



Bewältigungshandeln chronisch Kranker - handlungsleitend für ▶ Pflegende und Therapeuten

Christine Keller, M.A.

Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe,
Systemische Beraterin, Heilpraktikerin (Psychotherapie)

www.christine-keller.com

Chronische Krankheit

- ▶ Im 19. Jh. starben 80% aller Menschen an Infektionskrankheiten, heute sind es nur noch 1%.
- ▶ Heute sterben 80% aller Menschen an den Folgen einer chronischen Krankheit, z.B. bösartige Tumore, Arteriosklerose, Atemwegserkrankungen, Diabetes mellitus, M. Alzheimer, neurodegenerative Erkrankungen.

Chronische Krankheit

Gestalt und Verlauf der meisten chronischen Krankheiten haben sich durch den medizinischen Fortschritt verändert.

Chronisch Kranke überleben viel länger - auch mit besserer Lebensqualität und Autonomie.

ABER:

- Sie müssen lange Zeit mit der Krankheit und ihren Folgen leben.
- Die Krankheit muss ins Leben integriert werden.
- Krankheits- und Therapiefolgen, Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit müssen ins Leben eingefügt werden.

Chronische Krankheit

Seit den 1960/70er Jahren wurde viel über chronische Erkrankungen geforscht.

ABER:

- ▶ Der Fokus wurde stark auf einzelne Krankheiten und somatische Aspekte gelegt.
- ▶ Vornehmlich wurde die *Außenperspektive* - die Sicht von Experten oder Angehörigen - betrachtet.
- ▶ Der *Patientenperspektive* wurde zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet.

Chronische Krankheit - ein frühes Fazit

Chronisch kranke Menschen verhalten sich unterschiedlich und komplex.

Chronisch kranke Menschen handeln oft diffus, scheinbar unangemessen und keiner rationalen Logik folgend.

Das Erleben von Gesundheit/Krankheit ist immer subjektiv („sich krank oder gesund fühlen“) und kann nicht von medizinischen Befunden abhängig gemacht werden.

Überlebensstrategien - ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter

*„Aus Sicht eines chronisch Kranken ist
sein Handeln hochrational, folgt aber
anderen Kriterien und Prioritäten als von
professioneller Seite unterstellt.“*



Die Arbeit von Doris Schaeffer und
Martin Moers will das **individuelle
Bewältigungshandeln in
unterschiedlichen Krankheitsphasen**
in seiner Logik und Sinnhaftigkeit
entschlüsseln.

Ambiguität = Mehrdeutigkeit:
chronisch Kranke sind
phasenweise autonom und
handlungsfähig, phasenweise
hingegen nicht. Sie befinden
sich ständig in einem Zustand
„bedingter“ Gesundheit bzw.
Krankheit.

Überlebensstrategien: Das
primäre Interesse des Kranken
gilt nicht der Krankheit,
sondern dem Leben.
Überlebensstrategien können
höchst unterschiedliche
Ausprägungen annehmen.

Kernaussagen des Modells

Ziel des chronische Kranken ist, das durch die Krankheit beschädigte Leben zu reparieren und wieder unter Kontrolle zu bringen (**zentrale Erkenntnis**).

Phasenhafter Verlauf: Die Bewältigungsstrategien verlaufen nicht gleichförmig, der Betroffene ist gezwungen, seine Strategien anzupassen.

Kernaussagen des Modells

- ➔ Die **sechs Phasen** haben idealtypischen Charakter und verlaufen individuell unterschiedlich.
- ➔ Die Phasen stellen sich bei chronisch psychischen Erkrankungen anders dar als bei chronisch körperlichen Krankheiten und solchen mit kognitiven Einbußen.
- ➔ Einzelne Elemente sind aber bei allen Erkrankungen anzutreffen.

Modelle mit ihren verallgemeinerten erklärenden Konzepten helfen aber, das Einzelschicksal besser zu verstehen.

Kernaussagen des Modells

Phase 1: Im Vorfeld der Erkrankung

Krankheitsgeschehen

- Symptome bestehen meist schon längere Zeit, anfangs unscheinbar, dann deutlicher und irritierend

Erleben der Krankheitssituation

- Betroffener ist irritiert, immer wieder auftretende Angst, innere Beunruhigung

Bewältigungshandeln

- Symptome werden beiseite geschoben, mit alltäglichen Lebensbedingungen erklärt
- Manches mal wird auch im Leben etwas verändert, z.B. mehr Ruhepausen, im Beruf kürzer treten

Phase 1: Im Vorfeld der Erkrankung

Krankheitsmanagement

- Diagnostische Abklärung wird lange Zeit vermieden
- Beschwerden werden beim Arzt bagatellisiert, Befunde werden als übertrieben abgewehrt

Umgang mit der Patientenrolle

- Der Betroffene sieht sich nicht als Patient!

Die Phase endet, wenn sich die Symptome zuspitzen, sich eine akute Krankheitskrise einstellt oder weil die Verunsicherung immer weiter um sich greift.

Phase 2: Manifestation der Krankheit

Krankheitsgeschehen

- Krisenhafte Zuspitzung der Symptome
- Diagnosestellung

Erleben der Krankheitssituation

- Kurze Erleichterung, wenn die Diagnose gestellt ist, dann totaler Schock, das bisherige Leben bricht zusammen, „biografische Zäsur“
- Zukunftspläne und Lebensvorstellungen werden erschüttert
- Existentielle Ängste bedrohen das Leben
- „life is out of control“

Phase 2: Manifestation der Krankheit

Bewältigungshandeln

- Wunsch nach schneller Diagnosestellung
- Ohnmacht, Halt- und Orientierungslosigkeit
- Betroffene „trudeln“ lange Zeit vor sich hin

Krankheitsmanagement

- Handlungsunfähigkeit, Übersprungshandlungen, Informationen prallen ab
- Betroffene sind lange im Schock, schwanken zwischen Hoffnung und Verzweiflung, Depression und Aggression

Umgang mit der Patientenrolle

- Passiver, geschockter Patient

Phase 2: Manifestation der Krankheit

Vielen chronisch Kranken gelingt es aus dem Zustand der Handlungsunfähigkeit herauszukommen und ein Verhältnis (wie auch immer) zur Krankheit zu finden und auch eine Rolle als Kranker zu entwickeln.

Es gelingt nicht, wenn er keine Antwort auf die Frage findet:
„Wie mit der Krankheit weiterleben?“

Phase 3: Restabilisierung

Krankheitsgeschehen

- Beginn der Langzeitbehandlung mit Umstellungs- und Anpassungserfordernissen
- Therapie zeigt erste Besserungen der Situation

Erleben der Krankheitssituation

- Kranker erlebt die Verbesserungen mit großer Erleichterung
- Hoffnung auf Normalisierung des Lebens keimt auf

Bewältigungshandeln

- Kranker stellt sich die Frage, wie das Leben mit der Krankheit weiter gehen kann

Phase 3: Restabilisierung ↓ Bewältigungs- strategien

- Das Leben wird ganz auf die Krankheit abgestellt; Krankheit wird zum Identitätersatz
- Die Krankheit wird versucht dem Leben unterzuordnen, altes Leben wird so weit wie möglich weitergeführt
- Krankheit wird zum Anlass genommen, das Leben neu auszurichten, „Lebens-Kurskorrektur“
- Kognitive Abwehr der Krankheitsrealität soll Erhalt des Bestehenden und der Kontrolle gewährleisten
- Schicksalshafte Ergebnisheit; Krankheit, Krankheitsfolgen, Behandlungen werden stillschweigend hingenommen; das Leben wird getrennt davon geführt, ebenfalls schicksalsergeben

Phase 3: Restabilisierung

- Alle **Bewältigungsstrategien** sind Versuche, das aus den Fugen geratene Leben wieder in den Griff zu bekommen.
- Die gewählte Strategie ist die Folge des Repertoires, das dem Betroffenen zur Verfügung steht.

Phase 3: Restabilisierung

Krankheitsmanagement

- Kranker ist bemüht, die Therapie bestmöglich umzusetzen, will den erreichten Fortschritt nicht gefährden
- Hoffnung auf Heilung und Rückkehr zur Normalität, oft wider besseren Wissens; Chronifizierung wird oft übersehen

Umgang mit der Patientenrolle

- Aktiver, verantwortungsbewusster, vorbildlicher und co-produktiver Patient - zwischen traditioneller Patientenrolle und eigenen Zielvorstellungen

Phase 4: Leben im Auf und Ab der Krankheit

Krankheitsgeschehen

- Wechsel von relativer Stabilität, erneuten Krisen und abermaliger Restabilisierung; oft bleiben weitere Einschränkungen zurück; abwärtsweisender Verlauf

Erleben der Krankheitssituation

- Irritation und Verunsicherung, Bewältigungsbemühungen müssen immer wieder angepasst werden; Kranker erkennt die Bedeutung der chronischen Erkrankung
- Leben lernen, trotz und mit der chronischen Krankheit

Phase 4: Leben im Auf und Ab der Krankheit

Bewältigungshandeln

- Kranker bleibt bei der einmal eingeschlagenen Strategie; das Handeln wird zur *Überlebensstrategie*
- Frage, wie das Leben vor weiterer Irritation bewahrt werden kann, wenn gleichzeitig viele Optionen nicht mehr möglich sind
- Lebensvorstellungen müssen immer wieder neu definiert werden + das Ringen um das Leben, das bindet alle verfügbare Energie
- Sinnkrise, Verlust von Hoffnung

Phase 4: Leben im Auf und Ab der Krankheit

Krankheitsmanagement

- Therapeutische Erfordernisse werden mal mehr, mal weniger großzügig umgesetzt („größzügigere Adhärenz“), weil der Kranke erlebt hat, dass eine Rückkehr zur Normalität nicht erreicht werden kann; er wird nicht „belohnt“ für seine Bemühungen

Umgang mit der Patientenrolle

- „Normaler“ Patient

Phase 5: Einsetzen der Abwärts- bewegung

Krankheitsgeschehen

- Nach jahrelangem Auf und Ab mündet die Krankheit in einer Abwärtsbewegung
- Körperliche Handlungsmöglichkeiten reduzieren sich weiter, Schwäche und Kraftverlust breiten sich aus
- Die meist schleichende Zustandsverschlechterung wird häufig nicht vom Umfeld wahrgenommen, der Kranke oft nicht verstanden, ist überfordert oder enttäuscht

Phase 5: Einsetzen der Abwärts- bewegung

Erleben der Krankheitssituation

- Überforderung und Verbitterung, weil das soziale Umfeld die Veränderungen nicht wahrnimmt
- Verzweiflung, Angst, Hilflosigkeit angesichts des nahenden Lebensendes
- Oft stillschweigender Rückzug der professionellen Akteure, „sozialer Tod“

Bewältigungshandeln

- Krankheit rückt weiter nach unten, das zusehends weichende Leben weiter nach oben
- Kranker hält beharrlich am Bild des behandlungsfähigen Patienten fest
- Kranker schmiedet Pläne und setzt sie mit viel Kraftaufwand um
- Bewältigungshandeln und Krankheitsverlauf stehen in Diskrepanz

Phase 5: Einsetzen der Abwärts- bewegung

Krankheitsmanagement

- Dem Krankheitsmanagement wird kaum noch Bedeutung beigemessen, z.T. fragwürdige und kontraproduktive Entscheidungen

Patientenrolle

- Wandel zum kritischen Patienten

Phase 6: Beschleunigung der Abwärts- bewegung und Sterben

Krankheitsgeschehen

- Voranschreitender Verlust der körperlichen und psychischen Integrität
- Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit

Erleben der Krankheitssituation

- „Ich bin noch nicht soweit!“
- Erkenntnis und innere Kapitulation, dass das Ende unausweichlich ist: Resignation, Hilflosigkeit, Todesangst
- Trichterförmige Verengung der Lebensperspektiv

Phase 6: Beschleunigung der Abwärts- bewegung und Sterben

Bewältigungshandeln

- Hilfestellungen von außen werden zunächst häufig nicht angenommen, v.a. wenn sie als unsicher oder instabil empfunden wird
- Versorgungsvorstellungen werden häufig überworfen, auch Vorstellungen zu lebensverlängerten Maßnahmen
- Endgültiger Verlust der Handlungsfähigkeit; Spannungsverhältnis zwischen Handeln und Erleiden schlägt nun endgültig auf die Seite des Erleidens

Phase 6: Beschleunigung der Abwärts- bewegung und Sterben

Krankheitsmanagement

- Kranker hat kaum noch Energie für ein Krankheitsmanagement
- Maßnahmen werden immer mehr erduldet
- Evtl. wird die schwieriger werdende häusliche Versorgung gegen eine stationäre Versorgung eingetauscht
- Ggf. Wunsch nach intensivmedizinischen Maßnahmen, auch wenn sie zu einem früheren Zeitpunkt nicht gewollt wurden

Patientenrolle

- Leidender Patient

Fazit des Phasenmodells

Die einmal gewählte Grundstruktur des Bewältigungshandelns verändert der chronisch Kranke nicht.

Das Bewältigungshandeln wird im Verlauf der Erkrankung immer mehr zu einer **Überlebensstrategie**.

Das Bewältigungshandeln bleibt dem Leben **verpflichtet**, auch wenn die Krankheit voranschreitet. Das erklärt manche Widersprüchlichkeit oder Paradoxität im Handeln des Kranken.

Fazit des Phasenmodells

Im Gegensatz dazu verändert sich der Umgang mit der Krankheit und die Patientenrolle: vom vorbildlichen Patienten zum erleidenden Patienten.

Paradox erscheint, dass mit steigender Anforderung an die Krankheitsbewältigung die Bereitschaft sinkt, diese Anforderungen zu erfüllen.

Dem individuellen Bewältigungshandeln
mehr Beachtung schenken.

- ➔ Individuellere Gestaltung der Versorgungssituation.
Stichwort: *Patientenorientierung*.
Pflegerisches Handeln muss in den unterschiedlichen Phasen immer wieder mit der Situation des Betroffenen kompatibel gemacht werden.

Konsequenzen
für
professionell
Tätige

**Dem individuellen Bewältigungshandeln
mehr Beachtung schenken.**

- ➔ **Pflegende müssen geeignete Formen der Unterstützung entwickeln** - eine Unterstützung, die nicht der Expertenperspektive folgt, sondern die dem chronisch Kranken bei der Bewältigung seiner Herausforderungen behilflich ist.

**Konsequenzen
für
professionell
Tätige**

**Dem individuellen Bewältigungshandeln
mehr Beachtung schenken.**

- ➔ **Pflegende müssen den Veränderungen
der Patientenrolle im Verlauf der
Erkrankung mehr Beachtung schenken.**
Chronisch Kranke sind - anders als
Akutkranke - immer im doppeltem
Einsatz:
**Sie müssen ihr Leben und die
Krankheit meistern.**

**Konsequenzen
für
professionell
Tätige**

