

Leseprobe aus:

Sabine Lenz

Die Fähigkeit zu sterben



Mehr Informationen zum Buch finden Sie auf rowohlt.de.

Sabine Lenz

Die Fähigkeit zu sterben

Meine psychologische Arbeit
mit Krebskranken

Rowohlt

1. Auflage März 2014
Copyright © 2014 by Rowohlt Verlag GmbH,
Reinbek bei Hamburg
Alle Rechte vorbehalten
Lektorat Susanne Frank
Satz aus der Concorde PostScript
Gesamtherstellung CPI books GmbH, Leck
Printed in Germany
ISBN 978 3 498 03803 8

Inhalt

Einleitende Gedanken 7

Scham und Schande 15

Aufschrei 39

Todesangst 55

Erschöpfung 67

Der Mann mit dem Hirntumor und seine Frau 73

«Das Leben ist einsam, armselig, obszön, stumpfsinnig
und kurz.» 87

Eichhörnchen 97

Eine erotische Frau 115

Ausgebeint 137

Gibt es Wunder? 153

Leben Sie wohl 163

Liebe 183

Nachbemerkung 203

Danksagung 207

Einleitende Gedanken

Für krebserkrankte Menschen steht das organische Geschehen im Mittelpunkt all ihrer Befürchtungen und Hoffnungen. Daher sprechen sie, auch wenn sie zur Psychologin kommen, zunächst über ihre Krankheit. Sie bewegen sich in ihren Chemotherapie-Zyklen wie Fische in heilsam-giftigen Gewässern, während mir die Finger steif bleiben beim Notieren der komplizierten Behandlungsschemata. Die Menschen leiden unter den chirurgischen, zytostatischen und radiotherapeutischen Nebenwirkungen und wollen psychoonkologische Hilfe wegen des Haarverlusts, gegen die Zerschlagenheit, für den Durchhaltewillen. Und immer wieder gegen dieses Meer aus Angst, das sie hinaus und in die Tiefe zöge, wenn wir nicht Strände, Dünen und Wälle, so weit das Auge reicht, davor lagern würden. In der Psychoonkologie werden allgemein menschliche bestürzende Vorstellungen in persönlich besänftigende Vorstellungen verwandelt. Aber immer wieder kämpfen wir uns auch an der Seite unserer PatientInnen durch ein Stück Leben, welches unsäglich flach und leer vor ihnen liegt, eine Todeslandschaft ohne jede Erhebung, nichts, woran das Lebendige in ihnen sich festmachen kann.

Bei den meisten springen die Krankheitsgeschichten irgendwann von selbst in größere Zusammenhänge und werden zu Lebensgeschichten. Dann bedeutet psychoonkologische Arbeit nichts anderes, als dass man als Psychotherapeutin in der Onkologie arbeitet. Es geht um vielfältige Entwicklungs- und Lösungsprozesse, allerdings ausgehend von einer erschreckenden Erfahrung und der Unruhe, die nicht aufhört, unterschwellig mitzulaufen, auch wenn es gegenwärtig keinen Anlass dafür gibt. Aber plötzlich ist sie wieder da und nimmt in einem Bild, in einem Traum Gestalt an: Ein Wolf hetzt durch einen unendlichen Wald. Er jagt dahin mit aufgerissenen Augen und in wilder Kraft, seine Reißzähne ragen scharf aus den dunkelroten Lefzen. Der Wolf jagt niemandem hinterher, er selbst wird gejagt, von einem rüdigem Stück Fell, das auf seinem Rücken sitzt. Er will es verzweifelt abschütteln, aber das fremde Fell ist verwachsen mit seinem eigenen, es rennt mit, egal wie schnell und wie lange der Wolf rennt. Er rennt umsonst, aber er kann trotzdem nicht aufhören zu rennen.

Wenn die Menschen um ihr Leben rennen, dann kehren wir aus den großen biographischen Geschichten zurück zu den akuten onkologischen Geschichten. Wenn die Frist des Lebens, der Grund des Sterbens erschreckend deutlich Gestalt annimmt, treten alle anderen Probleme in den Hintergrund. Dann arbeiten wir an dem Schrecken, der immer ein Zeitschrecken ist: Wie lange lebe ich noch?

Wann muss ich sterben? Die Zeitachse endet für uns alle beim Tod. Man kann als gesunder Mensch darüber philosophieren oder melancholisch gestimmt sein – für Krebsbetroffene ist die Frage nach der Zeit die gefährliche Frage schlechthin. Sie lädt ein zu Angst- und Stressmustern, diese auf einmal kürzer gewordene Zeit. Das, was von ihr noch bleibt und genutzt werden könnte, wird verschattet vom Ende der Zeit.

In den vorliegenden Geschichten wird am Ende fast immer gestorben, nicht weil in der Onkologie immer, sondern weil in der Onkologie auch gestorben wird. Dieser Aspekt bewegt die Betroffenen und Angehörigen am meisten, auch mich bewegt er am meisten. Während die Patienten verständlicherweise nach rettenden Alternativen in der Realität und in der Phantasie suchen, erzählen die meisten meiner Geschichten von der langsamen Annäherung an den Tod. Es gibt genügend Ratgeber- und Hoffnungslektüre zu diesem Thema; dies hier ist eine Requiem-Sammlung, in der ich nicht nur Krebsbetroffener gedenke, deren Leben ich im Angesicht des Sterbens begleiten durfte, sondern auch des Lebens selbst gedenke, das sich auf seiner letzten Strecke ein letztes Mal als ein so eigenes zeigt, dass der uns alle gleichmachende Tod weit entfernt ist. Auch wenn die Geschichten mehrheitlich Sterbengeschichten sind, enthalten sie, wie ich glaube, dennoch Hoffnung. Sie bezieht sich aber nicht darauf, einer unheilbaren Krankheit eine Lebensverlängerung jenseits

der medizinischen Möglichkeiten abzutrotzen, sondern darauf, dass das Leben, unabhängig von seiner Dauer, eine gewaltige existenzielle Angelegenheit ist, die gestaltet werden kann, auch in ihren allerengsten Passagen.

Ich bin Psychoonkologin und keine Sterbebegleiterin, daher handeln meine Texte von den alltagsklaren Bewusstseinsprozessen, die sich zu einer Zeit des Sterbens annehmen, in der es gedacht und gefühlt, aber noch nicht durchlebt wird. Die letzten Dinge des Lebens werden im reflektierten Nahkampf mit einer todbringenden Krankheit abgehandelt, und am Ende gewinnen die Betroffenen, indem sie sich ergeben. Es wird erträglicher, sobald sie lernen, sich anzupassen an das, was ist, aber nirgendwo ist die Schere zwischen Müssen und Wollen weiter geöffnet als beim Sterbenmüssen und Nicht-sterben-Wollen.

Je schwächer man wird, desto leichter lässt sich Schicksal akzeptieren. Bei den meisten Menschen gehen die körperlichen Prozesse voraus und zeigen den psychischen den Weg. Alt werden heißt schwach werden, schwach werden heißt lebensmüde werden. Die psychoonkologische Herausforderung besteht darin, Menschen zu begleiten und zu betreuen, die körperlich noch gar nicht oder kaum geschwächt sind von der Krankheit, bei denen das unmittelbare körperliche Befinden keinen Halt und Rahmen bietet, in dem Schicksal akzeptiert werden kann, sondern Psychisches sich ganz allein auf den Weg macht, kopfvor-

an, orientierungslos, absturzgefährdet. Unheilbare Krankheiten sind deshalb so schrecklich, weil man den Tod vorhersagen kann, ohne dass der Körper davon weiß. Von weitem sieht der Tod viel schlimmer aus als aus der Nähe. Das Schwächerwerden geht Hand in Hand mit der Fähigkeit zu sterben.

Das Todesthema unterscheidet psychoonkologische von anderen psychotherapeutischen Prozessen. Es geht um reale Ängste, deren Ursache nicht zu beheben ist. Wir müssen zu reagieren wissen, wenn ein Patient erfährt, dass er an Krebs erkrankt ist, dass seine Prognose sich verschlechtert hat oder dass es keine medizinische Rettung mehr gibt. Wir arbeiten mit Menschen, die sich in einem Zustand akuter psychischer Traumatisierung befinden, und mit solchen, die realitätsflüchtig sind, weil sie sonst zusammenbrechen würden. Mit den psychischen Folgen tatsächlicher Todesgefahr müssen wir nicht nur menschlich, sondern auch fachlich umgehen können. Wir verfügen über Methoden, mit denen unsere Patienten Todesangst mindern und Erlebensmöglichkeiten in sich entdecken können, die ihnen erlauben, weiterzuatmen, weiterzudenken, weiterzugehen. Dort, wo Krebs zu einer Aufgabe der Akzeptanz von Schicksal wird, helfen wir, innere Einschränkungen zu beheben, die den Weg um ein Vielfaches schwerer machen, als er ist. Die Methoden, die ich praktiziere, entstammen tiefenpsychologischen, lösungsorientierten, trauma- und hypnotherapeutischen

Konzepten sowie dem, was ich von der Philosophie der Lebenskunst auf meinem eigenen Weg verstanden habe.

Weil Krebsbetroffene Zeitbetroffene sind, ist es gerade in der Psychoonkologie so wichtig, dass wir von der Zeit- in die Raumdimension kommen. In imaginativen und Trancezuständen steht die Zeit still und dehnen Körpergrenzen sich aus, Bilder tauchen aus dem Unbewussten auf und besänftigen mit ihrer lebendigen Fülle oder weiten Leere den hadernden Geist. Dann werden sowohl Furcht als auch Hoffnung entbehrlich, denn beide sind assoziiert mit der Zeit. Psychoonkologische Therapie ist sehr oft eine Raumoase in fürchterlicher Zeit. Aus der gegenwärtigen Zeit wird nicht die Hoffnung auf zukünftige Zeit herausgeholt, sondern ein Erleben, das nicht mehr nötig hat, nach der Zeit zu fragen. Über diese punktuellen Erfahrungen, die eine einzige Therapiestunde zu einem Universum an Grund- und Absichtslosigkeit machen, ist allerdings schwerer zu berichten als über die prozesshaften Therapiegeschichten. Sprache kann schlecht erfassen, was jenseits von Sprache geschieht.

So handeln die vorliegenden Geschichten mehr davon, was sich erzählen lässt. Sie verbinden Krebs- mit Lebensgeschichten. Denn immer kreuzt die Krankheit eine Biographie, durchschneidet das Thema des Todes ein Lebensband, das sich zuvor um andere Themen gewunden hat, die nun nicht auf einmal hinfällig geworden sind, sondern

im Licht des letzten Kapitels noch einmal mit persönlicher Wahrhaftigkeit vorgetragen werden, bevor die Stimme des authentischen Erzählers für immer verstummt.

Manchmal ist es aber auch nur meine eigene Stimme, die, besessen von einer Lebenslogik, die es so nicht gibt, ein Ganzes in einem Netz von Folgerichtigkeit und Schlüssigkeit zu bergen versucht. Aus Trauer über das Zufällige und zufällig Böse des Lebens konstruiere ich aus den Fund- und Bruchstücken, die mir zugetragen werden, menschenmögliche Zusammenhänge und schreibe Seelenmessen, bevor sie mir zu Staub zerfallen. Denen, die es nicht mehr lesen können, ist dieses Buch gewidmet.

Scham und Schande

Psychotherapie ist der Umgang mit Geschichten, die Patienten uns erzählen. Als Psychotherapeutin nehme ich Einfluss auf diese Geschichten. Ich versuche, die Patienten dahingehend zu beeinflussen, dass aus einer unguuten Geschichte eine gute Geschichte wird.

Wir sind uns alle einig, dass Krebs ein schlechter Stoff für gute Geschichten ist. Und dennoch: Ich würde nicht in der Onkologie arbeiten, wenn ich es nicht für möglich hielte.

Im therapeutischen Veränderungsprozess entsteht so etwas wie eine neue Fassung der ursprünglichen Geschichte. Ich helfe den Patienten, eine bessere Version zu finden; manchmal müssen wir sie auch erfinden. Es ist wie ein Drehbuch, an dem wir gemeinsam von Sitzung zu Sitzung arbeiten.

Der Stoff ist vorgegeben: Da gibt es die Krankheit Krebs, in der vorliegenden Geschichte einen ausgedehnten Ovarialkrebs. An diesem medizinischen Befund ist nicht zu rütteln, die medizinischen Drehbücher werden von der Natur und nicht vom Menschen geschrieben.

Die Ärzte versorgen die Patientin mit einer starken

Chemotherapie, die sie erstaunlich gut verträgt. Sie ist Chemikerin und kann zu Beginn der Therapie noch ein teilweises Arbeitspensum bei einer pharmazeutischen Firma bewältigen.

Der Stoff der Geschichte ist erbarmungslos. Die Krankheit breitet sich immer mehr aus im Bauchraum der 56-jährigen Frau, und jeder weiß, warum die Geschichte, an der die Patientin und ich arbeiten, eines Tages abbrechen wird.

Es ist jedoch ausgeschlossen, dass sie und ich das mögliche Ende thematisieren. Auch der behandelnde Onkologe darf es auf keinen Fall tun.

Nun ist der Moment gekommen, wo aus einer medizinischen Geschichte eine psychologische Geschichte wird. Ich fürchte ihn immer ein wenig, diesen Moment, weil ich nie sicher bin, wie ich den Sprung von der einen Ebene auf die andere schaffe. Da ich in einem Krankenhaus arbeite und meine PatientInnen an einer körperlichen Krankheit leiden, beginnen die Geschichten immer im Somatischen. Und dann kommt der Moment, in dem ich springen muss. Ich hole also ein letztes Mal Anlauf auf medizinischem Terrain: *Es handelt sich um eine 56-jährige Patientin mit einem metastasierenden Ovarialkarzinom* – und springe mit einem Satz hinüber auf die psychische Seite der Krankheit: *Niemand darf der Patientin gegenüber die Möglichkeit ihres Krebstodes ansprechen*. Es ist immer wieder ein bizarrer Moment, dieser Wechsel von der medizinischen

auf die psychologische Seite, und ich kann ihn nicht genug mit fürsorglichen Kommentaren begleiten.

Niemand darf es für möglich halten, dass die Patientin an ihrem Tumor sterben könnte; dabei hält es der Onkologe nicht nur für möglich, sondern für sicher. Auf der psychologischen Seite begegnet mir ein Tabu. Das ist nicht ungewöhnlich; viele unheilbar Krebskranke verleugnen das Sterbenmüssen, manche sogar bis zum Tod. Das Tabu dieser Patientin ist aber ein besonderes. Sie war wegen Suizidgefahr zu mir überwiesen worden, und der Arzt gab mir bei der Überweisung ein Rätsel mit auf den Weg: Die Patientin drohe sich selbst zu töten, bevor sie an *dieser Krankheit* stürbe. Nicht der Tod war das Tabu, sondern der Krebs. Und es bestand eine Dringlichkeit zu helfen, denn die Gewissheit, dass die Patientin an dieser Krankheit sterben würde, nahm von Monat zu Monat zu.

In der Psychotherapie haben wir es nicht mit Tatsachen zu tun, sondern mit Bedeutungen. Die Psyche besitzt die phantastische und zugleich gefährliche Fähigkeit, objektive Tatsachen in subjektives Erleben zu verwandeln. Sie unterteilt das Endlosband der Zeit in persönliche Abschnitte und versieht jeden mit einem Anfang, einem Ende und einer Bedeutung. So entsteht individuelle Lebensgeschichte, indem das wie eine Sanduhr rinnende Lebensganze in willkürliche, subjektiv bedeutsame Lebenssequenzen unterteilt wird. Die Psyche ist ein durch

und durch narratives Gebilde, sie kann nicht sein ohne ihre Geschichten, ständig rankt sie Bedeutungen um Geschehnisse, und lieber stellt sie etwas in einen schlimmen Zusammenhang als in gar keinen.

Die Patientin verleiht dem Ereignis Eierstockkrebs eine Bedeutung, die für sie existenziell bedrohlich ist. Wir wissen zwar nicht, welche Bedeutung es ist, aber wir wissen, dass sie sich ihretwegen suizidieren will. Warum tut sie sich eine solche Interpretation an? Weil sie nicht anders kann, lautet die kurze Antwort. Die längere: weil offenbar keine andere Bedeutung in ihrem subjektiven Erleben sinnstiftend wäre.

Der Sinn oder die Bedeutungszuschreibung kann so belastend sein, dass die Psyche ihre eigene Geschichte nicht mehr verkraftet; sie flüchtet sich in Neurose, in Sucht, in Somatisierung oder in Selbstmord. Manche Menschen, die ihre eigenen Geschichten nicht mehr aushalten, kommen in psychotherapeutische Behandlung. Dann versucht die Psychotherapeutin zusammen mit der Patientin eine belastende Bedeutung so zu verändern, dass aus der schlimmen Geschichte eine weniger schlimme oder sogar eine gute Geschichte wird. Psychotherapie ist das Verändern von sich selbst erzählten Geschichten, von inneren Drehbüchern, von zugeschriebenen Bedeutungen. Indem man die Dinge anders ansieht, werden sie anders.