



## Psychische Verarbeitung bei Sehverlust

Für Beratende der Mitgliedsvereine im DBSV ist dieses Dokument Teil der Wissensdatenbank, Onlinekurs und Skript zum Präsenzseminar für die Beraterqualifizierung nach Blickpunkt Auge Standard.

### Inhaltsverzeichnis

Psychische Verarbeitung bei Sehverlust .....	1
1. Vorbemerkungen .....	2
2. Grundlagen .....	2
3. Phasen der Behinderungsbewältigung .....	5
3.1. Phase 1 – Nicht-wahrhaben-wollen .....	6
3.2. Phase 2 - Aggression .....	7
3.3. Phase 3 - Verhandlung .....	8
3.4. Phase 4 – völlige Traurigkeit .....	10
3.5. Phase 5 - Annahme .....	11
3.6. Phase 6 - Aktivität .....	12
3.7. Phase 7 - Solidarität .....	13
4. Abwehrmechanismen aus einem Referat von Klaus-Jürgen Schwede 1996 .....	13
5. Erfahrungsbericht einer Betroffenen.....	15
6. Weiterführende Informationen .....	18
6.1. Bücher .....	18
6.2. Webseiten zum Thema .....	18
6.3. Videos zum Thema .....	19
7. Psychologische Beratung .....	19
8. Impressum .....	19

## **1. Vorbemerkungen**

Diese Informationen für Beraterinnen und Berater befassen sich mit den idealtypischen Reaktionsphasen in der Verarbeitung und Bewältigung von Krisen. Das Wort Krise stammt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie Entscheidung oder auch Zuspitzung. Man spricht von einer problematischen Entscheidungssituation, die einen Wendepunkt zur Folge hat. Aus psychologischer Sicht ist eine Krise ein plötzlich eintretendes Ereignis bei dem körperliche bzw. seelische Schmerzen hervorgerufen werden können. Eine Krise kann in jeder Phase des Lebens eintreten. Beispiele für Krisenereignisse sind der Verlust eines geliebten Menschen, ein Unfall, der Verlust des Arbeitsplatzes, die Geburt eines behinderten Kindes oder der fortschreitende Verlust des Sehvermögens. In der Beratung von Menschen, die einen Sehverlust erleiden, spielt die Bewältigung der Krise eine große Rolle. Denn die Diagnose einer Augenerkrankung mit drohendem Sehverlust, kann ein einschneidendes schockartiges und unvorhersehbares Erlebnis in der Biographie des Betroffenen sein. Das kann eine Krise auslösen. Aber nicht nur er ist von der Diagnose betroffen, sondern auch sein näheres Umfeld. Als Berater ist es wichtig zu erkennen, in welcher Phase dieses Bewältigungsprozesses der Ratsuchende steht. Das unterstützt Sie, emotionsgeladene Reaktionen des Ratsuchenden nicht persönlich zu nehmen und angemessen mit ihm zu kommunizieren und auf seine Bedürfnisse eingehen zu können.

## **2. Grundlagen**

Es gibt mehrere Phasenmodelle, die beschreiben wie die Verarbeitung einer Krise ablaufen kann. Dazu gehören die fünf Sterbephasen nach Kübler-Ross und die vier Trauerphasen nach Kast.

Die Psychologin Verena Kast entwickelte durch die Beobachtung an Trauernden ein Modell von Trauerphasen. Es ist ähnlich gestaltet. Hier werden die Phasen wie folgt unterteilt:

- Nicht-Wahrhaben-Wollen
- Aufbrechende Emotionen
- Suchen und Sich-Trennen
- Neuer Selbst- und Weltbezug

Als Begründerin der Sterbeforschung befasst sich die Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross in ihrer Arbeit mit dem Tod, dem Umgang mit Sterbenden, mit

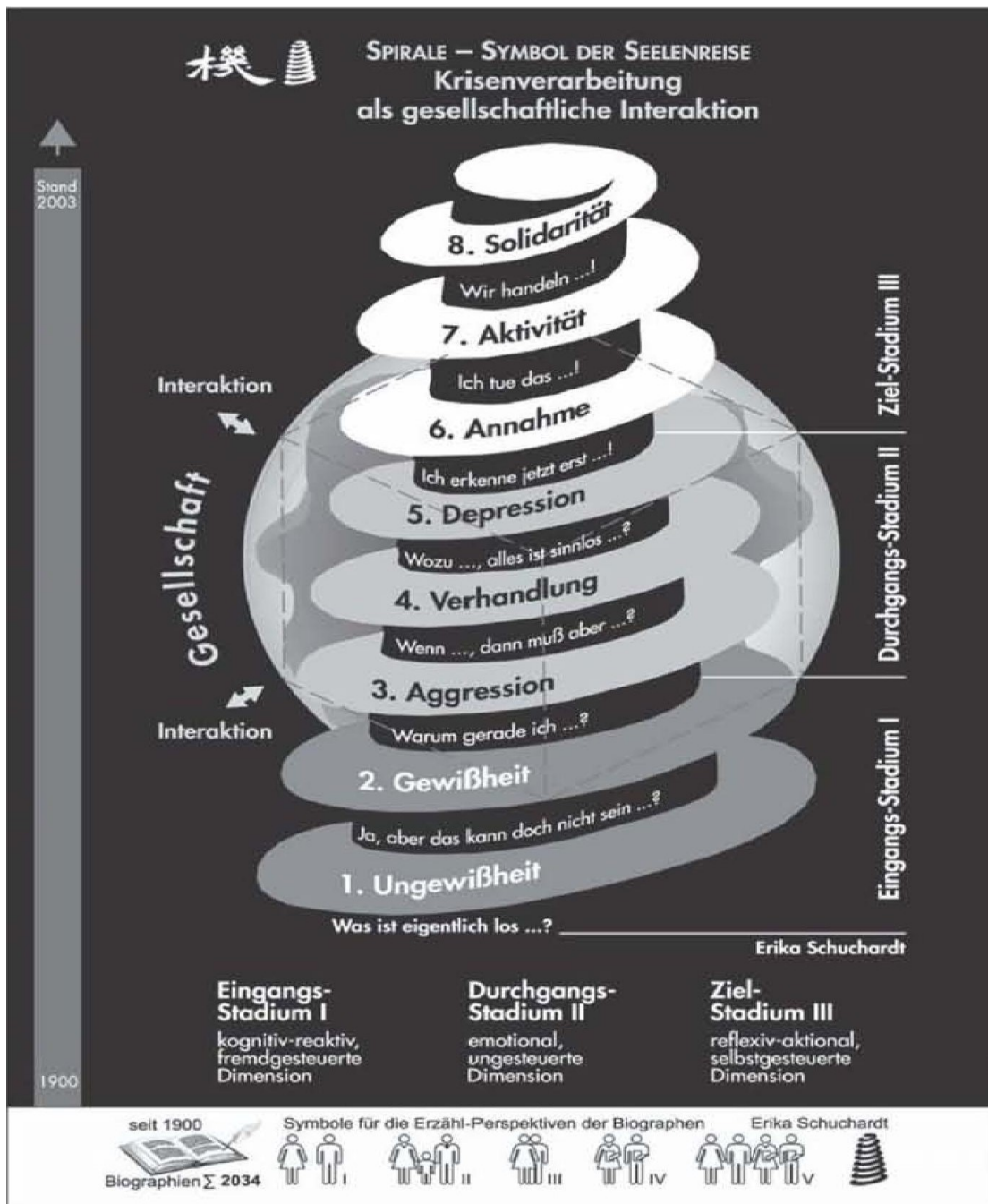
Trauer und Trauerarbeit. Sie beschreibt das Erleben und Verhalten Sterbender in den fünf Phasen des Sterbens:

- Leugnen
- Zorn
- Verhandeln
- Depression
- Zustimmung

Ein weiteres Phasenmodell ist das von der Politikerin und Professorin für Erwachsenenbildung Frau Prof. Dr. Erika Schuchardt. Dieses Modell wird auch Spiralphasenmodell genannt, weil man sich die Phasen wie auf einer Spirale ablaufend vorstellen kann. Dieses Modell beinhaltet 8 Phasen der psychischen Verarbeitung einer Erkrankung oder Behinderung – in unserem Fall der Erblindung oder der Sehbehinderung.

- Ungewissheit Gewissheit
- Aggression
- Verhandlung
- Depression
- Annahme
- Aktivität
- Solidarität

Schon an den Phasenüberschriften ist eine Ähnlichkeit zu erkennen. Kast und Kübler-Ross fassen sie enger zusammen, doch die Gefühle und Zustände, die der Betroffene innerhalb dieser Phasen erlebt, bleiben gleich. Daher sind die Phasen nicht als einzelne getrennte Phasen mit gleichmäßigem Verlauf zu betrachten. Die Phasen können länger oder kürzer sein, man kann sie überspringen oder auslassen, wieder zu vorherigen Phasen zurückkehren oder parallel durchlaufen. Im nachfolgenden Kapitel wird eine Mischung der Theorien von Kübler-Ross und Schuchardt beschrieben.



### Abbildungsbeschreibung:

Die Abbildung zeigt eine Spirale die sich nach oben verengt (Trichter der auf dem Kopf steht). Von 1 unten nach 8 oben werden die Phasen benannt. Außerdem sind die 3 übergeordneten Stadien benannt und gekennzeichnet. Im Folgenden werden die Phasen und Stadien beschrieben (Quelle: Schuchardt, Krisenmanagement BD 1 S. 151).

### **3. Phasen der Behinderungsbewältigung**

Das Besondere an diesem Phasenmodell mit der Spiraldarstellung ist, dass die einzelnen Phasen nicht begrenzt und abgeschlossen dargestellt werden, sondern fließend ineinander übergehen, sich ablösen können, aber auch nebeneinander her bestehen können. Denn im wirklichen Leben ist nie etwas so deutlich und abgegrenzt, wie es in einer Theorie vorgegeben wird.

Dieses Modell berücksichtigt, dass jeder Mensch individuell ist und sich nur schwer in eine Schablone oder Schublade pressen lässt. Tatsächlich werden einzelne Phasen oft übersprungen oder fallen qualitativ nur gering aus oder es kommt gar zu Rücksprüngen auf vorangegangenen Stadien.

Wichtig für Berater ist zu wissen und zu erkennen, in welcher Phase der Betroffene sich jeweils befindet, um angemessen mit ihm kommunizieren zu können, um auf seine Bedürfnisse eingehen zu können, um ihn angemessen beraten und ihm helfen zu können.

#### **Hier sind Sie, als Berater, sehr gefordert!**

Man muss als Betroffener nicht alle Phasen durchlaufen, auch nicht in der speziellen Reihenfolge. Manche Betroffene lassen manche Phasen aus, so kommt es z. B. bei einigen Sehbehinderten und Blinden nicht immer zur Phase der Aggression oder diese Phase ist in ihrer Intensität nur ganz leicht ausgeprägt. Manchmal kann es sein, dass man, wenn man die Sehbehinderung eigentlich schon angenommen und akzeptiert hat, nach einer gewissen Zeitspanne erneut auf die Phase der völligen Traurigkeit zurückfällt. Diese Phase der völligen Traurigkeit dauert dann vielleicht nicht mehr so lange oder ist nicht mehr so stark ausgeprägt wie vorher. Manchmal gibt es aber auch sogenannte Mischphasen, so z.B. eine emotionale Mischung aus Aggression und völliger Traurigkeit. Wie gesagt, jeder Mensch ist individuell und lässt sich nicht in ein Schema pressen.

Die Phasen sind nicht schlecht oder negativ, sondern Zeichen einer gesunden und normalen Verarbeitung der Krisensituation. Es ist sogar regelrecht notwendig, diese Phasen zu durchlaufen, auch wenn dies bei jedem Menschen unterschiedlich verläuft. Daher sollte es nicht Ziel der Beratung sein, eine Phase abzukürzen oder zu überwinden, sondern die Ratsuchenden in den Phasen zu begleiten, in denen sie sich gerade befinden.

### **3.1. Phase 1 – Nicht-wahrhaben-wollen**

„Sie werden wahrscheinlich blind oder stark sehbehindert“. Diese wenigen Worte von einem Augenarzt bringen eine ganze Welt ins Wanken. In dieser Phase fällt es den Betroffenen noch schwer, ärztlichen Diagnosen und Befunden Glauben zu schenken und zu erkennen, was mit ihnen passiert. In dieser Phase kann es zum Erleben eines Schocks kommen. Hier werden einige Beispiele genannt:

- Fassungslosigkeit
- Ohnmacht
- Ratlosigkeit
- Erstarren
- Betäubung
- Empfindungslosigkeit
- Ruhelosigkeit
- Lähmung

Manche beschreiben den Schockzustand mit den Worten „eingefroren sein vor Entsetzen“. Bei einem Schock scheint die Wirklichkeit unannehmbar zu sein. Ein Schockzustand kann auch positiv sein, als emotionaler Schutz, weil die Gefühle sonst eventuell zu massiv sind. Ein Mensch schützt sich davor, vollkommen überwältigt zu werden und Kurzschlusshandlungen zu begehen. Im Schock kann der Mensch weiter funktionieren. Es kann zu Bewusstseins Einschränkungen kommen, d.h. dass man die Realität nur beschönigend wahrnimmt; das Alltagserleben wird unwirklich, man nimmt alles wie durch einen Nebel wahr, man nimmt Nebensächlichkeiten eher wahr als das Wesentliche.

Die Verdrängung ist ein wichtiges Instrument, um den Schock überwinden zu können und um trotz der schlimmen Nachricht weiterleben zu können.

Der ärztlichen Diagnose wird nicht geglaubt: „Das muss ein Irrtum sein“.

Man misstraut dem Arzt und auch allen anderen, die es aussprechen.

Und das, obwohl man in verschiedenen Bereichen die Sehverschlechterung wahrnimmt, beim Einkaufen, beim Straße überqueren, weil man Personen nicht mehr erkennt usw.

## **Das Gehirn weiß unbewusst, dass eine Sehbehinderung da ist, das Gefühl verneint es aber.**

Allmählich kommt dem Betroffenen dann doch die Tatsache seiner Behinderung zu Bewusstsein, nämlich spätestens dann, wenn die Anzeichen für eine Sehbehinderung sich nicht mehr leugnen lassen, wenn der Betroffene immer schlechter sieht, er immer wieder wo anstößt, wenn er sich auf der Straße unsicher fühlt, wenn er beim Einkaufen Schwierigkeiten hat usw. Er weiß vom Kopf her, dass er eine Sehbehinderung hat, sagt dann aber zu sich selbst „Ja, aber das kann doch nicht wahr sein“, er will es nicht wahrhaben. Die Seele und das Herz fühlen ein deutliches "NEIN!" "Nein!", weil das, was hier geschieht, einfach nicht sein darf; "Nein!", weil es im Moment alles zu zerstören scheint, das ganze Leben, das man sich aufgebaut hat, Hobbys, die Arbeit, usw. "Nein!", weil es einfach kaum auszuhalten ist.

Diese innere Zerrissenheit kostet Kraft und führt in die Phase der Aggression. Gerade in dieser Phase ist es wichtig, Menschen wie Ihnen zu begegnen, die ehrlich und einfühlsam auf den Betroffenen eingehen.

### **3.2. Phase 2 - Aggression**

"Warum gerade ich ...?". Diese Frage stellen sich auch viele andere Menschen, so z. B. Krebskranke, anderweitig schwer Erkrankte, Eltern mit einem behinderten Kind oder wo das Kind stirbt und viele Menschen mit anderen schweren Problemen. „Warum gerade ich? Warum gerade wir?“. Diese Frage wird auf der Welt wohl sehr, sehr oft gestellt.

Die Gewissheit manifestiert sich allmählich im Bewusstsein, wird aber emotional abgewehrt.

#### Abwehrreaktionen:

- Zorn
- Wut
- Hass
- Ablehnung
- Verzweiflung
- Ungesteuerte aggressive Gefühlsausbrüche gegen alles und jeden

Die 2. Phase wird bezeichnet als aufbrechende chaotische Emotion. Diese Bezeichnung gibt sehr prägnant das wieder, was viele Betroffene durchleben. Die Gewissheit manifestiert sich im Bewusstsein und löst als Abwehr gegen die Wirklichkeit emotionale, ungesteuerte, aggressive Gefühlsausbrüche wie Ablehnung, Wut oder Zorn aus. Sie sind Blitzableiter für die Aggressionen, die sich gegen das eigentliche Problem – die Sehbehinderung – nicht richten können; dagegen ist man machtlos. Der Betroffene kann damit aber auch Gegenaggression hervorrufen. Dadurch kann sich die Situation verschlimmern und Ehekrisen, Trennungen, familiäre Zerwürfnisse können die Folge sein. Die fast bedrohlich angestauten Gefühle können oft impulsiv, sehr intensiv und völlig ungesteuert hervorbrechen. In dieser Phase erscheint der Umgang mit dem Betroffenen besonders schwierig, da er häufig überkritisch reagiert und seine ohnmächtige Wut auf alle anderen richtet. Hier sind Sie als Berater dann sehr stark gefordert.

Es gibt auch noch die sogenannte autoaggressive Form. In dem Fall richtet sich das aggressive Verhalten gegen sich selbst. Die Betroffenen beschimpfen sich selbst, verletzen sich selbst, sind emotional schwer getroffen oder äußern Todeswünsche.

Aggression gegen sich selbst richten (autoaggressive Form)

- Man schimpft mit sich selbst.
- Man verletzt sich selbst.
- Geht zu hart mit sich selbst um, wenn etwas nicht mehr funktioniert.

Allerdings muss die Phase der Aggression auch nicht so stark ausgeprägt sein wie oben beschrieben. Das ist abhängig von der jeweiligen Grundpersönlichkeit der betroffenen Menschen.

Auch wenn die Phase der Aggression für alle sehr schwer zu ertragen ist, hat sie eine wichtige Funktion. Die Betroffenen gewinnen Energie zurück und beginnen zu handeln. Die Aggressionen auszuleben hilft, die Handlungsunfähigkeit der ersten Phase zu überwinden, sie führt in die Phase der Verhandlung.

### **3.3. Phase 3 – Verhandlung**

Geprägt durch die Überlegung: "Wenn..., dann muss aber...?" werden verschiedene Aktivitäten angestrebt. Die Betroffenen reisen von Arzt zu Arzt, von Augenklinik zu Augenklinik. Nicht selten werden Ärzte und Therapeuten im Ausland aufgesucht. Es werden aber auch Verhandlungen mit Gott und dem Schicksal angestellt: z. B. "wenn ich wieder sehen kann, dann werde ich



einer kirchlichen Institution eine Spende geben". Andere Betroffene unternehmen Wallfahrten oder probieren homöopathische Mittel oder sogar alle möglichen Wundermittel aus, um dem unausweichlichen Schicksal doch noch zu entkommen. Ihr Motto ist: „Aber es muss doch ein Mittel geben...“. All diese Aktivitäten bergen die nachvollziehbare Hoffnung in sich, die drohende Erblindung oder Sehbehinderung ungeschehen zu machen. Gleichzeitig dienen sie zur Vermeidung von Schuld. Es wird versucht, sich mit aller Macht aus der Not zu befreien, indem alle Möglichkeiten ausgenutzt werden. Die vielen, teilweise absurden, Aktivitäten der Betroffenen in der Phase der Verhandlung haben auch eine wichtige Funktion: Es ist völlig natürlich, von einer Krankheit geheilt werden zu wollen. Wer sich ein Bein bricht, will nicht lernen, mit dem Rollstuhl zu fahren, sondern, dass das Bein wieder gut zusammen wächst. Wer nicht alles versucht hat, um geheilt zu werden, macht sich vielleicht irgendwann Vorwürfe, dass sie oder er nicht genug unternommen hat. Und die vielen Aktivitäten helfen zur Einsicht, dass es nichts hilft und man anders mit der Behinderung umgehen muss.

Es wird alles versucht, um die Dinge wieder „in Ordnung“ zu bringen.

- **„Arzthopping“** – irgendeiner muss doch die Diagnose widerlegen  
Ärzte, Kliniken, Therapeuten aller Art
- **„Wunderheilung“** – irgendjemand muss sich doch finden, der mir hilft,  
von Akupunktur über Homöopathie bis zur Wunderheilung, im In- und  
Ausland
- **Verhandlung mit Gott:** „Wenn ich wieder sehen kann, dann...“  
(Wallfahrten, regelmäßige Spenden...)
- **Hoffnung**, die drohende Sehbehinderung / Erblindung ungeschehen zu  
machen

Aggression und Verhandlung sind Phasen der stärksten und chaotischsten Emotionen. Während dieser Phasen werden sehr intensive, meist schwere und belastende Gefühle durchlebt. Oft haben diese Emotionen die Qualität eines tiefen inneren Schmerzes. Der Verstand kann in solchen Situationen kaum noch Herr der Lage (über die Gefühle) werden. Es wird ein emotionaler Strudel durchlebt, dem der Betroffene trotz heftigster Gegenaktivität nicht entweichen kann. Manche Betroffene haben das Gefühl, sie könnten verrückt werden. Dies ist nur zu verständlich, da die Sehbehinderung oder Erblindung ja auch tatsächlich Grundlegendes im Leben verrückt - sprich: verändert hat. Sowohl im alltäglichen Leben wie auch in der eigenen Gefühlswelt.

Trotz der brodelnden und heftig arbeitenden Emotionen müssen die Betroffenen ja ihren Alltag weiterhin bewältigen und nicht nur das, sie müssen vieles komplett neu lernen. Oft fehlt die Zeit, um zur Ruhe zu kommen, um all das zu erlernen, was man eigentlich braucht, um Hilfe und Unterstützungsmöglichkeiten anzunehmen.

Da die meisten Verhandlungsversuche fehlschlagen, kommt es bei den Betroffenen zu großen Enttäuschungen. Wenn trotz aller Versuche nichts hilft, fühlt man sich enttäuscht und diese Enttäuschung führt zur Phase der völligen Traurigkeit.

### **3.4. Phase 4 – völlige Traurigkeit**

Es ist kaum verwunderlich, dass sich nach dieser sehr intensiven und anstrengenden 3. Phase die Phase der völligen Traurigkeit anschließt. Der Betroffene erkennt, dass all seine Aktivitäten die Sehbehinderung nicht ungeschehen machen können. Seine Gedanken lauten z. B. "Wozu? Alles ist doch eh sinnlos..." Im Alltag hat der Betroffene oft kaum noch Kraft, die Aufgaben zu bewältigen. Alles scheint grau in grau, manchmal sogar schwarz. Es wird erkannt, dass nichts mehr zu machen ist. Die Sehbehinderung wird nun auch emotional bewusst wahrgenommen.

Man ist durch das bisher durchlebte verausgabt, es kostete körperlich und seelisch viel Kraft und Energie.

Schlagworte sind:

- Alles ist sinnlos.
- Ich bin hilflos.
- Ich kann nichts mehr selbst machen.
- Ich habe versagt.
- Ich habe keine Zukunft.

Die nach außen gerichteten Emotionen und Aktivitäten sind verausgabt. Sie kosteten sehr viel körperliche und auch seelische Energie. Die Unausweichlichkeit der Realität und der Krise führt zu Verzweiflung, Resignation und völligen Traurigkeit. Hierbei können auch Emotionen wie Sinnlosigkeit, Hilflosigkeit, das Gefühl versagt zu haben und Zukunftsängste auftreten. Diese Phase der völligen Traurigkeit ist geprägt durch den Abschied der letzten irrationalen Hoffnungen, sowie Trauer über den Verlust der Sehkraft und die Angst vor den Folgen. Man orientiert sich und sieht nur das, was man

nicht mehr tun kann (**defizitorientiert**). Viele Menschen ziehen sich zurück, gehen nicht mehr aus dem Haus, haben Angst vor „draußen“ (**Isolation**).

In dieser Phase kommt es für den Betroffenen sehr darauf an, die für diese Phase typische Trauer um tatsächlich oder auch vermeintlich Verlorengangenes zu überwinden, um nicht auf dieser Stufe stehen zu bleiben und lebenslang in sozialer Isolation zu verharren.

Tiefe Trauer:

- um den Sehverlust.
- um alles, was man bisher tun konnte und nicht mehr möglich ist.
- um alles, was man für die Zukunft plante und nicht mehr möglich sein wird.

**Diese Trauer ist völlig natürlich und keine krankhafte Depression.**

„Weinen ist der erste Schritt zu Genesung“.

„Wer weinen kann, ist emotional gesund“.

Die Trauer hilft, den Ist-Zustand anzunehmen:

- Manche schaffen es alleine.
- Manche schaffen es mit Hilfe von Angehörigen oder Freunden oder der Blinden- und Sehbehindertenselbsthilfe.
- Manche schaffen es mit Hilfe von Psychotherapeuten oder Psychologen.

Wenn Sie sich als Beraterin oder Berater mit der Trauer von Ratsuchenden überfordert fühlen, können sie auch vorschlagen, eine psychologische Beratung oder Psychotherapie aufzusuchen.

Diese Phase ist eine wichtige Phase in der Bewältigungszeit und braucht Zeit, beim Einen mehr, beim Anderen weniger. Wenn man die Zeit der völligen Traurigkeit überwunden hat, ist es die Vorbereitung auf die Phase der Annahme.

### **3.5. Phase 5 - Annahme**

Man findet sich mit der Tatsache ab, dass eine Sehbehinderung da ist. Die Betroffenen haben in dieser Situation alle „Kampfphasen durchlitten“. Sie sind befreit von Nicht-wahrhaben-wollen, Aggression, Verhandlung und völligen Traurigkeit. Manche fühlen sich leer, fast willenlos, jedoch auch

entspannt und wie von einer Last befreit. Manche auch erschöpft wie nach einem Marathonlauf.

Jetzt wird nicht mehr danach gefragt, was schon verloren ist, sondern im Vordergrund steht die Überlegung, was Mann/Frau mit dem, was noch da ist, tun kann. Der sehbehinderte bzw. blinde Mensch nimmt seine Behinderung an und wird sich seiner verbliebenen Fähigkeiten bewusst. Er lebt nicht mehr gegen, sondern mit der Behinderung.

Oft werden hier kreative Lösungen für alltägliche Probleme gefunden, z.B.:

- beim Ampelüberqueren der „großen Masse“ folgen
- automatisch größer Schreiben
- evtl. öfter das Licht einschalten, bessere Lampen kaufen
- „krähender Bierkrug“ mit Lichtreaktion als Warnung vor offenstehender Küchenschranktür

Nicht mehr ein Wunschdenken steht bei den Betroffenen im Vordergrund, sondern jetzt kommt die Bereitschaft, sich der Tatsache der Behinderung zu stellen und sie als unausweichlich anzunehmen. Aus dem „gegen die Behinderung agieren“ wird ein „mit der Behinderung leben“. Es ist ein befreites Gefühl – ein Neubeginn.

Die Therapien dienen nicht mehr zur Heilung, sondern zur Lebenserleichterung und Verbesserung der Lebensqualität.

„Ich lebe jetzt mit meiner Sehbehinderung bzw. Blindheit.“

„Was kann ich trotz der Sehbehinderung immer noch?“

„Welche Hilfen brauche ich dazu?“

### **3.6. Phase 6 - Aktivität**

Durch die Annahme der realen Lebenssituation werden neue Kräfte frei. Es eröffnen sich neue Wege im Umgang mit der eigenen Lebenswirklichkeit. Die Betroffenen lernen mit ihrer speziellen Situation zu leben und versuchen das Beste daraus zu machen.

Diese Phase mit dem Tenor „Ich tue das ...“ ist die Basis, in der alle Selbsthilfe- und alle Initiativgruppen wurzeln.

Selbsthilfegruppen sind sehr hilfreich bei der Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen. Hier können sich Betroffene mit anderen Betroffenen austauschen. Sie bekommen Tipps bzgl. hilfreicher Bewältigungsstrategien, letztendlich wird dem Betroffenen beim Aufbau eines neuen Lebens auf praktische Art und Weise geholfen. Auch in Krisen erfährt man Hilfe und Verständnis.

### **3.7. Phase 7 - Solidarität**

Man beschäftigt sich nicht mehr nur mit sich selbst und seiner Erblindung oder Sehbehinderung, sondern man übernimmt gesellschaftspolitische Verantwortung, so wie Sie alle das tun. Manchmal empfinden Menschen diese gegenseitige Unterstützung als so hilfreich, dass sie den Wunsch entwickeln, selbst zu helfen.

Die eigene Sehbehinderung bzw. Blindheit rückt zugunsten einer gesellschaftlichen Perspektive in den Hintergrund. Inhalt des durch die Krisenverarbeitung neu geprägten Lebens ist die individuell und solidarisch gestaltete Aufgabe. Die Solidarität mit anderen Betroffenen führt zu gemeinsamem Handeln, z.B. zur Gründung einer Selbsthilfegruppe oder zur ehrenamtlichen Tätigkeit.

## **4. Abwehrmechanismen**

(aus einem Referat von Klaus-Jürgen Schwede 1996)

Wir können bei neu erblindeten Personen verschiedene Abwehrmechanismen beobachten, deren Funktion es ist, sie vor der schmerzhaften Erkenntnis der Unumkehrbarkeit ihrer Situation, die sie zunächst nicht verkraften könnten, zu schützen. Es ist wichtig festzustellen, dass es "sich hierbei nicht um einen krankhaften Prozess, sondern um eine gesunde Reaktion im Sinne einer psychischen Entlastung handelt. Der Beratende darf dem Neuerblindeten diese Schutzmechanismen nicht nehmen, wenn er sich nicht sicher ist, entsprechende Alternativen anbieten zu können."

### **A: Regression**

Begünstigt durch seine anfängliche Hilflosigkeit flüchtet sich der Neuerblindete in ein Abhängigkeitsverhältnis ähnlich dem Eltern-Kind-Verhältnis. Er gibt eigene Verantwortlichkeit ab, um dafür verstärkte emotionale Zuwendung zu erhalten.

## **B: Verdrängung**

Verdrängung bedeutet Verleugnung der Realität. Tatsächliche Bedürfnisse, Einschränkungen oder die eigene Leistungsfähigkeit werden gar nicht oder verfälscht wahrgenommen. Die folgenden Beobachtungen im Umgang mit Neuerblindeten spiegeln diesen Bewältigungsprozess wieder:

- Der Neuerblindete vermeidet den Gebrauch des Wortes "blind".
- Er strebt als berufliches Ziel eine Tätigkeit an, die für Blinde nicht möglich ist.
- Er plant den Kauf eines neuen Fahrzeuges, obwohl kein Fahrer vorhanden ist und nur er einen Führerschein besitzt.

So fasst der Behinderte für sich Pläne, die aufgrund seiner Blindheit völlig unrealistisch sind.

## **C: Rationalisierung**

Dies ist der häufigste Abwehrmechanismus bei blinden Menschen: Wenn sie sich eine Tätigkeit oder die Bewältigung einer Situation nicht zutrauen, geben sie rationale Gründe an, warum sie das Problem erst gar nicht in Angriff nehmen. Von der Richtigkeit dieser "Argumente" sind sie selbst überzeugt.

Beispiel: Menschen, die einsam sind, behaupten, dass sie sich alleine am wohlsten fühlen. Zunächst spüren sie zwar noch die Einsamkeit als schmerzhaft empfindung. Mit der Zeit lässt jedoch dieses Gefühl nach und der Wunsch nach Kontakt zu anderen Menschen verschwindet tatsächlich.

## **D: Verschiebung des Objekts**

Da der Betroffene seine Aggressionen nicht gegen sein Schicksal richten kann, lässt er sie an anderen, z.B. an Angehörigen und Freunden aus.

## **E: Projizierung**

Hierbei wird die Schuld oder Verantwortung für missliche Situationen bei anderen Personen oder auch Institutionen gesucht. Sie wird auf diese projiziert.

Beispiel: Ein Gegenstand ist nicht dort zu finden, wo der Erblindete ihn sucht. Er gibt dem sehenden Familienmitglied die Schuld, weil es ihn nicht an die richtige Stelle gestellt hat.

Die Projizierung kann soweit führen, dass z.B. Ärzten die Schuld für die Erblindung zugeschoben wird.

## **F: Überkompensation**

Der Neuerblindete lehnt jegliche Form von Hilfe ab, weil er seine eigene Leistungs- und Bewältigungsfähigkeit überschätzt.

## **5. Erfahrungsbericht einer Betroffenen**

### **Zwischen Hoffnung und Augenklinik** (Gisela Bechler)

"Unter den Blinden ist der Einäugige König", sagt das Sprichwort. Setzt man für "der Einäugige" "der Sehbehinderte", so sind wir Nichtsehenden von vielen "Königen" umgeben, die Gott sei Dank nun auch in unseren Verbänden und Vereinen Aufnahme und Betreuung finden. Sie werden oft wegen ihres Sehrestes beneidet. Dass sie aber manchmal ganz "arme Könige" sind, will ich an meiner eigenen Geschichte aufzeigen.

Ich war ungefähr 17 Jahre alt, als ich mich bewusst im Spiegel betrachtete. Wegen eines rotatorischen Nystagmus (Augenzittern) und zu klein geratenen Augen, die auch noch schielten, sah ich so ganz anders aus als der "normale" Mitmensch. Immerhin sah ich, wie mir die Blicke meiner Zeitgenossen meist jüngeren Datums neugierig folgten. Zwar hatte mein kleiner Bruder während unserer Kindertage beim Spielen manche Schlacht für mich geschlagen, und zwar immer dann, wenn meine sehenden Spielgefährten mir einmal wieder mein Aussehen ins Bewusstsein bringen wollten, indem sie mich als "scheele Printe" beschimpften, was auf Mühlheimer Platt etwa ein "schielendes Gebäck" ist.

Mit 17 Jahren ist man noch nicht so gefestigt, dass man das „Angestarrtwerden“ oder die heimlichen und manchmal lauten Bemerkungen erträgt. Träumt man doch von einer "normalen" Partnerwahl in einer "normalen" Welt.

Selbstwertgefühl vermittelte der Schonraum der Blindenstudienanstalt in Marburg. Hier war ich wirklich die "einäugige Königin", die ihren Mitschülern helfen und sich mit ihrem Sehrest weit überlegen fühlen konnte.

Aber war ich das wirklich? In jugendlichem Übermut überschätzte ich meine visuellen Möglichkeiten häufig, begab mich mit anderen in Gefahr, bloß nicht zugeben, dass man sich auf unbekanntem Terrain selbst unsicher und überfordert fühlt, übrigens eine Haltung, die man bei vielen Sehbehinderten antrifft.

Nach meiner Marburger Zeit fand ich sofort eine Anstellung bei der Stadtverwaltung Mülheim/Ruhr. Ich musste dort als Verwaltungsangestellte zum Beispiel Wassergeldbescheide für Vertriebene und Flüchtlinge erstellen. Darauf, dass ich als Sehbehinderte eingestellt worden war, nahm man keine Rücksicht. "Seien Sie doch froh, dass Sie Arbeit haben in dieser schlechten Zeit."

Nun war mein Sehvermögen äußerst gefragt, täglich 8-9 Stunden Naharbeit. Bald sagte mir ein Augenarzt, dass es eine Möglichkeit gäbe, den inzwischen sich verdichtenden grauen Star zu operieren. Nach diesem Eingriff trug ich eine dicke Starbrille, konnte aber wieder in zwanzig Zentimeter Abstand lesen und schreiben, was von den Arbeitskollegen sofort beifällig registriert wurde.

Ich lief jetzt viel herum, sah mir Bauwerke, die Mode in den Kaufhäusern, Parks und Blumenausstellungen an, machte informative Reisen und war wirklich eine "Königin", beschenkt und neugeboren mit einem Visus von 15% bei vollem Gesichtsfeld.

Eines Morgens, als ich wieder einmal am Schreibtisch meines Arbeitgebers saß, fielen mir plötzlich "bunte Ringe" um die Lichtquellen der sonst tristen, schwarzen Schreibtischlampen auf. Das war der Tag, an dem meine "Leidensgeschichte" begann. Ich will hier kein Mitleid heischen, nur um Verständnis für all diejenigen bitten, die nach mir ein ähnliches Schicksal erleiden, denn die Medizin kann heute schon manches - Kryotechnik und Laser kommen zum Einsatz - aber das Auge ist ein so komplexes Organ, dass man bis jetzt noch nicht weiß, wie manche Krankheiten aufzuhalten sind.

Es hatte sich bei mir also ein sekundärer grüner Star entwickelt, der sich durch Tropfen nicht einstellen ließ. Also packte ich die Gelegenheit beim Schopf und wechselte zunächst einmal meinen Arbeitsplatz, indem ich mich in die städtische Augenklinik versetzen ließ; mit der heimlichen Hoffnung, dass man dort, wenn ich erst einmal gute Arbeit geleistet hätte, meinen Augendruck regelmäßig kontrollieren könne. Mein Sehvermögen schwankte sehr stark, waren morgens oft Schleier vor meinen Augen, so konnte es geschehen, dass ich mittags "normal" sah, plötzlich aber dann wieder Ringe.

Durch Härte zu mir selbst und viele Überstunden hatte ich mir inzwischen die Sympathie der Ärzteschaft erworben und war zur Sekretärin eines spanischen Oberarztes avanciert.

Traurig und tragisch war nur, dass ich psychisch abhängig von meinen Augen wurde. Sah ich gut, war ich freudig, das Nebelsehen weckte in mir depressive



Stimmungen. An keinem Tag konnte ich mich auf meinen Visus einstellen und verlassen.

Als mein Chef alle damals üblichen Augentropfen an mir erprobt hatte, wurde ich auf Diamox-Tabletten umgestellt. Jetzt konnte ich wieder die Patienten im Wartezimmer erkennen, musste mich aber häufig übergeben, da ich die Medikation nicht vertrug.

Nachdem ich bis auf achtzig Pfund abgemagert war, wurde ich zweimal operiert. Dann war ich blind. Ich war - um im Bild zu bleiben - von der reichen zur armen "Königin" geworden und bin für den außenstehenden geneigten Leser sicherlich heute in der Rangfolge der Edelleute ganz unten angesiedelt.

27 Jahre meines Lebens habe ich alle Höhen und Tiefen einer Sehbehinderung erlebt. Zusammengefasst waren es Selbstüberschätzung, ein Nicht-Wahr-Haben-Wollen, ich sehe ja noch so gut, eine physische und psychische Abhängigkeit vom Augendruck, "Was werde ich morgen noch sehen?" und eine körperliche Schwäche durch aggressive Medikation.

Wäre ich nicht erblindet, hätte ich wahrscheinlich physisch bleibende Schäden erlitten. Als ehemalige Mitarbeiterin in einer Augenklinik weiß ich, dass Sehbehinderte oft zwischen Hoffnung und Verzweiflung leben. "Wird der Röhrenblick sich schon bald weiter verengen?", "Sind die tanzenden Schlieren vor den Augen, die von einer Einblutung herrühren, nicht mehr geworden?"

Viele Sehbehinderte haben ihre eigene angstmachende Geschichte.

Ich bin heute blind, fröhlich und körperlich weitgehend gesund, also nach einer Phase des Sich-Selbst-Annehmens wirklich unabhängig und zufrieden.

Das Mobilitätstraining hat mein Selbstwertgefühl noch gestärkt. Es verletzt mich nicht mehr, wenn die Leute mir nachschauen. Vielleicht sind es ja manchmal bewundernde Blicke, wenn ich mit meinem Langstock die Straße überquere. Ich würde es mir wünschen.

Nur manchmal, wenn ich irgendwo Urlaub mache, denke ich, es wäre doch schön, 5 Minuten sehbehindert zu sein, dann dürfte sich das triste Grau der Blindheit ruhig wieder einstellen, denn – wie gesagt – es ist oft nicht leicht, sehbehindert zu sein.

## **6. Weiterführende Informationen**

### **6.1. Bücher**

- Schuchardt, Erika  
Warum gerade ich...? - Leben lernen in Krisen - Fazit aus  
Lebensgeschichten eines Jahrhunderts.  
ISBN 978-3-525-62421-0
- Schuchardt, Erika  
Diesen Kuss der ganzen Welt - Wege aus der Krise. Beethovens  
schöpferischer Sprung  
ISBN-10: 3487085208
- Glofke-Schulz , Eva-Maria  
Löwin im Dschungel - Blinde und sehbehinderte Menschen zwischen  
Stigma und Selbstwerdung  
ISBN 978-3-89806-735-5
- Glofke-Schulz, Eva-Maria; Rehmert, Wolfgang P. (Hrsg.)  
Die zerbrochene Kugel - Leben mit degenerativer Netzhauterkrankung  
ISBN 13: 9783932133800, ISBN 10: 3-932133-80-3

Die Bücher von Frau Glofke-Schulz sind für blinde und sehbehinderte Menschen als DAISY-Audio-CD, die eine Aufsprache des Werkes enthält, erhältlich.

Bestellung bei: Frau Stolz Mobil: 064121 94 888 17, DVBS Magdeburg oder über den medibus Katalog.

<http://www.dvbs-online.de/php/dvbs-news253.htm>

### **6.2. Webseiten zum Thema**

Webseite des DBSV

<https://www.dbsv.org/psychologische-beratung.html>

Webseite von Frau Prof. Dr. Erika Schuchardt

<http://www.prof-schuchardt.de/>

Webseite von Frau Eva-Maria Glofke-Schulz

<http://www.psychotherapie-glofke-schulz.de/index.php>

### **6.3. Videos zum Thema**

YouTube Channel von Frau Prof. Dr. Erika Schuchardt

[www.youtube.com/user/profschuchardt](http://www.youtube.com/user/profschuchardt)

## **7. Psychologische Beratung**

Notrufnummern in Krisensituationen:

1. Bundesweite Telefonseelsorge, rund um die Uhr, 24h, kostenlos:
  - 0800-111 0 111 (evangelisch)
  - 0800-111 0 222 (katholisch)
2. Regionale Notrufnummern
  - Es gibt viele regionale Krisentelefone. Dazu kann man in die Suchmaschine das Wort „Krisentelefon“ und sein Bundesland oder auch seine Stadt oder Region eingeben. Weiterhin kann man auch „Psychiatrischer Bereitschaftsdienst“ und die Region eingeben.
  - In jeder Gemeinde gibt es Sozialpsychiatrische Dienste, die Menschen in psychischen Krisen und bei psychiatrischer Erkrankung Beratung bieten und weitere Hilfen vermitteln. Meistens sind die Sozialpsychiatrischen Dienste bei den Gesundheitsämtern angesiedelt. In jedem Fall erfährt man die Adresse und Telefonnummer des nächsten Dienstes über die Gemeindeämter.
  - Auf dieser Internetseite sind viele regionale Krisenanlaufstellen aufgelistet: [www.suizidprophylaxe.de](http://www.suizidprophylaxe.de)
3. Kassenärztlicher Bundesverband
  - Über die bundesweite Arztsuche kann man auch Psychologen und Psychotherapeuten finden.
  - [Arztsuche in Deutschland](#)

## **8. Impressum**

Für Beratende der Mitgliedsvereine im DBSV ist dieses Dokument Teil der Wissensdatenbank, Onlinekurs und Skript zum Präsenzseminar für die Beraterqualifizierung nach Blickpunkt Auge Standard.

Dieses und alle anderen Online-Kurs-Skripte finden Sie unter

<https://www.dbsv.org/Onlinekurse.html>

- Word-Dokument

- PDF-Datei
- DAISY-Hörbuch als ZIP-Datei
- Brailledatei zum Ausdrucken (28 Zeichen pro Zeile und 28 Zeilen pro Seite)

Zudem finden Sie dort jeweils ein Word-Dokument mit den Aufgaben, die zum Online-Kurs gehören.

Herausgeber: Blickpunkt Auge des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes e.V. (DBSV), [www.blickpunkt-auge.de](http://www.blickpunkt-auge.de) und [www.lernen.dbsv.org](http://www.lernen.dbsv.org)

Autor: Susann Beck-Lindenthal

Dieser Kurs bezieht sich auf das Buch von Erika Schuchardt: Warum gerade ich...? „Leben lernen in Krisen“. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 12. Auflage 2006 und dem Skript von Frau Susann Beck-Lindenthal, Diplom Psychologin BFW Würzburg sowie dem Skript von Frau Annette Diessner, Sozialpädagogin beim BBSB.

Stand: Juli 2018