

Krankheit als Grenzerfahrung

Ein Essay

Einleitung

Die Erfahrung, krank zu sein, haben wir alle schon einmal gemacht. Auch die Grenzen, die Unwohlsein, Schmerzen oder Fieber setzen können, haben wir alle schon gespürt. In diesem Essay soll es um Krankheiten gehen, die nicht nach ein oder zwei Wochen vergessen sind, sondern sich in existenzieller Weise auf unser Leben auswirken. Diese Krankheiten sind Grenzerfahrungen – Erfahrungen an den Grenzen dessen, was uns bislang vertraut war, was unseren Alltag bestimmt hat, unser Sein, unser Wirken. Es sind Erfahrungen, die ungefragt in unser Leben einbrechen, es auf den Kopf stellen und manchmal in seiner bisherigen Form auch vernichten. Manche Grenzen werden uns durch die Krankheit gesetzt, und wir können sie – bisweilen temporär, bisweilen endgültig – nicht überschreiten. Andere Grenzen, die scheinbar fest waren, werden erweitert und stellen uns vor die Wahl, den sich öffnenden Raum zu erkunden oder zurückzuweisen. Und manche Aspekte von Krankheit begrenzen und erweitern gleichzeitig unsere inneren und äußeren Erfahrungsräume. Auch wenn diese Art der Grenzerfahrung in der Regel nicht bewusst gewählt oder gar gesucht wird, gibt es eine ganze Reihe von Antwortmöglichkeiten darauf, die von tiefer Verzweiflung und Resignation über pragmatisches „Zur-Kenntnis-Nehmen“ bis zum trotzigem „Dennoch!“ und dem Ausloten der in dieser Grenzerfahrung vielleicht enthaltenen Schätze reicht. Der Begründer der Logotherapie Viktor Frankl hat sinngemäß gesagt, wir können nicht beeinflussen, was das Leben uns bringt, aber wir haben immer die Möglichkeit zu entscheiden, wie wir darauf reagieren. Ich bin nicht sicher, ob das „immer“ in diesem Satz stimmt. Es gibt Krankheiten, die den betroffenen Menschen so stark an seiner Teilhabe am Leben hindern, dass eine Freiheit in der Entscheidung kaum vorstellbar ist. Doch wenn man in der Lage ist, sich dieser Grenzerfahrung bewusst zu stellen, die eigenen Grenzen und deren Verschiebungen wahrzunehmen, Tiefen auszuloten und bisheriges zu transformieren, können sich äußere Grenzen in innere Freiheiten wandeln.

Die Überlegungen dieses Beitrags basieren auf meinen persönlichen Erfahrungen mit einer schweren, den Lebensentwurf torpedierenden Erkrankung vor zwölf Jahren. Nur kurz selbst als Ärztin tätig zu sein und dann die Seiten zu wechseln und Aspekte von Krankheit und Leiden kennenzulernen, die im Studium nicht thematisiert wurden und die mein Leben von Grund auf veränderten, war schmerzhaft – und überaus lehrreich. Der französische Autor André Gide formulierte es so: „Ich glaube, dass Krankheiten Schlüssel sind, die uns gewisse Tore öffnen können. Ich glaube, es gibt gewisse Tore, die nur die Krankheit öffnen kann. Es gibt jedenfalls einen Gesundheitszustand, der uns nicht erlaubt, alles zu verstehen. Vielleicht verschließt uns die Krankheit einige Wahrheiten; ebenso aber verschließt uns die Gesundheit andere oder führt uns doch davon weg, so dass wir uns nicht mehr darum kümmern.“ (Gide 1961: 312)

Aspekte von Krankheit als Grenzerfahrung

Einige Aspekte von „Krankheit als Grenzerfahrung“ sollen im Folgenden veranschaulicht werden. Die Grenzen dieses Beitrags machten eine Auswahl notwendig, die von meinen eigenen Erfahrungen mitbestimmt wurde.

1. Krankheit als Grenzerfahrung kann meinen: Mir werden in meinem Handeln, in meinem Leben Grenzen gesetzt, die mich einschränken, die mich hilflos machen, die mich meiner Rollen und meiner bisherigen Teilhabe auch am gesellschaftlichen Leben berauben. Dies zunächst ganz konkret zum Beispiel in Form von Bettlägerigkeit oder Schmerzen, die es mir unmöglich machen, meinen Verpflichtungen und alltäglichen Verrichtungen nachzugehen, meinen Beruf auszuüben, für meine Familie da zu sein, mein bisheriges Leben weiterzuleben. Diese neuen engen Grenzen meines Lebensraumes sind nicht nur Verlust, sondern auch notwendige Entlastung, damit ich wieder gesund werden kann. Doch die Einsicht in die Notwendigkeit der Entlastung, auch die Dankbarkeit dafür, Ruhe zu haben, kompensieren nicht immer das Hadern mit dem Verlust, vor allem dann, wenn es sich um fortschreitende Erkrankungen handelt, die meinen Lebensraum immer stärker einengen.

Grenzen werden gesetzt, wenn ich zum Beispiel durch einen Schlaganfall auf den Rollstuhl oder durch Störungen der Aufmerksamkeit auf eine Begleitung im öffentlichen Raum angewiesen bin. Eine Patientin, die an Multipler Sklerose erkrankt ist, sagt: „Als ich dann kein Auto mehr fahren konnte oder nicht mehr gefahren bin, da hat sich das [Teilnahme an einer Musikgruppe, E.P.] dann erübrigt und das mit der Treppe, das hätte ich überhaupt nicht mehr geschafft (...) von daher musste ich das irgendwann aufgeben...“ (Ries zit. in Pfeffer 2010: 137). Diese Art der Grenzerfahrung markiert zunächst die von der Krankheit gesetzten Grenzen in meinem Bewegen im sozialen und gesellschaftlichen Bereich.

2. Krankheit als Grenzerfahrung meint auch: In der Ruhe und oft Einsamkeit des Krankenzimmers bin ich auf mich selbst zurückgeworfen, auf mein „So-Sein“, auch auf das Bewusstwerden meines aktuellen, gesundheitlich erheblich eingeschränkten Zustandes. Gleichzeitig werden mir die Grenzen dessen aufgezeigt, was ich erdulden kann an Schmerz, an Hilflosigkeit oder Angst, aber auch die Begrenztheit meiner Hoffnung und vor allem meiner Geduld. Was macht das mit mir? Wo komme ich an meine Grenzen, mich und meine vielleicht bleibenden Behinderungen aushalten zu können? Warum zeigen sich die Grenzen an einem bestimmten Punkt? Wovon werden sie beeinflusst, von wem gesetzt? Wann und warum habe ich eine Grenze erreicht, an der die Verzweiflung mich packt und alles wegriß? Habe ich den Mut, bis an diese Grenze zu gehen? Was kommt danach? „Wende dich nicht aus Feigheit von der Verzweiflung ab, durchquere sie. Jenseits von ihr [...] musst du wieder Hoffnung finden. Gehe geradeaus. Gehe darüber hinaus. Jenseits des Tunnels wirst du das Licht wiederfinden“ schreibt André Gide (1961: 282).

Diese Form der Grenzerfahrung birgt auch jenen Aspekt, dass ich durch die erzwungene Inaktivität und das Zurückgeworfen-Sein auf mich selbst mit Fragen oder auch unbearbeiteten Themen konfrontiert bin, die vorher von der

Geschäftigkeit des Alltags verdeckt waren, die jetzt in mein Bewusstsein dringen und denen ich nun nicht mehr ausweichen kann. Der Philosoph Hans-Georg Gadamer hält fest: „Nichts lässt den Schmerz am ehesten erträglich werden als das Gefühl, es geht mir etwas auf, mir fällt etwas ein. Es gibt ja immer ein ganzes Arsenal Unerledigtes, das wir zu verwinden trachten. In diesem Sinne ist der Schmerz eine große Chance, vielleicht die größte Chance, endlich mit dem „fertig zu werden“, was uns aufgegeben ist. Die eigentliche Dimension des Lebens wird im Schmerz erahnbar, wenn man sich nicht *überwinden* lässt.“ (2003: 27, Hervorhebung im Original)

Grenzerfahrungen also auch in dem Bereich zwischen den bisher bewussten und unbewussten Anteilen der eigenen Seele. Und nicht nur das: Was bleibt, wenn ich durch die Krankheit in meinen Aktivitäten so eingeschränkt und hilfsbedürftig bin, dass ich meinen gewohnten Rollen als Partnerin, Ärztin, Kollegin oder Mutter nicht mehr nachkommen kann? Was bleibt, wenn ich aller Dinge beraubt oder zumindest bei diesen sehr eingeschränkt bin, die in ihrer Summe meine Identität stark mitbestimmen haben? Der Autor Pierre Stutz (2003) fasst die Kernfrage in diese Worte: „Wer bin ich, wenn ich nur noch bin?“ Was bleibt, was macht mich aus, wenn ich nichts mehr tun kann, sondern nur noch bin? Bin ich auch in meinem von Krankheit beeinträchtigten Sein aktiv im Sinne eines Wirkens für mich und andere? Was macht mich aus? Bin ich die Ärztin, die Freundin? Oder die hilfsbedürftige Kranke? Bin ich das alles – oder nichts davon? Durch den Rollenverlust plötzlich mit der Frage „Wer bin ich?“ in einer radikalen Form konfrontiert, kann ich mich nicht mehr hinter bislang gültigen Konzepten, Etiketten oder identitätsstiftenden Rollen verstecken, sondern stehe – zunächst hilflos – vor dieser Frage. Und nicht nur vor ihr. Auch Fragen nach Bewertungsmaßstäben des eigenen Handelns und Daseins, nach der Sichtweise auf Krankheit und Behinderung, nach der eigenen Wertewelt tauchen auf und fordern Antworten.

„Wer bin ich, wenn ich nur noch bin?“ Diese Frage war auch für mich schwierig, um nicht zu sagen zeitweise kaum zu bewältigen. Erst nach langen schmerzhaften Phasen mit Trauer um den Verlust von Fähigkeiten, Frustration über sich hartnäckig haltende Behinderungen und vor allem verzweifelterm Sich-Wehren gegen ein „So-Sein“ mit Behinderungen und Einschränkungen wurde mir klar, das in mir ein von Rollen, Überzeugungen, Krankheit und Behinderungen unabhängiger und unberührbarer Kern ist - etwas Transzendentes, nicht fassbar, aber tragend und hell. Wir brauchen ein stabiles Ich mit Überzeugungen, Werten und vielem anderen, um uns in der Welt zu verorten und zu handeln. Aber darunter liegt etwas, das unsere Essenz, unser eigentliches Wesen ausmacht und das unberührbar ist von Krankheit wie auch von Gesundheit. Ich hatte davon gelesen, aber erst die eigene Erfahrung, der eigene schmerzhafteste Weg hat es mich erkennen lassen. Und so bewege ich mich noch immer tastend im Grenzgebiet zwischen Tun und Sein, zwischen sichtbarem Handeln und stillem, innerem Weiterwachsen, zwischen zerbrochenen Lebensentwürfen und neuen Hoffnungen.

3. Um einen Punkt aus dem vorhergehenden Abschnitt aufzugreifen: Krankheit kann sich auch als grenzerweiternde oder „bewusst(es) Sein“-erweiternde

Erfahrung erweisen und zwar in mehrfacher Hinsicht. Zum einen bin ich mir durch die Schmerzen, durch Gleichgewichtsstörungen oder Lähmungen meiner Körperlichkeit viel stärker bewusst als ich es im gesunden Zustand bin. Hans-Georg Gadamer spricht von der „Verborgenheit der Gesundheit“ (1993), das heißt, dass wir uns erst des Mangels an Gesundheit bewusst werden, wenn wir krank sind, die Gesundheit selbst im gesunden Zustand aber nicht wahrnehmen, weil sie sich als etwas – vermeintlich- selbstverständlich Da-Seiendes verbirgt. Ähnlich scheint es mit der bewussten Wahrnehmung der Körperlichkeit zu sein: Erst das Nicht-mehr-Funktionieren oder der Schmerz bringt mir mein Leib-Sein bei alltäglichen Verrichtungen ins Bewusstsein. Es ist zum Beispiel eine erhebliche Herausforderung, mit Gangunsicherheiten eine Straße mit Kopfsteinpflaster überqueren oder mit Koordinationsstörungen eine Suppe essen zu wollen. Doch nicht nur meine eigene Wahrnehmung weist mich auf das „Anders-als-sonst-Sein“ hin. Auch die Blicke der anderen Menschen – verwundert, irritiert, mitleidig, abgestoßen – machen mir das „Andere“ deutlich. Ich falle auf mit der Gangunsicherheit, kann mich den Blicken nicht entziehen, sondern bin ungeschützt. „... ja, was glauben Sie, wie die Leute einen anschauen, (...) ich verschwinde nicht mehr in der Masse; wenn ich rausgehe und auf dem Fahrzeug sitze, werd ich wahrgenommen, ununterbrochen“ (Uhl zit. in Pfeffer 2010: 103). Der Verlust der Privatheit durch das permanente und vor allem ungewollte Angeschaut-Werden ist häufig eine zusätzliche Belastung.

Anfangs kam es mir dabei gar nicht so sehr auf das „Wie“ der anderen Blicke an. Allein die Tatsache, dass ich angeschaut wurde, ließ mich gleichsam die Perspektive des anderen – eingefärbt von meiner Abwehr, meiner Trauer, aber auch von gesellschaftlich tradierten Stigmatisierungen – einnehmen. Unter dem Blick des anderen wurde ich mir nicht nur meiner selbst sehr viel stärker bewusst, sondern bewertete mich auch. „Dem Blick..., unter dem wir uns erbarmungslos uns selber deutlich werden und der in uns die unstillbare Sehnsucht weckt, andere zu sein als wir sind, ist leichter zu glauben als dem Blick der Güte, der uns birgt und der uns schön findet gegen unsere eigenen Erfahrungen und Wahrnehmungen. (...) Es ist schwer, sich trösten zu lassen, und man braucht die höchste Lebenskraft dazu, sich selbst als Fragment und doch als Nicht-verurteilter wahrzunehmen.“ (Steffensky 2003: 46)

Inzwischen sind die Blicke von anderen für mich weniger bedeutsam geworden, ich habe mich an die Tatsache, dass ich bis heute angeschaut werde, weil ich auffällig laufe, gewöhnt. Nicht gewöhnen kann und will ich mich an die Art und Weise – das unverhohlene Starren oder abwertendes Kommentieren über Blicke –, das mich bis heute trifft

Als eine andere Art der „Bewusst-Sein“-s-Erweiterung können sich bisher als Kleinigkeiten betrachtete Dinge wie eine Blume, eine Tasse Tee oder auch zwei schmerzfreie Stunden erweisen, die durch die fehlende Ablenkung im Außen so sehr an Wert gewinnen, dass sie meine Wahrnehmung verändern und mir klarmachen, wie viel an Ruhe, an stiller Freude trotz der belastenden äußeren Situation zur Verfügung steht. Schon längere Zeit schwer an Brustkrebs erkrankt schreibt Treya Wilber: „...manchmal ist es beinahe Verzückung, wenn ich einfach nur auf der Terrasse sitze und in die Gegend schaue oder den Hunden beim

Spielen zusehe. Dieser Augenblick ist so voller Glückseligkeit. Jeder Atemzug ist mir so lieb, so voller Freude, so unglaublich. Was fehlte mir denn? Was könnte besser sein?“ (1996: 388) – Das bewusste Wahrnehmen von kleinen Dingen und die daraus resultierende Dankbarkeit erweitern demnach ebenfalls die Grenzen meines bewussten Seins.

Und es gibt noch einen weiteren Punkt. Krankheitsbedingt hatte ich erhebliche Beeinträchtigungen der geteilten Aufmerksamkeit, das heißt, ich konnte mich nicht mehr auf zwei Sachen gleichzeitig konzentrieren. Die Krankheit setzte mir Grenzen und wies mich auf das unbewusst gelebte „Multitasking“ hin, dessen plötzliches Fehlen mich stark einschränkte. Einmal berichtete ich voller Frustration dem Neuropsychologen in der Rehaklinik davon, dass ich es nicht mal mehr schaffe, Tee zu kochen und mich gleichzeitig mit jemandem zu unterhalten. Er sagte „Aber da erleben Sie doch das Ritual des Tee-Kochens viel bewusster!“ Eine freiwillige Erprobung der Zen-Meditation durch die Nutzung der krankheitsbedingten Einschränkungen? Das, was ich dazu gedacht habe, möchte ich hier nicht wiederholen, es war nicht nett. Nichtsdestotrotz habe ich nachmittags zuhause versucht, beim Tee-Kochen meine Aufmerksamkeit nicht teilen zu wollen, sondern ausschließlich dabei zu sein. Später habe ich es auch beim Aufhängen von nasser Wäsche ausprobiert und es hat sich mir eine vollkommen neue Welt erschlossen. Das bewusste Wahrnehmen der unterschiedlichen Texturen, der unterschiedlichen Schwere der nassen Wäsche, des Geruchs ... all das sind Wahrnehmungen, die normalerweise untergehen, weil wir mit unseren Gedanken ganz woanders sind. Die so gewonnenen Sinneseindrücke können erstaunen, bereichern, zentrieren, weil wir eben nicht zerfasern in der Vielzahl der Anforderungen, sondern einen Augenblick ganz in diesem Moment, im bewussten Sein sind. Die Störung der Aufmerksamkeit setzte mir Grenzen und erweiterte gleichzeitig meine bisherigen in ungeahntem Maße.

4. Krankheit als Grenzerfahrung heißt auch, dass ich nicht nur meine eigenen Grenzen viel intensiver kennenlerne, sondern auch die meiner Familie und Freunde. Treya Wilber schreibt: „Als ich Krebs hatte, stellte ich fest, dass der Umgang mit meinen Freunden schwierig wurde. Ich musste viel Energie dafür aufwenden, ihnen Dinge zu erklären, ihre Angst um mich zu beschwichtigen – und ihre häufig unausgesprochenen Ängste um sich selbst.“ (1996: 291) Ihr Mann Ken macht die Perspektive des Helfenden deutlich: „Schwieriger und heimtückischer ist für den Helfer jedoch der seelische Druck, der sich jetzt allmählich aufbaut. [...] Der Helfer weiß, dass alle seine Probleme, wie viele es auch sein mögen, Lappalien sind gegen die lebensbedrohende Krankheit des geliebten Menschen. Also spricht er nicht darüber – wochenlang, monatelang. Er hält sie unter Verschluss.“ (1996: 392)

Helfer wollen für den Kranken stark sein, sind aber auch oft unsicher im Umgang mit ihm und verschweigen eigene Ängste und Probleme, um nicht zusätzlich zu belasten. Auf Seiten des Kranken gibt es das ebenso: stark sein wollen für die Angehörigen, die Ängste mindern und Nöte verbergen wollen, um ebenfalls nicht zusätzlich zu belasten – die Kommunikation zwischen Kranken und Gesunden ist häufig von nicht ausgesprochenen Vorannahmen geprägt, die einen authentischen Kontakt erschweren, wenn nicht gar verhindern. Es ist letztlich ein

Balanceakt und sehr stark von der jeweiligen Situation und von den konkreten Menschen abhängig, wie viel Authentizität da sein darf und kann.

Die Notwendigkeit von Rücksichtnahme in der Kommunikation mag phasenweise angezeigt sein, darf aber nicht bedeuten, dass der Kranke nur noch geschont und damit aus den Lebenswelten der Angehörigen und Freunde herausgenommen wird. Das betrifft nicht nur problematische Themen, sondern auch ganz Alltägliches wie zum Beispiel Kinobesuche, die verschwiegen werden, weil man den Kranken nicht bedrücken möchte, dass er dies zum aktuellen Zeitpunkt nicht kann. Krankheiten also auch als Grenzen neu setzende Erfahrung im Umgang miteinander für alle Beteiligten.

5. Krankheiten sind nicht nur selbst Grenzerfahrungen, sondern können manchmal solche auch auslösen. Das Bewusstwerden der möglicherweise bleibenden Behinderungen, vielleicht des nahenden Todes oder der zerbrochenen Lebensentwürfe kann eine solche Verzweiflung bewirken, dass im Außen nichts mehr halten kann, dass man nirgends Trost findet. Ich selbst hatte mehrere dieser schweren Zeiten. Und einmal geschah es, dass aus dem größten Schmerz ein Fallen in eine umfassende, alles übersteigende Geborgenheit wurde, eine plötzliche mystische Erfahrung, die unerwartet und vor allem zum damaligen Zeitpunkt mir vollkommen unbekannt in mein Leben einbrach und Halt gab. Ohne gläubig zu sein „wusste“ ich in diesem Augenblick mit einer absoluten Gewissheit, „dass Gott mich gefunden hat“.

„Wo diese oder jene Grundnot des Daseins unausweichlich über uns kommt, Vernichtung uns bedroht, Sinnlosigkeit und Schuld uns in tiefe Verzweiflung stößt oder uns in letzter Einsamkeit der Lebensatem stockt, dort besteht, wo es ausweglos ist, die Chance für das plötzliche Aufbrechen des in uns lebendigen ganz anderen. Aber nur unter einer Voraussetzung: dass wir – und das ist das Entscheidende – das unsere natürlichen Lebenswünsche zerschlagende Nein akzeptieren. Dann kann das Wunder geschehen: Das Aufklingen einer Kraft, eines Sinnes, einer Geborgenheit von ganz woanders her, aus jener Tiefe, die jenseits aller Vernunft, jenseits aller rationalen Erwartungen, jenseits aller natürlichen Hoffnung aufbricht. Es kann das Wunder geschehen, wenn der Mensch loszulassen vermag, was sein Halt war, und sich fallenzulassen und anheimzugeben vermag in eben das, was für sein Ich das Nichts ist: in den weiselosen Abgrund...“ (Graf Dürckheim 1992: 98f.)

Es folgten mehrere solcher mystischen Erfahrungen in unterschiedlicher Intensität und Ausprägung. Das sichere und im zeitlichen Verlauf stabile Empfinden, in einem überweltlichen Sinne geborgen und gehalten zu sein, bildete den tragenden Grund für den Mut, dem Schmerz nicht auszuweichen, sondern seine Wucht auszuhalten und seine Anfragen ernst zu nehmen. Dies war eine andere Art der Grenzerfahrung durch Krankheit, die sich als zutiefst heilsam und tröstend erwiesen hat.

6. Gleichwohl können Krankheiten auch grenzerschütternde Anfragen an meinen Glauben, an meine Weltanschauung und mein Grundvertrauen in die Welt sein; die Frage nach dem „Warum ich?“, „Warum jetzt?“ dürfte vielen Schwerkranken nur zu gut bekannt sein. Ebenso die Frage nach der konzeptualisierenden oder

auch sinnstiftenden Einordnung der Krankheit: Kann ich diese Frage mit meinem Weltbild beantworten? Oder sprengt es dessen Grenzen? Muss ich andere, mir bisher fremde Erklärungsmodelle suchen? Was ist mit meinem Glauben? Trägt er oder hadere ich mit ihm?

Als Gleichnis gelesene Inhalte aus der Bibel wie zum Beispiel die Ostergeschichte können aber auch für Nicht-Christen Anstoß zum Nachdenken sein oder Halt geben. Das Leiden-Sterben-Auferstehen von Jesus spiegelt sich in meiner eigenen Geschichte: Ich leide an meinem krankheitsbedingten Zustand, ich muss selbst in mancher Hinsicht sterben, hinabsteigen „in das Reich des Todes“, wie es im Glaubensbekenntnis heißt, und lernen, mich in meiner eigenen Dunkelheit, meinem Schmerz, meiner Verzweiflung zu bewegen. Dann kann ich auferstehen zu einem gewandelten Menschen, der die dunklen Gefühle transzendiert und in dieser Transzendenz ein neues Maß innerer Freiheit, Klarheit und Lebensfreude gewonnen hat – Krankheit damit auch als Möglichkeit zur Erweiterung der inneren Grenzen.

Manchmal reicht das bisherige Weltbild nicht, um sinnstiftende Konzepte generieren zu können. An Alternativen mangelt es nicht; Krankheit kann als schlechtes Karma, blockierte Chakren, eingedrungene Wesenheiten, Strafe für Sünde und vieles mehr gelesen werden. Hier werden eher die Krankheitsdeutungen selbst zu Grenzerfahrungen im Bereich zwischen Magie und Esoterik.

7. Und schließlich gab es bei mir noch eine weitere Form von „Krankheit als Grenzerfahrung“, die ich im Rückblick als eine Art Zweitstudium bezeichnen könnte. Ich bin Ärztin. Als ich krank wurde, war ich über zwei Jahre Patientin in Krankenhaus und Rehakliniken. Dieser radikale Perspektivenwechsel war eine Erfahrung, auf die ich zum damaligen Zeitpunkt gern verzichtet hätte – und die ich heute doch nicht missen möchte. Die Anfragen, die die eigene Erkrankung an einen Arzt stellen kann, sind Lehrmeister und Augenöffner, denn sie halten einem gnadenlos den Spiegel vor. Im Erleben offenbart sich ein fundamentaler Unterschied: die subjektive Wahrnehmung der Krankheit, das Leiden an der Krankheit als etwas Grundverschiedenes von der ärztlichen Perspektive. Dies auch (oder gerade?), wenn man selbst Ärztin ist. Dinge zu sagen, ist eines; etwas anderes ist es, sie zu hören. Das ist doch klar, möchte man einwerfen. Es ist leider nicht klar oder zumindest oft nicht bewusst. Das, was vielleicht als Aufmunterung, als Ermutigung, als Trost gemeint war, kann als Bagatellisierung, als Unverständnis, als Nicht-ernst-genommen-Werden ankommen. Ich habe mich in den behandelnden Ärzten oft selbst „gehört“ – und in der Perspektive der Patientin auch die schlecht kaschierte Ungeduld herausgehört, die Unverbundenheit im zwischenmenschlichen Kontakt gespürt. Vor allem der arg- und ahnungslose Umgang mit existentiellen Nöten des Patienten hat mich nachträglich beschämt.

Ausgehend von der Frage eines Patienten „Was weiß der Psychiater vom Menschen?“ hinterfragt der Schweizer Psychiater Christian Scharfetter (2000) in seinem gleichnamigen Buch das Menschenbild in der Psychiatrie, die zugrundeliegende Überzeugungen und daraus resultierenden Handlungen und Verhaltensweisen. Angeregt von Scharfetters Überlegungen und nach meinen

eigenen Erfahrungen als Ärztin und Patientin kann meines Erachtens die Frage erweitert werden zu „Was weiß der Arzt vom Menschen?“.

Das Wissen vom Menschen umfasst mehr als die Kenntnis verschiedener Symptomkomplexe und deren Therapie. Das Wissen vom Menschen weist darüber hinaus, schließt mich als Ärztin ein, bildet gleichsam die Brücke zum Patienten als kranken Menschen und stellt Fragen an mich. Habe ich den Mut, meinen Patienten als Mensch zu begegnen, als Begleiterin, als Helferin, als ebenfalls Verwundbare? Nehme ich mir die Zeit, das meinem ärztlichen Handeln zugrundeliegende Menschenbild zu hinterfragen, meine dort hinein projizierten Ängste, meine eigenen und die von der Gesellschaft übernommenen Vorannahmen und Vorurteile? Als Patient spürt man es sehr genau, wie der Arzt oder der Therapeut handelt, ob aus menschlicher Reife, Integrität und Authentizität heraus oder auf der Basis erlernter Konzepte. Und nicht zuletzt die Frage: Habe ich den Mut, die – vermeintliche – Grenze zwischen gesund und krank aufzuheben und den inneren Heiler des Patienten ebenso ernst zu nehmen wie meine ärztlichen Fähigkeiten?

Es war ein für mich schmerzhafter Lernprozess, der die im Studium nicht thematisierten Aspekte von Krankheit umfasste wie zum Beispiel die – in mehrfacher Hinsicht – existentielle Bedrohung durch eine Krankheit, das Konzeptualisierungsbedürfnis, die Sinnstiftung und das Anerkennen von Leiden als eine dem menschlichen Leben zugehörige Dimension. Oder auch der Punkt, welche immense Kraft es den kranken Menschen kosten kann, die mit der Krankheit verbundenen Einschränkungen und Bedrückungen emotional und geistig zu bewältigen. Oder die große Kraft, die man braucht, sich bei bleibender Erwerbsunfähigkeit aus sich selbst heraus eine Struktur zu geben, neue Lebensziele und wieder einen Sinn im Leben zu finden.

Ich wusste nichts davon, ich musste das alles erst selbst erleben, mir selbst erleiden, um es begreifen und verstehen zu können. Sicher, ich habe als Ärztin versucht, nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln, war hoffentlich zugewandt und aufmerksam. Aber nach meiner Erfahrung gibt es Bereiche, die sich erst öffnen, wenn man den Weg selbst geht. Hier kann ich den eingangs zitierten Worten von André Gide nur zustimmen: „Ich glaube, es gibt gewisse Tore, die nur die Krankheit öffnen kann“.

Ich habe vieles gelernt. Das vielleicht wichtigste jedoch ist Demut, Demut vor dem Leben, Demut vor allem vor leidenden Menschen. Meine Erkrankung, mein eigenes Leid hat mich gelehrt zu fragen, hinzuschauen, in Kontakt zu sein. Es hat mich gelehrt, „Leiden als Leistung“ (Viktor Frankl) überhaupt wahrzunehmen und zu würdigen. Zudem schließt das im Leid aufgebrochene Erkennen des eigenen unverletzbaren, transzendenten Kerns das Wissen ein, dass dieser Kern in jedem Menschen steckt, selbst wenn er bis zur Unkenntlichkeit „ummantelt“ ist. Dieses Wissen hebt Grenzen auf, es verbindet.

Schlussbemerkung

Jeden Tag sind unzählige Menschen mit den hier thematisierten Grenzerfahrungen konfrontiert, stolpern darüber, leiden darunter, wachsen

daran. Umso erstaunlicher ist es, dass es kaum Literatur dazu gibt, zumindest keine, die systematisch die erwähnten Aspekte aufgreifen und Wege des Umgangs damit für kranke Menschen, ihre Angehörigen wie auch für Ärzte und Therapeuten aufzeigen würde. Krankheiten sind Grenzerfahrungen – Erfahrungen an den Grenzen unseres persönlichen Wissens, unseres Empfindens, unseres Glaubens, unserer Kommunikationsfähigkeiten; Erfahrungen auch an den Grenzen des Erträglichen. Krankheitsbedingte Grenzerfahrungen werden nicht gesucht, sie überkommen uns ungefragt. Es braucht Kraft, ihnen zu begegnen, es braucht Menschen, die diese Begegnungen respektieren und den Kranken behutsam begleiten und „es braucht Gnade, ja – und Mut!“ (Treya Wilber 2003: 427).

Literaturverzeichnis

Frankl V (2003) ... trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. München: dtv

Gadamer HG (1993) Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Gadamer HG (2003) Schmerz. Einschätzungen aus medizinischer, philosophischer und therapeutischer Sicht. Heidelberg: Universitätsverlag Winter

Gide A (1961) Aus den Tagebüchern 1889-1939. Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt

Graf Dürckheim K (1992) Erlebnis und Wandlung. Grundfragen der Selbstfindung. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Pfeffer S (2010) Krankheit und Biographie. Bewältigung von chronischer Krankheit und Lebensorientierung. Wiesbaden: VS Verlag

Scharfetter C (2000) Was weiß der Psychiater vom Menschen? Unterwegs in der Psychiatrie: Menschenbild, Krankheitsbegriff und Therapieverständnis. Bern: Verlag Hans Huber

Steffensky F (2003) Ganzheit im Fragment – Heilung und Heil in unserer Zeit. In Egner H (Hrsg.) Heilung und Heil. Begegnung – Verantwortung – Interkultureller Dialog. Düsseldorf und Zürich: Walter Verlag

Stutz P (2003) Verwundet bin ich und aufgehoben. Für eine Spiritualität der Unvollkommenheit. München: Kösel

Wilber K mit Wilber T (1996) Mut und Gnade. In einer Krankheit zum Tode bewährt sich eine große Liebe. München: Goldmann