, der dafür sorgte, dass alles glatt lief, der niemandem zur Last fallen und ein Ausgleich gegenüber dem leistungsorientierten, willensstarken – und manchmal auch etwas dickköpfigen – Mann sein wollte.

Bloß keinem zur Last fallen

Sowohl meine Tante als auch mein Onkel wollten es lange Zeit nicht wahrhaben, dass der ersehnte Ruhestand sich anders entwickeln sollte, als beide erhofft hatten. Um jeden Preis wollten sie vermeiden, anderen zur Last zu fallen, und das hieß zunächst, weder irgendjemand anderen, aber auch nicht sich selbst, irgendwie zu beunruhigen. Ich erinnere mich an einen gemeinsamen Ausflug in das gerade fertig restaurierte Dresden im Mai 2002, ein Vierteljahr bevor das "Jahrhundertwasser" die ganze Stadt überfluten sollte. Meine Tante lief bereits an einer Krücke und war den ganzen Nachmittag immer nur in Bewegung: Jedes Mal, wenn wir eine Pause machten, war sie schon wieder dabei, voranzugehen, damit wir nicht nachher auf sie warten mussten. Leider haben wir das erst am Schluss des Nachmittages überhaupt verstanden. Die körperlichen Verfallserscheinungen wurden nun immer deutlicher und schneller: Die Lähmung griff auf die Arme über, verursachte Muskelspastiken und führte zu Störungen der Feinmotorik, so dass sie gewaschen und angekleidet werden musste. Ab 2003 saß sie dann im Rollstuhl, sowohl außer Haus als auch innerhalb der Wohnung. Immer noch versuchten beide, sich selbst zu beweisen, dass sie noch eine gewisse, eingeschränkte Normalität aufrecht zu erhalten in der Lage waren und die großen neuen Herausforderungen, die es zu bewältigen galt und die auf ihnen lasteten, ihrer Umgebung nicht einzugestehen. Mein Neffe, der in dieser Zeit einmal ein paar Tage "Vertretungsdienst" übernommen hatte, gestand mir später ein, an seine körperlichen und psychischen Grenzen gekommen zu sein. Eine Freundin, die ebenfalls einmal eingesprungen war, erlitt beim Heben einen Bandscheibenvorfall und musste operiert werden.

Die Würde voreinander bewahren

Die medizinische Diagnose lautete "Multidegeneration des gesamten Nervensystems". Als Arzt wusste mein Onkel, was das bedeutete: Keine Möglichkeit einer Heilung oder Besserung, sondern eine stetige Verschlechterung bei unklarem zeitlichen Verlauf. Er unternahm dennoch verzweifelnde Versuche, die Krankheit aufzuhalten, indem er zum Beispiel ein Keyboard kaufte und seine Frau zum Klavierüben drängte. Für meine Tante war das eher eine Quälerei, als eine hilfreiche Unterstützung. Auf der emotionalen Ebene hatte mein Onkel immer noch nicht wirklich akzeptieren können, dass sie krank war. Er musste lernen, dass seine Fähigkeiten, Leistung erbringen zu können, sich durchsetzen vermögen zu können,

Strukturen zu schaffen und Prozesse steuern zu können, hier nicht mehr so wie sonst funktionierten. Stattdessen musste er viel Neues erlernen: Pflegende Tätigkeiten auf allen Ebenen. Spätestens bei Eintritt der Inkontinenz mit häufigem Wecken und anstrengenden Toilettengängen in der Nacht entwickelte sich die Pflege zu Hause zu einer nahezu 24stündigen Dauertätigkeit mit der Folge eines permanent gestörten Nachtschlafes für meinen Onkel. Druck und Überforderung führten zu Spannungen, Unmut und sogar verbalen Aggressionen, so dass nächste Freunde ihm eines Tages den dringenden Rat gaben, ernsthaft über eine Heimunterbringung nachzudenken, um nicht die Würde vor einander zu verlieren. Mein Onkel hat die Entscheidung, seine Frau in ein Pflegeheim geben zu müssen, immer als eine große persönliche Niederlage empfunden. Als dies dann 2004 trotzdem geschah, war er davon überzeugt, dass seine Frau das Jahresende nicht mehr erleben würde.

Sich einen Raum zum Atemholen schaffen

Und doch sollten es noch 6 lange Jahre werden. Täglich absolvierte mein Onkel ein "Unterstützungsprogramm", das aus Einkauf von Obst und anderen Nahrungsmitteln bestand, Pürieren der mitgebrachten Lebensmittel und Verabreichung des Essens und Ansätzen zu einem gemeinsamen Gespräch. Der nachlassende Gesundheitszustand seiner Frau aber führte zu immer weniger Kommunikation und zu immer weniger Empathie. Häufig schien Margot ihn gar nicht wahrzunehmen, guckte an ihm vorbei, jammerte, klagte oder schimpfte bisweilen auch über unsichtbare, nicht ersichtliche Ärgernisse? Schmerzen? Quälende Gedanken? Er fühlte sich gekränkt, manchmal bestraft, in seinen Hoffnungen enttäuscht und vom Leben getäuscht. Onkel Gerhard zermürbte das: In langen Telefonaten machte er seinem Frust, seiner Enttäuschung Luft. Immer wieder haderte er mit seinem Schicksal und ich spürte: das Schwierigste war das Eingestehen-müssen seiner eigenen Grenzen, das Akzeptieren seiner Ohnmacht. Die Wucht dieser Selbstzweifel lastete auf ihm; und erst Jahre später hat er dies überhaupt einmal seinem Sohn Axel und Brigitte, einer guten Freundin, eingestehen können. Es hat lange gedauert, bis er sich diese negativen Gefühle überhaupt ansehen und sie als Hinweiszeichen verstehen konnte: "Höre auf, Dich auszubeuten! Akzeptiere Deine Schwäche und finde heraus, was Dir neue Kraft gibt! Mute Dir und Deiner Frau einen gesunden Abstand zu, nimm Dir zwischendurch eine Pause!" Nach Ewigkeiten, so schien es mir, war seine Stimme eines Tages plötzlich verändert: Ein neuer Ton schwang darin mit. Und dann erzählte er von einer alten Sehnsucht, immer mal etwas mit Silber machen zu wollen, berichtete von der Suche und dem Finden eines Silberschmiedes, bei dem er dann wirklich quasi privat "in die Lehre" ging und wo er einige sehr originelle und schöne Kunstobjekte entwarf und sie auch fertigte. Außerdem erzählte er von Theater-, Opern- und Konzertaufführungen mit Brigitte, einer alten guten Freundin beider Partner. Es war spürbar: Das sind neue Lebenszeichen!

Zusammenbruch innerhalb weniger Wochen

Er fing, zumindest im kulturellen Bereich, an, sich wieder etwas um sich selbst zu kümmern. Seine physische Gesundheit – und das sollte sich später noch bemerkbar machen – hatte er sträflich vernachlässigt.

Mein Onkel war zunächst wieder guter Dinge und profitierte davon, dass Freunde Besuche bei seiner Frau übernahmen und ihm so Freiräume eröffneten. 2008 unternahm er mit wieder gewonnenem Tatendrang eine Fahrradtour von Magdeburg nach Hamburg mit einem Freund, der aber im Gegensatz zu ihm gut trainiert war. Die ungewohnte Anstrengung machte ihm sehr zu schaffen, und kurz nach seiner Rückkehr erlitt er einen Kreislaufzusammenbruch. Im Krankenhaus wurden ein Lungenödem, Herzinsuffizienz und starke Blutgefäßverengungen auf Grund von jahrzehntelang nicht behandeltem Bluthochdruck festgestellt. Lange verschleppte Erkrankungen, hohe physische und seelische Belastungen über viele Jahre und die immer schlechtere Hirndurchblutung mit zeitweiliger Unterversorgung führten dann 2009 zu dramatischen Wahnvorstellungen und einer tiefen Depression, weshalb er zunächst einige Wochen in die Psychiatrie und dann in das Pflegeheim gebracht wurde, in dem er bis heute lebt. Neben den körperlichen Erkrankungen waren für ihn wohl auch die Sorgen um die weitere Lebensperspektive für seine Ehepartnerin belastend, vermischt mit einer sehr allgemeinen unspezifischen Angst vor drohender Altersarmut angesichts der Heimkosten für den Pflegeplatz seiner Frau und nun auch für sich selbst.

Innerhalb weniger Wochen war er von einem Menschen, der seinen Alltag gut bewältigen konnte, der Auto fuhr und kulturelle Veranstaltungen besuchte, zu einem Pflegefall geworden, der kaum noch auf Ansprache reagieren konnte und vollständig auf andere Menschen angewiesen war. Spätere Diagnosen sprachen von Demenz, Parkinsonismus und zerebraler Sklerose. Wie sollte man verstehen, was hier passiert war?

Wir sehen jetzt durch einen Spiegel

Der Abstand von Zeit und Raum hat in mir ein Bild entstehen lassen, das aus unterschiedlichen Teilen zusammengesetzt erscheint, das nach und nach Umrisse erahnen lässt und ein stückweises Erkennen möglich macht.¹

Da ist die erzieherische und berufliche Prägung dieser Generation, die stets die Leistung in den Vordergrund gestellt und dadurch eine Haltung begünstigt hat, nur für "die Sache" da sein zu müssen, die Signale des eigenen Körpers aber für unwichtig anzusehen oder sie ganz zu übersehen. Hier hat mein Onkel in den letzten Jahren sicher über seine körperlichen und seelischen Grenzen gelebt. Für eigene

¹ "Wir sehen jetzt durch einen Spiegel ein dunkles Bild; dann aber von Angesicht zu Angesicht. Jetzt erkenne ich stückweise; dann aber werde ich erkennen, wie ich erkannt bin." (1. Korintherbrief, 12. Kapitel, Vers 12)

Schwächen hatte er keinen Blick oder wollte sie sich und anderen nicht eingestehen.

Ein anderes Bildstück ist der körperliche und seelische Kummer darüber, den Verfall der geliebten Ehefrau mit ansehen zu müssen und nicht vermocht zu haben, ihn aufhalten zu können. Für Menschen, die immer die Rolle der "Macher" besetzt haben (oft sind das auch diejenigen, die mehr Verantwortung getragen haben als andere), ist die Erfahrung und Auseinandersetzung mit der eigenen Ohnmacht oft ein ganz schwerer Weg.

Die Erfahrung schließlich, dass es mit seiner eigenen Gesundheit nicht zum Besten bestellt war, dürfte ihn schon früher als vermutet beschlichen haben. Beim Aufräumen seiner sonst immer so akribisch geführten Unterlagen fielen ab 2004 eine zunehmende Unordnung und falsch zugeordnete Zusammenhänge auf. Im Rückblick wird deutlich: Das war die Zeit, als das eigene Leben und das gemeinsame Leben als Paar anfangen, aus den Fugen zu geraten. Gut, wenn es irgendwann gelingt, sich dem überlassen zu können, im Vertrauen darauf, dass da nicht Nichts ist, sondern dass ich auf irgendeine geheimnisvolle Weise gehalten werde. Mein Onkel hat das Glück, dass es einen Menschen gibt, bei dem er dies bis heute erfährt.

Was und wer hilft?

Ich habe die Menschen, die zunächst meine Tante, später auch meinen Onkel, betreut und gepflegt haben und es bis heute noch tun, nach ihrer Einschätzung gefragt, was denn in dieser Situation wirklich geholfen hat und was davon sie an andere weiter geben könnten. Am Schluss dieses Beitrags sind die wichtigsten Anregungen zusammen gestellt.

Tätige pflegerische Unterstützung

Auf Dauer funktioniert Pflege nicht allein und überfordert die Pflegenden physisch und psychisch. Hebende Tätigkeiten bringen Angehörige selbst an den Rand von Bandscheibenvorfällen, manche Handgriffe müssen selbst von Profis mühsam gelernt und trainiert werden. Es gibt Netzwerke von ehrenamtlichen und professionellen Helfenden – Betroffene müssen lernen, zu ihnen Kontakt zu knüpfen und diese Möglichkeiten zu nutzen.

Technische Möglichkeiten

Inzwischen gibt es ein breites Angebot von vielen nützlichen Unterstützungsmöglichkeiten. Ob es ein Rollator ist, eine manuelle oder elektrische Treppensteigehilfe, eine Hebevorrichtung für die Badewanne oder ein Notrufsystem zum Pflegedienst, zum Hausarzt oder zur Nachbarin, oder ob es um Hilfen bei der Inkontinenzversorgung geht – es gibt hier eine erstaunliche Fülle von verschiedenen Angeboten. Bei den pflegenden Diensten der Wohlfahrtsverbände Diakonie, Caritas und anderer gibt es Ansprechpersonen, die hier weiterhelfen können.

Entlastung

Pflege ist nicht nur körperlich, sondern auch psychisch anstrengend und ermüdend. Profis arbeiten bewusst in zeitlich begrenzten Schichten, wo sie Abstand gewinnen und sich wieder regenerieren können. Umso wichtiger ist dies auch für pflegende Angehörige, die oft rund um die Uhr betreuende und pflegerische Unterstützung leisten. Wenn sie nicht Netzwerke von Familienangehörigen, Freunden, Bekannten, ehrenamtlichen und hauptamtlichen Helfern haben, die sie entlasten und ihnen Pausenzeiten ermöglichen, werden sie selbst krank. Deshalb ist es erforderlich, dass sich Angehörige bei Zeiten um eine regelmäßige Unterstützung bemühen. Neben Personen, die privat über Annoncen oder Netzwerke organisiert werden, gibt es auch das Angebot einer Tagespflege, das bei den Wohlfahrtsverbänden wie Diakonie, Caritas, DRK vor Ort erfragt werden kann. Die Kosten werden innerhalb bestimmter Rahmenbedingungen teilweise von der Pflegeversicherung übernommen.

Menschen, die sich über eine längere Zeit ausschließlich der Pflege eines Angehörigen gewidmet haben, werden oft nicht nur selbst krank, sondern "verkümmern" auch seelisch: Aus vielerlei Gründen nehmen sie nicht mehr an kulturellen Veranstaltungen oder an Unternehmungen mit Freunden teil, sondern ziehen sich immer mehr zurück. Ihr eigenes Erlebnisfeld wird, ebenso wie das des Kranken, immer eingeschränkter. Dies hat nicht nur Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Pflegeperson, sondern führt auch dazu, dass die Pflegeperson immer weniger neue Energien und Ideen in das gemeinsame Leben einbringen kann und so beide immer mehr "verarmen". – Gerade wer viel leistet, braucht neue Energien, um wieder auftanken zu können. Pflegepersonen müssen besonders gut auf ihre Psychohygiene und eine gute Balance von Anstrengung – Erholung achten. Hier können unterstützende Gespräche in einer Beratungsstelle gut tun mit dem Ziel, Ansatzpunkte für eine (entlastende) Veränderung herauszufinden (s. u. Psychologische Familienberatungsstellen).

Zentrale Anlauf- und Informationsstellen: BIP

In NRW haben die Kommunen und Kreise in den letzten Jahren so genannte "Beratungs- und Infocenter Pflege" (BIP) eingerichtet, die i. d. R. mit einer halben Sozialarbeiterstelle besetzt sind und konkrete Vermittlung zu praktischen Unterstützungsangeboten als Betreuungsstelle für Seniorenangelegenheiten leisten sollen. Zu ihrem Arbeitsfeld gehören

- Haushaltsnahe Dienstleistungen
Organisation des Tagesablaufs, zwischenmenschliche Betreuung durch Gespräche und Spaziergänge, Arbeiten im Haushalt, Unterstützung bei der Körperpflege, Begleitung und Fahrdienste bei Arztbesuchen u. ä.; sie können auch Anbieter mit Kontaktdaten und Kosten benennen. Einige Wohlfahrtsverbände haben begonnen, ehrenamtliche Demenzbegleiter auszubilden und Demenzgruppen einzurichten. Hier erhält man auch Informationen über die Beantragung von Pflegegraden und die damit verbundenen Pflegegelder. Es

lohnt sich auf jeden Fall, hier einen Antrag zu stellen, da einem selbst bei "Pflegestufe 0" unter Umständen auf Antrag bei der Pflegeversicherung eine stundenweise Begleitung durch einen Demenzbegleiter auf Honorarbasis im Umfang von 100 bis 200 € bewilligt werden kann.

Die BIPs vermitteln ebenfalls an

- Pflegedienste (Angebote sowohl der Wohlfahrtsverbände als auch privater Anbieter),
- Mahlzeitendienste ("Essen auf Rädern") und
- Wohnungsberatungsstellen (Beratung zu Hilfsmitteln, barrierefreie Umbaumöglichkeiten in Treppenhäusern, Bädern oder im Wohnbereich).

Bei einer eigenen Recherche im Kreis Recklinghausen konnte ich feststellen, dass die Ansprechperson im BIP gut vernetzt erschien und mir sehr kompetent und schnell alle ortsnahen Anbieter von Dienstleistern unterschiedlicher Art nennen konnte. Diese Angebote kann man auch über eine Internetsuchmaschine erreichen, indem man z. B. unter www.kreis-re.de im Suchfenster "Pflegesuchmaschine" eingibt und dann eine gesuchte Dienstleistung markiert.

Zentrale Anlauf- und Informationsstellen: Alzheimer-Gesellschaft

Eine aus meiner Sicht sehr hilfreiche Adresse ist die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft mit ihrem zentralen Büro in Berlin (Friedrichstr. 236, 10969 Berlin, Tel. 030/89094357, E-Mail: www.deutsche-alzheimer.de). Hier erhält man jede Menge fachliche Informationen und Anlaufstellen. Über die Homepage gelangt man über verschiedene links zu Beratungsformaten wie

- Beratung am Alzheimer Telefon
- E-Mail-Beratung
- persönliche Beratung in Ihrer Nähe (über die Landesverbände der Alzheimer-Gesellschaft)
- Internetforen zum Austausch von Betroffenen und Angehörigen untereinander
- Alzheimer-Blog für Betroffene, Angehörige und alle Engagierten.

Rechtliche Absicherung

Alex Funke weist in seinem Buch ausdrücklich auf rechtliche Aspekte im Zusammenhang mit einer sich verschlechternden Krankheitssituation hin. Fragen nach Ausstellung einer Patientenverfügung, einer Bevollmächtigung für bestimmte Angelegenheiten z. B. Kontovollmachten, Regelung von Erbschaftsangelegenheiten u. a. m. müssen rechtzeitig angegangen und abgeschlossen werden – d. h., solange ein Kranker noch "geschäftsfähig" ist. Eine vorherige Regelung kann zum Beispiel besonders dann wichtig sein, wenn es später einmal um die Frage der Zustimmung oder Ablehnung von lebensverlängernden Maßnahmen geht. Bei der Beratung und Umsetzung von Patientenverfügungen helfen Rechtsanwälte und

Notare, aber auch die evangelischen Landeskirchen und die Bistümer der katholischen Kirche.

Psychologische Familienberatungsstellen

Viele Menschen, sowohl Erkrankte als auch Angehörige, brauchen, bevor sie sich um konkrete Unterstützungsangebote bemühen können, zunächst einmal Hilfe bei der Auseinandersetzung mit der neuen Lebenssituation und den damit auf sie zukommenden Veränderungen. Hier bieten Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen Unterstützung und Begleitung an. Ganz wichtig ist oft, erstmal in einem geschützten Raum mit jemandem, der sich wirklich Zeit nimmt und mir zuhören kann, in Ruhe über die eigene Situation sprechen zu können. Beratungsstellen finden Sie über den DAJEB-Beratungsstellenführer im Internet unter www.dajeb.de, über das Beratungsportal der Diakonie www.evangelische-beratung.info und über die Seelsorge und Beratungsstellen der Bistümer.

Pfr. Ingo Stein,
Tannenbergr. 42, 48599 Gronau/Westf.
info@ingo-stein-consulting.de
www.ingo-stein-consulting.de



Trauerbesuch bei einer muslimischen Familie Ein Erfahrungsbericht

Abstract

Gemeinsames Leben und Anteilnehmen blendet auch den Tod und die Trauer von Menschen aus anderen Kulturen nicht aus. Der Autor ist Lehrer und stellt seine persönlichen Erfahrungen mit islamischen Trauer Ritualen bei einem Kondolenzbesuch vor, den er anlässlich des Todes eines islamischen Familienvaters gemacht hat.

Psychosoziale Stichworte: Beileidsbekundungen – Hoffnung – Islam – Interkulturelle Kompetenz – Kondolenz – Koran – Religion – Seelsorge – Sterbelegende – Tod – Trauer – Trauer Rituale – Trost

Wenn Menschen mit verschiedenen Hintergründen, zum Beispiel in Kultur und Religion, einander persönlich kennen oder kennen lernen, wenn sie Gefühle miteinander teilen und austauschen, wenn sie Freude und Trauer gemeinsam erfahren und durchleben, lebt es sich besser zusammen. Gemeinsame Erfahrungen schaffen interkulturelle Kompetenz. Eine Erfahrung besonderer Art sind Trauerbesuche bei Muslimen. Wer als Nichtmuslim Muslimen im Todesfall sein Beileid und Mitgefühl ausdrücken möchte, dürfte sich erst einmal unsicher fühlen. "Wie verhalte ich mich korrekt, und was soll ich lieber vermeiden?", wird er oder sie sich wahrscheinlich fragen. Denn jede Kultur und jede Religion hat ihre eigenen Riten, mit denen man gerade bei einem so sensiblen Thema überhaupt nicht vertraut ist. Im Folgenden möchte ich deshalb von einem solchen Trauerbesuch berichten und kurz darstellen, worauf Nichtmuslime achten sollten.

Kürzlich erlitt der Vater von drei Kindern meiner Schule im Alter von 42 Jahren einen Schlaganfall und starb daran. Vor allem die Klassenlehrer waren schockiert und betroffen. Ein Kollege, zwei Kolleginnen und ich – ich bin Muslim – beschloss, die Familie des Verstorbenen zu besuchen und ihr unser Beileid auszusprechen. Natürlich fragten mich die deutschen Kollegen vorab, wie man sich bei einem Trauerbesuch verhält und was für "Geschenke" man mitbringt.

Bei Christen in Deutschland ist es üblich, dass man anlässlich einer Beerdigung oder zu einem Trauerbesuch Blumen schenkt. Aber Türken könnten das missverstehen. Denn mit Blumen assoziieren sie eher Freude als Trauer. Stattdessen bringen sie bei einem Trauerbesuch etwas zu essen mit, als kleine Unterstützung, um die Familie des oder der Toten zu entlasten. Nachdem ich meinen deutschen Kollegen dies kurz erläutert hatte, kamen wir überein, dass ich den Geschenk-Part übernehmen würde. Meine Frau, die uns ebenfalls begleiten wollte, bereitete Gebäck vor. Außerdem fertigte die Klassenlehrerin eines der Kinder des Verstorbe-

nen zusammen mit den Schülerinnen und Schülern im Unterricht eine Beileidskarte an, die wir dann in ihrer aller Namen überreichen sollten.

Zu fünf trafen wir uns zu einem verabredeten Termin pünktlich vor dem Haus des Verstorbenen und wurden dort von einer Tochter empfangen. Sie begleitete uns ins Wohnzimmer, wo bereits drei türkische Frauen aus der Nachbarschaft saßen. Kurze Zeit später kam die Frau des Verstorbenen herein, ganz offensichtlich im Zustand tiefer Trauer. Wir sprachen ihr unser Beileid aus und übergaben ihr die Beileidskarte der Schülerinnen und Schüler. Ich sagte auf türkisch, wie man üblicherweise sagt: "Basiniz sag olsun, Allah rahmet eylesin!" (Herzliches Beileid, Gott sei ihm gnädig!) Dann fügte ich zwei bekannte Sätze aus dem Koran hinzu: "Jede Seele wird den Tod kosten" (29:57) und "Gott gehören wir (als Seine Geschöpfe und Diener), und wahrlich, zu Ihm kehren wir zurück." (2:156)

Der Tisch in dem Zimmer war reichlich gedeckt mit Teigspezialitäten und Kuchenarten, die, wie wir später erfuhren, von den Frauen aus der näheren Nachbarschaft vorbereitet worden waren. Die Ehefrau des Verstorbenen saß neben meiner Frau. Man fragte uns, ob wir Tee oder Kaffee wollten, und wir einigten uns schnell auf türkischen Tee. Gerade am Anfang waren wir, dem Anlass und der Atmosphäre entsprechend, um Zurückhaltung bemüht.

Als wir dann langsam ins Gespräch kamen, berichtete uns die Witwe, was genau passiert war. Sie erzählte uns sehr emotional von den letzten Wochen, Tagen und Stunden aus dem Leben ihres Mannes. Sie beschrieb, dass ihr schon an den letzten Tagen einige Dinge an ihm aufgefallen waren: Ihr Mann hatte einiges gesagt, was man im Nachhinein als Verabschiedung deuten konnte. Er hatte Kontakt zu Menschen aufgenommen, mit denen er zuvor lange nicht mehr gesprochen hatte, und war häufig gedankenverloren durch den Garten spaziert. Ein paar Stunden vor seinem Tod hatte er wohl auch ein gründliches Bad genommen. Manche Menschen spüren offenbar, wenn es soweit ist.

Sie schilderte seine letzten Worte und Taten als schöne Erinnerungen bis ins kleinste Detail. Ungeachtet der Todesursache akzeptierte sie aber den Tod ihres Mannes als unausweichliches Schicksal und fügte sich in diese Realität. Der beste Trost aus muslimischer Sicht ist, so versicherte sie uns, dass man sich einst im Paradies wieder treffen und dort auf ewig zusammenbleiben wird.

Wir Besucher versuchten, sie zu trösten, auch die Nachbarn und Verwandten sprachen ihr Mut zu: "Das Leben geht weiter!", "Man darf nicht aufgeben!", solche Dinge eben. Meine deutschen Kollegen hatten sich vorher schon Sorgen gemacht, wer sich in Zukunft um die Familie kümmern würde, jetzt wo sie ohne einen "Ernährer" dastand. Aber als sie nun sahen, welche Unterstützung der Familie von Seiten der Verwandten und selbst der Nachbarschaft zuteil wurde, verstanden sie, dass man bei so einem Schicksalsschlag nicht allein gelassen wird.

Im Laufe unseres Besuchs trafen noch zwei weitere Frauen aus der Elternschaft unserer Schule ein. Während wir zusammen Tee tranken und einige Kleinigkeiten aßen, sprachen wir über die Todesursache, den Tod an sich, die Wahrnehmung

des Todes durch die Kinder und seine möglichen Auswirkungen auf sie. Über all diese Themen tauschten wir uns auf sehr anteilnehmende und aufbauende Weise aus. Als wir uns schließlich wieder verabschiedeten, waren wir uns sicher, dass die Witwe und ihre Kinder unseren Kondolenzbesuch als sehr positiv und tröstlich empfunden hatten.

Der Tod macht alle Menschen gleich. Egal woher wir kommen, welche Sprache wir sprechen oder zu welcher Religion wir uns bekennen – im wahrsten Sinne des Wortes sind wir alle Menschen. Die Vergänglichkeit des Lebens gibt dem Leben einen Sinn. Und wenn wir diese Vergänglichkeit gemeinsam erfahren und erleben, dann stärkt dies den Zusammenhalt zwischen und Menschen, so verschieden wir sonst auch sein mögen.

Muhammet Mertek, Lehrer für Türkisch und Islamkunde in deutscher Sprache an der Sophie-Scholl-Gesamtschule Hamm

mertek64@yahoo.de

Übernahme mit freundlicher Genehmigung aus
Kirche und Schule, September 2012, S. 26f.

Krankheitstage nach Burnout haben deutlich zugenommen

Berlin. Um fast 1400 Prozent hat die Zahl der Fehltage nach einer Burnout-Diagnose einer Studie zufolge seit dem Jahr 2004 zugenommen. Symptome Antriebsschwäche, gedrückte Stimmung, Reizbarkeit und Erschöpfung seien durchaus ernst zu nehmen, sagte der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Rainer Richter, bei der Vorstellung der Untersuchung "Arbeitsunfähigkeit und psychische Erkrankungen 2012". 2004 fehlten demnach 100 Versicherte 0,6 Tage aufgrund von Burnout, 2011 waren es neun Tage.

In 85 Prozent der Fälle werden Richter zufolge neben Burnout auch eine psychische oder körperliche Erkrankung wie etwa Depression, Angststörung oder Rückenschmerzen diagnostiziert. Die Diagnose Burnout an sich sei keine Krankheit. Dapd NRZ 08.06.2012

Rezensionen

Joachim Armbrust, Melina Savvidis und Verena Schock

Konfliktfelder in der Kita

Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2012 (ISBN 978-3525701416), 155 Seiten

Die Autoren setzen sich in ihrem Fachbuch mit der Situation des Kita-Kindes, des Teams, der Eltern und in einigen Beiträgen auch mit dem Träger der Kita und dem weiteren Umfeld auseinander.

In erster Linie werden sich durch viele Beiträge Erzieher, beziehungsweise die Studierenden der Fachschule für Sozialpädagogik angesprochen fühlen. Im Gegensatz zu oft recht theoretischen Büchern aus den Bereichen Erziehungswissenschaft zeichnet sich dieses Buch durch einen hohen Praxisbezug aus. Sowohl für Neuanfänger im sozialpädagogischen Ausbildungs- bzw. Berufsfeld als auch für Erzieher mit Berufserfahrung bieten die einzelnen Beiträge eine Fülle von Anregungen, die direkt mit der Praxis zu tun haben. Jeder angehende oder bereits berufstätige Erzieher wird vielfältige Situationen wieder finden, die einen Bezug zur eigenen Praxis haben. Besonders positiv fällt auf, dass bei allen möglichen Konflikten keine "Verurteilung" der beteiligten Personen erfolgt.

Durch meine Tätigkeit als Lehrkraft an einer Fachschule für Sozialpädagogik werde ich bei regelmäßig stattfindenden Praxisbesuchen häufig mit Konfliktsituationen in der Kita konfrontiert. In Zukunft kann ich in vielen Fällen auf das Fachbuch von Armbrust, Savvidis und Schock hinweisen, denn es enthält eine Fülle von konkreten Problemlösungsvorschlägen, die z. T. alternativ erörtert werden.

In der Erzieherausbildung ist die Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit ein zentraler Schwerpunkt. Wie ein "roter Faden" wird in vielen Kapiteln des Buches eine Auseinandersetzung mit der Persönlichkeitsentwicklung thematisiert. Der Leser erkennt, wo und wie wir andere bewerten; dass es aber lernbar ist, Kinder, Eltern und Kollegen nicht abzuwerten.

Anregungen, Verständnis gerade für schwierige Persönlichkeiten beziehungsweise Situationen zu entwickeln, gibt dieses Buch in angemessener Weise.

Positiv fällt auf, dass auch Konflikte im Team, die durch den Einsatz junger, studierter Kräfte entstehen, erörtert werden. Diese aktuelle, zum Teil recht brisante Thematik, sprechen die Autoren an und sie lassen den Leser die Konfliktsituationen aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Buch inhaltlich die Ansprüche des Lesers im besonderen Maße erfüllt.

Allerdings wäre es für Studierende meines Erachtens ansprechender, wenn die Texte durch einige Abbildungen, Symbole oder dergleichen aufgelockert würden. Die meisten Schulbücher und Artikel in Fachzeitschriften bestehen nicht aus-

schließlich aus Texten, so dass man visuelle Auflockerung gewohnt ist. Ansonsten kann das Buch meines Erachtens in jeder Hinsicht empfohlen werden.

Christa Gommann, Diplom Sozialpädagogin, Hülmer Str. 46, 47574 Goch
christa.gommann@berufskolleg-kleve.de

Sigrid Engelbrecht

Das Anti-Burnout-Buch für Frauen

Kreuz Verlag, Freiburg 2011 (ISBN 978-3451610141), 160 Seiten

Dieses Buch sprach mich direkt durch seinen Titel an. Ein "Anti-Burnout-Buch für Frauen", das fand ich mutig und provokant. Zwei Fragen beschäftigten mich zu Beginn: Worin unterscheidet die Autorin einen Burnout bei Frauen von der Erkrankung bei Männern? Und mit welchen Strategien und Tipps möchte sie die Leserinnen dabei unterstützen, sich nicht von dem so weit verbreitenden Ausbrennen anstecken zu lassen? Beide Fragen bekam ich während des Lesens beantwortet:

Im ersten Teil des Buches unterteilt Frau Engelbrecht die Krankheitsentwicklung klar und gut nachvollziehbar in folgende 12 Phasen:

1. Zwang, sich zu beweisen
2. Verstärkter Arbeitseinsatz
3. Vernachlässigung eigener Bedürfnisse
4. Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen
5. Umdeutung von Werten
6. Verstärkte Verdrängung von Problemen
7. Sozialer Rückzug
8. Verhaltensänderungen
9. Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit
10. Innere Leere
11. Depression und Verzweiflung
12. Völlige Burnout-Erschöpfung

Im nächsten Kapitel erläutert sie, worin die konkrete Krankheitsgefahr für Frauen besteht. Tatsächlich sieht sie die Frauen, die sich im Spannungsfeld "zwischen Multitasking, Perfektionismus und Depression" befinden, als besonders gefährdet an.

Im Anschluss erhält die interessierte Leserin in einem Selbsttest die Möglichkeit, die eigene Burnout-Gefährdung zu überprüfen.

Nach einer motivierenden Einleitung, in der die Autorin den persönlichen Veränderungswunsch ihrer Leserinnen hinterfragt, steuert sie gezielt auf die "7 Strategien der Burnout-Prävention" zu. Untermalt mit passenden Fallbeispielen veranschaulicht sie, wie Frauen es durch bewusste und konkrete Veränderungen schaffen können, ihrem Leben wieder eine positive Wendung zu geben. Durch Strategien wie "Mut zur Lücke" oder "Delegieren und Ballast abwerfen" verdeutlicht sie, dass es Engagement und persönliche Veränderungen braucht, um sich wieder entlasteter und zufriedener fühlen zu können.

Dies sind die geschilderten 7 Strategien der Burnout-Prävention:

1. Prioritäten neu setzen
2. Mut zur Lücke
3. Grenzen spüren und setzen
4. Delegieren und Ballast abwerfen
5. Neue Kräfte sammeln
6. Persönliche Kraftquellen erkennen
7. Auf Menschen bauen, die einem gut tun

In diesem lebenspraktischen Kapitel des Buches bekommt die Leserin ausführliche Informationen zu den Strategien und mit Hilfe von Übungsteilen die Möglichkeit, ihre eigene Situation zu reflektieren. Die Checklisten am Ende der Kapitel fassen die 7 Strategien gut verständlich zusammen.

Das Anti-Burnout-Buch ist leicht zu lesen, es wirkt ansprechend und motivierend.

Ich finde es empfehlenswert für Frauen, die sich überlastet fühlen und vielleicht bereits von einem anfänglichen Burnout betroffen sind oder die sich grundsätzlich vor einer Erkrankung schützen wollen. Ich kann mir gut vorstellen, dieses Buch interessierten Klientinnen zu empfehlen.

Für mich als Beraterin gab es wenig neue theoretische Informationen. Ich profitiere aber von der guten Struktur und Systematik der 7 Strategien und den vielen praktischen Anregungen, die ich sehr gerne an Klientinnen (und übrigens auch Klienten, denn die Ideen sind in den meisten Fällen auch gut für Männer geeignet) weitergeben werde.

Einen besonderen Stellenwert sollte für uns Beraterinnen und Berater auch die eigene Burnout-Gefährdung haben. Unter diesem Gesichtspunkt ist das Buch ebenfalls empfehlenswert. Ich werde es mir auch unter dem Aspekt ins Bücherregal stellen, meine eigene Situation von Zeit zu Zeit auf Überlastungsbestandteile hin zu reflektieren und eventuell etwas daran zu verändern.

Sandra Förster, Kriemhildstr. 23, 67069 Ludwigshafen
sandyg25@gmx.de

Andreas von Heyl

Das Anti-Burnout-Buch für Pfarrerinnen und Pfarrer

Kreuz Verlag, Freiburg 2012 (ISBN 978-3451610400), 180 Seiten

"Stress gehört zum Leben" (9) – aber "für die eigene Seele sorgen (129)!" Und: "Leidenschaft" für den Beruf wahrnehmen und "Grenzen" (8) beachten. In diesem Spannungsbogen bewegt sich von Heyl mit seinem pastoraltheologischen "Ratgeber". Er ist mehr als das: von Heyl, ehemals Krankenhausseelsorger in Göppingen, jetzt verantwortlich für die "Fortbildung in den ersten Amtsjahren" der bayrischen Landeskirche und Privatdozent an der Augustana-Hochschule Neuen-dettelsau, taucht ein in die wissenschaftliche Diskussion (z. B. mit Josuttis, Karle, Roessler und Stollberg) um das Berufsbild des Pfarrers/der Pfarrerin, holt die LeserIn und den Leser wieder mit klugen und heilsamen Anregungen aus pfarramtlichem Alltag und empirischer Distanz hervor und ermutigt zu gelassener (122) und souveräner Amtsgestaltung sowie zur Stärkung der eigenen Persönlichkeit: Auf diesem Hintergrund haben die Landeskirchen von Baden, Bayern und Württemberg vor bald 20 Jahren zusammen mit den Pfarrvereinen mit der Gründung des Hauses Respirato auf dem Schwanberg bei Würzburg ein vorbildhaftes und bislang gelungenes Experiment gestartet, um aktuellen Krisen und Konflikten zu begegnen und Betroffene zu begleiten.

Von Heyl möchte mit seinem Buch vorbeugen, der "Last und Lust" (89) des Amtes nachdenken, indem er die geistliche Dimension von Brennen und Ausbrennen als Ausgangspunkt seiner Überlegungen (12ff.) reflektiert. Verschiedene Umfragen – u. a. eine von Heyl selbst, die seiner 2002 veröffentlichten Habilitation ("Zwischen Burn-out und spiritueller Erneuerung, Studien zum Beruf des evangelischen Pfarrers und der evangelischen Pfarrerin") zugrunde lag und eine vom Pfarrverein in Württemberg 2004 in Auftrag gegebene – bilden dafür die Basis. Er nennt etwa unter "typischen Problembereichen des Pfarrberufes" (56f.) zuerst eine "mangelhafte Kollegialität" und mahnt mit Fug und Recht die Realisierung des "pfarrkapitals" bzw. der Gemeinschaft der Ordinierten (98) an.

Das Buch ist angefüllt mit hilfreichen Chiffren, Stichworten und Bildern aus Wissenschaft, Meditation und Seelsorge, an denen sich der Leser/die LeserIn sowohl meditativ, körperlich und intellektuell orientieren können: "Flow" und "Resilienz" als Beglückungserfahrung und Widerstandskraft (113f.), der "Baum des Lebens" als Meditationsübung (157), "Brunnen pflegen" (142), "Anker und Segel" (136) beachten, "Schlüssel pflegen" (131), "professionelle Hygiene im geistlichen Amt" (105ff.), "Alltagswalze" (61) anerkennen, "Selbstpflege tagebuch" (121) führen usw. Wer sich hier einliest, wird sich innerlich und strukturell auf einen klärenden Weg begeben und seine/ihre Kernkompetenzen (95) wieder entdecken und entfalten: Im Beten, in der Vergegenwärtigung der Quellen, im Aufbau und in der Pflege von Vertrauen wächst die Erfahrung, "dann segensreich (zu werden/zu bleiben) für die ihnen anvertrauten Menschen ... (und den) Beruf als Quelle der Kraft und immer neuen Befriedigung (zu) erleben" (95). Hier liegt das Zentrum des Buches, das an den berühmten Seelsorgebrief von Blumhardt d. Ä. von 1878 erinnert.

Von Heyls Werk gehört in die Hand aller, die für pastorale Ausbildung Verantwortung tragen – auch in berufsständische Gremien. Dann können endlich Strukturen verändert und verbessert werden – am ehesten realisierbar bei der Unterrichtsverpflichtung (102) und der Arbeitszeit (62). Aber Seele, Geist und Körper eines jeden Pfarrers/einer jeden Pfarrerin brauchen dieses Buch, um den Berufsalltag bewusst zu erleben, zu bedenken und zu gestalten – "sich nicht zu verlieren" (170).

Von Heyl lenkt die Lektüre schließlich (161) auf zwei biblische Geschichten (1. Kön. 11ff und Lk. 24) mit ihren elementaren Wahrheiten: Ich werde nicht zerbrechen. Denn: "Den glimmenden Docht wird er nicht auslöschen." Insofern ist von Heyls Buch ein notwendendes, heilsames, aufbauendes Seelsorge-Buch.

Schuldekan i. R. Christian Buchholz, Schlosstr. 14, 73105 Dürnau

Übernahme mit freundlicher Genehmigung aus
Deutsches Pfarrerberblatt, 8/2012

Horst Kraemer

Soforthilfe bei Stress und Burnout: Neue Energie in wenigen Tagen – Coaching mit Neuroimagination – Strategien der Vorbeugung

Kösel-Verlag, München 2012 (ISBN 978-3466308835), 192 Seiten

"Es gibt keinen Grund, dass jemand länger als fünf Tage wegen eines Burnout außer seiner Kraft bleibt." Mit dieser steilen Vorlage wirbt schon der Klappentext des Buches für das Coaching mit Neuroimagination. Horst Kraemer, Gründer der Brainjoin Akademie, vertreten in Hamburg und Zürich, hat diese Methode entwickelt.

Im Praxishandbuch will er sein Coaching-Konzept für die Methode der Selbstanwendung anpassen (S. 8), obwohl er davon überzeugt ist, dass es Betroffenen nicht gelingt, "ohne Fremdkorrektur durch eine Fachperson sich am eigenen Schopf aus dem Sumpf zu ziehen" (a.a.O.). Es gebe keine Heilung von außen, jeder Körper mache sich selber gesund. Dazu müsse man das je eigene Regenerationssystem aktivieren. (S. 9) Mit Appellen wie: "Bleiben Sie dran! Geben Sie nicht zu früh auf. Durchhalten lohnt sich. Gutes Gelingen!" (S. 12) scheint der Autor den Leistungsdruck noch zusätzlich zu erhöhen, der doch in vielen Fällen Ursache für den Zusammenbruch, für das Burnout Phänomen ist. Damit will er jedoch zur Eigenverantwortung für eine Rückkehr in ein Leben mit einer ausgeglichenen Balance motivieren und die Bereitschaft zur Abkehr von der Fremdsteuerung stärken.

Zunächst lädt der Autor zu einer Selbstreflexion ein, ob die Leser den Eindruck haben, dass ihr Leben in einer ausgeglichenen Balance ist, d. h. ob nicht immer zu vermeidende Belastungen durch Stress auch regelmäßig durch entspannende Momente ausgeglichen werden. Wer sich gut fühlt, ist beispielsweise mit sich zufrieden, hat ein gutes Beziehungsnetz, schläft ausreichend und ernährt sich ge-

sund und ausgewogen, hat Zeit für Hobbys und zur Pflege familiärer, verwandtschaftlicher und freundschaftlicher Beziehungen, hat sowohl realistische Ziele als auch persönliche Sinnorientierung im Leben und kann für die Einhaltung persönlicher Grenzen selber sorgen. In fünf Bereichen möchte Horst Kraemer dazu ermutigen, die persönliche Work-Life-Balance zu überprüfen (Körper, Beziehungen, Arbeit, Freizeit und Muße, S. 20ff). Dazu bietet der Autor hilfreiche Übungen zur Selbstüberprüfung an, die vier entscheidende Lebensbereiche ins Visier nehmen:

- Unsere Bedürfnisse
- Unser Kompensationsverhalten
- Unsere Antriebe und Saboteure
- Unsere Selbstkenntnis

Die Methode der Neuroimagination wird sodann vorgestellt als eine körpergestützte Mentaltechnik zur Anregung bestimmter Hirnregionen, die eine Rechts-Links-Stimulation der Hirnregionen wie in 5000 Jahre alten Yoga-Techniken integriert (S. 55f). Durch gezielt gelenkte Gedanken will man in meditativen Übungen den Körperzustand verändern. Die Funktionen des normalen Träumens werden z. B. in der Neuroimagination in der Tiefenentspannung gezielt erzeugt (S. 74). Praktisch ist: Die vom Autor initiierten Übungen gibt es auch als Tonaufnahmen. Sie können per Zugangscode am Ende des Buches von den Lesern als Download im Internet kostenlos erworben werden.

Das 7-Punkte-Programm zur Selbstheilung von Stressfolgen widmet sich den Themen:

1. Zustand realistisch einschätzen, ernst nehmen, Entscheidung treffen
2. Zurück zur eigenen Kraft mit einem klaren Kopf
3. Die eigene Grenze kennen und einhalten
4. Die innere Einstellung auf Erfolg stellen
5. Das Leben in eine gute Balance bringen
6. Gelassenheit als Lebensprinzip durchhalten
7. Meine Ziele steuern mein Verhalten und führen zu einem sinnvollen Leben

Das Praxisbuch ist allgemeinverständlich geschrieben und baut keine hohen Hürden durch unverständliche Fachsprache auf. Sein Anspruch und Zielsetzung ist es, die Komfortzone des Opfers zu verlassen und Selbstwirksamkeitspotentiale von Ratsuchenden anzuregen (S. 116). Es bietet einerseits hilfreiche Anregungen zur Selbstexploration und Selbsteinschätzung. Es verstärkt andererseits den gesellschaftlichen Trend zur Individualisation, auch zur Selbstmedikation, um sich selber zu helfen. Damit können u. U. Tendenzen gefördert werden, eigenes Burnout-erleben vor anderen verleugnen zu wollen, anstatt sich zu outen und entsprechende Signale an das soziale Umfeld zu senden, dass man in einer Zwickmühle steckt und auch mal die Hilfe anderer braucht. Manches kann ich mir eben nicht selber sagen. Jeder Beratende weiß, dass die distanzierte Fremdwahrnehmung

durch empathisch und wertschätzend Beratende auch durch konfrontative Interventionen heilsam sein kann und soll. So wünsche ich dem Buch, dass es mehr ein Türöffner der Hilfe zur Selbsthilfe sein kann, um sich den eigenen Problemen mutig zu stellen, die Bereitschaft zur Übernahme der Eigenverantwortung für das eigene Leben zu stärken und nach individuellen, passgenauen Lösungsmöglichkeiten möglichst in Beratungsgesprächen zu suchen. Wie stellt der Autor doch zu Beginn fest: Ohne Fremdkorrektur kann man sich meist doch nicht aus dem eigenen Sumpf ziehen.

Pfr. Rolf Holtermann, Josefstr. 23, 47574 Goch-Kessel
rolf.holtermann@web.de

Georg Wenz, Talat Kamran (Hrsg.)

Seelsorge und Islam in Deutschland. Herausforderungen, Entwicklungen und Chancen

Evangelischer Presseverlag Pfalz, Speyer 2012 (ISBN 978-3939512363), 152 Seiten

Zunächst stolpert der aufmerksame Leser über den Titel dieses Aufsatzbandes. Im Titel werden zwei Begriffe ganz unterschiedlicher Kategorien in Beziehung gesetzt: Der Kategorie "Islam" entspricht zunächst "Christentum". Unterschwellige Botschaft des Titels könnte so sein, dass es im Islam keine Seelsorge gibt. Aber gerade das Gegenteil ist die Absicht des kleinen Bandes. So könnte ein logischer Titel lauten: Seelsorge in Christentum und Islam in Deutschland. Aber auch das scheint wiederum der Absicht des Bandes zu widersprechen. Als Intention der Veröffentlichung leuchtet das Ziel auf, eine Ausbildung in islamischer Krankenhaus- und Notfallseelsorge zu propagieren. Dass eine solche Ausbildung interessant ist und Aufmerksamkeit verdient, steht außer Frage. Möglicherweise hätte es klarer benannt werden können, als es in der grundlegenden Einleitung der beiden Herausgeber (S. 7-15) geschieht. Das Buch bildet Hintergrundmaterial für ein Ausbildungscurriculum ab. Islamische Krankenhaus- und Notfallseelsorger werden nach dem "Mannheimer Modell" ausgebildet. Träger der Fortbildung ist das "Mannheimer Institut für Integration und interreligiösen Dialog e. V."

Herkunft und Absicht der Aufsatzsammlung markieren damit zugleich Schwerpunkt und Begrenzung der Inhalte. Das Buch gehört einmal in das Konfliktfeld "Islam in Deutschland". Es stellt einen Beitrag zur Konflikt- oder Problemlösung im Arbeitsbereich Krankenhaus- und Notfallseelsorge dar. Denn natürlich sind in diesem früher einmal genuin christlichen Tätigkeitsfeld seit langem auch Angehörige anderer Religionen anzutreffen. Hier wollen die Autoren Abhilfe schaffen. Wer sich

also für dies Feld "Krankenhaus- und Notfallseelsorge" interessiert oder dort arbeitet, wird ein Fülle nützlicher Informationen erhalten. Andere werden die z. T. etwas sperrigen und nicht leicht verständlichen Texte eher bald beiseitelegen. Sie haben z. T. einen geringen Aufforderungscharakter.

Die Veröffentlichung präsentiert 13 Aufsätze unterschiedlicher Autoren, die schon in der Einführung mit ihrem Anliegen benannt werden. Sie werden am Ende des Bandes noch einmal persönlich vorgestellt. Drei Themenkomplexe werden abgehandelt: 1. Basisreflexionen, 2. Ausbildung und Einbindung, 3. Praxisbezug.

Die "Basisreflexionen" (S. 17ff.) beginnen mit einer Überraschung. Als erstes wird "Die Seelsorge in der jüdischen Tradition" vorgestellt. Das nimmt Wunder. Der christliche Leser wird mit besonderem Interesse dem folgen, was der Artikel "Seelsorge in Islamischer Tradition" entwickelt. Die tiefgründigen Ausführungen des Autors enthalten dabei so viel an Islamischer Theologie, dass der abendländische Leser bisweilen Mühe hat, der Darstellung zu folgen. Der Artikel macht seinen Ursprung deutlich. Er scheint in besonderer Weise für "Insider" geschrieben. Islamische Seelsorger sollen fortgebildet werden. Möglicherweise haben diese ähnliche Mühe mit dem Verständnis der "Seelsorge im Christentum". Bei dieser Darstellung fällt eines auf. Die Praxisfelder kirchlicher Seelsorge werden vom Autor nahezu mit Akribie benannt (S. 31). Da muss es auffallen, dass Eheberatung bzw. Eheseelsorge in der Aufzählung der christlichen Seelsorgefelder fehlen. Krankenhaus- und Notfallseelsorge scheinen an diesem – durchaus strittigen – Thema vorbeizugehen.

Im zweiten Abschnitt des Buches (S. 64ff.) werden zunächst zwei Ausbildungscurricula vorgestellt: "Islamische Theologie und Imamausbildung in Deutschland" sowie " Voraussetzungen für Ausbildungscurricula in der psychosozialen Notfallversorgung (PSVN)". Dabei verdient Interesse, was unter dem Thema "Imamausbildung" dargestellt wird. Die ganze Problematik der vor Jahren ins Land gekommen morgenländischen Menschen wird skizziert. Die Notwendigkeit einer universitären Imamausbildung in Deutschland wird schlüssig begründet. Auch wenn aus den Medien Bekanntes wieder auftaucht, ist dieser Artikel anschaulich und gut lesbar. Die Darstellung der Standards für Notfallversorgung machen deutlich, wie viele Institutionen auf diesem Felde tätig sind. Der Leser bleibt darüber etwa erstaunt zurück.

Der zweite Abschnitt wird durch einen Blick in die Empirie komplettiert: "Ausbildung und Einbeziehung islamischer Seelsorgerinnen und Seelsorger in bestehenden Notfallseelsorgestrukturen der Kirchen" und "Einander wahrnehmen und stärken: Voraussetzungen und Kompetenzen für christlich – islamisches Lernen in der Seelsorge". Dabei machen schon die gedrechselten Titel deutlich, wie komplex das beschriebene Unternehmen ist.

Der letzte Abschnitt des Bändchens bietet Berichte und Überlegungen aus der Praxis: "Muslimische Patienten und Familienangehörige im Krankenhaus" – "Dolmetscherdienst im Klinikum Ludwigshafen" – "Klinikseelsorge als kultursensible Seelsorge" – "Systemische Seelsorgeansätze als Chance und Herausforderung

für muslimische Theologie und Seelsorge". Der Erfahrungsbericht aus dem Krankenhaus (S. 127ff.) zeichnet sich dabei wohltuend durch eine klare Gliederung und verständliche Darstellung aus. Seine lebensnahe Lektüre bietet Erholung nach manchen Lesermühen.

Fazit: Eine Sammlung von interessanten und informativen Aufsätzen für Krankenhaus- und Notfallseelsorger. Wer an diesem Arbeitsfeld nicht besonders interessiert ist, versäumt nichts, wenn er an diesem Buch vorbeigeht. Für interkulturelle Ehe- und Familienberatung z. B. geben die Aufsätze kaum etwas her. Das ist auch nicht die Absicht.

L.-Pfarrer i. R. Dr. theol. Traugott Schall, Auf der Saalbreite 39, 32756 Detmold
traugott@schall-online.de

Literatur zum Thema Stress und Burnout

- Frank, G. *Gesundheitscheck für Führungskräfte. Ihr persönlicher Weg zu mehr Leistungsfähigkeit jenseits aller Moden.* Frankfurt am Main 2001
- Goldschmid, I., Fiedler, C. *Burn-out: Erprobte Wege aus der Falle.* München 2010
- Hillert, A., Marwitz, M. *Burnout Epidemie oder: Brennt die Leistungsgesellschaft aus?* München 2006
- Hüther, G. *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden.* Göttingen 3. Auflage 2012
- Hüther, G. *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn.* Göttingen 10. Auflage 2012
- Hüther, G. *Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern.* Göttingen 6. Auflage 2011
- Matyssek, A. K. *Chefsache: Gesundes Team - gesunde Bilanz. Ein Leitfadens zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung.* Wiesbaden 2003
- Servan-Schreiber, D. *Die neue Medizin der Emotionen: Stress, Angst, Depression: - Gesund werden ohne Medikamente.* München 2006
- Schonert-Hirz, S. *Meine Stressbalance: Rezepte für Vielbeschäftigte von Dr. Stress.* Frankfurt am Main 2006
- Unger, H.-P., Kleinschmidt, C. *Bevor der Job krank macht. Wie uns die heutige Arbeitswelt in die seelische Erschöpfung treibt - und was man dagegen tun kann.* München 2. Auflage 2006
- Wilkinson, G. *Stress. Erkennen - Vorbeugen - Heilen.* Starnberg 2010

Ausschüsse des Vorstandes:

Fort- und Weiterbildungsausschuss: Berend Groeneveld (Vorsitz), Dorothea Fischer, Ulrike Heckel, Petra Heinze, Cornelia Weller, Dr. Florian Moeser-Jantke

Ausschuss "Kompetenzen": Ulrike Heckel (Vorsitz), Birgit Lüth-Sötebehr, Dr. Florian Moeser-Jantke, Christine Rüberg

Ausschuss "Modularisierung": Cornelia Weller (Vorsitz), Kathrin Dix, Dorothea Fischer, Rosamaria Jell

Ausschuss für die Jahrestagung 2013: Petra Heinze (Vorsitz), Dana Urban

Ausschuss für die Jahrestagung 2014: Cornelia Weller (Vorsitz), Claudia Gansauge, Carmen Hühnerfuß

Ausschuss für die Jahrestagung 2015: Dana Urban (Vorsitz)

Ausschuss für die Jahrestagung 2016: Dorothea Fischer (Vorsitz)

Beauftragte des Vorstandes:

Beauftragte für E-Learning: Dana Urban

Migrationsbeauftragter: Berend Groeneveld (kommissarisch)

Europabeauftragte: Renate Gamp

Rechnungsprüferinnen: Margarita Gansert, Rosamaria Jell

Herausgeber: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend-
und Eheberatung e.V.
Neumarkter Str. 84 c, 81673 München

Verantwortlicher Redakteur: Rolf Holtermann

Redaktion: Sandra Förster, Rolf Holtermann, Eva Reinmuth,
Gabriele Rüger, Ingo Stein

Druck: Pröll Druck, Augsburg

Diese Veröffentlichung erscheint mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Sie ist einschließlich aller ihrer Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der DAJEB unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

Es ist deshalb nicht gestattet, diese Veröffentlichung ganz oder in Teilen zu scannen, in Computern oder auf CDs zu speichern oder in Computern zu verändern, es sei denn mit schriftlicher Genehmigung der DAJEB.

Einzelpreis dieses Heftes: € 8,90 zzgl. Versandkosten

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend