

heil ein nicht gelungenes Leben verstehen, so kommen mit diesen Begriffen sogleich konkrete Patienten mit ihrem Schicksal, mit ihrer je eigenen Lebensstory, in Sicht. Oft wissen die Betroffenen selbst besser als ihre Ärzte und Therapeuten, was für sie Heilung gegenüber Krankheit, Heil im Kontrast zu Unheil bedeutet.

Bereits im Vorfeld drängt sich eine Fülle von Fragen auf, zum Beispiel ob Heilung eng oder weit zu fassen sei, ob der Heilauftrag nur Ärzten oder Psychotherapeuten gelte, ob Heilung allein in den Aufgabenbereich der naturwissenschaftlich begründeten Medizin bzw. der theoretisch wohlfundierten Psychotherapie gehöre oder sogar ein Auftrag der ganzen Gesellschaft sein könnte im verantwortlichen Miteinander der Menschen; ob echte somatische Heilung außerhalb der Medizin möglich sei, etwa im *faith-healing* der verschiedenen religiösen, kirchlichen Gruppen, die beanspruchen, Heilungen ausführen zu können. Oder können wir Heilungen von charismatisch Begabten Heilern erhoffen, wie sie in Asien, Afrika und jetzt auch wieder bei uns anzutreffen sind?

Die Antworten auf diese Fragen hängen einerseits vom jeweiligen Verständnis der Heilkunst, das wir haben, andererseits vom Menschenbild ab, das uns vorschwebt oder das die Grundlage unseres Gesundheitskonzeptes bildet. Es sind somit Fragen, die an anthropologische Grundentscheidungen rühren. Diese wiederum hängen primär auch vom Krankheitsverständnis ab und richten sich erst sekundär an der Reichweite und dem Selbstverständnis der Medizin aus. Somit ist es letztlich möglich und sinnvoll, sie auf das Verständnis von Heilung zu beziehen. (Aus der großen Fülle wichtiger Arbeiten zu Gesundheit, Krankheit und Heilung seien hier nur genannt W. Jacob, H. Schipperges und D. v. Engelhardt).

Unter sechs Fragestellungen sollen im folgenden die verschiedenen Dimensionen der Heilung aus der Perspektive der Patienten abgesteckt werden. Dieser Zugang ist gefärbt durch meine beiden Tätigkeiten in der Psychotherapie und in der Theologie. Neben der in der ersten These dargestellten Viergliederung von Heilung gibt es freilich auch andere Möglichkeiten der systematischen Aufgliederung.

1. Vier Weisen der Heilung

Es gibt, sieht man von präventiven Maßnahmen ab, mindestens vier Weisen der Heilung. Ich betrachte diese vier Weisen der Heilung von der Sicht des Patienten aus, weniger aus der Perspektive der Heiler.

a) Das erste ist die *Selbstheilung*. Der Organismus erreicht durch eigene Kraft oder durch die Einwirkung seiner natürlichen Umwelt wieder die Stabilität, die Homöostase, das Gleichgewicht all seiner körperlichen und psychischen Funktionen und Regelkreise. Die Aggression oder die Infektion, die Verletzung, die Kränkung oder die Systemveränderung ist abgewehrt, ist überwunden, ausgeschieden, verarbeitet, korrigiert. Die Selbstheilung spielt nicht nur in der somatischen Medizin sondern auch

in der Psychotherapie eine sehr große Rolle. Weil im Normalfall die von selbst geheilten Störungen oder Krankheiten nicht in einer Klinik oder Praxis gemeldet werden und darum statistisch nicht erfasst sind, gibt es nur Schätzungen darüber, wieviele von ärztlichen Eingriffen oder von therapeutischen Interventionen nicht behandelte Erkrankungen und Störungen von selbst heilen.

b) Dann gibt es zweitens die Heilung als Reparatur, als *restitutio ad integrum*. Der ideale Zustand vor Eintritt der Erkrankung, der Störung oder der Verletzung, der *status quo ante* wird durch die heilende Maßnahme wieder erreicht. Die Krankheit war Störung der Normalsituation. Sie unterbrach wie ein Keil den Verlauf des normalen Lebens, der Arbeits- und der Genussfähigkeit. Die Heilung als Reparatur entfernt diesen Keil erfolgreich aus der Lebensgeschichte des Patienten oder der Patientin, die alten Kapazitäten werden wieder voll restituiert. Die Krankheit ist passé, sie kann – krass gesprochen – vergessen werden. Moderne Medizin richtet sich trotz Kritik von verschiedenen Seiten weitgehend an diesem Modell aus. Es ist durchaus auch kein unberechtigtes Modell, obwohl das voreilig oft gesagt wird. Follow-up-Studien können zu sicheren Statistiken und somit zu prognostischen Erfolgs-Abschätzungen der Therapien bzw. Eingriffe führen.

c) Drittens, die Heilung als das *Akzeptieren von Begrenzungen*. Der erkrankte Mensch macht in der Krankheit und in ihrer vorläufigen oder teilweise erfolgreichen Heilung eine Lernerfahrung, er ist nach der Heilung nicht mehr »wie früher«. Die Krankheit weist auf die Verbindung von Leben, Krankheit und Leiden hin, letztlich auf das Altwerden und auf den Tod. Die Kranken wachsen in ihrer Krankheit, sie erklimmen Stufen des Lebens und der Einsicht, die sie ohne ihre Krankheit verpasst hätten. Sie lernen sich in der Heilung selbst neu verstehen. Schon bei Kindern kann man diese fordernde Kraft von Krankheit und Heilung im Ansatz beobachten, wenn sie sich nach der Krankheit sprachlich und psychisch spürbar zu einer neuen Reifungsstufe entwickeln. Das gilt erst recht für Erwachsene mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen. Dieses Verständnis von Heilung erfährt seine stärkste Ausprägung in der Heilpädagogik, im therapeutischen Umgang mit Behinderten, und zwar für alle Altersstufen. Das Erlernen des erfüllten Lebens trotz körperlicher Limitierungen und auch psychischer Behinderungen ist eigentlich im Zentrum dieses Verständnisses von Heilung. Es geht hier gerade nicht um den oft erwähnten »sekundären Krankheitsgewinn«, sondern um einen primären Zugewinn an Lebenssinn, Reife und Erfüllung des täglich Erfahrenen *durch* die Krankheit oder bleibende Behinderung. In dieser dritten Weise der Heilung kann erlernt werden, »auf gesunde Weise krank« zu sein.

d) Sodann gibt es viertens das Verständnis von Heilung als *Neuwerdung von Beziehungen*. Hier wird Heilung noch mehr als im 3. Verständnis als Neugestaltung der Beziehungen zu sich selbst und zwischen sich als Patient und den Mitmenschen gesehen bis hin zur Neugestaltung von

Beziehungen bei abnehmender Lebenskraft und Lebenszeit, bis hin also zum Tod, zur Gestaltung der Zeit, die vor dem Tod noch verbleibt. Die wirkliche *ars moriendi*, die zu lernen und vielleicht auch zu lehren wäre, müsste sich darauf konzentrieren, in neuen Beziehungen und bisher nicht da gewesenen Erfahrungen »auf gesunde Weise Krankheit und Sterben« erleben zu können. Sie müsste sich auch auf das neue Zeitbewusstsein der Schwer- und Schwerstkranken und Sterbenden einstellen, die die Zeit nicht mehr linear, sondern in Kreisen der partikularen, kurzfristigen Erfüllung verstehen oder verstehen lernen können. Hier kommt natürlich die Frage auf, ob die Theologie bzw. die mit ihr ausgerüsteten Seelsorger sich nun exklusiv für den 3. und 4. Typus der Heilung interessieren sollten, oder ob auch der 2. Typus der Heilung, die Reparatur, im kirchlichen Milieu oder in religiösen Gruppen oder in theologischer Reflexion einen Platz haben könnte.

Die Gefahren der Verabsolutierung dieser vier Typen von Heilung sind handgreiflich. Sie sollen kurz benannt werden. Wer nur auf Selbstheilung rekurriert, wie z.B. im Denkgebäude der sog. Christian Science (die weltweite, von Mary Baker Eddy gegründete Bewegung), wo im Grunde alles aus Geist und nicht aus Materie besteht, verzichtet auf verantwortliche Eingriffe in Lebensverläufe von Patienten, macht sich der Unterlassung und Vernachlässigung schuldig und manövriert in unlösbare ethische Probleme hinein. Der 2. Typus von Heilung, die alleinige Hochschätzung der Reparatur, mag auf ein letztlich geschichtsloses oder hedonistisches Menschen- und Weltbild weisen, wo der Mensch nach dem Funktionsbild der Maschine begriffen wird, deren Funktionsstörungen so behoben werden müssen, dass die ursprüngliche Tüchtigkeit wiederhergestellt ist. Dieses Konzept der Heilung als Reparatur kann auch bei solchen Ärzten und Ärztinnen, die ganzheitlich denken wollen und einen psychosomatischen Ansatz haben, durchaus vorliegen. Der ganzheitliche Ansatz schützt nicht vor der Verabsolutierung dieses Konzepts. Schließlich könnte das 3. und das 4. Konzept, das Lernen des Lebens in Begrenzung und die Neuwertung von Beziehungen bei abnehmender Lebenskraft, zu einem pessimistischen und quietistischen Verstehen des menschlichen Lebens Menschen, der Patienten also, führen. Dies widerspricht dem, was wir aus dem Alten Testament sowie der christlichen Botschaft und Tradition lernen, nämlich der großen Bejahung des Lebens.¹ Sie ist in unserer westlichen Tradition von Juden noch viel eher bewahrt worden als von Christen. Die eminente Freude am Leben ist auch durchaus typisch für jüdische Medizinethik.² Wer das Gesundheitswesen in den USA kennt, wo viele jüdische Ärzte wirken, wird dies auch erlebt haben. – Mit Recht wird heute der Begriff der »Salutogenese« vermehrt an die Stelle der Theoriediskussionen über Krankheit gesetzt.

Die Fragen, die hier auf dem Spiel stehen, können der Suche nach dem gelingenden Leben zugeordnet werden. Es ist die Frage nach der Lebensqualität, die heute oft Thema von Kongressen und Publikationen ist.

Was heißt es, wenn Patienten als Leitstern ihres Suchens und Fragens das »gelingende Leben« – und wohl auch Sterben – vor Augen haben? Was ist letztlich damit gemeint und wie kann darüber geredet werden, ohne der Gefahr einer trivialen Quantifizierung von Lebensqualität zu erliegen?³

Bei einem Onkologenkongress ist mir kürzlich aufgefallen, wie stark die Frage der Lebensqualität in der 3. und 4. Phase der Erfahrung der Heilung der Tumorpatienten die Anwesenden beschäftigte. An ihr hängen die Entscheidungen über palliative Maßnahmen, wenn kurative nicht mehr möglich sind. Die Rechtfertigung liegt in einer neu zu findenden Lebensqualität bei abnehmender Lebenskraft und -erwartung. Es ist aber fraglich, ob die oben genannten primären Zugewinne im Leben der Patienten in den letzten Lebensabschnitten unter dem zumeist nur quantifizierten Begriffs der »Lebensqualität« subsumiert werden können.

2. Erzählbarkeit und Symbolwert von Krankheiten

Die zweite These lautet: Menschen oder Patienten sind die Geschichten, die sie von sich erzählen können.⁴ Potentiell können wir das erzählen, was wir sind, von der Kindheit an bis heute. Unser Leben besteht aus einer Fülle von Detailgeschichten, aber die Frage ist, ob sie durch eine integrative, eine integrierende Geschichte zu einer Einheit zusammenfügbar sind (s.o. III,1). In der analytischen Therapie ist dieses Konzept bekanntlich die unumstößliche Basis: Menschen sind ihre Geschichten, könnte man abgekürzt sagen. Es kommt darauf an, wie und ob sie sie erzählen können, wie sie mit ihnen fertig werden und aus ihnen die Zukunft gestalten können. Die »volle Geschichte«, die Summe aller Detailgeschichten, macht unser Leben aus, nicht Summierungen, Etiketten oder Kurzformeln.

Menschen sind allerdings auch in der Lage, Geschichten zu summieren und das ist eine erstaunliche und im Grunde wunderbare Fähigkeit. Wir können aus dem Urlaub zurückkommen und die Erlebnisse von vier Wochen in 20 oder 40 Minuten erzählen, und andere können das beim Zuhören miterleben. Aber wenn wir schon einmal summiert haben, dann geht auch vieles wieder verloren. Was schon einmal erzählt ist, wir kann nie wieder zum ersten Mal erzählt werden. So liegt auch eine gewisse Trauer über der Summierung. Und so ist es auch, wenn Patienten aus ihrem Leben erzählen, sie verhaften, sie verkleben leicht an Summierungen der eigenen Darstellung ihrer eigenen Lebens- und Krankheitsgeschichte. Das Nonverbale ist dann zu schnell eingefangen in Summierungen und Formulierungen, die sie verwendet haben. Ich meine, dass dasjenige, was diese Geschichten, die jemand von sich erzählt, steuert, auch der Sitz von psychischen Störungen oder Erkrankungen ist. Was Annemarie Dührssen »Formeln« nennt⁵ und was ich gerne als »implizite Axiome« bezeichne, die etwas steuern – sind, zumindest psychoanalytisch gese-