

Die Sinnkrise der PatientInnen Krebs und Aids- sinnloses Sterben?

Der Tod: "Steh auf! Wirf dies ererbte Grauen von Dir!
Ich bin nicht schauerlich, bin kein Gerippe!
Aus des Dionysos, der Venus Sippe,
Ein grosser Gott der Seele steht vor Dir. "

Hugo von Hofmannsthal

O Herr, gib jedem seinen eigenen Tod,
das Sterben, das aus jenem Leben geht
darin er Liebe hatte, Sinn und Not"

Rilke

Die Sinnkrisen und schwarzen Verzweiflungen unserer PatientInnen haben viele Gesichter und Gestalten. Wir haben das dunkle Antlitz des Todes gewählt und den Schrecken der Gewalt, um deutlich zu machen, wie in diesen Grenzregionen der Archetyp von Sinn und Sinnlosigkeit erfahrbar wird.

Wir bewegen uns in diesem Kapitel im Grenzland zwischen Medizin und Psychologie, Psychotherapie und Seelsorge, Bewusstem und Unbewusstem, Leben und Tod. Wenn wir mit krebs- und aidskranken Menschen arbeiten, mit Gefolterten und Vergewaltigten, wandern wir durch die "Todeslandschaften" der Seele. Oft erleben wir dabei, dass "etwas" uns den Boden unter den Füßen wegzieht, dass wir überwältigt werden und in eine Tiefe fallen, die Unterwelt-Charakter hat. Wir meinen damit einen Zustand, in den uns die Krankheit oder das Trauma hineingezwungen hat, die stummen Löcher, in die wir fallen und aus deren Perspektive wir das Leben als total verändert erfahren .

Wir sprechen von Grenzerfahrungen und Grenzüberschreitungen, Grenzen der Macht und Grenzen des Machbaren, Grenzen des Leides und des Ertragenkönnens. Wir betreten die Kammern der dunklen Tiefe, der Zerstörung, Auflösung und des Zerfalls. In der Begegnung mit Krebs und Aids treffen wir auf das Ausgegrenzte, Verdrängte, Stigmatisierte und auf die unerbittliche Frage, was diese Krankheit, dieses Sterben und dieses Leben letztlich von mir will. Meine eigene Form finden, meinen Sinn erschaffen angesichts des Todes, meine Kreativität der Begrenzung entgegensetzen, das ist meine Individuation, mein Heimkommen zu mir selbst. Was C. G. Jung den Individuationsweg nennt, ist dieses ins-Eigene-kommen, die Subjektwerdung, in der Leben und Tod, Lichtes und Dunkles unauflöslich miteinander verknüpft und in einer dauernden Gegensatzspannung aufeinander bezogen sind. Angesichts des Verfalls und der Auflösung der äusseren Form bedrängt die Frage nach dem Muster und der Gestalt meines inneren Wesens in besonderer Weise. Wie kann ich die Idee und die "implizite Ordnung" des eigenen Seins im Chaos der Krankheit finden, Begrenzungen akzeptieren oder transzendieren? Wie kann ich im Labyrinth meiner Krankheit mir selber begegnen?

Krebs und Aids machen Angst. Es ist die Angst vor der psychischen Vernichtung, vor Desintegration und Enthumanisierung, vor dem Verlust der Kohärenz des Selbst. Es geht um die Angst vor Autonomieverlust, Abhängigkeit und Schmerz, Angst vor Verstümmelung und Verlassenwerden.

In der Psychotherapie müssen wir diese Angst aushalten können, die Sprachlosigkeit unserer PatientInnen, die gemeinsame Grenzerfahrung der Zeiten und die Begrenztheit des Lebensentwurfes. Wir müssen gemeinsam die Dunkelheit ertragen, still sein und vertrauensvoll daran glauben, dass sich im

Inneren unserer PatientInnen heilende Kräfte konstellieren, dass aus den Tiefen des Unbewussten schützende Bilder aufsteigen, die eine Neuorientierung und Wandlung von innen bewirken. Die Abgründigkeit dieser Erfahrungen, das Gefährliche und Unvertraute ängstigt uns. Es ist die Angst, die wir empfinden, wenn wir im Inneren des Labyrinths unterwegs sind, Angst vor dem, was im Zentrum auf uns lauert, Angst vor dem eigenen "Bösen", Angst vor dem unwiederbringlichen Hineingezogenwerden in den Prozess der Wandlung, der Begegnung mit unserem eigenen Inneren. Das Unheimliche und Unabwendbare dieses Wachstums und Zerfalls erschreckt, rüttelt auf, verwandelt. Viele Erkrankte, die sich tief in ihr Labyrinth hineinbegeben haben, strahlen etwas Grenzgängerisches aus. Sie führen ein "Grenzleben" (G. Vetter: Grenzleben. Diagnose Krebs. Zürich 1994), wissend, dass der Eingang ins Labyrinth auch der Ausgang ist, dass Leben und Tod zusammengehören. So ähneln sich auch die Metaphern, die für den Anfang und das Ende stehen, die Höhle als mütterlicher Raum der Geburt und die Erdhöhle als Grab.

Der Begriff Krebs, Karzinom ist schon von Hippokrates für nicht heilende Geschwüre verwendet worden. Wenn wir die Metaphorik des Krebstieres betrachten, kann uns die Symbolik helfen, die Krankheit und unsere Angst davor besser zu verstehen. Der Krebs hat einerseits die Tendenz, sich durch den Krebsgang ins Dunkel und in die Verborgenheit zurückzuziehen und sich durch seine Schalen zu schützen und abzugrenzen. Dem Krebs haftet der Charakter des Unheimlichen an, weil er auch aus dem Hinterhalt plötzlich angreifen und mit seinen Scheren zupacken und unvermutet Grenzen durchbrechen kann. Diese Symbolik trifft auch auf den Krebs als Krankheit zu. Er ist umgeben mit dem Odium des Unheimlichen und Bösen, das uns plötzlich hinterlistig überfällt (vgl. C. Hürny u. R. Adler in Meerwein 1991). Er ist eine Metapher für Tod und Sterben, für ein Thema, das in unserer schizoiden, auf Leistung und Fortschritt ausgerichteten Gesellschaft ausgegrenzt und tabuiert ist. Er verkörpert auch den symbolischen Ausdruck dessen, was in unserer hochtechnisierten Welt, in der alles machbar und beherrschbar scheint, besonders gefürchtet wird: das völlig Willkürliche und scheinbar Sinnlose, das sich unserer Kontrolle entzieht und uns aus dem Hinterhalt überrumpelt. Gleichzeitig ist der Krebs auch ein Ausdruck der nicht zu bändigenden Natur, die wir ausgegrenzt haben und die sich durch die Hintertür des Krankheitssymptoms wieder bemerkbar macht im unkontrollierbaren, unheimlichen Wuchern über die natürlichen Grenzen eines Organs hinweg in den ganzen Körper hinein.

Der Krebs zerstört Grenzen; er entzieht sich dem Regulationsmechanismus des Gesamtorganismus, ist abgekoppelt, unangepasst, anarchisch und invasiv. Er infiltriert durch sein chaotisches Wachstum die tieferen Schichten und durchbricht die Grenzmembran der Körperzellen, was in der Regel einen besonderen Grad der Malignität, der Bösartigkeit des Wucherns bedeutet. Wir haben eine irrationale Angst vor Krebs, der in der Häufigkeit der Todesursache hinter den Herzkreislauferkrankungen erst an 2. Stelle steht, aber weit mehr als diese wegen seiner Unheimlichkeit und "Bösartigkeit" gefürchtet wird. "Weltweit sterben jedes Jahr 4,3 Millionen Menschen an Krebs. Ein Zehntel aller Todesfälle sind krebsbedingt und pro Jahr wird mit ca. 6,35 Millionen neuer Krebsfälle gerechnet". (N. Teoh, WHO Genf, Symposium zum Thema Krebschmerz, Zürich April 1989)

Dennoch wird das Todesthema in unserer Zeit ausgegrenzt, der Tod und der Sinn bleiben Tabuthemen. Das zeigt sich auch in der bei KrebspatientInnen häufigen Verleugnungstendenz ihrer Krankheit gegenüber, die oft von Ärzten und Pflegepersonal verstärkt wird. Viele psychodynamische Untersuchungen

Krebskranke verweisen auf die starken Abwehrmechanismen in Form von Verdrängung und Verneinung emotionaler Belastungen: Verluste sind in der Biographie von Krebskranken besonders häufig anzutreffen, ohne dass die damit verbundene Angst und Trauer zugelassen wurde. Die Verleugnung als Nicht-wahr-haben-wollen kann in der Anfangsphase auch als Schutz verstanden werden, mit dem sich das Selbst gegen den Zerfall des Selbst- und Weltbildes zu wehren versucht.

Eine interessante Untersuchung in Bezug auf die Angst vor dem Tod (vgl. Meerwein 1991) belegt die bei Ärzten eine höhere latente Todesangst als die der Durchschnittsbevölkerung. Auch bei Psychotherapeuten ist die Todesthematik besonders besetzt; wir denken an Freud und Thanatos, wir erinnern uns an die Selbstmorde seiner Mitarbeiter Silberer und Tausk und den Selbstmord von Honegger, der mit Jung gearbeitet hat. Und ein Blick in die Statistiken zeigt uns, dass die Selbstmordrate der Ärzte bei Psychiatern am höchsten ist. Vielleicht können wir darin den Sog der Unterwelt mit ihren Augen des Todes erkennen, das Ansteckende des Traumas, die Gefährlichkeit unserer Arbeit mit den Geheimnissen der Tiefe. Für Hillman (J. Hillman: Am Anfang war das Bild. Unsere Träume- Brücke der Seele zu den Mythen. München 1979) ist der Tod die Grundangst unseres Berufsstandes und der Boom optimistischer, Heilung und Kreativität versprechenden Therapien nichts anderes als eine manische Abwehr dieser Todesangst.

In Bezug auf Krebs und Aids kann der Omnipotenzanspruch einer Apparatedizin, die angetreten scheint, den alten Menschheits Traum der Überwindung des Todes zu verwirklichen, als Überkompensation ihrer verleugneten Todesangst interpretiert werden. Häufig stellen diese Leiden einen kränkenden Angriff auf das berufliche Selbstbild der Ärzte dar. Unter diesen Umständen ist es auch verständlich, dass die Psycho-Onkologen auf den somatischen Krebsstationen keinen leichten Stand haben, da sie ihre Funktion darin sehen, Verleugnungen aufzudecken und zum Ausgegrenzten einen ganzheitlichen Zugang zu finden. Indem sie das Todestabu berühren, werden sie häufig selber tabu und ausgegrenzt. So kommt es oft zur Isolation der PsychologInnen und zu manifester Rivalität vonseiten der ÄrztInnen um das adäquatere Denk- und Behandlungsmodell.

Die Spaltung und Ausgrenzung, der Verlust ganzheitlichen Erlebens und das Thema der Entfremdung bilden sich auch im Umgang mit Krebskranken ab, je nachdem, ob der Focus mehr auf die Beseitigung der Krankheitsursache oder die Vertiefung der Lebensqualität und die schöpferische Anpassung an die Krankheit gerichtet wird. Die charakteristische Krebsstruktur, die sich in der Spaltung von Forschung und Versorgungspraxis zeigt, ist scharf kritisiert worden: " ein schier uferloses Wachstum des isoliert organismischen Sektors; seine Abspaltung von allen psychischen und sozialen Bezügen; Konzentration auf das Negative und Zerstörerische; Negation des Persönlichen, Subjektiven; Verdrängung von Trauer und Sterben in die sogenannte 'Terminalphase'; mangelnde Einordnung der einzelnen Teile in eine übergeordnete 'Gestalt'; kurz: Fragmentierung, Isolation, Negativität, Unlebendigkeit, Verdinglichung und andere Phänomene einer multiplen Entfremdung. " (Canacakis, J/Schneider, K. : Krebs. Die Angst hat nicht das letzte Wort. Stuttgart 1989, S. 274)

In der Sprache der Mythologie bedeutet diese Entfremdung und Fragmentierung den Verlust des zyklischen Bewusstseins, die Ausgrenzung der Grossen Mutter, der das Tierkreiszeichen des Krebses zugeordnet ist. Das weibliche Eingebundensein in kosmische Zusammenhänge, in den Zyklus der Natur durch Menstruation und Geburt hat nämlich teil an diesen archetypischen Erfahrungen von Tod, Verfall und Wiedergeburt, an dem sich wandelnden Grund des Seins.

Wenn in einer Kultur das weibliche Prinzip unterdrückt und entwertet wird, kann sich dieser Zustand als Leere, Sinnlosigkeit und Fragmentierung darstellen. Das unterdrückte Weibliche in unserer Kultur, der Verlust der Kontinuität von Geburt, Liebe, Aggression, Zerstörung und Wiedergeburt haben zur Sinnkrise unserer Zeit geführt, zur Entfremdung von der Natur und von uns selbst. Psychotherapie zielt auf die Aufhebung der Fragmentierung, auf Integration des Getrennten, auf eine neue sinnträchtige Orientierung an den Geheimnissen des Lebens und des Sterbens.

Entwürfe neuerer klinisch-onkologischer Handlungsmodelle betonen darum die Integration medizinischer und psychosozialer Aspekte im Sinne einer ganzheitlichen Medizin. Zu diesem ganzheitlichen Ansatz gehört die Erfahrung, dass Werden und Vergehen zum natürlichen Rhythmus des Lebens gehören, dass wir gerade in der Krise solcher Grenzsituationen mit dem Sterben als Teil des Lebens konfrontiert werden. "Wer nicht das Sterben gelernt hat, kann nicht das Leben lernen" heisst es im Tibetischen Totenbuch und um diese Einübung in das Sterben angesichts der Endlichkeit des Lebens geht es in der Psychotherapie mit Krebs- und Aidskranken. Wenn wir uns die Gespräche mit Todkranken vergegenwärtigen, ihre Aufzeichnungen lesen, dann beeindruckt, wie häufig diese Grenzerfahrungen zu einer Erweiterung des Lebens führen, zu einer Bewältigung der Angst und zu einer spirituellen Haltung, die Ja sagt zu dem, wie es ist und auch in der Unvollkommenheit des eigenen Lebensvollzugs die Vollkommenheit entdecken kann.

Der an Krebs erkrankte Peter Noll hat in seinen Diktaten über Sterben und Tod (München 1987) von seiner Erfahrung gesprochen, dass das Leben angesichts der Befristung durch den nahen Tod mehr Sinn habe, dass ein anderer Umgang mit der Zeit entstehe, dass die Werte und Zwänge des Zeitgeistes, Karriere, Statussymbole etc. ihre Bedeutung verlieren, dass eine andere Freiheit erwachse und der Gedanke an den Tod das Leben letztlich wertvoller mache. Für die Therapie bedeutet dies, dass wir gemeinsam nach einer neuen, inneren Perspektive unseres Lebens und von uns selbst suchen, dass wir auf Symbol- und Imaginationsebene dem eigenen Sinnmuster nachspüren und auf die hintergründige Melodie des eigenen Lebens lauschen.

Besonders LeShan hat in seinen Büchern zur psychotherapeutischen Arbeit mit Krebskranken diesen Sinnaspekt berücksichtigt.

In der umstrittenen Diskussion um die psychische Komponente der Krebsursache und die Chancen der Psychotherapie bei Krebskranken zitieren wir ihn hier stellvertretend für eine ganze Gruppe von ForscherInnen, die engagiert den Standpunkt vom psychischen Anteil der Krebsverursachung vertreten, während Bräutigam/Meerwein (1985) und Hürny/Adler (In: Meerwein 1993) die psychosozialen Teilfaktoren bei der Entstehung maligner Krankheiten für nicht sicher erwiesen halten und auch nur als unspezifisch betrachten und der Ansicht sind, dass beim gegenwärtigen Stand der Psycho-Onkologie keine umfassenden Erklärungsansätze erlaubt seien.

Entsprechend dieser unterschiedlichen Beurteilung der Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Krebsentstehung wird auch die Chance, die der Psychotherapie zugebilligt wird, sehr verschieden beurteilt. Bei Meerwein und Co-autoren (1993) fällt eine ambivalente Haltung auf. So gesteht Meerwein der autosuggestiven Methode von Simonton und Simonton einerseits "erstaunliche Erfolge" zu, andererseits könne "Heilung von solchen Übungen allerdings nicht erwartet werden, nur eine "bessere Bewältigung der Krankheit", eine "Stimulierung der Eigenaktivität und Hebung der Lebensqualität" (a. a. O., S. 97). Zwar ist für ihn die Psychogenese nicht objektierbar, doch ist sie für die Kranken "subjektiv von besonderer Bedeutung i. S. des sog.

"Kausalitätsbedürfnisses", d. h. der Tendenz "der Krankheit einen Sinn zu geben". Die Sinnthematik wird von Meerwein lediglich als Kausalitätsbedürfnis angesprochen, also als die Verknüpfung belastender Konflikte und Lebensumstände mit der Tatsache der Erkrankung, ungeachtet ihrer wissenschaftlichen Objektivierbarkeit. Zum therapeutischen Umgang mit diesem Bedürfnis nach Sinnggebung und "Selbstinterpretation" durch die Kranken empfiehlt er Empathie und Zurückhaltung, um nicht die häufigen Scham- und Schuldgefühle zu verstärken. Wir glauben dagegen, dass nur ein Eingehen auf die tatsächlichen oder vermeintlich verpassten Lebenschancen und Sinnmöglichkeiten zu einer echten Verarbeitung führen kann und Trauern um Versäumtes Platz haben darf. Es scheint uns fraglich, ob ein Vermeiden der von den Kranken ja ausdrücklich nahegelegten Erwartungen nach "Sinnggebung" ein sinnvolles therapeutisches Vorgehen sein kann.

Das Thema der Sinnggebung wird von Meerwein erst beim "terminalen", das heisst beim sterbenden Patienten als bedeutsam eingeschätzt im Sinne des Bedürfnisses, Unerledigtes abzuschliessen oder in Form der "Gewissheit, in der Erinnerung der Hinterlassenen als guter, liebenswerter und schöpferischer Mensch zu überleben". Wie kann er aber auf diese Weise überleben, wenn er nicht noch zu Lebzeiten, selbst an der existentiellen Grenze noch einmal sein Leben auf Sinnggehalt und Sinngzusammenhänge überschaut. Wir halten diesen Impuls für besonders heilsam, um mit Leben und Sterben Frieden zu machen und sehen darin auch eine wichtige Aufgabe der Psychoonkologie, diesen Prozess unterstützend zu begleiten.

Da die psychische Verursachung maligner Erkrankungen für Meerwein nicht gesichert war, sah er die Chancen zu ihrer psychotherapeutischen Beeinflussung entsprechend begrenzt und die Aufgabe der Psycho-Onkologie v. a. darin, zu einem entlastenden Umgang mit der Bedrohung durch die Krankheit zu verhelfen. Insbesondere gehört für ihn ein einführender und behutsamer Umgang mit der meist vorhandenen Verleugnung der Diagnose, die auch einen Schutz für die Kranken bedeutet, dazu.

Im Handbuch der Internistischen Krebstherapie (Hrsg. K. Brunner und G. A. Nagel, Berlin 1979) rät der Onkologe Professor Nagel die unheilvolle Diagnose zu umgehen und andere Bezeichnungen wie Tumor, Geschwulst, Wucherung zu verwenden, um dadurch die katastrophale Botschaft abzuschwächen. "Der Begriff 'Krebs' muss deswegen im Umgang mit Krebskranken vermieden werden." (G. A. Nagel: Psychologische Probleme in der Tumorthherapie. S. 167)

Auch Senn (In: F. Meerwein (Hrsg.): Einführung in die Psychoonkologie. Bern 1981, S. 81) plädiert für eine taktvolle "Informations- und Betreuungspolitik", die den Krebsbegriff vermeiden und stattdessen von "bösartigem Tumor" sprechen soll, um Hoffnungen offenzulassen.

Der psychologischen Führung der Krebskranken wird grosse Bedeutung zugemessen. Es müsse vor allem vermieden werden, dass die PatientInnen ihr Leben vom Augenblick der Erkrankung an als sinnlos betrachten. Da Leben dann als sinnvoll erlebt wird, wenn es in eine sinnggebende Wirklichkeit eingebettet ist und der Mensch sich als "unentbehrlicher Teil eines Bezugssystems" (Nagel) verstehen kann, wird auf die Ermutigung der Krebskranken zur aktiven Lebensgestaltung viel Wert gelegt. Es geht darum, Quellen der inneren Sicherheit und Stärkung zu öffnen und auch die seelsorgerische Dimension mit einzubeziehen.

Ähnlich überzeugt vom Einbezug der Sinnfrage in die Krebstherapie sind z. B. die Autoren Bahnson und LeShan. Für diesen ist über die Psychotherapie eine Stärkung der Abwehr und des Immunsystems möglich, die den Verlauf der Krankheit entscheidend beeinflussen kann. Dasselbe Ziel hat die autosuggestive

Methode von Simonton (Simonton, O. Carl, : Auf dem Wege der Besserung - Schritte zur körperlichen und spirituellen Heilung, Rowohlt Reinbek bei Hamurg 1993). Sie beruht darauf, dass in der Vorstellung - durch "Visualisierung" - die mangelnde Angriffslust der weissen Blutkörperchen, die ebenso wie die PatientInnen depressiv darniederliegen, angespornt werden.

LeShan geht in seinem Buch: Diagnose Krebs. Wendepunkt und Neubeginn (Stuttgart 1993) von einem ganzheitlichen psychotherapeutischen Ansatz aus, der sich an der Gesundheit und nicht primär an der Krankheit orientiert. In Abgrenzung von der Psychoanalyse, die seiner Meinung nach bei Krebskranken fehlindiziert ist, da sie auf einer Defizitmotivation beruht, zielt er mit seinen Fragen auf die positiven Ressourcen der Erkrankten. Statt der Ursachen der Krankheit wird nach den Quellen der Begeisterung gesucht, nach dem, was dem Leben Sinn und Freude verleiht. LeShan geht davon aus, dass der Verlust der Hoffnung auf ein befriedigendes Leben, "das vereitelte kreative Feuer" ein Hauptproblem der Kranken darstellt. Er sieht ihre Verzweiflung auch als Ausdruck eines existentiellen "Dilemmas zwischen Individualität und Popularität", denn Krebskranke neigen oft aus Furcht davor, für den eigenen individuellen Lebensentwurf abgelehnt zu werden, zu einer übergrossen Anpassung an die Normen der Gesellschaft.

Die Fragen, die er als Anregung für die Begleitung Krebskranker zur Mobilisierung von Selbstheilungskräften als fruchtbar erachtet, die wir aber auch im Kontext von Aids und ganz allgemein in der Psychotherapie sinnvoll einsetzen können, wollen wir im Folgenden skizzieren. (vgl. LeShan, a. a. O. , S. 191)

Was ist bei mir richtig und in Ordnung?

Welche Formen des Seins, welche Weise der Betätigung, welche Art von Beziehung zu meiner Umwelt entsprechen meiner Persönlichkeit am besten? Wie klingt die Musik meines Lebens? Welches Lied muss ich anstimmen, um zufrieden zu Bett zu gehen und mich auf den nächsten Tag zu freuen?

Welcher Lebensstil würde mir am meisten entsprechen und Schwung geben?

Welches Leben würde ich führen, wenn ich die Welt nach meinem Wunsche formen könnte? Beispiel: Stellen Sie sich vor, eine Fee macht Ihnen ein Angebot. In einem halben Jahr kann Ihr inneres und äusseres Leben genauso sein, wie Sie es gern hätten. Sie können alles, was Ihnen beliebt, ändern, Ihre Gefühle, Lebensumstände etc. Sie haben die Chance nur einmal und zwar jetzt, in den nächsten 10 Minuten.

Welches Leben würden Sie für sich entwerfen, wenn Sie die Macht dazu hätten? Welches Leben würde Ihnen lange Freude machen, wie müsste es aussehen?

Stellen Sie sich vor, Ihr Leben wäre ein Roman, dessen Autor Sie sind. Nun ist die 2. Auflage und Sie können das Buch noch einmal bearbeiten. Welche Änderungen würden Sie vornehmen, was würden Sie behalten?

Wenn Sie eine Entscheidung ihres Lebens revidieren könnten, welche wäre das? Warum haben Sie sie getroffen? Was sagt Ihnen das über sich und wie sie die Welt beurteilt haben? Können Sie sich verzeihen, diese Entscheidung so getroffen zu haben? Wenn nicht, warum nicht? Was müssen Sie tun, um sich für Dinge, die Sie getan haben, vergeben zu können? Was müssen Sie tun, um anderen das zu vergeben, was sie ihnen angetan haben?

Was würde meinem Leben Freude, Begeisterung und Sinn geben?

Wie müsste mein Sein, mein Tun und meine Beziehungen aussehen, dass ich sie als sinnerfüllt erleben könnte?

Welches ist Ihr verlorener Traum? Wo und wann ging er verloren?

Was hat mich bisher an einem erfüllten Leben gehindert?

Was brauchen Sie, um Ihr Leben zu vollenden?

Wenn Ihr ganzes Leben ein Entwurf gewesen wäre, damit Sie etwas lernen können, welches wäre die Lektion gewesen, die Sie hätten lernen sollen?

Welches ist das Leitmotiv Ihres Lebens? Wenn Sie hören könnten, was Ihre Freunde bei der Beerdigung über sie sagen. Was würden Sie am liebsten hören? Und was am liebsten nicht?

Welche Rollen haben Sie im Leben hauptsächlich gespielt, welche Masken getragen?

Wann in Ihrem Leben waren Sie am meisten Sie selbst? Was half Ihnen dabei? Wie kann ich immer echter werden, damit andere mich erkennen und auf mich zugehen können?

In seinem Ganzheitsverständnis wird der Mensch als Leib-Seele-Geist- Einheit wahrgenommen und die überindividuelle Einheit mit der Menschheit, dem TMkosystem und dem gesamten Kosmos gehört in dieses Menschenbild mit hinein. Daraus resultiert die Offenheit für existentielle Fragen, das Ringen um Sinn, wenn Heilung im traditionellen Sinne des Gesundseins nicht möglich ist, sondern die Heilung, die mit Heil im nicht-physischen Sinn zu tun hat. Hier hat die religiöse Erfahrung und der spirituelle Bezug eine wichtige Bedeutung. Für Drewermann wäre dies die Funktion einer glaubwürdigen Religion, "eine Asylstätte der Unantastbarkeit der metaphysischen Sinngarantie des individuellen Lebens" (Drewermann 1991, S. 105) zu bieten.

Für diese tiefe Arbeit mit dem Rätsel unserer Existenz, dem Geheimnis des Leidens, brauchen wir TherapeutInnen, die der spirituellen Dimension gegenüber offen sind und sich selbst mit den Grundfragen menschlichen Lebens und Sterbens auseinandergesetzt haben. Nur dann, wenn wir selbst mit diesen Fragen gerungen haben, wenn wir das Sterben als Preis des Reifens akzeptieren können, wenn wir unsere Bestimmung, zu werden und zu vergehen annehmen können, müssen wir nicht flüchten, sondern können standhalten. Wenn wir "verwundete Heiler" sind, die selbst durch transformative Krisen hindurchgegangen sind und um das Potential solcher Schwellensituationen wissen, können wir auch glaubhaft Hoffnung vermitteln und Mut machen, sich auf Wandlungsprozesse einzulassen.

Wenn auf diese Art und Weise im Sinne eines holistischen, naturheilkundlichen Ansatzes, der die natürlichen Selbstheilungskräfte der Kranken unterstützt, gearbeitet wird, dann ist die Mitbeteiligung der PatientInnen an den Entscheidungen im Krankheitsverlauf ein wesentlicher Faktor aktiver Lebensgestaltung. Autoren wie LeShan kritisieren die hochtechnisierte Apparatedizin, die den Menschen auf ein dysfunktionales Organsystem reduziert und infantilisiert. Gerade bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen, die in den meisten Fällen mit den Mitteln der modernen Medizin nicht mehr geheilt werden können und im technisierten Spitalbetrieb unzureichend betreut werden, wird zunehmend eine nicht konventionelle Zusatzbehandlung vorgeschlagen, die gezielt auf die Verbesserung der Lebensqualität ausgerichtet ist. In der Schweiz läuft zur Zeit ein Nationales Forschungsprogramm (NFP 34 Komplementärmedizin), eine vergleichende Untersuchung der Lebensqualität von Patientinnen mit metastastasierendem Brust- oder Darmkrebs, die mit 2 komplementärmedizinischen Zusatztherapien - die anthroposophische Behandlung, wie sie in der Lukas-Klinik in Arlesheim eingesetzt wird und eine sogenannte expressive supportive Gruppentherapie nach D. Spiegel - behandelt worden sind mit einer Gruppe von Patientinnen, die ausschliesslich konventionell behandelt werden. Verschiedene Untersuchungen haben nämlich gezeigt, dass 10-60% der KrebspatientInnen komplementärmedizinische Methoden anwenden und "dass in den USA 4mal mehr für komplementäre Krebstherapien als für die

gesamte Krebsforschung des Landes ausgegeben wird. " (Schweiz. Medizinische Wochenschrift 1994, 124, Suppl. 62, S. 56) Hier muss allerdings auf die Gefahr hingewiesen werden, dass die Hoffnung auf Heilung oder Besserung von paramedizischen Scharlatanen ausgebeutet werden kann. Die Lebensqualität ist ein hoher Wert und wegleitend für die Behandlung von Krebskranken, die darum vermehrt nach komplementärmedizinischen Wegen suchen, die auch für psychotherapeutische Interventionen Raum lassen, welche nachweislich die Lebensqualität von nicht heilbar Krebskranken verbessern. Die Frage, ob "alternativ" auch eine Alternative bei der Behandlung von HIV und Aids ist und ob Schulmedizin mit oder ohne Alternativmedizin wird seit einigen Jahren in der Schweiz diskutiert. Die Redaktion der Aids-Infothek hat eine Umfrage bei allen Selbsthilfeorganisationen der Schweiz gemacht, und am Kantonsspital Basel wurden 100 HIV-positive und aidskranke Patientinnen und Patienten in einem Fragebogen nach Alternativtherapien befragt. Die Ergebnisse ähneln sich und zeigen deutlich, dass nahezu die Hälfte der HIV-positiven PatientInnen Alternativtherapien versuchen, um ihr Immunsystem zu stärken und eine verbesserte Lebensqualität zu erreichen. Psychotherapie, Homöopathie, gesunde Ernährung, Vitamine, Kräuter, Meditation wurden in dieser Reihenfolge als Alternativtherapien ausgewählt. (vgl. Aids Infothek 5/1992 S. 27-30) Auch die Frage, ob Aids zu einem Paradigmenwechsel in der Medizin führe, ist schon früh gestellt worden. (A. Hässig: Umdenken bei Aids. Führt dies zu einem Paradigmenwechsel in der Medizin? Sonderdruck aus Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin, Heft 4, 1992, S. 171-177) Der Schwerpunkt der Überlegungen liegt auch hier auf der Betonung der Grenzen, der Anpassung unserer Lebensführung an die von der Natur gesetzten Möglichkeiten und Grenzen und dem Bewusstwerden unserer eigenen Grenzen bei der Gestaltung unseres Lebensentwurfes. Eine internationale Gruppe von Wissenschaftlern ("Rethinking Aids") hat sich intensiv mit der Psychoneuroimmunologie beschäftigt und die Zusammenhänge von Aids und Psyche neu bedacht. Die Forschung hat nämlich gezeigt, dass auf molekularer Ebene Sinnes-, Bewusstseins- und Denkprozesse direkt ins Immunsystem eingreifen. (vgl. Hearing des Bundesamtes für Gesundheitswesen über Alternativthesen zu HIV/Aids, Juni 1992) Für unseren Zusammenhang bedeutet dies, dass Sinnorientierung und Sinnerfülltheit, spirituelles Wachsen und ein liebender Bezug zu sich selbst und der Mitwelt auf das psychische Wohlbefinden und die Funktionstüchtigkeit des Immunsystems Einfluss haben. Dieser Zusammenhang bei HIV-Infizierten zwischen Immunkompetenz und Aspekten der Lebensqualität, z. B. der Art und Weise, wie wir mit Stress umgehen, ist in Fribourg an der Universität von Prof. M. Perrez und Prof. H. Zeier untersucht worden.

Eine ganzheitliche Orientierung, die auch die spirituelle Dimension als heilungsfördernd betrachtet, kommt auch in den Richtlinien zum Ausdruck, die beispielsweise von der New Yorker Aids- Initiative herausgegeben wurden. Die PatientInnen werden angeregt, sich vor allem mit den Tätigkeiten zu beschäftigen, die ihnen das Gefühl von Sinnhaftigkeit, Freude und Erfüllung vermitteln. Sie werden ermutigt, sich selbst liebevolle Aufmerksamkeit zu schenken und die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu pflegen, loszulassen, versöhnlicher zu werden, heilende, kraftpendende Bilder in sich aufsteigen zu lassen und die Liebe zu ihrem Lebenssinn zu erheben. Auch der Hinweis, sich zu öffnen und einen positiven Beitrag für andere zu leisten, also zu engagierter Spiritualität aufzurufen, fehlt nicht in diesen Hinweisen, die von dem Geist getragen sind, dass die Krankheit eine Chance zum Wachsen und Reifen

werden kann, auch wenn das Leben losgelassen werden muss. (vgl. Miller, S. 215f)

Die Bedeutung dessen, was Adler das Gemeinschaftsgefühl genannt hat, die heilende Erfahrung von Zugehörigkeit und Verbundenheit, die das Immunsystem zu stärken vermag, zeigt sich in den Aids-Selbsthilfeorganisationen, wo der Wert der Solidarität der PatientInnen spürbar wird, nachdem sie durch ihre Krankheit in massivster Weise von der Gesellschaft ausgegrenzt und stigmatisiert worden sind. Wer an Aids erkrankt ist, hat ja nicht nur mit der "Hölle" seiner Krankheit und seines Leidens zu tun, sondern mit der Verteufelung der Krankheit durch die Gesellschaft, weil HIV-Infizierte gleich zwei Tabuthemen unserer Gesellschaft sichtbar werden lassen: Sexualität und Tod. Wenn zusätzlich das Reizwort "drogenabhängig" genannt wird, löst das in hohem Masse Ängste und Irritationen aus mit einem breiten "Assoziationsfeld über Haltlosigkeit und Kontrollverlust, Kriminalität und Gemeingefährlichkeit, Sucht und Todesbedrohung." (A. Rosenberg: Die Angst des Beraters vor seinem Klienten- Psychosoziale Aspekte der Arbeit mit HIV-Infizierten und Aids- Erkrankten im Rahmen der Drogenhilfe. In: W. Scheiblich (Hrsg.) Abschied, Tod und Trauer in der sozialtherapeutischen Arbeit. Freiburg 1991, S. 96)

Sie erleben sich wie Ausgestossene, aus dem Strom der Zeit Herausgefallene, als unheimliche Angehörige einer anderen Welt, die es zu meiden gilt. Inmitten der Einsamkeit der Krankheit, der archetypischen Verlassenheit an der Schwelle des Todes wird nach der Brücke gesucht, die mit den eigenen Wurzeln verbindet, aber auch nach der Brücke, die zu den anderen Menschen, den Kranken und den Gesunden zurückführt. Auf die Introversion, in die das Krankheitsgeschehen unerbittlich hineinzwingt, folgt oft die Öffnung und ein vertieftes inneres Bezogensein auf ein grösseres Ganzes. Nach Isolation und Verlassenheit, in die uns die Krankheit hineingestossen hat, können wir neu die Bedeutung des Dialogischen erfahren, den Wert von Vernetzung und Solidarität, das Gefühl fundamentaler Zusammengehörigkeit zum gesamten Sein. Die Krankheit vermag auch das oft beschädigte Streben nach Verbundenheit und In-Beziehung-treten mit dem Du der Welt heilend zu wandeln, sodass ein neues Bewusstsein für die Wechselwirkung von allem mit allem entsteht.

Psychologische Untersuchungen, die die Einstellung langfristig überlebender Aids-PatientInnen untersuchen, nennen die Kooperation mit den Behandelnden, die Hingabe an die innere Arbeit mit sich selbst, die selbstlose Hilfe anderen PatientInnen gegenüber und den Aufbau eines stützenden sozialen Netzwerkes als zentrale Momente im "Heilungsprozess", in der Wandlung ihrer Lebenseinstellung zu Selbstakzeptanz und Sinnerfülltheit. (Solomon/Temoshok, University of California, zit. bei R. Miller (1994) S. 225)

Ein tief berührendes Beispiel für die gemeinsame Auseinandersetzung mit der Angst, die einer Gruppe unter Immunschwäche leidender Menschen ein tiefes Gefühl der Zusammengehörigkeit und der Offenheit füreinander ermöglichte, ist das Projekt über Lebenszeichen, das kunsttherapeutische Arbeiten im Zeichen von HIV und Aids. (über Lebenszeichen. Bildnerische Therapie bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und Krisen. In: G. Schottenloher (Hrsg) Wenn Worte fehlen, sprechen Bilder. Bildnerisches Gestalten und Therapie. München 1994, S. 237-262)

In München arbeiteten HIV-infizierte und chronisch erkrankte Frauen und Männer in einer wöchentlich stattfindenden Gruppe kunst-therapeutisch an dem Thema "Banner gegen die Angst". Ziel war, der eigenen Angst zu begegnen, sie zu benennen, zu visualisieren und ihr dann in Form eines bildnerischen Ausdrucks etwas entgegenzusetzen, das die eigenen Kraftressourcen manifestiert. Die Bilder zeigen auf eindrucksvolle Weise, wie der gestalterische Drang auch in der

abgründigsten existentiellen Krise lebendig bleibt und heilend wirkt. Es sind Ausdrucksweisen gegen die Resignation, Signale der Hoffnung, in der ich mich neu gestalten kann und dem Strukturverlust, der drohenden Auflösung und dem Zerfall meine Zeichen, meine Farben, meine Form entgegensetze. Wer das Innere sich formen lässt, wer schöpferisch gestaltet, entwirft sich damit selbst, formt sich selber neu. Das wird auch in den Kunstproduktionen aidskranker Kunstschaffender deutlich, die mit ihren visionären Zeichen Gegenentwürfe zu einer von Aids bedrohten Welt geschaffen haben und in ihren Installationen Trauerarbeit leisten. (vgl. Keith Haring, Ross Bleckner, Felix-Gonzales Torres u. a.)

Die Teilnehmenden am gruppentherapeutischen Prozess "šberLebenszeichen" haben ihre Erfahrungen in der Gruppe in dem Katalog zur Ausstellung sehr unmittelbar beschrieben:"šber die Bilder konnte ich mit ihnen kommunizieren, während ich unmittelbar damals nicht dazu in der Lage war. . . das Malen hat mir geholfen, die Welt in ihrer Konkrettheit zu sehen. . . wenn ich jetzt durch den Englischen Garten gehe, dann sehe ich eben die Dinge, die Bäume, das Gras usw. Das hat etwas wahnsinnig Beruhigendes, das Gefühl, das ist alles nicht nur eine Ausgeburt von meinem Kopf, sondern existiert real und wird auch noch existieren, wenn ich einmal tot bin. " (S. 241)

In der gestaltenden Therapie wird vom Zusammenhang der psychischen Befindlichkeit und dem Zustand der körpereigenen Abwehrkräfte ausgegangen. Darum ist Ich-stabilisierung und -Bewusstwerdung gerade bei HIV-positiven Menschen besonders wichtig. (vgl. H. Mayer:Das Banner- Symbol der positiven Energie. a. a. O. S. 245) šber verschiedene Methoden der Kunsttherapie, die sehr strukturbildend eingesetzt werden kann, wird eine Bewegung nach innen verstärkt, um einen tieferen Bezug zu sich selbst herzustellen.

Der Ansatz der bildnerischen Therapie ist der Haltung LeShans sehr ähnlich, indem sie die gesunden Ichanteile berücksichtigt und stärkt, nach dem Lebensfunken sucht, nach dem, was trägt und Freude gibt, durch alle Verfinsterungen der Krankheit hindurch. Sie ermöglicht die aktive Bearbeitung des Leidens und eine Wiederaneignung entfremdeter Selbstanteile und fragmentierter Körperbilder. Das bildnerische Gestalten reicht auch noch in jene dunklen Räume, die von keinem Wort erhellt werden, es drückt aus, was sich der Versprachlichung entzieht oder verweigert und ist dadurch ähnlich wie das Träumen ein "königlicher Weg" (via regia) zum Unbewussten. Ihr geht es um den Lebensfluss, um Erkennen und Bewusstwerden dessen, was ist. Gestaltende Kunsttherapie hilft aus dem Totstellreflex hinaus, versucht zum Leben zu verführen, behindernde Blockaden aufzulösen, Ressourcen aufzuspüren und so Durchbrüchen im Bereich des Spirituellen den Weg zu bereiten.

Zu einer Grenzüberschreitung in die spirituelle Dimension kommt es in der Begleitung Aidskranker sehr häufig. Kübler-Ross(1988) berichtet von einem Gespräch mit einem zweiundvierzigjährigen Aidskranken in San Francisco, der von sich sagt: "Im religiösen und spirituellen Sinn bin ich ungeheuer gewachsen, besonders im spirituellen. Ich glaube ich war auf meine Weise immer ein spiritueller Mensch, das heisst, ich habe eine tiefe Beziehung zur Natur, zu den Sternen, zum Himmel und habe mir Gedanken über die Ewigkeit gemacht. . . Ich habe jetzt spirituell und religiös viel mehr Tiefe. " (S. 162)

Drewermann hat diese Fähigkeit, angesichts des Todes über sich selbst hinauszuwachsen sehr berührend beschrieben: "Dies vermögen wir Menschen, gerade angesichts des Todes: uns auszuspannen bis zum Horizont, weit zu werden bis an die Grenzen der Welt und also den Tod zu besiegen, indem wir begreifen, wer wir sind. "(E. Drewermann: Arzt und Tod im Märchen. In:Was

macht den Menschen krank. a. a. O. S. 106) Wir können darin auch den Glauben der alten Ägypter wiedererkennen, dass sich das Leben gerade an seiner äussersten Grenze zu erneuern vermag.

Gerade an dieser äussersten Grenze zum Tode werden Werte bedeutsam, die in allen spirituellen Traditionen eine besondere Bedeutung haben; wir denken an die Übung der Achtsamkeit, die im Kontext von Krebs und Aids zur Alltagsspiritualität gehört und einen sehr praktischen Sinngehalt erfährt in der Zuwendung und Achtsamkeit dem eigenen Körper und seinen Bedürfnissen gegenüber, im Lauschen auf die feinen Zeichen und Botschaften, die er uns vermittelt. Achtsamkeit ist auch eine Übung spirituellen Wachstums, ein wacher Geisteszustand, der es uns ermöglicht, frei und nicht wertend uns selbst und die Welt zu betrachten. So bezieht sich Achtsamkeit auf einen Bewusstseinszustand, der uns mit jedem Atemzug in allem, was wir tun begleitet. Henry Miller hat diese Haltung sehr schön beschrieben: "In dem Augenblick, in dem man einer Sache seine volle Aufmerksamkeit widmet - und sei es nur ein Grashalm - wird sie zu einer eigenen, geheimnisvollen, ehrfurchtsgebietenden und unbeschreiblich grossartigen Welt. "

Zu dieser Achtsamkeit gehört die Haltung des Vertrauens, der Aufrichtigkeit und Geduld. Sie lässt uns zentriert sein und ruhig werden, das Leben als sinnvoll erfahren, denn ein achtsames Bezogensein auf mich selbst und meine Mitwelt erweckt meine Mitmenschlichkeit und meine Güte und Dankbarkeit.

Bevor ich in diese innere Haltung hineinreifen kann, werde ich mich in der Therapie wohl auch mit den Schattenthemen von Schuld und Strafe auseinandersetzen, den verinnerlichten Abwertungen von Kirche und Gesellschaft. Wenn das Gefühl der Sinnlosigkeit mich zu verschlingen droht, stellt sich die Hiobsfrage: "Warum ich, warum gerade ich" ? dieser quälende Aufschrei der Verzweiflung, diese Wut auf die Ungerechtigkeit der Welt fehlt selten in der Begegnung mit unheilbar Kranken. Und die Klage des 22. Psalms hat in diesem Kontext eine schmerzliche Eindringlichkeit: "Gott, mein Gott, warum hast Du mich verlassen, warum bist du fern meinem Flehen, dem Ruf meiner Klage! Ich rufe am Tage, o Gott, und du hörst nicht; ich rufe in der Nacht, und du hast für mich keine Antwort. . . Steh mir nicht fern in meiner Not, sei mir nahe, denn nirgend ist Hilfe. . . Hingegossen bin ich wie Wasser. Auseinandergerissen ist all mein Gebein. Mein Herz ist geworden wie Wachs, zerflossen in meinem Innern. Vertrocknet wie eine Scherbe ist meine Kehle, die Zunge klebt mir am Gaumen, du hast mich hinabgeführt zum Staube des Todes. " Wir müssen für diese existentiellen Themen innerlich gerüstet sein, denn Verlassenwerden, Verlust und Verrat sind häufige Inhalte der Arbeit mit Aidskranken. Es geht um den Verlust der Zukunft, der Träume und Lebensentwürfe, um den Abschied von anderen aidskranken GefährtInnen des Leidens, um den Verlust von Familienangehörigen, die seit der Krankheit den Kontakt abgebrochen haben, um den Wegfall der fraglosen Überzeugung, dass mein Leben Wert hat.

Trauer um den verlorenen Glauben an die Unsterblichkeit, verlorenes Vertrauen und Treulosigkeit nehmen sehr viel Raum in der therapeutischen Begleitung ein. Der französische Philosoph Andr. Glucksmann, hat in seinem gerade im Zürcher Artemis-Verlag erscheinenden Buch "Der Stachel der Liebe" (1995) genau auf diesen Aspekt des Vertrauensverlustes durch die Proklamierung des Kondoms den Finger gelegt. Das Präservativ bringe in die Liebesbeziehung das Schreckgespenst des Todes ein, vergifte, was zwischen Liebenden das Zentrale ist, das grenzenlose, unbedingte Vertrauen zum anderen.

"Man muss zweimal hinschauen. Mit einem Auge auf die Liebe. Mit dem anderen auf den Tod. Eine Gehirnhälfte für das Vertrauen, während die andere daran

arbeitet, Misstrauen zu schüren. Sich schützen heisst verdächtigen, ohne zu wissen, jedoch wissen, dass man alles verdächtigen muss, an erster Stelle die Blindheit der Liebe. " (S. 15) Diese Verfinsterungen in den partnerschaftlichen Beziehungen schaffen Distanz. Während die Liebe das Unannehmbare annehmbar machte, weicht die Sexualität aus. Sie stellt sich dem Tod nicht. Und der Werbefachmann, der das Präservativ lanciert, hat auch nur im Sinne, die Werte nicht durcheinanderzubringen und das Dasein zu erleichtern: "Für die letzten Dinge ist er nicht zuständig. Jede eschatologische Fragestellung, die sich auf den Zweck des Daseins und den Sinn der Liebe bezieht, klammert er aus. Warum leben? Das ist Ihre Sache. Wie leben? Hier greift er ein. " (S. 13) Statt der heiligen Liebe also die sichere Liebe, über diesen Wahn-sinn schreibt Glucksmann ein engagiertes Buch über die Krankheit, an der unser Weltbild zerbricht, ein Buch, das dafür plädiert, den Tod in die Liebe zu integrieren. In gewisser Weise gehört diese Auffassung, dass einzig die Liebe es vermag, den Tod nicht zu fürchten, in unsere mythischen Überlieferungen. Dort hören wir von Liebenden, die hinabsteigen, um den Geliebten ins Leben zurückzurufen, vom freiwilligen Abstieg zur Höhle des Todes, um die Geliebten zurückzugewinnen. Die beschwerliche, gefährvolle Jenseitsreise, die Nachtmeerfahrt in die dunkle Finsternis der Totenwelt wird nur von denen unternommen, die "in der Liebe" sind. (vgl. Inanna, Alkestis, Orpheus) Von dieser Liebe brauchen auch wir TherapeutInnen einen Teil, um den aussergewöhnlichen Herausforderungen der Arbeit an der Grenze zwischen Leben und Tod gewachsen zu sein. Gleichzeitig bietet der ständige Kontakt mit der Dimension des Seins, die auch am Abgrund den verborgenen Sinn aufleuchten lässt, eine kostbare Chance für unseren eigenen inneren Reifungsprozess.