

Franz Schafstedde

Zur Bedeutung chronischer Krankheiten

Die Rolle des Todes und die Frage nach dem »Sinn« im metaphorischen Denken über chronische Krankheiten

»Nichts ist strafender, als einer Krankheit eine Bedeutung zu verleihen — da diese Bedeutung unausweichlich eine moralische ist«
(Susan Sontag)

»Der Bedeutungsgrund des Krankseins bestimmt den Weg der Therapie«
(V. v. Weizsäcker)

Einleitung

Chronische Krankheiten sind in den Industriegesellschaften die Hauptursache für körperliche Behinderungen und Tod. Als Hauptgrund gilt die zunehmende Lebenserwartung aufgrund des gestiegenen Lebensstandards und der Fortschritte der Medizin. Umgekehrt sind es gleichzeitig die Mängel und Grenzen der Medizin, die die Ausweitung chronischer Krankheiten nicht verhindern können. Chronische Krankheiten stellen ganz offensichtlich ein medizinisch ungelöstes Problem dar, sie sind in Ätiologie und Pathogenese oft noch unverstanden, in ihrem Verlauf schubweise oder kontinuierlich progredient und therapeutisch nur bedingt beeinflussbar. Sie sind in der Regel nicht wirklich heilbar, d.h. der Betroffene muß sich irgendwie mit seiner Krankheit arrangieren.

Diese Situation ist Ausgangspunkt und Forschungsgegenstand einer mittlerweile unübersehbaren Fülle von Untersuchungen. Nachdem es zunächst noch verstärkt um die Psychogenese chronischer Krankheiten ging, konzentrieren sich die Publikationen der letzten Jahre vermehrt auf die Frage, wie Patienten chronische Krankheiten erleben und wie sie mit ihnen umgehen. Untersuchungen zur »Krebspersönlichkeit« und zum »Typ-A-Patienten« sind ein wenig in den Hintergrund gerückt zugunsten einer Forschung, die nach den Auswirkungen chronischer Krankheiten auf die Betroffenen fragt.

Die theoretischen Grundannahmen und die empirischen Ergebnisse dieser Arbeiten sind Gegenstand der ersten beiden Kapitel. Kapitel drei

resümiert den derzeitigen Stand und vertritt die These, daß die Zerrahrenheit und Widersprüchlichkeit der Forschungsergebnisse ihren Grund in einer nur formalen, d.h. einer ungesellschaftlichen und unhistorischen Bestimmung des Gegenstandes haben.

In den dann folgenden Kapiteln wird der Versuch unternommen, die Bedeutung chronischer Krankheiten inhaltlich zu bestimmen. Das Augenmerk richtet sich dabei auf zwei Aspekte: aus einer historischen Perspektive soll der Zusammenhang zwischen chronischer Krankheit und Tod entwickelt sowie dem Problem nachgegangen werden, wie die Betroffenen die Krankheit in ihr Bild von sich und der Welt einordnen, wie sie sie für sich »sinnvoll« machen. Im Vordergrund steht dabei die Frage, wie die Probleme der Krankheitsverursachung und damit zusammenhängend der Schuld und Verantwortung in der Literatur und in Selbstzeugnissen thematisiert werden.

1. Bewältigen, Abwehren, Coping und Adaptation

»Es konnte in der Literatur bisher keine Übereinstimmung über die Terminologie erzielt werden, mit der das Verhalten bezeichnet wird, das ein Individuum bewußt oder unbewußt ausführt, um die negativen Auswirkungen von Ereignissen zu minimieren.« (Broda, 1987, S. 9)

Dies ist der Allgemeinheitsgrad, auf dem die Forschung konzeptionell beginnt. Trotz der angesprochenen begrifflichen Unklarheiten hat sie in den letzten 20 bis 30 Jahren zunehmend komplizierter werdende Theoriegebäude hervorgebracht.

In den 60er Jahren standen einfache, monokausale Modellannahmen im Vordergrund: man kümmerte sich vor allem um die objektive Seite der Belastung und versuchte, die unterschiedlichen individuellen Reaktionen durch immer differenziertere Beschreibungen der Belastungsseite zu klären. Die Ausweitung des Blicks auf das reagierende Individuum bedeutete einen beträchtlichen Fortschritt, der unter dem Kürzel »new look« in die Theoriegeschichte einging. Jetzt ging es um individuell unterschiedliche Reaktionen bei gleicher Belastung, bisher implizite und explizite Annahmen zur Persönlichkeit standen damit zur Disposition, speziell eröffnete sich eine bis heute dauernde Kontroverse zwischen Vertretern eines nach wie vor behavioristisch fundierten Bewältigungskonzepts gegen ein psychodynamisch orientiertes Abwehrkonzept. Die Kontroverse bezieht sich auf mehrere Ebenen: Was ist »Abwehr«, in welchem Verhältnis steht sie zur »Verleugnung«, wieviele verschiedene Abwehrmechanismen gibt es, wie ist ein Vorgang, der im Ergebnis das Ausbleiben einer Reaktion oder eines Ereignisses

zur Folge hat, zu operationalisieren und ist unter Abwehr eine besondere Form von Bewältigung oder vielmehr ihr Scheitern zu verstehen. Daß Abwehrvorgänge existieren ist weitgehend anerkannt, ob sie nützlich oder schädlich sind, dagegen stark umstritten.

Moos und Billings (1982) differenzieren und weisen nach, daß Verleugnung bei Myokardinfarkt positive bei einer Krebserkrankung jedoch negative Konsequenzen habe. Pettingale (1984) und Borysenko (1984) finden unabhängig voneinander bei verleugnenden Brustkrebspatientinnen eine längere Überlebenszeit. Hackett und Cassem haben mehrfach die Verleugnung als wirksame Schutzfunktion bei Myokardpatienten nachgewiesen (1969), speziell die Verleugnung der Todesbedrohung scheint die Lebenserwartung zu erhöhen.

Lazarus, einer der anerkannten Vordenker der Copingforschung, macht daraus eine anthropologische Konstante, indem er sich mit der These der »absoluten Wahrheit bezüglich unserer Gefühle auch anderen gegenüber« auseinandersetzt, und dabei die Position vertritt, »daß ein Leben ohne Selbsttäuschung nicht gelebt werden könne und glaubt, daß geistige Gesundheit ohne ein gewisses Maß an Selbsttäuschung nicht auskomme.« (Broda ebenda S. 69).

Konzeptionell eingeholt werden diese Überlegungen durch Arbeiten, die auf den phasenhaften Verlauf der Auseinandersetzung mit chronischer Krankheit hinweisen und der Verleugnung als einer Sonderform von Abwehr eine zeitlich begrenzte Funktion zuweisen (vgl. z.B. Kübler-Ross 1981).

Darüber hinaus ist es ein prinzipielles Problem der Copingforschung, inwieweit sie eine Bestimmung des Copingziels mit in die Definition des Copingprozesses aufnimmt, ohne beides zu konfundieren; weiter ist fraglich, wie sie die Ziele selbst begründet; häufig erinnern sie in allererster Linie an das Bild eines pflegeleichten, kooperativen, sympathischen Patienten:

- Zurechtkommen mit Schmerz und körperlichen Einschränkungen,
 - mit dem Streß verschiedener Behandlungen zurechtkommen,
 - Beziehungen zum Personal aufbauen,
 - emotionale Balance aufbauen,
 - befriedigendes Selbstbild aufbauen und Kompetenz erhalten,
 - Beziehungen zu Familie und Freunden aufrechterhalten,
 - sich auf eine unsichere Zukunft vorbereiten (Moos und Tsu, 1977).
- Diesem Problem versuchen neuere Vorstellungen zu entgehen, die die Auseinandersetzung mit chronischer Krankheit als das Aufrechterhalten eines unterschiedlich definierbaren Gleichgewichts zwischen Innen und Außen verstehen, wobei nicht nur das Außen — und dazu

gehören hier auch die chronischen Krankheiten — das Innen zu Reaktionen veranlassen kann, sondern umgekehrt der einzelne auch die Situation zu verändern vermag. Diesem Interaktionsprozeß zwischengeschaltet sind Phasen des »appraisal«, in denen der einzelne der äußeren Situation eine für ihn relevante Bedeutung verleiht bzw. die Bedeutung ins Verhältnis setzt zu seinen inneren Ressourcen. Daraus schließlich resultiert eine Handlung, die ein verloren gegangenes Gleichgewicht wiederherstellt oder ein bedrohtes zu sichern versucht. In dieses Konzept sind eine Reihe weiterer Faktoren integrierbar, die entweder dem Innen oder dem Außen zugeordnet werden können: die Kontrollierbarkeit der Situation, das Ausmaß wahrgenommener Ambiguität (Mehrdeutigkeit) oder die Dauer der Antizipationszeit; auf seiten der Person: soziale Stellung, Alter, Geschlecht sowie Faktoren, die eine Rolle spielen bei der Bedeutungszuschreibung des Wahrgenommenen wie commitments (»what is important to the person, what has meaning for him or her. They determine what is at stake in a specific stressful encounter«, Lazerus und Folkman, 1984, S. 55) und beliefs (»are personally formed or culturally shared cognitive configurations«; ebenda S. 63).

In diesen Zusammenhang gehört auch die Frage nach dem Einfluß subjektiver Krankheitstheorien. Mit der Untersuchungsvariable »locus of control« bzw. mit der Frage nach der »Kausalattribution« versucht man, sie näher zu bestimmen: wo liegt der Ort, von dem aus der Lebensprozeß kontrolliert wird und was wird als ursächlich für bestimmte Ereignisse angenommen.

2. Einige Ergebnisse empirischer Copingforschung

Auf dem Hintergrund der genannten theoretischen Konstrukte gibt es jeweils eine Vielzahl, im Ergebnis meist uneinheitlicher Untersuchungen, von denen nur einige beispielhaft im folgenden genannt sein sollen.

Die Frage der Effektivität von Coping wird häufig so gelöst, daß effektives Coping mit Dauer der Überlebenszeit gleichgesetzt wird. Pettingale (1984) findet zehn Jahre nach Operation noch lebender Brustkrebspatientinnen eine deutliche Prävalenz des Copingstiles »fighting spirit« und »Verleugnen«. In der Zwischenzeit verstorbene Patientinnen hatten höhere Werte für »Akzeptieren« und »hilfloses Reagieren« gezeigt. Weismann und Worden (1976/77) finden, daß »direktes Angehen« und bewußtes Inanspruchnehmen anderer Ressourcen (z.B. soziale Unterstützung) zu guter Bewältigung von Krebskrankheit führt.

Ebenso führt die »Kompetenz im Umgang mit der Krankheit und geringe psychosomatische Attribution« zur Verlängerung der Überlebensdauer (Ziegler und Schüle, 1985). Dies gilt auch für die Fähigkeit zum Ausdrücken feindseliger Gefühle (Cohen, 1984; Borysenko, 1984). Holahan und Moos (1985) können bestätigen, daß Selbstvertrauen geschlechtsunabhängig einen Streßwiderstandsfaktor darstellt und Husaini und Frank (1985) finden, daß eine positive Sicht vom Selbst gegen schädliche Lebenseinflüsse schützt, genau so wie »Optimisten« nach Scheier und Carver (1985) bessere Anpassungsleistungen zeigen als Pessimisten.

Zum Einfluß von Statusvariablen sprechen Cronkite und Moos (1984) von einem positiven Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Copingeffektivität, während Bruce et al. (1983/84) dies nicht bestätigen können.

Zum Einfluß des Alters gibt es empirische Belege für die sogenannte Regressionshypothese (McCrae, 1982; Ilfeld, 1980), derzufolge Menschen im Alter vermehrt zu ineffektiven Maßnahmen greifen, wie auch für die Wachstumshypothese (Vaillant, 1977), die das Gegenteil behauptet.

Der Einfluß des Geschlechts wird ebenfalls uneinheitlich beurteilt, wobei es nur wenige Untersuchungen gibt, die die Auswirkungen der Geschlechtszugehörigkeit von den speziellen Belastungssituationen abhängig machen. Nach Billing (1980) verleugnen Männer nach Herzinfarkt stärker als Frauen, während Sidle et al. schon 1969 fanden, daß »Frauen mehr ablenken, während Männer sich auf das Schlimmste gefaßt machen« (zit. n. Broda, ebenda S. 99).

Insgesamt kommt die Mehrzahl der Arbeiten bezüglich der weiter oben genannten Persönlichkeitsvariable »Kontrollüberzeugung« zum Ergebnis, daß Leute, die glauben, ihre Lebenslage selbst im Griff zu haben, besser zurechtkommen als solche mit einer externalen Kontrollüberzeugung (Parkes, 1984; Husaini und Frank, 1985).

Übereinstimmende Ergebnisse lassen sich noch am ehesten in der Beschreibung der objektiven Belastung chronisch Kranker im allgemeinen als auch auf einzelne Krankheitsbilder bezogen finden. Tabelle 1 zeigt die in der Literatur am häufigsten genannten generellen Belastungsfaktoren, Tabelle 2 nennt Faktoren, deren Ausprägung vom Krankheitsbild abhängt, wobei Krebs, Herzinfarkt, Rheuma und Niereninsuffizienz als die vier am besten untersuchten Krankheitsbilder berücksichtigt werden.

Tabelle 1: Allgemeine Belastungen chronisch Kranker

1. Weitgehende Irreversibilität bzw. Progredienz
2. Unvorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufs
3. Reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit
4. Bedrohung körperlicher Integrität
5. Langdauernde Abhängigkeit von mediz. Spezialisten
6. Hospitalisierung und Trennung von Angehörigen
7. Vielfältige Verluste in persönl. und soz. Hinsicht
8. Begrenzte Zukunftsperspektive

(aus: Beutel, 1988)

Tabelle 2: Spezifische Belastungen chronisch Kranker

<i>Belastungen</i>	<i>Eher charakteristisch für</i>
Negative soziokult. Stereotypen	Krebs
Kurze Antizipationsdauer	Herzinfarkt
Lebensbedrohung	Krebs, Herzinfarkt, Niereninsuffizienz
Chronische Schmerzen	Rheuma, Krebs
Körperliche Immobilisierung	Rheuma
Körperliches Stigma	Krebs, Rheuma
Zentralnervöse Defizite	Niereninsuff., Krebs
Eingreifende diagn. Verfahren	Krebs
Vitale Apparateabhängigkeit	Niereninsuffizienz
Aversivität der Therapie	Krebs, Niereninsuff.
Diät-/Flüssigkeitsrestriktion	Niereninsuffizienz

(aus Beutel, 1988)

Bezogen auf das »Wie« der Verarbeitung stellt Manfred Beutel 15 neuere Untersuchungen zusammen, die mehr als ein Krankheitsbild beforscht haben. Acht Arbeiten finden Unterschiede zwischen den Krankheitsgruppen, sieben Arbeiten nicht (vgl. Beutel, 1988). Danach führt allgemein ein bis zum Untersuchungszeitpunkt noch kurzer Krankheitsverlauf, ein hoher Grad an Behinderung sowie eine ungünstige Prognose zu hoher psychischer Belastung. Hohes Alter und ein hohes Maß an Selbstaktualisierung (geringe Diskrepanz zwischen realem und idealem Selbstbild) korrelieren mit geringerer Todesangst.

Levien und Ziegler (1975) finden bei Krebspatienten ein höheres Maß an Verleugnung als bei Patienten nach Myokardinfarkt; Krebspatienten glauben auch, ihre Krankheit weniger kontrollieren zu können als andere (Felton et al, 1984), gegenüber Herzpatienten fühlen sie sich weniger für ihre Krankheit verantwortlich (Mumma und McCorkle, 1983) und halten sie stärker als Dialysepatienten für abhängig von

unbeeinflussbaren Faktoren wie Zufall und Schicksal (Muthny und Koch, 1984). Hinsichtlich Typ-A-Verhalten unterscheiden sich Herzinfarktpatienten übrigens nicht von Rheumapatienten (Zyzanski et al, 1979).

3. Zu den prinzipiellen Problemen der Copingforschung

Im Ergebnis ist die Copingforschung momentan in einer äußerst unbefriedigenden Situation. Dies wird übrigens von ihren führenden Vertretern im deutschsprachigen Raum selbst so gesehen. Betrachtet man die Anzahl der Untersuchungen, so hat sie eine beträchtliche Ausweitung erfahren, kaum ein Lebensbereich ist nicht schon einmal untersucht worden. Die Ergebnislage ist jedoch so widersprüchlich, daß so gut wie nichts als gesichert betrachtet werden kann. Gemessen an der praktischen Ausweitung des Konzepts habe die theoretische Weiterentwicklung nicht mithalten können, konstatiert M. Broda 1987.

Ausgangspunkt der Copingtheorien war die Frage, wie der Mensch bewußt oder unbewußt negative Auswirkungen von Ereignissen minimiert. Der Ausgangspunkt leidet meines Erachtens in erster Linie unter seiner Abstraktheit. Er sieht von so viel Konkretem ab, daß inhaltlich nur noch die Feststellung übrigbleibt, daß es Ereignisse mit für Menschen negativen Auswirkungen gibt und daß Menschen die Tendenz haben, diese zu minimieren. Mit der Abstraktheit wächst die Allgemeinheit des Forschungsgegenstandes. Im Grunde ist über alle Epochen hinweg jede Situation, in der Menschen sich wiederfinden, mit diesem Konstrukt beforschbar. Entsprechend zusammenhangslos erscheint die Vielzahl der Ergebnisse.

Auch die Ausweitung des Konzepts durch die Anerkennung von immer mehr Zusatzvariablen hat die Kohärenz der empirischen Arbeiten nicht befördert.

Der entscheidende Mangel des Konstrukts und der Grund für seinen spröden, zähen und knorrigten Charakter, der die Beschäftigung mit ihm zu einer trockenen Fleißarbeit macht, besteht darin, daß alles im Unhistorischen und Ungesellschaftlichen und damit im Formalen stecken bleibt und auf jede inhaltliche Bestimmung verzichtet wird. Humorvollere Vertreter haben schon 1960 festgestellt: »Immerhin scheint es vernünftig, zwischen dem Reiz und der Reaktion ein bißchen Weisheit einzuschieben. Und es ist nicht einmal nötig, sich deshalb zu entschuldigen, denn sie war schon dort, bevor es die Psychologie überhaupt gab« (Miller, Galanter und Pribram, 1960). Und diese Weisheit ist weder unhistorisch noch ungesellschaftlich, genau so wenig wie die Erkenntnisobjekte selbst, auf die sie sich bezieht.

Ohne den Anspruch zu haben, die Probleme der Copingforschung damit zu lösen, soll im folgenden versucht werden, die Sache von einer anderen Seite aufzuzäumen. Man kann m.E. nicht nach Bewältigungsstrategien fragen, ohne mehr darüber zu wissen, was chronische Krankheit für die Betroffenen inhaltlich bedeutet.

Im folgenden wird davon ausgegangen, daß die Bedeutung chronischer Krankheit sich weder reduzieren läßt auf ein biologisches Geschehen noch auf einen biografischen Prozeß. Sie ist mehr als eine unkontrolliert wachsende Zellpopulation beispielsweise und mehr als ein integriertes oder abgespaltenes Moment einer Biografie.

4. *Susan Sontag's Krankheitsmetaphern*

In ihrem vielgelesenen Essay über »Krankheit als Metapher« veranschaulicht S. Sontag am Beispiel der Tbc und der malignen Tumoren materialreich, kritisch und zum Teil ironisierend die Neigung der Menschen, sich um so mehr blauen Dunst über Ätiologie, Verlauf, über die Bedeutung der Krankheit für den einzelnen und die Gesellschaft, über deren tieferen Sinn und die in ihr zum Ausdruck kommenden philosophischen und moralischen Wahrheiten vorzublasen, je mehr die Krankheit aus biologisch-naturwissenschaftlicher Perspektive unverstanden ist. »Das psychologische Verständnis untergräbt die Realität einer Krankheit« (S. Sontag, 1981, S. 66). Denn ein solches Verständnis führt zur irrationalen Überhöhung oder Abwertung des Betroffenen. »Nichts ist strafender, als einer Krankheit eine Bedeutung zu verleihen — da diese Bedeutung unausweichlich eine moralische ist« (ebenda, S. 69). Die Krankheit ist ein biologisch-physiologischer Prozeß, dem einzig ein naturwissenschaftliches Herangehen adäquat ist, und zwar im Interesse aller Beteiligten. Ihr schlagendstes Beispiel ist die literarische Verarbeitung der Tuberkulose um die Jahrhundertwende, die nach der Entdeckung des Tuberkelbakteriums und der Tuberkulostatika plötzlich jeden Reiz für Dichter, Philosophen und Moralisten verlor. Sie wurde dagegen abgelöst von den Krebserkrankungen, denen jedoch mit dem Fortschritt der naturwissenschaftlich orientierten Medizin — so S. Sontag — ein identisches Schicksal bevorstehen wird. Es gelingt ihr eindrucklich anhand der historischen Wandelbarkeit von Krankheitsmetaphern, diese als inhaltslose, oft schädliche, den Erkrankten zusätzlich belastende Hypothesen vorzuführen, die einem des »sublimierten Spiritualismus« bedürftigen Geistes entspringen mögen.

Die Wandelbarkeit von Krankheitsmetaphern als Argument für ihre inhaltliche Bedeutungslosigkeit zu nehmen, gelingt jedoch nur, solange

man ihre Bindung an einzelne Krankheitsbilder nicht auflöst: der Tuberkulosekranke des 19. Jahrhunderts lebt, erkrankt und stirbt edel, der Tumorpatient des 20. Jahrhunderts häßlich. In dieser Fassung ist ihre Unhaltbarkeit offensichtlich und S. Sontags Kritik ist berechtigt, soweit sie die psychogenetischen Implikationen der Metaphern anspricht.

Und trotzdem darf dabei ein Punkt nicht übersehen werden: genau wie alle anderen ist auch der Krebspatient nicht nur »Opfer«, sondern gleichzeitig »Täter«, bzw. Träger der im kulturellen Raum einer Gesellschaft auffindbaren Krankheitsmetaphern, d.h. er ist nicht nur mit ihnen konfrontiert, sondern findet sie, seinem Bewußtsein mehr oder weniger zugänglich, auch in *seinem* Innern. Insofern bleibt ihm die Auseinandersetzung damit sowieso nicht erspart.

S. Sontag möchte dies umgehen: »Zeigen will ich, daß Krankheit keine Metapher ist und daß die ehrlichste Weise, sich mit ihr auseinanderzusetzen — und die gesündeste Weise krank zu sein — darin besteht, sich soweit wie möglich von metaphorischem Denken zu lösen, ihm größtmöglichen Widerstand entgegenzusetzen.« (ebenda S. 5).

Ein weiteres Problem dieses Vorhabens kommt dadurch zustande, daß sie damit ein generelles menschliches Bedürfnis außer acht läßt. Es besteht darin, daß Menschen sowohl einzeln als auch gesellschaftlich das Bedürfnis haben, den sie bedrohenden Ereignissen eine Bedeutung zu geben. Was sich hier als Krankheitsmetapher findet, findet sich dort als subjektive Krankheitstheorie. In allen Berichten von Patienten über ihre Krankengeschichte findet sich irgendwann die Frage nach dem Sinn, nach dem »Warum ich?« und das dringliche Suchen nach einer Antwort. Man gewinnt den Eindruck, daß ein Teil der Last in dem Moment weicht, in dem darauf eine wie auch immer geartete Antwort gefunden wird.

Krankheitsmetaphern und biografische Bedeutung einer Krankheit sind nicht identisch, aber auch nicht unabhängig voneinander. Für eine sozial-medizinische Untersuchung von »Attributionsvorgängen« wären Krankheitsmetaphern meines Erachtens eine geeignete Folie, von der aus inhaltlich bestimmbar wird, was man untersuchen will.

Ein weiteres ist im Zusammenhang mit Krankheitsmetaphern bemerkenswert: Sie heften sich nicht an alle Krankheiten gleichermaßen. Heilbare Krankheiten geben dafür nichts her. Unheilbare, in Ätiologie und Pathogenese weitgehend aufgeklärte Krankheiten wenig. Unheilbare, ätiologisch ungeklärte Krankheiten scheinen mit Abstand am meisten zur Metaphernbildung anzuregen. Dies hat zum einen seinen Grund sicher darin, daß die Bedrohung wächst, je weniger man sie

versteht. Zum anderen eignen sich aber diese Krankheiten auch besonders, das Terrain abzugeben, auf dem sich ein anderes, hinter ihnen liegendes Problem Ausdruck verschafft: S. Sontag weist darauf hin, daß ungeachtet der Teilerfolge der Medizin Krebs weiterhin als tödliche Krankheit gilt, ja oft genug Krebs und Tod als synonyme Begriffe behandelt werden. Daß Krebskrankheiten immer noch häufig tödlich verlaufen, ist dafür eine notwendige, aber sicher keine hinreichende Voraussetzung. M.E. kommt ein Spezifikum im gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod selbst hinzu. Der Tod kommt als kulturelles Ereignis in den modernen Industriegesellschaften immer weniger vor. Seine öffentliche Verdrängung ist die Ursache für die Ausweitung der Krankheitsmetaphern, v.a. die Krebsmetaphern sind der Ort, in denen der verdrängte Tod wiederkehrt.

Dieser Zusammenhang findet seine Entsprechung in den Patientenautobiographien, wo die Frage nach dem Krankheitssinn sich regelmäßig ausweitet zur Frage nach dem Lebenssinn überhaupt. Sie beinhaltet die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit und führt, wenn sie ausgehalten und angenommen werden kann, zurück zur Krankheit, die nun eine andere Bedeutung gewonnen hat. Viktor von Weizsäcker scheint mir diesen Zusammenhang im Auge gehabt zu haben, wenn er allgemein formuliert: »Wenn der Sinn des Lebens der Tod ist und der Sinn des Todes das Leben, dann ist der Sinn der Krankheit beides: das Sterben sowohl wie ein Streben zu überleben.« (V. v. Weizsäcker, 1956, zit. n. W. Jacob, 1978, S. 170).

Und eine zweite Dimension haben Krankheitsmetaphern und die Suche nach einem Sinn der Krankheit gemeinsam: sie thematisieren beide das Problem der Verursachung und tun es beide in der Regel in einer moralischen Form, d.h. es geht immer auch um die Frage der Schuld.

In den folgenden beiden Abschnitten will ich versuchen, den Zusammenhang von Krankheit und Tod sowie das Problem der Frage nach dem Sinn in seinen kulturhistorischen Dimensionen ein wenig auszu-leuchten. Es wird sich herausstellen, daß die mit Abstand häufigsten Todesursachen unserer Tage, die malignen Tumoren und die coronare Herzkrankheit sich quasi paradigmatisch den beiden Themenaspekten zuordnen lassen.

Natürlich löst sich die Bedeutung dieser zwei häufigen chronischen Krankheiten nicht darin auf, noch ist die Zuordnung ausschließlich, sie hilft jedoch, einer inhaltlichen Bestimmung der Bedeutung chronischer Krankheiten näher zu kommen.

5. Zum geschichtlichen Zusammenhang von Krankheit und Tod — Krebs, eine tödliche Krankheit

Für Philippe Ariès (1982), dessen mit Fug und Recht als Standardwerk zu bezeichnende Arbeit »Geschichte des Todes«, die den folgenden Ausführungen in weiten Teilen zugrundeliegt, lassen sich die kulturellen Ausdrucksformen der Auseinandersetzung mit Tod und Sterben um folgende vier Problemkomplexe gruppieren: Erstens, das Bewußtsein des Menschen von sich selbst; zweitens, die Verteidigung der Gesellschaft gegen die wilde Natur; drittens, der Glaube an ein Leben nach dem Tode und viertens, der Glaube an die Existenz des Bösen.

Im frühen Mittelalter waren Leben und Sterben des einzelnen kein bloß individuelles Ereignis. Die Form der gesellschaftlichen Reproduktion ließ den einzelnen nicht als außerhalb des gesellschaftlichen Zusammenhangs sein persönliches Leben meisterndes Individuum erscheinen. Er konnte sich eingeordnet fühlen in die »Kontinuität einer Familie oder Sippe« (Ariès, ebenda, S. 775), über die sich der Zusammenhang zur Natur- und Gattungsgeschichte herstellte. Die von Ariès detailliert recherchierten Sterbe- und Begräbnisrituale bringen das zum Ausdruck. Der Sterbende ist zwar der Regisseur der Szene, der den anderen mitteilt, daß er »sein Ende nahen fühlt«, das daraufhin einsetzende Zeremoniell der Trauer und des Abschieds aber bringt zum Ausdruck, daß es sich beim Tod nicht primär um ein »persönliches Drama, sondern (um) eine Prüfung der Gemeinschaft, die sich verpflichtet fühlte, die Kontinuität der Gattung aufrechtzuerhalten« (ebenda, S. 775), handelt.

Der zweite Punkt (die Verteidigung der Gesellschaft gegen die wilde Natur) thematisiert allgemein die Notwendigkeit einer ritualisierten Kanalisation der Konfrontation mit dem Tod. Die Gebundenheit der menschlichen Existenz an seine biologisch-physiologischen Grundlagen, an seinen Körper als Teil der Natur, die als innere Natur sich nicht unterscheidet von den Gefahren, der Wildheit und Unberechenbarkeit der äußeren Natur, äußert sich am deutlichsten im Triebleben und im Tod. Sexualität und Tod waren aber nie bloße Naturgegebenheiten, an die der einzelne schutzlos ausgeliefert wurde, sein »einsames Abenteuer«, sondern öffentliches Ereignis und Teil einer »aus Verboten und Zugeständnissen bestehenden Globalstrategie des Menschen gegen die Natur« (ebenda, S. 775f.).

Sobald sich der Mensch als mehr denn bloßes Naturwesen versteht, und das tut er, sobald er überhaupt etwas versteht, entsteht das Problem, was aus diesem »Übernatürlichen« wird, wenn die biologische Existenz

ihre Daseins- und Äußerungsweisen offensichtlich grundlegend ändert (Punkt 3). Der physische Tod ist nie das absolute Aus und insofern besteht weiter ein Zusammenhang zwischen ihnen, den Toten und den Lebenden. »Die Toten gehören zum verdrängten und zugleich kanalisierten Strom der Natur; das lateinische Christentum des Frühmittelalters hat das alte Risiko ihrer Wiederkehr abgeschwächt, indem es ihnen einen Platz inmitten der Lebenden, im Mittelpunkt des öffentlichen Lebens zuwies. Die grauen Larven aus heidnischen Zeiten wurden zu friedlich Ruhenden, deren Schlaf durch Störungen kaum bedroht war — dank der Kirche und der Heiligen, später auch dank der ihnen zuge-dachten Messen und Fürbitten.« (ebenda, S. 776f.).

Punkt 4 schließlich stellt fest, daß der Tod nie als emotional neutrales Phänomen begriffen wurde. Ein Übel war er immer und als solches zunächst noch undifferenziert identifiziert und in eine Reihe gestellt mit allem, was sonst noch das Leben zu beeinträchtigen und Unlust zu bereiten geeignet war. Die Zusammengehörigkeit all dessen ist sprachgeschichtlich im romanischen Raum noch nachzuempfinden: *malheur* (Unglück), *maladie* (Krankheit), *malchance* (Mißgeschick), *le Malin* (der Böse). Zuerst gab es nur ein *malum*, dessen Ursprung das Christentum mit der Erbsünde erklärte und damit das Böse als mit dem Menschen untrennbar verbunden anerkannte.

Um das 11. Jahrhundert herum beginnt sich, nach Ariès, die Szene zu verändern. Unmerklich, zunächst ganz langsam und auf eine Elite von »literati, von Reichen und Mächtigen« beschränkt, entwickelt sich ein Gefühl persönlicher Identität und Individualität, das sich nicht mehr verträgt mit der Eingebundenheit und Aufgehobenheit des einzelnen im kollektiven Ganzen. Daß diese Entwicklung, die erst in der bürgerlichen Gesellschaft ihre komplette Verallgemeinerung und ihren Höhepunkt erfährt¹, nicht ohne gewichtige Modifizierungen des Todesverständnisses bleibt, liegt auf der Hand. Wenn das Selbstverständnis sich primär über die eigene Individualität, also über das, was mich gerade unterscheidet vom anderen, definiert, erhält auch das Ende der individuellen Existenz im Tod eine ganz andere Bedeutung². Letztlich ist der Tod der größte Feind jeder autonomen Individualität, und die Methoden ihn zu überwinden, werden zunächst erheblich aufwendiger: »So kolonialisierten jene entschlossenen Menschen das Jenseits wie das neue Indien mithilfe von Messen und frommen Stiftungen. Das wichtigste Instrument ihres Unternehmens, das ihnen die Kontinuität zwischen Diesseits und Jenseits zu sichern erlaubte, war das Testament. Es diente ihnen dazu, sich die Liebe der Welt zu erhalten und zugleich, dank ihres Hingangs in einen guten Tod, Investitionen im Himmel zu tätigen«

(ebenda, S. 778), wobei dieser selbst seinen Charakter ebenfalls ändert. Er wird zum Ort der Fortexistenz der einzelnen Seelen, die der eigentliche Sitz der Individualität sind und die der Tod befreit. Nicht mehr »er ist tot«, sondern »Gott hab' ihn selig« ist die adäquate Umschreibung.

Weitere wesentliche Veränderungen vollziehen sich — und jetzt in einer bisher nicht gekannten Geschwindigkeit — mit der Etablierung bürgerlicher Lebensverhältnisse. Da auch und gerade in den weiteren Ausführungen der erste von Ariès angeführte Punkt »das Bewußtsein des Menschen von sich selbst« einen zentralen Stellenwert einnimmt, möchte ich dem Leser einen kurzen Hinweis auf die m.E. prinzipielle Bestimmung dieses Zusammenhangs in der bürgerlichen Gesellschaft zumuten. In Anlehnung an einen heute stark in Ungnade gefallenem Autor muß man daran festhalten, daß unter bürgerlichen Produktionsverhältnissen der Prozeß der Auseinandersetzung mit der Natur als gesellschaftlicher Produktionsprozeß eine Form annimmt, in der dem einzelnen die Gesellschaftlichkeit dieses Vorgangs nicht unmittelbar als solche erscheint (vgl. Karl Marx: *Das Kapital*, MEW-Band 23, *Der Fetischcharakter der Ware und sein Geheimnis*, S. 85ff.). Vielmehr erzeugt er die Illusion der primären Unabhängigkeit des einzelnen vom Ganzen. Der Zusammenhang zwischen ihnen stellt sich zunächst nur dadurch her, daß die einzelnen die je privat hergestellten Produkte auf dem Markt als Waren gegeneinander austauschen vermittelt eines allgemeinen Äquivalents, das den gesellschaftlichen Charakter ihrer Arbeit sachlich zum Ausdruck bringt. Gelingt der Tausch, haben sie mit dem weiteren Geschehen nichts mehr zu schaffen, außer daß sie im Besitz des allgemeinen Äquivalents jetzt einen individuellen Anspruch auf einen Teil des gesellschaftlichen Gesamtprodukts haben. Den Produzenten »erscheinen ... die gesellschaftlichen Beziehungen ihrer Privatarbeiten als das, was sie sind, d.h. nicht als unmittelbare gesellschaftliche Verhältnisse der Personen in ihren Arbeiten selbst, sondern vielmehr als sachliche Verhältnisse der Personen und gesellschaftliche Verhältnisse der Sachen« (MEW-Band 23, S. 87). Handelt es sich bei der Ware um die Arbeitskraft, so verhält es sich im Prinzip nicht anders. Sie tauschen sie, indem sie sie für bestimmte Zeit in der Regel unter der Regie eines privaten Kapitals verausgaben, gegen das allgemeine Äquivalent, das ihnen in Form des Lohnes zufließt.

Die oben angesprochene illusionäre Vorstellung von der Unabhängigkeit des einzelnen vom gesellschaftlichen Zusammenhang wird allerdings in dem Maße zur tatsächlichen Realität, in dem er außerhalb der Arbeit formal keinen weiteren Abhängigkeitsverhältnissen unterliegt. Der Bereich außerhalb der Arbeit ist seine Privatsphäre, in der die

Verwirklichung seiner Individualität ihre Grenzen zunächst nur findet in der quantitativen Beschränktheit des ihm in Form des Lohns zugeflossenen Geldes.

Wichtig an diesem kleinen Exkurs erscheint mir zweierlei: Zum einen der Hinweis darauf, daß der gesellschaftliche Zusammenhang zwischen den einzelnen in der jetzt sich entfaltenden Gesellschaft nicht mehr unmittelbar als Zusammenhang zwischen Menschen erscheint, und zum anderen, daß neben der Sphäre des gesellschaftlichen Produktionsprozesses mit der Privatsphäre ein zweiter Bereich entsteht, in dem der einzelne sich individuell reproduziert, der ihm unabhängig vom ersten erscheint und es in Abhängigkeit vom Wohlstandsniveau der Gesellschaft auch mehr oder weniger ist.

Bevor wir zum Thema zurückkehren, seien noch drei weitere Aspekte angesprochen, die mit der Entwicklung der bürgerlichen Gesellschaft einhergehen und in unserem Zusammenhang von Bedeutung sind: geistesgeschichtlich wird diese Epoche beherrscht von der »Aufklärung«, einer Bewegung mit dem Ziel, die bisherigen Auffassungen vom Menschen und der Welt ihres religiösen und ideologischen Charakters zu entkleiden und durch solche zu ersetzen, die sich nach Maßgabe der menschlichen Vernunft entwickeln lassen und für jeden verstandesbegabten Menschen nachvollziehbar sind. Die Entwicklung der Naturwissenschaften nimmt in diesem Zusammenhang einen ungeheuren Aufschwung und die Medizin etabliert sich als naturwissenschaftliche Disziplin.

Zweitens verändern sich die zwischenmenschlichen Beziehungen: Mit der Entstehung einer Privatsphäre, dem veränderten Selbstverständnis des einzelnen und dem allmählichen Zurücktreten des gesellschaftlichen Reglements wird die persönliche Zuneigung oder Abneigung als Ausdruck des ganz individuellen Gefühlslebens jedes einzelnen mehr und mehr zur Basis der zwischenmenschlichen Beziehungen außerhalb der Arbeit.

Die abnehmende Bedeutung religiöser Denkformen führt dazu, daß die Menschen im 18. Jahrhundert die Angst vor Hölle und Teufel und vor der Bestrafung sündhaften Verhaltens im Jenseits zunehmend verlieren. Die Befürchtungen um das eigene Seelenheil, die manch einen in den vorangegangenen Jahrhunderten noch motivieren konnten, sein ganzes Vermögen den Kirchen zu stiften, schwächen sich deutlich ab und andere Ängste, vielleicht gravierendere gewinnen die Oberhand.

Die Angst vor dem Verlust der gerade erst gewonnenen Autonomie und Individualität wird zum dominanten Inhalt der Todesangst, die ein zweites von Ariès als »Trennungsangst« bezeichnetes Gefühl noch

überflügelt. Der Tod wird gefürchtet als unwiederbringlicher Abschied vom »geliebten anderen«.

Ein dritter, ganz wichtiger Punkt ist die neu gewonnene Rolle der Medizin. Der Arzt tritt zwischen den Kranken und sein nahendes Ende, indem er eine Diagnose stellt und dem Zustand des Kranken einen Namen gibt, der eine Prognose beinhaltet³. Aber der Arzt versteht sich nicht mehr als »nuntius mortis«, eine Rolle, die er sich über lange Zeit mit dem Priester teilte, sondern seine Aufgabe ist die Heilung. Als Hoffnungsträger in diesem Sinne beginnt er, eine vorrangige Rolle im nun einsetzenden, großangelegten Akt der Verdrängung des Todes zu spielen. Er agiert mit in einem Spiel, in dem zunächst alle an einem Strang zu ziehen scheinen. In Tolstois Roman: »Der Tod des Ivan Iljitsch« wird diese Situation zum ersten Mal literarisch vorgeführt. Die Angehörigen des Kranken sind aus Liebe zu ihm und weil der Tod des anderen sie mit ihrer eigenen Sterblichkeit konfrontiert, nicht in der Lage, mit ihm über seinen tatsächlichen Zustand zu sprechen. »Das 'Den-Tod-nicht-spüren' ist an die Stelle des 'Sein-Ende-nahe-fühlen' getreten ...« (Ariès, ebenda, S. 719) und der Kranke selbst, »er hält sich den Tod vom Leibe«, indem er ihn mit der Krankheit maskiert, der der Arzt den Namen gegeben hat.

Doch zum Schluß wendet sich das Blatt. Ivan Iljitsch, der Betroffene selbst, zerreißt den Schleier der Lüge, der ihm seinen wahren Zustand verheimlicht und erkennt: »Nicht um Blinddarm handelt es sich, nicht um die Niere, sondern um Leben ... und Tod« (ebenda, S. 724) und zieht gleich darauf die Konsequenz: »Ich werde um meinen eigenen Tod betrogen« (ebenda, S. 726); als beharre er noch darauf, daß Krankheit und Tod zwei sehr verschiedene Dinge sind. Für seine Krankheit ist der Arzt zuständig, für den Tod er selbst. Zwar ist er nicht unbeteiligt an dem späten Zeitpunkt dieser Erkenntnis, doch zum Schluß ist er selbst es, der die Verhältnisse beim Namen zu nennen wagt.

Man kann festhalten, daß sich mit der Verallgemeinerung der bürgerlichen Lebensverhältnisse das Problem des Todes in jeder Hinsicht verändert und deutlich verschärft. Es ist anzunehmen, daß die Angst vor dem Tod wenn nicht größer, so doch weniger gut faßbar geworden ist⁴. Der Umgang mit dem Tod wird beherrscht von einem Unbehagen, provoziert von seiner hartnäckigen Fortdauer in einer Welt, »die das Böse eliminiert hat: das moralisch Böse, die Hölle und die Sünde im 19. Jahrhundert, das physisch Böse, das Leiden und die Krankheit im 20. Jahrhundert. Der Tod sollte dem Bösen, mit dem er in allen Glaubenslehren verschwistert war, folgen und seinerseits verschwinden: er besteht aber weiter und rückt keinen Schritt zurück. Sein hartnäckiges Fortdauern

erscheint daher als Skandal ...« (ebenda, S. 758). — Dieser entscheidenden Einschränkung individueller Autonomie kann man unterschiedlich begegnen. Nach Abschaffung des Aberglaubens und nach der vernunftgeleiteten Kritik der Religion setzte man auf eine aufgeklärte Weltsicht und orientierte sich im Bereich der Kunst am Vorbild klassischer Schönheit. In diesem Sinne versuchte man den Tod als unabänderliche Gegebenheit menschlichen Lebens zu akzeptieren und ästhetisch auszuformen. Herder: schreckerregend ist allenfalls die Krankheit, Todsein hat nichts Schreckliches. Für Lessing ist der Tod als Strafe kein Ergebnis der Vernunft, sondern einer Offenbarung (Religion), nach Goethe sollen sich der häßliche und der humane Tod in der Schönheit verbinden (vgl. Anz, 1983, S. 415)⁵.

Philosophisch wird der Tod entweder nicht zur Kenntnis genommen, als für das Leben unerheblich empfunden und das Reden darüber als pfäffische Albernheit diskreditiert (französische Materialisten), oder er wird argumentativ sinnvoll gemacht, indem abgehoben wird auf die nicht individuellen Seiten der menschlichen Existenz, die im großen und ganzen verweisen auf die notwendige Rolle des sterblichen einzelnen im Fortgang der Natur- und Gesellschaftsgeschichte oder auf seine Zugehörigkeit zu einer Welt des Geistigen, die die räumlichen und zeitlichen Grenzen des Individuums transzendiert.

Die Medizin, jetzt etabliert als eine Disziplin der exakten Wissenschaften, hat mit dem Tod nichts mehr zu tun, während die Romantiker den »schönen Tod« auf die Spitze treiben⁶. Es ist die Zeit, in der der literarische Tod vor allem in Gestalt des sterbenden Tuberkulosekranken die Romane bevölkert. »Die Literatur des 19. Jahrhunderts wimmelt von Beschreibungen nahezu symptomloser, furchtloser, glückseliger Tode infolge Tb.« (Sontag, ebenda, S. 20).

Die Tbc ist die gängige Gestalt, in der sich die Romantiker mit dem Tod auseinandersetzen und oft schon löst sich der Tod als solcher auf und wird zur eigentlichen Vollendung der Tuberkulose, die eh schon als Ausdruck einer sensiblen, vergeistigten, empfindsamen, an inneren Leidenschaften verbrennenden Persönlichkeit galt. Ein Image, demgegenüber die Gesundheit selbst manchmal als banal und vulgär erschien. »Das Ideal der vollkommenen Gesundheit ist nur wissenschaftlich interessant, von wirklichem Interesse dagegen ist die Krankheit, die zur Individualisierung gehört,« schrieb Novalis in einem Fragment von 1799/1800⁷.

Auf jeden Fall ist der Tod kein Zerstörer und Gleichmacher, sondern oft Höhepunkt der Individuation und bisweilen ihre gleichzeitige Überwindung.

Inwieweit die Todesverherrlichung der Romantiker letztlich als »verkehrter« Ausdruck einer ins Unermeßliche gestiegenen Todesangst, etwa im psychoanalytischen Sinne der Identifikation mit dem Aggressor zu begreifen ist, wird durchaus unterschiedlich beurteilt, die Mehrheit der heutigen Autoren jedenfalls neigt dieser Meinung zu und hält die Romantik für den kontrapunktischen Gegenpol zur Todesverarbeitung des 20. Jahrhunderts. Bedienten sie sich der Rhetorik und Ästhetisierung, so wird der Tod jetzt häßlich und ganz unausprechlich.

Reiner Maria Rilkes »Aufzeichnungen des Malte Lauritz Brigge« (1910) sind ein oft zitiertes Beispiel: »Jetzt wird in 559 Betten gestorben. Natürlich farbfrikmäßig. Bei so enormer Produktion ist der einzelne Tod nicht so gut ausgeführt, aber darauf kommt es auch nicht an. Die Masse macht es. ... der Wunsch, einen eigenen Tod zu haben, wird seltener. Eine Weile noch, und er wird eben so selten wie ein eigenes Leben.« Verachtete und gejagte Tiere werden eine häufig benutzte Metapher. Josef K. in Kafkas »Prozeß« stirbt »wie ein Hund« und »Baal« in Bertolt Brechts gleichnamigem erstem Theaterstück »verreckt wie eine Ratte«.

Gottfried Benn greift in seinem Gedichtszyklus »Morgue« den von der Romantik bevorzugten Motivzusammenhang von Liebe, Schönheit und Tod auf. In »Mann und Frau gehen durch die Krebsbaracke« wird das Lockmittel zum Schockmittel: »Sieh, dieser Klumpen Fett und faule Säfte / das war einst irgendeinem Mann groß / und hieß auch Rausch und Heimat.« (zit. n. Anz, S. 424). Mit Wedekind, Hofmannsthal und Schnitzler ließe sich die Reihe fortsetzen. Thomas Anz kommt zu folgender zusammenfassender Bewertung: »In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts setzte man der Angst, die nicht zuletzt als das Produkt eines falschen abergläubischen Bewußtseins angesehen wurde, das aufklärerische Argument und das Vorbild klassischer Schönheit entgegen. In einer veränderten sozial- und ideologiegeschichtlichen Situation folgt die literarische Moderne zwar weiterhin den kritischen Intentionen der Aufklärung und den humanistischen Impulsen der Klassik, doch ihr Konzept hat sich grundlegend geändert. ... jetzt bekommt die Darstellung angsterregender Häßlichkeit ihrerseits aufklärerische und humanisierende Qualitäten, insofern sie sich gegen Harmonisierungen und Beschönigungen richtet, die sich anders als noch die Klassik nicht mehr ihrer Künstlichkeit und ihres Abstandes zur disharmonischen Wirklichkeit bewußt sind. Die literarische Moderne opponiert damit weniger gegen die Normen der klassisch-idealistischen Ästhetik selbst als gegen ihre zunehmend ideologisierte und trivialisierte Adaptation« (ebenda, S. 427).

Ein weiteres, ganz eigenes und historisch neues Element im gefühlsmäßigen Umgang mit dem Tod, das sich nicht wie bei Thomas Anz als Reaktion auf die unmittelbaren geschichtlichen Vorläufer verstehen läßt, bringt die literarische Moderne jedoch auch zum Ausdruck: die Beschreibung des letalen Zustandes, des Todeskampfes, der Sterbeszene wird ekelhaft und ruft ein Gefühl der Scham hervor, das um so deutlicher wird, je mehr die Sterbeszene die Ausgeliefertheit des Menschen an eine üble Gerüche, Schleim und Exkremente absondernde, sich verfärbende und in häßlich entstellter Entpersönlichung endende Körperlichkeit in den Vordergrund rückt⁸.

Die Scham angesichts des letalen Zustandes ist neben der Kränkung des autonomen Individuums wohl der wichtigste Grund für die Tabuisierung des Todes im 20. Jahrhundert.

Wenn die Diagnose einer chronischen Krankheit beim Betroffenen irgendwann zur Sinnfrage führt und die Frage nach dem Sinn einer Krankheit die Frage nach dem Sinn des Lebens impliziert, die sich ihrerseits nicht ohne ein Nachdenken über die Bedeutung des Todes beantworten läßt, so finden wir auf der anderen Seiten, daß der Tod als kulturelles Ereignis nicht mehr existiert⁹.

Der Tod wird versteckt, praktisch und ideologisch. Praktisch verschwindet er in den Krankenhäusern, ideologisch verschwindet er hinter den Krankheiten, heute vor allem hinter der Krebserkrankung.

Doch damit ist der Tod und vor allem die Todesangst natürlich nicht verschwunden. »Im Gegenteil, sie hat, unter der Maske der medizinischen Technik, die alten Wildheits- und Grausamkeitsvorstellungen unmerklich wieder Fuß fassen lassen. Der Tod im Krankenhaus, der bewußtlos an Schläuchen und Drähten hängende Moribunde, wird heute immer mehr zum volkstümlichen Bild, das schreckenerregender ist als der transi oder das Skelett der makabren Rhetorik. Eine Korrelation zwischen der Ausbürgerung des Todes als dem letzten Schlupfwinkel des Bösen und der Rückkehr dieses wieder grausam gewordenen Todes beginnt sich abzuzeichnen.« (Ariès, ebenda, S. 789).

Wenn sich die Romantiker der Todesangst durch Rhetorik und Ästhetisierung erwehren und auf diesem Hintergrund das Bild der Tuberkulose, als damals häufigste Todesursache ausschmückten, so tauchen die für's 20. Jahrhundert typischen Eigenschaften des häßlichen, schambe-setzten, ekelerregenden, ausgebürgerten Todes fast bruchlos in den Krebsmetaphern wieder auf.

6. *Zur Frage nach den Krankheitsursachen — Herzinfarkt,
ein vermeidbares Ereignis*

»Das wahre Ich wird niemals krank,« konstatiert Immanuel Kant in einem Aufsatz mit dem Titel »Von der Macht des Gemüts des Menschen über seine krankhaften Gefühle durch den bloßen festen Vorsatz Meister zu sein«, den er 1798 als Gegengabe an den Leibarzt des preußischen Königshauses, Christoph Wilhelm Hufeland schickt, der seine damals vielbeachtete »Markrobotik — Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern« dem Königsberger Philosophen gewidmet hatte.

Beide sind sich darin einig, daß ein vernunftgeleitetes Leben ein gesundes Leben ist.

»Leidenschaften sind Krebschäden für die reine praktische Vernunft ... Gemütsstimmungen, die mit vielen Übeln schwanger gehen«, sagt Kant und Hufeland greift auf das alte platonische Bild vom Reiter eines wilden Pferdes zurück, wobei der Vernunft als dem Reiter die Aufgabe zufällt, das Tierische im Menschen zu beherrschen. Dabei wird aber das Verhältnis von Geist und Natur keineswegs als prinzipiell gegensätzlich empfunden. Im Gegenteil, der aufklärerische Optimismus ist vielmehr von einer prädisponierten Harmonie, die sich vermittelt des Sittlichen herstellt, überzeugt: »Im Gegenteil habe ich ... mehr als je empfunden, daß sich der Mensch und sein höherer moralischer Zweck auch physisch schlechterdings nicht trennen lassen ..., das schon das Physische im Menschen auf seine höhere moralische Bestimmung berechnet ist, daß dieses einen wesentlichen Unterschied der menschlichen Natur von der tierischen macht und daß ohne moralische Kultur der Mensch unaufhörlich mit seiner eigenen Natur im Widerspruch steht sowie er hingegen durch sie auch physisch erst das vollkommenste Geschöpf wird.« (Hufeland, 1798; zitiert nach Mitscherlich u.a., 1972, S. 23).

Mit deutlich weniger Optimismus wird Sigmund Freud 100 Jahre später das Bild von Pferd und Reiter wieder aufgreifen. Doch zunächst herrscht ein bezüglich der Entwicklung von Krankheiten zuversichtliches Gefühl. An die Stelle Gottes tritt die Natur eben mit dem Unterschied, daß sie erkannt werden kann und daß der selbstverantwortliche Gebrauch der Vernunft ein langes Leben verspricht. Aus dieser Perspektive erfahren sogar die bisherigen Plagen der Menschheit als Folge von Zügellosigkeit und Unvernunft eine neue Interpretation. Michel Foucault bezeichnet die Vorstellung vom vollständigen Verschwinden der Krankheit in einer Gesellschaft, die zu ihren Ursprüngen zurückgefunden hat, als eine der großen Mythen der französischen Revolution:

»Im Mittelalter, in der Zeit der Kriege und der Hungersnöte, waren die Kranken der Angst und der Auszehrung ausgeliefert; Schlaganfälle und hektisches Fieber dominierten. Im 16. und 17. Jahrhundert sieht man das Gefühl für das Vaterland und für die daraus entstehenden Verpflichtungen erschlaffen; der Egoismus zieht sich auf sich selbst zurück und betreibt Unzucht und Völlerei, was zu venerischen Krankheiten, zu Eingeweide- und Gefäßverstopfungen führt. Im 18. Jahrhundert nimmt das Luststreben den Weg über die Einbildungskraft; man besucht das Theater, liest Romane und ereifert sich in leeren Konversationen; in der Nacht ist man auf, bei Tag schläft man; daher die Hysterien, die Hypochondrien, die nervösen Krankheiten. Eine Nation, die ohne Krieg, ohne heftige Leidenschaften und ohne Müßiggang leben würde, würde keine jener Krankheiten kennen. Dies würde vor allem für eine Nation gelten, die von der Herrschaft des Reichtums über die Armut, von den Mißbräuchen, denen sich die Reichen hingeben, frei wäre.« (M. Foucault, 1973, S. 50)¹⁰.

Mit der Fortexistenz des Pathologischen unter Bedingungen, die dafür nicht mehr verantwortlich gemacht werden, fällt die Verantwortung auf den einzelnen.

Besonders deutlich wurde das in der Beurteilung von Geisteskrankheiten, die allemal als Ausdruck einer amoralischen Gesinnung galten. Im Grimmschen Wörterbuch von 1885 sind Moral und Psyche noch zwei partiell synonyme Begriffe. Von daher ist es vielleicht nur aus heutiger Sicht verwunderlich, daß um 1830 zwei Tendenzen gleichzeitig auftraten. Die Krankheit, speziell das psychische Leiden, erfuhr literarisch eine Umbewertung. Büchners Lenz ist der Vorbote einer Veränderung, die das, was krank macht, anders bestimmt und den Vernunft-optimismus und Moralismus der Aufklärung ablehnt. Dies hat sie gemeinsam mit den »Somatikern«, die als Vertreter einer positivistisch-naturwissenschaftlichen Medizin Geisteskrankheiten zu Krankheiten eines Organs erklären und damit die Patienten endgültig exkulpieren. Politisch standen die Somatiker übrigens auf seiten der Liberalen und hatten wegen ihrer Ansichten zum Teil erhebliche berufliche Sanktionen zu ertragen. Mit der Betonung des Organischen verliert die Medizin nun ihre zunächst »ganzheitliche« Perspektive zunehmend aus dem Auge.

Mit Büchners Lenz beginnt die Literatur nicht das Fehlen von Vernunft und Moral, sondern ihr Vorhandensein unter Pathologieverdacht zu stellen und versucht, indem Lenz die väterlichen Prinzipien ablehnt, der menschlichen Natur zu ihrem Recht zu verhelfen: »Immer steigen, ringen und so in Ewigkeit Alles, was der Augenblick gibt, wegwerfen

und immer darben, um einmal zu genießen; dürsten, während einem helle Quellen über den Weg springen. Es ist mir jetzt erträglich, und da will ich bleiben; Warum? Warum? Eben weil mir wohl ist« (Büchner, 1980, S. 78).

Die Natur bleibt weiterhin der Maßstab. Doch während der aufgeklärte Moralismus ihre mangelhafte Zügelung und damit den einzelnen verantwortlich machte, neigt die mit Büchners Lenz beginnende Moderne dazu, die Ursache von Krankheit in sozialen Verhältnissen oder kulturellen Normen zu suchen, speziell in deren unterdrückender Funktion gegenüber der inneren Natur des Menschen.

Von zwei bis heute wirksamen Autoren konnten sich die Vertreter der ästhetischen Moderne dabei anregen und bestätigen lassen: für Friedrich Nietzsche besteht die »größte und unheimlichste Erkrankung ... (im) ... Leiden des Menschen am Menschen, an sich: als Folge einer gewaltsamen Abtrennung von der thierischen Vergangenheit, ... einer Kriegserklärung gegen die alten Instinkte, auf denen bis dahin seine Kraft, seine Lust und Furchtbarkeit beruhte.« (Friedrich Nietzsche, aus: *Genealogie der Moral*, 1887, zit. n. Anz, ebenda, S. 22).

Und die Entwicklung der Psychoanalyse durch Sigmund Freud, für die das Problem, wie sich die menschliche Triebstruktur vermittelt über die Geschehnisse der frühkindlichen Sozialisation zu den kulturellen Normen der Erwachsenenwelt verhält, ein zentraler Bestandteil der Theorie ist. Doch bezogen auf die Frage nach der Verursachung von Krankheit lassen sich speziell die Äußerungen Freuds schwerlich eindeutig interpretieren. In seinem Gefolge ist die Psychoanalyse für zwei fast entgegengesetzte Richtungen in Anspruch genommen worden, von denen man die eine als die politische, die andere als die therapeutische Variante bezeichnen könnte.

Zu Beginn des Jahrhunderts war Otto Gross, ein Schüler Sigmund Freuds, ein entschiedener Vertreter der ersteren. In dieser Perspektive wird der Therapeut zum Revolutionär. Eine patriarchalische Gesellschaft, die vermittelt über die Verinnerlichung autoritärer Instanzen die freie Entwicklung sexueller und aggressiver Impulse unterdrückt, macht krank. »Der Revolutionär von heute, der mit Hilfe der Psychologie des Unbewußten die Beziehungen der Geschlechter in einer freien und glückverheißenden Zukunft sieht, kämpft gegen Vergewaltigung in ursprünglichster Form, gegen den Vater und gegen das Vaterrecht.« (ebenda, S. 23)¹¹.

Die Vertreter der therapeutischen Variante führt die Entdeckung des Unbewußten zu anderen Konsequenzen: »Der Mensch macht seine Krankheiten selbst ... Er ist die Ursache der Krankheit, und eine andere

braucht man nicht zu suchen.« (Georg Groddeck: Das Buch vom Es, zit. n. Sontag, ebenda, S. 56). Und an anderer Stelle, bezogen auf die Tb-Kranken: »Denn nur der stirbt, der sterben will, dem das Leben unerträglich wurde,« (ebenda). Daß es aus dieser Sicht vom Verursachen zum Verschulden der Krankheit kein großer Schritt mehr ist, liegt nahe und veranlaßte S. Sontag zu ihrer heftigen Polemik gegenüber jedweder Psychologisierung.

Beiden Polen gemeinsam aber ist die Erkenntnis, daß Krankheit etwas mit Kultur zu tun hat und in dieser Hinsicht sind sie sich einig gegenüber einer naturwissenschaftlichen Medizin, die davon nichts mehr wissen will.

Dies ändert sich erst deutlich in der ersten Hälfte der 70er Jahre. Nachdem im Gefolge der Studentenbewegung der Zusammenhang zwischen dem Öffentlichen und dem Privaten breit diskutiert wurde und eine ganze Reihe literarischer Publikationen sich darin einig war, (Karin Struck: »Klassenliebe«; Peter Schneider: »Lenz«; Heinar Kipphardt: »März«; Martin Walser: »Jenseits der Liebe«; Peter Weiß: »Die Ästhetik des Widerstands«), daß die Gesellschaft krank macht und die Kranken wegen ihrer kritischen Sensibilität oft sogar bewunderungswürdige Opfer pathogener Verhältnisse sind, spricht der Sozialmediziner Hans Schäfer von einem neuen Paradigma, »das die Grundprinzipien der Epidemiologie — die Begriffe des Risikos und der Wahrscheinlichkeit — langsam auf die gesamte Medizin ausdehnt.« (FAZ vom 28.10.1981).

Damit wird die Bedeutung von Umwelteinflüssen wie Luft- und Wasserverschmutzung, Strahlen und Lärm aber im Prinzip auch die Bedeutung psychischer und sozialer Bedingungen zugestanden. Aus dieser Sicht wird die Typ-A-Persönlichkeit zum Opfer gesellschaftlicher Verhältnisse, indem sie deren inhumane Prinzipien bruchlos verinnerlicht; Leistungsdruck, Ehrgeiz, Konkurrenzorientiertheit, gekoppelt mit sozialer Überangepaßtheit, unterdrückter Aggressivität und mangelnder Fähigkeit zur Introspektion sind die Stichworte. Mit der Pathologisierung gesellschaftlicher Verhältnisse geht eine Entlastung aber auch eine tendenzielle Entmündigung des kranken Subjekts einher.

Für Horst Knaut, Journalist und selbst Infarktpatient, liegt die Bedeutung des Herzinfarktes, die er der Medizin ins Stammbuch schreiben möchte, im »Cor vexatum«, im »geschundenen Herzen«. Er sammelt die geheimen Infarktgeschichten seiner Mitpatienten, und öffnet die inneren »Tresore« der Leidensgenossen, von deren Existenz in der Regel kein Arzt weiß und fördert damit die *wirkliche* Infarktgenese zutage, die sich jeweils liest als Aneinanderreihung einer langen Kette quasi schicksalhafter biographischer Katastrophen: Sohn gestorben,

Firma pleite, Scheidung, Herzinfarkt. Den Streßbegriff lehnt der Autor jedoch ab: »In diesem Buch soll die Berieselung mit dem Begriff Streß nicht stattfinden. Ich will von der psychischen Infektion sprechen, also von einer richtigen Krankheit, die ein richtiger Arzt auch erkennen und behandeln kann.« (Knaut, 1981, S. 85). Das Unrichtige am Streßbegriff betrifft den Aspekt, der die Form der individuellen Verarbeitung äußerer Belastungen pathologisiert.

In der neueren, oft als Postmoderne bezeichneten Literatur hat diese Haltung ihren Höhepunkt allerdings hinter sich. Mit einer erneuten Betonung des Subjektcharakters des Kranken geht eine Radikalisierung der Gesellschaftskritik einher: Das abendländische Modell als Ganzes steht zur Disposition.

Mit der Anlehnung an fernöstliche Philosophien fällt auch auf das bisher widersprüchlich gedachte Verhältnis von Individuum und Gesellschaft ein anderes Licht. Der Mensch wird jetzt zum Störer einer prähistorischen Harmonie der Natur, Nicht-Eingreifen erhält einen höheren Stellenwert als jedes noch so durchdachte Tun. Aus dieser Sicht ist der Typ-A-Patient ein geradezu typischer Vertreter westlicher Zivilisationen, und gleichzeitig der lebendige Beweis dafür, daß diese Gesellschaft die Grenzen ihres Wachstums erreicht hat, ohne zur alles entscheidenden Krankheitseinsicht willens zu sein. Veränderungen werden weniger von einschneidenden strukturellen Reformen im Gesellschaftsgefüge als vom Umdenken eines jeden einzelnen erwartet. Der Kranke ist kein »bewundernswürdiges Opfer« mehr, aber jemand, dem die Krankheit Fingerzeig sein sollte, dem sie eine Chance und einen Weg eröffnet, die Grundlinien seines bisherigen Lebens zu überdenken. In Parallelität dazu gerät auch das Ursachenverständnis gegenüber Krankheiten, speziell gegenüber dem Herzinfarkt in Bewegung. Ein Teil der Ursachen gilt zwar als bekannt, durchaus unterschiedlich aber wird weiterhin die Frage nach der Verantwortlichkeit beantwortet. Die Risikofaktoren der coronaren Herzkrankheit gelten als Zivilisationserscheinung aber auch als Folge individuellen Fehlverhaltens. Im Alltagsbewußtsein werden sie differenziert bewertet: während Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und arterielle Hypertonie weitgehend als körperliche Krankheiten gelten, für die sich — wohl auch, weil sie sämtlich symptomlos verlaufen — die Kausalitätsfrage nicht so dringend stellt, gilt Bewegungsmangel noch weitgehend als zivilisationsbedingt, was den Betroffenen nicht abwertet. Mit dem Rauchen und vor allem dem Übergewicht befindet man sich schon deutlicher auf seiten moralisch negativ beurteilter, in die Verantwortung des einzelnen fallender Eigenschaften. Speziell der Streßbegriff bringt die

zur Zeit herrschende Ambivalenz zum Ausdruck. Dem Streß kann man sich zwar nicht entziehen, dennoch ist man nicht unbeteiligt an seinem Entstehen. Eine Bewegungsform findet das Problem oft dergestalt, daß der Patient die Grundregeln seines bisherigen Lebens zwar nicht hinterfragt, aber dennoch feststellt: jetzt muß ich deutlich kürzer treten. Der Infarkt ist ein Ereignis, ein »Einschlag«, nicht so sehr die Folge eines kontinuierlichen inneren Prozesses. Seine größte Kränkung besteht darin, daß er den Glauben an die prinzipielle Unversehrtheit des Betroffenen gründlich erschüttert.

Aber er bleibt in erster Linie ein Ereignis von außen. Konsequenzen beziehen sich auf das, was vom einzelnen handelnd verändert werden kann: weniger Rauchen, Abnehmen, Sport treiben, Streß vermeiden. Die neuen Ziele werden — unterstützt durch die institutionelle Struktur der betreuenden Rehabilitationszentren (vgl. Schneider, 1988) — nach demselben Muster verfolgt wie vorher andere. Ängstliche und depressive Gefühle sind schwer zugänglich und verschwinden meist hinter einer funktionierenden Abwehr. »Psychodynamisch wird angenommen, daß die angepaßt-sozialen Patienten über eine intakte Abwehr verfügen und durch sozial-zwanghaftes Verhalten die Angst unter Kontrolle halten. Bei den impulsiv-regressiven Patienten herrscht mehr Angst vor, die entweder zu einem aggressiv dominierenden Verhalten mit Flucht nach vorn führt oder aber einen ängstlich-depressiven Rückzug zur Folge hat.« (Buchheim, 1983, zit. n. Schneider, ebenda, S. 5).

Der impulsive und regressive Patient bringt hier in dekompenzierter Form zum Ausdruck, was Patient und Klinik gemeinsam zu unterdrücken bemüht sind.

Auch die Auseinandersetzung mit dem Tod hat ihre eigene Farbe. Soweit er angesprochen wird, und das ist sehr viel seltener als bei Krebspatienten, ist auch der Tod eine eher von außen kommende Gefahr. Der »Sensenman« und der »Schnittertod« sind bildhafte Vorstellungen, die von Infarktkranken assoziiert werden (vgl. Köhle und Gaus, 1981)¹²

Insgesamt fließen heute in den Vorstellungen von der Infarktverursachung gesellschaftskritische, ökologische und holistische Vorstellungen zusammen, wobei die persönliche Verantwortung für den Zusammenhang von Lebensstil und Krankheit zunehmend mehr betont wird.

7. Schlußbemerkung

Wenn man über chronische Krankheiten und ihre psychischen und sozialen Implikationen nachdenkt, steht man immer in der Gefahr, sich entweder in Gemeinplätzen oder in zusammenhangslosen Details zu verlieren (vgl. Alberti, 1990). Die Beschäftigung mit der Copingforschung bestätigte dieses Problem. Ihre empirischen Ergebnisse sind inkohärent und widersprüchlich und tragen zu einem besseren *Verstehen* der psychischen und sozialen Schwierigkeiten chronisch Kranker wenig bei. In dem vorliegenden Aufsatz wurde die These vertreten, daß dies seinen Grund im unhistorischen und ungesellschaftlichen Verständnis der Copingforschung von ihrem Gegenstand hat. Solange chronische Krankheit primär nur gefaßt wird als »Ereignis mit negativen Auswirkungen« und Krankheitsbewältigung als der Versuch, diese Auswirkungen zu minimieren, wird sich m.E. ein innerer Zusammenhang zwischen den verschiedenen Aspekten der Bewältigung chronischer Krankheiten als Ergebnis empirischer Sozialforschung nicht ergeben.

Aus diesem Grunde wurde hier der Versuch unternommen, der inhaltlichen Bestimmung des Forschungsgegenstandes »chronische Krankheiten« durch eine kulturhistorische Perspektive näher zu kommen. Vor allem die Art und Weise des Vorkommens chronischer Krankheit in der Literatur sowie in Selbstzeugnissen Betroffener wurde dabei näher betrachtet. Der entstandene Überblick ist unvollständig und in Teilen sicher auch willkürlich geblieben, zudem ging es über weite Strecken eher generell um Krankheit als um chronische Krankheit im besonderen. Dennoch ließen sich zwei Aspekte herauskristallisieren, die mehr oder weniger deutlich in nahezu jeder literarischen Äußerung zum Problem enthalten waren: Die Frage nach dem Tod und die Fragen nach Ursache, Vermeidbarkeit, Verantwortung und Schuld im Rahmen der Suche nach dem Sinn der Erkrankung. Die Darstellung der sich im Laufe der Geschichte ändernden Antworten auf die beiden Probleme sollte gleichzeitig ihre zentrale Rolle für das Verständnis chronischer Krankheiten belegen.

Ein Resümee, vorläufig und auf seine Brauchbarkeit hin noch nicht erprobt, ließe sich wie folgt formulieren:

1. In dem Maße, in dem der Tod als öffentliches Ereignis undiskutabel wurde, erweiterten sich die Krankheitsmetaphern um diesen Aspekt. Nicht, weil der Mensch sterblich ist, kann er krank werden, sondern weil er krank geworden ist, kann er sterben. Der Tod ist die Folge der Krankheit und oft mit ihr identisch. Der umgekehrte Zusammenhang, daß Krankheiten ihren tieferen Grund in der Sterblichkeit des Menschen

haben, wird so nicht mehr gedacht. Von daher steckt die Frage nach dem möglichen Ausgang einer Krankheit von Anfang an in jedem Versuch, mit ihr zurechtzukommen. Die Antwort darauf, ob eine Krankheit als tödlich gilt oder nicht, ist der Ausgangspunkt sowohl der subjektiven Verarbeitung als auch ein geeignetes Kriterium für eine erste Einteilung chronischer Krankheiten. Danach ergäbe sich folgender Vorschlag:

- a) chronische Krankheiten, die stets als lebensbedrohlich gelten (Karzinome),
- b) chronische Krankheiten, die nur potentiell als lebensbedrohlich gelten (coronare Herzkrankheit, Niereninsuffizienz etc.),
- c) chronische Krankheiten, die nicht als lebensbedrohlich gelten (entzündliche rheumatische Erkrankungen, chronische Bronchitis, periphere Durchblutungsstörungen etc.).

Eine weitere, von allen bisherigen zu unterscheidende Gruppe wären die symptomlosen chronischen Krankheiten, die sogenannten Risikorerkrankungen wie Fettstoffwechselstörung, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II etc.¹³

2. Zur Zuordnung eines Patienten bedarf es neben der medizinischen Diagnose und der in ihr enthaltenen Prognose eines explorierenden anamnestischen Gesprächs, in dem die prognostischen Erwartungen des Betroffenen herausgearbeitet werden, die natürlich nicht immer identisch sein müssen weder mit den gesellschaftlichen Stigmata seiner Erkrankung noch mit den schulmedizinischen Erfahrungen.

Der Gehalt dieses Gesprächs wie auch die Qualität der weiteren Betreuung — soweit sie nicht von den materiellen und administrativen Rahmenbedingungen abhängig ist — sind auf seiten des Betreuers verknüpft mit den im Vorangegangenen angesprochenen Inhalten: wenn Betreuung eines chronisch Kranken bedeutet, ihn bei der Suche nach den Gründen, bei den Fragen nach Verantwortung, Schuld und Tod zu begleiten und die damit einhergehenden Gefühle der Angst, Wut und Trauer aufzunehmen und auszuhalten, dann hängt die Fähigkeit dazu davon ab, inwieweit der Betreuer sich selbst mit den aufgeworfenen Fragen zu konfrontieren bereit und in der Lage ist.

Unter den Bedingungen einer »guten Betreuung« in diesem Sinne kann der Patient sich um die ihm entsprechende Art des Umgangs mit seiner Krankheit bemühen. Die je individuellen Antworten auf die aufgeworfenen Fragen sind in erster Linie rückzubeziehen auf seine Biographie. Die Grundzüge seines bisherigen Lebens werden auch den Umgang mit seiner Erkrankung bestimmen.

Ganz allgemein lassen sich dabei drei Grundformen auseinanderhalten, die zum einen als *formales* Ordnungsschema dienen können, die

aber andererseits auch unmittelbar zusammenhängen mit den *Inhalten* des Verarbeitungsprozesses:

- a) Der Versuch der Ausgliederung der Krankheit, der sich als Verdrängungs- oder Verleugnungsprozeß beschreiben läßt. Die Krankheit bleibt etwas nur negatives, die innere Auseinandersetzung wird abgelehnt oder gefürchtet als Zugeständnis an einen Feind oder als Schwäche, die den Verlauf nur ungünstig beeinflussen kann.
- b) Die Krankheit wird zum strukturierenden Mittelpunkt des Lebens, entweder als existenzielle Entscheidung auf dem Hintergrund tief empfundener philosophischer oder religiöser Weltanschauungen oder als neurotische Fehlhaltung, zum Beispiel in Form gegen sich selbst oder auch gegen andere gerichteter zerstörerischer Impulse.
- c) Die Krankheit wird in den Lebensprozeß integriert. Anpassung an die Notwendigkeiten und Einschränkungen, die die Krankheit erzwingt bei gleichzeitigem Festhalten am Sinn auch eines eingeschränkten Lebens. Die verbleibenden Lebensmöglichkeiten werden dennoch bejaht (positive Resignation).

Die Frage, ob es Zusammenhänge zwischen den Umgangsformen einerseits und spezifischen chronischen Krankheiten andererseits gibt, läßt sich zur Zeit empirisch nicht sicher beantworten (vgl. Argument Sonderband 182). Theoretisch liegt es nahe, einen Zusammenhang anzunehmen, solange man unterstellt, daß sowohl die Erkrankung als auch der Umgang mit ihr von der prämorbidem Persönlichkeitsstruktur abhängig sind.

Anmerkungen

- 1 Eher nostalgisch klingt derselbe Zusammenhang bei A. Mitscherlich (1948, S. 123) an, wenn er bemerkt, »Zwar lebt der einzelne länger und dies ist ein unschätzbarer Gewinn in der Vorstellungswelt einer vom Individualismus bestimmten Menschheit, der schließlich nur noch das nackte Leben zu bleiben scheint. Der Lebensgrund eines das individuelle Dasein tragenden und überlebenden Kollektivs ist verloren.«
- 2 Zum Zusammenhang von Subjektivierung und Todesverständnis bemerkt M. Theunissen (1984, S. 104): »Die in seinem Gefolge (dem Ende der Metaphysik, Anmerkung des Verfassers) einsetzende Auflösung des Todes ins Leben ist nur eine von insgesamt vier Reduktionen. Sie geht einher mit der Reduktion des Todes auf den menschlichen, mit der Reduktion des menschlichen Todes auf den individuellen, je eigenen und schließlich mit der Reduktion des je eigenen Todes auf das an ihm, was je ich handelnd übernehmen kann. Alle diese Reduktionen bezeugen ein und dieselbe Subjektivierung, die ihrerseits auf den nachmetaphysischen Standort einer solchen Todesphilosophie verweist.«

- 3 Nach Philippe Ariès ist es zur Zeit der Französischen Revolution noch nicht üblich, selbst bei schweren Krankheiten, einen Arzt heranzuziehen.
- 4 G. Condrau (1976, S. 238) bemerkt in diesem Zusammenhang: »Die Angst vor dem Tode dagegen wird um so größer, je ausschließlicher sich der Mensch im Geiste der Neuzeit als ein sich selbst herstellendes, in sich abgeschlossenes Subjekt erfährt«.
- 5 Vergleiche dazu auch Philippe Ariès (ebenda, S. 783f.): »Die wilde Natur hat den Schutzwall durchbrochen, ist in die Kultur eingedrungen und dort der humanisierten Natur begegnet, mit der sie sich daraufhin im Kompromiß der Schönheit vereint hat. Der Tod ist nun nicht mehr vertraut und gezähmt wie in den traditionellen Gesellschaften, doch er ist auch nicht mehr absolut wild. Er ist pathetisch und schön geworden, schön wie die Natur, wie die Unermeßlichkeit der Natur, wie das Meer oder die Heide.«
- 6 Dabei ist ihnen der Liebestod in verschiedenen Varianten ein beliebtes Motiv. »Die andere Variante des Motivs, in der Liebesrausch und Todesverlangen koinzidieren, zielte dagegen, bis hin zu Richard Wagners Tristan und Isolde, weniger auf die Vereinigung der Liebenden, als daß sie eine besonders beliebte Imagination war, in der man die Preisgabe der eigenen Autonomie an eine überindividuelle Macht der Natur, des Lebens oder eines allumfassenden Göttlichen lustvoll phantasieren konnte. Der Tod wird in dieser Variante als Selbstvernichtung und Ichauflösung gepriesen und dabei zugleich erotisiert und ästhetisiert. Zacharias Werner verkündet selbst noch die Verwesung ästhetisch, ... 'die Verwesung, die uns dem Unendlichen wiedergibt, indem sie uns mit ihm vereinigt, muß mit Sehnsucht gewünscht werden'« (Anz, 1983, S. 420)
- 7 »In Nicholas Nickleby's apostrophierte Dickens Tb als die Krankheit, bei der Tod und Leben auf so seltsame Weise vermischt sind, daß der Tod den Glanz und die Färbung des Lebens annimmt und das Leben die düstere und gräßliche Gestalt des Todes;« »In Thomas Manns früher Erzählung 'Tristan' hat die junge Ehefrau Luftröhrentuberkulose: ... und Gott sei Dank, daß es nicht die Lunge war! Wenn es aber dennoch die Lunge gewesen wäre — diese neue Patientin hätte keinen holderen und veredelteren, keinen entrückteren und unstofflicheren Anblick gewähren können, als jetzt, da sie an der Seite ihres stämmigen Gatten, weich und ermüdet in den weiß lackierten, geradlinigen Armsesseln zurückgelehnt, dem Gespräch folgte.« (Susan Sontag, 1981, S. 22)
- 8 Wie überhaupt der Wechsel vom schönen zum häßlichen Tod einhergeht mit dem Wechsel von einer »geistigen« zu einer »körperlichen« Krankheit, wobei das Körperliche ganz allgemein schon etwas Anrüchiges hat: »Wenn schon die Wiederholung periodisch auftauchender Bedürfnisse etwas Ungebührliches an sich hat, so ist der Umstand, daß ein Blutpfropf ganz plötzlich das Leben unterbricht, seinerseits ungebührlich.« (Ariès, ebenda, S. 731) und Thomas Mann läßt den klugen Settembrini im Zauberberg sagen: »Ein Mensch, der als Kranker lebt, ist nur Körper, das ist das Widernatürliche und Erniedrigende.«
- 9 Kreibich-Fischer bringt in ihrem Aufsatz über die »Sterbebegleitung von Krebspatienten« sowohl das Fehlen eines gesellschaftlichen Reglements für den Tod als auch indirekt den Aspekt der Scham angesichts des tabuisierten Themas zum Ausdruck, wenn sie schreibt: »Ich bin immer wieder erstaunt, mit welcher Offenheit bei einem bestimmten Grad von Vertrautheit Patienten darüber

- sprechen, daß sie nach einer Form suchen, die sie ihrem Tod geben können.« (Kreibich-Fischer, 1984, S. 334)
- 10 Das hohe Prestige, das der Bürger der Gesundheit als Folge des maßvollen, vernünftigen Lebens verleiht, wird ein wichtiger Teil seines fortschrittlichen Selbstverständnisses. Er setzt sich damit bewußt vom dekadenten Adel ab, wie es im folgenden Dialog zwischen dem heiratsfähigen Sohn und seiner noch den alten Vorstellungen verpflichteten Mutter aus dem Roman des aufgeklärten Pädagogen Christian Gotthilf Salzmann 1788 hervorgeht: »Du schreibst mir da von der Gesundheit der Jungfer! Was das nun für albern Zeug ist. Was fragt denn der Adelige nach Gesundheit, wenn er sich verheyrathen will? Ahnen und Geld mußst du suchen, wenn du eine Mariage treffen willst, aber nicht Gesundheit. Gesundheit mag der Bürger und Bauer schätzen, der kein größeres Gut kennt. Wer aber Ahnen hat, dem ist Gesundheit ein Bagatell. Es läßt überhaupt für eine gnädige Frau nicht, wenn sie zu gesund aussieht. Das ist bäurisch. Blasse Farbe und matte Augen, das geziemt sich für adeliche Damen« (zit. n. Anz, ebenda, S. 27f.).
 - 11 In ähnlichem Zusammenhang verweisen 1947 Theodor W. Adorno und Max Horkheimer in ihrem Aufsatz mit dem Titel »Dialektik der Aufklärung« auf den widersprüchlichen, tendenziell auch inhumanen Charakter der Aufklärung: »Furchtbares hat die Menschheit sich antun müssen, bis das Selbst, der identische, zweckgerichtete, männliche Charakter des Menschen geschaffen war, und etwas davon wird noch in jeder Kindheit wiederholt ... Die Herrschaft des Menschen über sich selbst, die sein Selbst begründet, ist virtuell allemal die Vernichtung des Subjekts, in dessen Dienst sie geschieht, denn die beherrschte, unterdrückte und durch Selbsterhaltung aufgelöste Substanz ist gar nichts anderes als das Lebendige, ... eigentlich gerade das, was erhalten werden soll« (zit. n. Anz, ebenda, S. 21). Vgl. in diesem Zusammenhang auch Herbert Marcuse: Triebstruktur und Gesellschaft, 1970, oder auch Fritz Zorn, der in »Mars«, der Autobiographie eines Krebspatienten, Verlogenheit und Triebfeindlichkeit seines bürgerlichen Kindheitsmilieus für seine Krankheit direkt verantwortlich macht.
 - 12 Oder es kommt zu Annäherungen dergestalt, daß in der Außenwelt sich abspielende Ereignisse plötzlich wahrgenommen und vorsichtig auf sich selbst bezogen werden: »Ein recht dämliches Gefühl habe ich, wenn ich auf dem Flur stehe und in den Innenhof blicke. Dort steht fast jeden Tag ein Leichenwagen auf der linken Seite und holt einen Verstorbenen ab ...« (Horst Knaut, 1981, S. 62), oder an anderer Stelle: »Wenn ich vormittags vor dem Krankenhauseingang in der Sonne auf Bärbel wartete, ... sah ich in die Schaufenster des Bestatters. Meine Gestalt spiegelte sich in ihrem Glas. Seine Hoffnung auf guten Verdienst lebt nicht davon, daß ich mithilfe der ärztlichen Kunst überlebe. Dagegen wäre nichts zu sagen, wenn er sein Angebot nicht vor dem Ausgang und Eingang dieses Hauses, unter den Augen der Patienten und ihrer Angehörigen, des gesamten medizinischen Personals, machen würde. ... Wenn die zahlreichen Berliner Bestatter dem makabren Beispiel ihres Kollegen folgten und Sarggeschäft neben Sarggeschäft vor den Krankenhäusern eröffneten, mit dezenter Musik und verborgenen Lautsprechern, mit »Ave Maria«, »Über allen Gipfeln ist Ruh«, »Tief wie das Meer«, etwas Bach und Mozart, schnell und preiswert, schlicht und kostbar, gerüstet für Erde, Wasser und Feuer, mit Pfarrer, Redner oder wortlos, feierlich und

unfeierlich. Makabre Phantasien eines wartenden Patienten, der sein Spiegelbild in der Schaufensterscheibe eines Bestatters sieht« (Gerhard Hoffmann, 1988, S. 26f.).

- 13 Um Mißverständnissen vorzubeugen, sei darauf hingewiesen, daß die Merkmale, die in dem hier gemeinten Sinne für eine Krankheit Gültigkeit haben, nicht identisch sein müssen mit den Erkenntnissen der Schulmedizin und auch nicht mit den tatsächlichen Verhältnissen. So nimmt zum Beispiel die Krebskrankheit durchaus nicht immer einen tödlichen Verlauf. Unter bestimmten Bedingungen können vollständige Heilerfolge erzielt werden. Aber dennoch behalten die Inhalte der Metaphern ihre Bedeutung. So erfolgt beispielsweise die Mitteilung der Diagnose »Krebs« in der Regel in einer atmosphärisch ganz anders ausgestalteten Situation als die Mitteilung »Herzinfarkt«. Genauso wie es auch in der diesbezüglichen Literatur zum Problem der Patientenaufklärung ganz vorrangig um Tumorpatienten geht.

Literaturverzeichnis

- Abholz, H. H., Schafstedde, F. (1990): Chronische Krankheit — Eine Problemskizze. In: Chronische Krankheit: ohne Rezepte. Argument Sonderband 182, Argument Verlag
- Alberti, L., Kruse, J., Wöller, W. (1990): Psychosoziale Aspekte chronischer Krankheit. In: Chronische Krankheit: ohne Rezept. Argument Sonderband 182, Argument-Verlag
- Anz, T. (1983): Der schöne und der häßliche Tod. Klassische und moderne Normen literarischer Diskurse über den Tod. In: Richter, K., Schönert, J.: Klassik und Moderne, J.B. Metzlersche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart
- Anz, T. (1989): Gesund oder krank? Medizin, Moral und Ästhetik in der deutschen Gegenwartsliteratur. Metzler Studienausgabe, Stuttgart
- Ariès, P. (1982): Geschichte des Todes. dtv-wissenschaft, München
- Beutel, M. (1988): Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. edition medizin, Weinheim
- Beutel, M. (1988): Spezifische und generelle Aspekte der Verarbeitung chronischer Erkrankungen. In: Kächele, H., Steffens, W. (Hrsg.): Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten, Springer-Verlag, Berlin
- Billing, E. et al. (1980): Denial, anxiety, and depression following a myocardial infarction. Psychosomatics 21, 8, S. 639-645
- Borysenko, J. (1984): Stress, coping, and the immune system. In: J.D. Matarazzo et al.: A handbook of health enhancement and disease prevention. Wiley, N.Y., S. 248-260
- Broda, M. (1987): Wahrnehmung und Bewältigung chronischer Krankheiten. Eine Vergleichsstudie unterschiedlicher Krankheitsbilder. Deutscher Studien Verlag, Weinheim
- Bruce, E.H. et al (1983/84): Psychosocial coping strategies and cardiac capacity before and after coronary artery bypass surgery. Intl. J. Psychiat. in Med. 13, 1, S. 69-84
- Cermak, I. (1983): Ich klage nicht. Begegnungen mit der Krankheit in Selbstzeugnissen schöpferischer Menschen. Diogenes Verlag
- Choron, J. (1967): Der Tod im abendländischen Denken. Ernst Klett Verlag, Stuttgart
- Cohen, F. (1984): Coping. In: J.D. Matarazzo: Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease prevention. Wiley, N.Y., S. 261-274
- Condrau, G. (1976): Todesfurcht und Todessehnsucht. In: Paus, A. (Hrsg.): Grenzerfahrung Tod. Verlag Styria, Graz
- Cronkite, R.C., Moos, R.H. (1984): The role of predisposing and moderating factors in the stress — illness relationship. J. Health Soc. Behav. 25, S. 372-393

- Eissler, K.R. (1978): Der sterbende Patient. Zur Psychologie des Todes. Friedrich Frommann Verlag, Stuttgart
- Faller, H. (1989): Subjektive Krankheitstheorie des Herzinfarktes. In: Bischoff, C., Zenz, H., (1989): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern
- Felton, B.J. et al. (1984): Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J. Cons. Clin. Psychol.* 52, 3, S. 343-353
- Foucault, M. (1973): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M.
- Franck, B. (1983): Trotzdem leben. Reportagen über die Angst. Hoffmann und Campe, Hamburg
- Hackett, T.P., Cassem, N.H.: Wishnie H.A. (1969): Detection and treatment of anxiety in the coronary care unit. *Am. Heart J.* 78, S. 727-730
- Hasenbring, M. (1989): Laienhafte Ursachenvorstellungen und Erwartungen zur Beeinflussbarkeit einer Krebserkrankung — erste Ergebnisse einer Studie an Krebspatienten. In: Bischoff, C., Zenz, H., a.a.O., 1989
- Hoffmann, G. (1988): Herzoperation. Ein Bericht. Mit einem Geleitwort von Prof. Roland Hetzer. Kupfergraben Verlagsgesellschaft, Berlin
- Holahan, C.J., Moos, R.H. (1985): Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *J. Pers. Soc. Psychol.* 49, 3, S. 739-747
- Husaini, B.A., Frank, A.V. (1985): Life events, coping resources, and depression: A longitudinal study of direct, buffering, and reciprocal effects. *Res. Com Ment. Health* 5, S. 111-136
- Ilfeld, F.W. (1980): Coping styles of Chicago-adults: Description. *J. Human Stress* 6,2, S. 2-10
- Jacob, W. (1978): Kranksein und Krankheit. Anthropologische Grundlagen einer Theorie der Medizin. Dr. Alfred Hüthling Verlag, Heidelberg
- Klapp, B.F. (1985): Psychosoziale Intensivmedizin. Untersuchungen zum Spannungsfeld von medizinischer Technologie und Heilkunde, Springer Verlag, Berlin
- Knaut, H. (1981): Herzinfarkt. Ursachen, Erfahrungen, Ratschläge. Limes Verlag, Wiesbaden
- Köhle, K., Gaus, E. (1981): Psychotherapie von Herzinfarkt-Patienten während der stationären und poststationären Behandlungsphase. In: Uexküll von, T.: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, Urban und Schwarzenberg, München
- Kreibich-Fischer, R. (1984): Sterbebegleitung von Krebspatienten im Krankenhaus. In: Winnau, R., Rosemeier, H.P.: Tod und Sterben, de Gruyter, Berlin
- Kübler-Ross, E. (1981): Interviews mit Sterbenden. Kreuz-Verlag, Stuttgart
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): Stress, appraisal, and coping, Springer, N.Y.
- Levine, J., Zigler, E. (1975): Denial and self-image in stroke, lung cancer and heart disease patients. *JCons. Clin. Psychol.* 43, S. 751-757
- Liebrecht, M. (1988): Herzinfarkt — was nun? Ein Ratgeber zu den medizinischen, psychischen, sozialen und arbeitsrechtlichen Folgen. Birkhäuser Verlag, Basel
- Mann, T. (1967): Der Zauberberg. Roman. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M.
- Marcuse, H. (1970): Triebstruktur und Gesellschaft. Bibliothek Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Marx, K., Engels, F. (1972): Das Kapital. MEW Bd. 23, Dietz Verlag, Berlin
- McCrae, R.R. (1982): Age differences in the use of coping mechanisms. *J. Geront.* 37, 4, S. 454-460
- Meerwein, F. (1981): Die Arzt-Patienten-Beziehungen des Krebskranken. In: Meerwein, F. (Hrsg.): Einführung in die Psycho-Onkologie, Verlag Hans Huber, Bern
- Miller, G.A. et al. (1960): Plans and the structure of behavior. Holt, Rinehart and Winston, N.Y.
- Mitscherlich, A., Brocher, T. Mering, von, O., Horn, K. (1972): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Kiepenheuer & Witsch, Köln

- Mitscherlich, A. (1948): Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit. Das Bild des Menschen in der Psychotherapie. Claassen & Goverts Verlag, Hamburg
- Möhring, P. (Hrsg.), 1988: Mit Krebs leben. Maligne Erkrankungen aus therapeutischer und persönlicher Perspektive. Springer-Verlag, Berlin
- Möhrmann, R., Würzbach, N. (Hrsg.), (1988): Krankheit als Lebenserfahrung. Berichte von Frauen. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M.
- Moos, R.H., Tsu, V.D. (1977): The crisis of physical illness: An Overview. In: R.H. Moos (ed): Coping with physical illness. Plenum, N.Y., S. 3-21
- Moos, R.H., Billings, A.G. (1982): Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger, S. Breznitz (1982): Handbook of stress. Free Press, N.Y.
- Mumma, C., McCorkle, R. (1983): Causal attribution and life-threatening disease. *Int. J. Psychiatry Med.* 13, S. 43-49
- Muthny, F.A., Koch, U. (1984): Psychosoziale Situation und Reaktion auf lebensbedrohliche Erkrankungen — ein Vergleich von Brustkrebs- und Dialysepatientinnen. *Psychother. Med. Psychol.* 34, S. 261-304
- Parkes, K.R. (1984): Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *J. Pers.Soc.Psychol.* 46, 3, S. 655-668
- Pettinggale, K.W. (1984): Coping and cancer prognosis. *J. Psychosom. Res.* 28,2, S. 363-364
- Rasokat, F. (1987): Herzinfarkt — Wendemarke des Lebens. Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer, Heidelberg
- Scharnitzki, H. (1988): Herzinfarkt und Bypassoperation überstanden. Eine Krankengeschichte mit ärztlichem Kommentar. TRIAS, Thieme, Hippokrates, Enke
- Scheier, M.F., Carver, C.S. (1985): Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol.* 4,3 S. 219-247
- Schneider, G. (1988): Elemente institutioneller Abwehr im sozialen System der Therapeut-Patient-Beziehung in der Rehabilitation von Patienten mit Herzinfarkt — eine system-theoretisch-psychoanalytische Institutionsanalyse. Unveröffentlichtes Manuskript
- Sidle, A. et al. (1969): Development of a coping scale. *Arch.Gen.Psychiat.* 20, S. 226-232
- Sloterdijk, P. (1983): Kritik der zynischen Vernunft. Frankfurt/M.
- Sontag, Susan (1981): Krankheit als Metapher. Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt/M.
- Theunissen, M. (1984): Die Gegenwart des Todes im Leben. In: Winau, R., Rosemeier, H.P.: Tod und Sterben, de Gruyter, Berlin
- Vaillant, G.E. (1977): Adaptation to life. Little Brown, Boston
- Verres, R. (1989): Zur Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien. In: Bischoff, C., Zenz, H. (Hrsg.): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern, S. 18-24
- Verres, R. (1986): Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vor-sorge, Früherkennung, Behandlung und psychosoziale Folgen von Krebserkrankungen. Springer-Verlag, Berlin
- Weismann, A.D., Worden, J.W. (1976/77): The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *Intl. J. Psychiat. Med.* 7, S. 1-5
- Ziegler, G., Schüle, I. (1985): Psychische Reaktionen und Krankheitsverarbeitung bei Dialysepatienten. *Psychother. Med. Psychol.* 35, S. 62-70
- Zorn, Fritz (1977): Mars. Mit einem Vorwort von Adolf Muschg., München
- Zyzanski, S.J. et al. (1979): Cross-cultural validation of the coronary-prone behavior pattern. *Social Science Med.* 13, S. 405-412