

Systemische Pathographie bei Diabetes mellitus

Gliederung:

- A. Zum Stand der Diabetes-Forschung
- B. Die Bedeutung von Zeit, Ort und Funktion in der Heilkunde
- C. Eigene Beobachtungen und Untersuchungen
 - 1. Biographische Analyse eines Falles von Diabetes mellitus
 - 2. Warum gerade jetzt?
 - 3. Warum gerade hier?
 - 4. Warum gerade so?
 - 5. Also so ist das!
- D. Die "psychosomatische Familie"
- E. Die Ohnmacht des Kranken und die Achtung vor der Erkrankung

A. Zum Stand der Diabetes-Forschung

Der Diabetes mellitus, zu Deutsch: Zuckerkrankheit, ist keine einheitliche Erkrankung, sondern umfaßt eine Gruppe verschiedener Erkrankungen. Diese sind ihrerseits jeweils durch einen Symptomenkomplex zu beschreiben, die sich durch unterschiedliche Verläufe auszeichnen. Die älteste Abgrenzung rührt daher, daß eine Diagnose ohne weitere Hilfsmittel möglich ist, wenn der Arzt von dem Urin des Kranken kostet und ihn süß findet. Das erklärte dann zum Beispiel dem altägyptischen Arzt, warum ein solcher Kranker so starken Durst hatte, so häufig Wasser lassen mußte und abmagerte. Es sagte ihm dann auch, daß er als Arzt machtlos war. Die neueste Einteilung leitet sich aus der Tatsache ab, daß es 1922 gelang, das für den Anabolismus des Stoffwechsels und insbesondere für den Zuckerstoffwechsel zentrale Hormon, das Insulin, aus den Langerhans'schen Drüsen des Pankreas zu isolieren und mit therapeutischem Erfolg gegen die tödliche Komplikation des diabetischen Koma einzusetzen. (Banton und Best, Toronto) Die Einteilung der Zuckerkrankheit erfolgte zunächst nach dem Kriterium der Insulinabhängigkeit. Man unterschied zwischen dem - in der Jugend, meist jenseits des 9. Lebensjahres, auftretenden - Typ 1, bei dem sich ein plötzliches, dramatisches Nachlassen der Insulinproduktion im Körper und eine Neigung zur sog. Ketonazidose findet, von einem - bei Erwachsenen, zumeist jenseits des 40. LJ auftretenden - Typ 2, bei dem sich zunächst lediglich eine verminderte Toleranz gegenüber Zuckerbelastung nachweisen läßt. Hier steht im Vordergrund eine relative Unwirksamkeit des vorhandenen Insulins, das zuweilen auch - im Verhältnis zum Bedarf - vermindert produziert wird. Der Typ 1 ist selten. Er findet sich nur bei einem von 250 Fällen von Diabetes. Daneben gibt es noch drei weitere Formen verminderter Glukosetoleranz: den sekundären Diabetes (als Folge von Hormonstörungen bei verschiedenen anderen Grunderkrankungen), die gestörte Glukosetoleranz mit vermindertem Risiko, an Komplikationen der Nieren und Augen zu leiden, und den Schwangerschaftsdiabetes, der als Warnsignal eines evtl. später auftretenden Typ 2 zu gelten hat. Die verminderte Glukosetoleranz ist das allgemeinste Kriterium sämtlicher unter dem Namen Diabetes mellitus zusammengefaßten Krankheitseinheiten. Der Diabetes mellitus ist dadurch zu einer Labor-Diagnose geworden, die durch eingehende Labordiagnostik differenziert werden muß, um Rückschlüsse auf die Wahrscheinlichkeit eines klinischen Verlaufs der Erkrankung, auf die zu erwartende Geschichte der Beschwerden des Kranken (Herzkreislauf, Nieren, Augen, Nervensystem, Gastrointestinum) und entsprechende ärztliche Gegenregulationen zu ziehen (Insulingabe, Diät, Gewichtsreduktion, körperliche Bewegung, Medikamentengabe).

Für diejenigen, die erwarten, daß ich hier als "Psychosomatiker" zu sprechen beabsichtige, stelle ich fest: Der Diabetes ist für die Psychologen ein besonders undankbares Thema, denn:

- Eine vererbare Konstitution scheint durch Zwillings- und Stammbaumforschung vielfach erwiesen. Hier wäre dann eher zu fragen, wie es kommt, daß einige Familienangehörige nicht an Diabetes erkranken.
- Ein dem Ausbruch der Erkrankung unmittelbar vorausgehendes, eventuell für den Ausbruch verantwortlich zu machendes Trauma ist selten zu finden, auch wenn es in manchen Fällen gewiß scheint.
- Der Verlauf eines Diabetes mellitus erscheint vielfach unbegreiflich, ist für das Schicksal des Kranken jedoch außerordentlich wichtig. Am ehesten ist die emotionale Befindlichkeit der Kranken für die Höhe der Zuckerausscheidung im Urin verantwortlich zu machen. Minuchin hat dies bei einer besonderen Gruppe von diabetischen Kindern sogar während familientherapeutischer Sitzungen anhand des im Blut nachweisbaren Spiegels an freien Fettsäuren (FFS) experimentell nachgewiesen (1978, deutsch: 1981). Wer daraus Hoffnung schöpfen möchte in Hinblick auf die Fruchtbarkeit eines psychosomatischen Ansatzes, der erfährt allerdings einen erheblichen Dämpfer. Denn diese Beobachtungen gelten nicht einmal für jeden erwiesenen Diabetiker, geschweige denn für andere Menschen. (Er gilt den Untersuchungen von Minuchin, Rosman und Baker zufolge nur für die sog. "psychosomatischen Diabetiker", die mit den "psychosomatischen Asthmatikern" und den Anorektikerinnen zusammen in die Gruppe der Angehörigen aus sog. "psychosomatischen Familien" eingeordnet werden.) Und:
- Eine spezifische Persönlichkeitsstruktur des Diabetikers wird (ansonsten?) inzwischen in der Literatur inzwischen allgemein abgelehnt. (Ahrens: Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin, 1996, 431)

Als Ursachen für den Ausbruch von Diabetes mellitus werden - im Zusammenhang mit den verschiedenen Untereinheiten der Gesamtgruppe - diskutiert:

1. körperliche

- genetische (auf Chromosomen lokalisierte Alterationen)
- infektiöse Prozesse (Viren)
- Autoimmunprozesse (gegen Inselzellen des Pankreas)
- Insulinrezeptorendefekt
- Postrezeptorendefekt
- Erschöpfung der Langerhans'schen Zellen des Pankreas (durch übermäßigen Bedarf an Insulin infolge übermäßiger Glukosebelastung)

Das für den Diabetes mellitus charakteristische Zusammentreffen von übermäßiger Zuckerbildung und mangelhafter Verwertung des Zuckers (er kann nicht in die Zellen eingeschleust werden, die ihn benötigen und verbrauchen), aber auch die pathologische Beteiligung des Fett- und Eiweißstoffwechsels führt zu einer Selbstvergiftung des Körpers, die sich zuweilen als lebensgefährliches Coma kundtut. Zuvor gibt es eine Reihe anderer Beschwerden, von denen Durst, Infektanfälligkeit, Wahrnehmungsstörungen der Augen und der Haut, vaskuläre Schäden, schwere Herz- und Kreislaufkrankheiten und Nierenveränderungen bis zur tödlichen Niereninsuffizienz im Vordergrund stehen, übrigens auch - als Beeinträchtigungen der sexuellen Partnerschaft - Impotenz und Frigidität. Keine dieser pathologischen Veränderungen müssen aber mit Sicherheit auftreten. Sie werden nur mit der Dauer des Diabetes wahrscheinlicher und prägen sich stärker aus, wie der Diabetes selbst mit dem Fortschreiten des Alters wahrscheinlicher wird.¹

Als ich noch in der Kinderklinik arbeitete, wurde durch den ärztlichen Notdienst ein Junge nachts zu mir geschickt, um eine Lungenentzündung auszuschließen. Er litt an einem schweren Infekt, der die diabetischen Symptome nahezu verdeckte. Und jüngst lernte ich eine junge Frau kennen, deren diabetische Erstmanifestation für sie selbst nur als Atemnot und Erstickungsgefahr erlebt worden war, bevor sie komatös wurde.

¹ Die häufigen sexuellen Störungen haben offenbar Rüdiger Dahlke veranlaßt, eine Liebesstörung als Ursache anzugeben (In "Krankheit als Symbol", 1996, charakterisiert er die Persönlichkeit des Diabetes - wie ich meine, unzutreffend und zynisch - mit den Worten: "Durchfall der Liebe, Angst/Schiff vor der Liebe, Wunsch, süße Sachen (Liebe) und das süße Leben zu genießen, bei gleichzeitiger Unfähigkeit, Liebe anzunehmen und ganz herein zu lassen..., sich nicht trauen, den Liebesbereich anzugehen.")

Früher war die Ansicht vorherrschend, die Grundstörung des Diabetes mellitus sei eine Verwertungsstörung des Zuckers. C. von Noorden (1907) und E. Grafe (1931) vertraten dann die Auffassung, daß eine Überproduktion von Zucker erfolge. Das geht besonders daraus hervor, daß im Krankheitsfall rücksichtslos Zucker aus den Beständen des Körpers an Fett und Eiweiß bereit gestellt wird, obgleich dies gerade zum Schwinden der Leistungsfähigkeit und zur Stoffwechsellage bis zur Selbstvergiftung führt. Die Regulation erscheint hier nicht etwa nur gestört, sondern sie wirkt, als sei ihre krankhafte Veränderung eine Waffe, welche auf Vernichtung abziele - wie die Regulation der Krebszelle rücksichtslos auf Vernichtung des sie ernährenden Organismus ausgerichtet ist. Unter solchen Umständen reicht das vorhandene Insulin nicht aus, um den Zucker aus dem Blut zu schaffen und angemessen unterzubringen. Es ist für den Effekt unerheblich, ob nun das Pankreas (durch Viren oder Autoimmunvorgänge) selbst erkrankt oder nach Überanstrengung insuffizient geworden ist oder ob das Insulin keine Wirkung an den Zellen auslösen kann, weil es dort keinen Rezeptor findet bzw. weil der Rezeptor selbst als Hebel außer Funktion gesetzt worden ist. Jeder dieser möglichen Mechanismen ist bei verschiedenen Kranken aufgefunden worden. Auf diese Weise vergrößerte sich das Spektrum der sog. Ursachen der Erkrankung weiter, als man nach physiologisch und biochemisch erkennbaren Ursachen forschte. Keiner dieser Vorgänge ist selbst erklärt, sondern ein jeder macht einerseits weitere Hypothesen über die Pathogenese möglich - so ist zu fragen nach verschiedenen möglichen Ursachen und Folgen abnormer genetischer Anlagen oder abnormer immunologischer Prozesse -, andererseits aber scheint ein jeder isolierter Vorgang zahlreiche Einzelercheinungen der verschiedenen Erkrankungsformen verständlich zu machen. Keiner aber macht das verständlich, was für den Verlauf der Erkrankung und für die Therapie wichtig ist: das erste Auftreten und den späteren Verlauf der Erkrankung, für deren labortechnische Beurteilung die sogenannte Glukoseintoleranz nur den Parameter darstellt. Die Glukosetoleranz des Organismus ist eine **Funktion**, welche offenbar einem Wandel unterliegt, und dieser Wandel wird bei verschiedenen Kranken auf unterschiedliche, lebensbestimmende Weise erreicht. Für die Diagnose kommt ihm eine zentrale Bedeutung zu. In ihr spiegeln sich die sämtlichen anderen Parameter, wie verfügbare Insulinmenge, Insulin-Empfindlichkeit und Insulin-Resistenz.

Wenn nun also der offenbare **Wandel** jener Funktion, der den Ausbruch und den Verlauf des Diabetes mellitus charakterisiert, selbst bislang nicht physiologisch-biochemisch erklärt werden kann, dann, so haben einige Autoren vermutet, ergibt sich vielleicht eine Lücke für die Psychologie. Die entsprechenden Forschungsergebnisse, die vor allem im Lehrbuch "Psychosomatische Medizin" von Thure von Uexküll zusammengefaßt werden, möchte ich nicht verschweigen:

Als psychische Faktoren der Entstehung und Entwicklung des Diabetes mellitus werden diskutiert:

- vermehrte Angst, Feindseligkeit, Streß (Swift 1967, Fallstrom 1977, Tavormina 1976)
- orale und regressive Bedürftigkeit (Sehnsüchte nach Versorgtwerden; Alexander 1971)
- familial bedingte emotionale Belastung (Koski, 1969; La Hood 1970; Williams 1973)
- Verlust wichtiger Bezugspersonen (Slawson 1963; Groen, de Loos 1973)
- Schuldgefühle und Depression
- Dekompensation des Freß-Fettsucht-Gleichgewichts (Cremerius 1978)

B. Die Bedeutung von Zeit, Ort und Funktion in der Heilkunde

Wenn ich hier über den "Diabetes mellitus aus systemischer Sicht" spreche, dann muß ich eine vorläufige Vereinfachung der komplizierten Verhältnisse vornehmen, die darauf abzielt, ein neues Verständnis eines Aspekts der Erkrankung zu gewinnen, der durch die naturwissenschaftliche Untersuchung ausgeblendet wird. Es ist dies der historische Aspekt. Nun muß ich aber hinzufügen, daß die traditionelle systemische Betrachtungsweise eine naturwissenschaftliche ist und ebenfalls der historischen entgegengesetzt. Wenn ich also das Historische ins Zentrum stelle, dann nehme ich auch eine Kritik an der systemischen Perspektive vor, zumindest überschreite ich Grenzen, die dem systemischen Denken gesetzt sind, und relativiere es. Das historische Denken fragt nämlich nicht nach der Art und Weise, wie Systeme sich erhalten; es ist keine Untersuchung von Regelkreisen und Regulationsmechanismen innerhalb eines konstanten Systems; sondern es hat mit dem Scheitern von Regulationen und mit dem Zerfall von Ordnungen zu tun. Es fragt nach dem Woher und dem Wohin von gestörter Ordnung. Es ist Wegbereiter von Neuordnungen. In diesem Sinne aber kommt es, wie ich meine, dem eigentlich ärztlichen Anliegen entgegen, einem Anliegen, das, wie ich ebenfalls meine, auch als das wohlverstandene Anliegen des Kranken anzusehen ist und darum allen ärztlichen Maßnahmen zugrunde liegen soll.

Im Rahmen der Vorlesungen, die Viktor von Weizsäcker zwischen Mai 1946 und März 1947 über internistische Medizin hielt², brachte er seine Auffassung zum Ausdruck, daß die "moderne Medizin" ein "bereits kranker Koloß" sei, der - nicht nur zuweilen, sondern bereits systematisch - mehr Schaden anrichte, als daß er Nutzen bringe, und der deswegen zu Fall gebracht werden müsse. Er verglich ihn mit einem Goliath, demgegenüber eine am Menschlichen orientierte, eine humanistische Heilkunde sich eher in der Position eines David befinde, ohne allerdings über das Kampfmittel zu verfügen, das damals dem David geholfen hat. In jedem Fall - so Weizsäcker - wäre es ein Fehler, die Stärke des Gegners zu unterschätzen und es mit roher Gewalt zu versuchen. Ebenso wäre es seiner Ansicht nach lediglich grenzenlos naiv, als humanistisch gesinnter Arzt auf die eigene moralische Überlegenheit zu setzen und an den Edelmut des Gegners zu appellieren. Gegenüber dem Medizinbetrieb zählt der gute Wille nicht mehr, wie jeder inzwischen wissen kann. Umso unglücklicher sei es in einer solchen Situation, wenn die vorhandenen Erkenntnismittel sich als völlig unzureichend erwiesen, um als Humanist aus der Position des Unterlegenen heraus zu kommen. Insbesondere auf die Bemühungen um ein psychosomatisches Herangehen gab Weizsäcker in diesem Zusammenhang wenig. Spöttisch brachte er für die Auseinandersetzung zwischen Naturwissenschaft und Psychologie den Vergleich mit zwei Leuten, die sich um eine wertvolle Briefmarke streiten - bis sich plötzlich herausstellt, daß sie gefälscht, der Streit somit sinnlos gewesen ist. Er wollte damit sagen, daß die im Streit der Wissenschaften vorausgesetzten Vorstellungen von Körper und der Seele bereits Fälschungen darstellen.

Weizsäcker griff in dieser Lage zu einer Kriegslist. Die List bestand darin, daß er angesichts der diagnostischen Erfolge der modernen Medizin die Fragen stellte: "Warum gerade jetzt? Warum gerade hier? Warum gerade so?" Er ließ sich dabei von den Fragen des Kranken selbst anregen, der sich fragt: warum mußte es gerade mich treffen und warum gerade jetzt, wo ich es am wenigsten gebrauchen kann und warum gerade diese Krankheit und keine andere? Zunächst richtet er sich an die Psychologie, die z.B. feststellt, ein psychisches Trauma, eine tiefe Erschütterung sei gerade damals vorgefallen, und die verständlich zu machen versucht, daß die körperliche Erkrankung ein Ausdruck der Emotionen sei. Diese Versuche führen allerdings nicht immer zu befriedigenden Antworten. Und wenn sie es in vielen Fällen nicht tun, dann sollte man, statt sich über die scheinbaren Bestätigungen zu freuen, sich doch eher fragen, wie es kommt, daß es überhaupt manchmal so erscheinen kann, daß sie es täten. Dasselbe Problem findet sich allerdings auch in der Naturwissenschaft. Es haftet aber der Frage nach dem Warum grundsätzlich an, denn niemand kann es verwehren, auch dann weiter zu fragen, wenn eine Antwort bereits plausibel wirkt. Angenommen, man hätte eine seelische Erschütterung oder eine bakterielle Infektion als Grund für eine Erkrankung ausgemacht, so ließe sich noch immer fragen, warum sich jemand überhaupt so erschüttern lasse, jemand anders aber nicht, oder warum jemand so infektanfällig sei, ein anderer aber nicht, ja nicht einmal derselbe Mensch zu jeder Zeit. Als Grund sind dann wahlweise Konstitution, Disposition, Anfälligkeit, Erbsubstanz, Entwicklungsverlauf usw. anzugeben. Aber ob solche Angaben zutreffend sind, oder ob sie nur ein Unwissen auf jeweils neue Art umschreiben, ob sie nur die Vorliebe für eine bestimmte Theorie darstellen und diese Theorie auf listige Weise zu stützen suchen, das alles bleibt im allgemeinen unberücksichtigt. Und es ergibt sich bei kritischer Betrachtung, daß die angenommenen Antworten dort blinde Flecken haben dürfen, wo niemand auf weitere Fragen kommt, d.h. wo die Vorurteile der Fragenden bestehen bleiben. Das ist das Schicksal der Frage nach dem Warum. Als Gallilei das Fallgesetz und die

² Weizsäcker, G.W., Bd. 7, 1988

Massenträgheit entdeckt hatte, war er jedenfalls klug genug zu sagen, es interessiere ihn gar nicht, **warum** die Körper fallen, sondern **wie** sie fallen. Die Frage nach dem Warum wolle er den Theologen überlassen. Das ist eine Konsequenz, der wenig entgegen zu halten ist.

Ähnlich hielt es Viktor von Weizsäcker, als er daran ging, nach einem biographisch orientierten ärztlichen Umgang mit seinen Kranken zu suchen. Am Beispiel eines Falles von Diabetes mellitus, das ich ausführlich zitieren möchte, wird deutlicher, was er damit meinte:

"Diese Kranke saß vor eineinhalb Jahren (d.h. 1944, während des Zweiten Weltkriegs) in ihrer Stube in Philippsburg, einem alten Waffenplatz der Pfalz, und nährte ihr Kind. Überraschend setzte da die Beschießung der Stadt ein, und die zweite Granate fiel auf ihr Haus und riß die Decke ihres Zimmers ein. Der Schreck war furchtbar in ihr. Nach einer Woche, die sie im Keller zubrachte, setzte ein gewaltiger Durst nach Wasser bei ihr ein. Sie fühlte sich sehr elend und verlor in kurzer Zeit zwanzig Kilogramm. Nach einigen Wochen konstatierte der Arzt Zucker im Harn, und die Klinik bestätigte einen mindestens mittelschweren Diabetes mellitus. Sie hatte die ganz unerschütterliche innere Wahrnehmung, daß diese Krankheit durch eine Granatexplosion in ihr entstand. - Seither steht sie in der Beratung der Klinik und unter Kontrolle ihres Diabetes. Sie kam mit 50 Einheiten Insulin aus. Vor acht Monaten begann die zweite Schwangerschaft und damit zunächst eine gewisse Verschlimmerung, dann aber eine merkliche Besserung ihres Leidens. Dies kommt offenbar daher, daß der Fötus allmählich anfängt, Pankreas zu bilden und ebenfalls Insulin zu produzieren, welches durch die Plazenta in den Kreislauf der Mutter übertritt. So kommt das Kind der Mutter zu Hilfe. Aber in vielen Fällen neigt die zuckerkrankte Schwangere zu Abort und Frühgeburt. So kam es auch hier. Zwei Tage nach der Klinikaufnahme bekam sie Wehen und gebar ein Acht-Monats-Kind, welches starb. Im gleichen Augenblick erfolgte eine Verschlimmerung der Krankheit. Am Tag nach der Geburt stieg der Blutzucker von 240 auf 460 mg%; sie wurde azidotisch und präkomatös. Durch erhebliche Insulindosen konnte dies wieder ausgeglichen werden. Jetzt sehen Sie die Kranke matt, aber gefaßt. Sie hat das blonde, rosige und etwas durchsichtige Aussehen, das viele Zuckerkrankte haben. Am Stoffwechsel dieser Kranken ist nichts, was als Ausnahme erwähnenswert wäre. Das Ungewöhnliche ist die Entstehung durch Schreck. Ich habe einen so schlagenden Fall noch nie gesehen. In der Literatur fand ich einen einzigen vergleichbaren von Umber (1927) (zit. bei Grafe, 1938), der von einem Russen berichtet, welcher unter dem Schrecken eines russischen Gefängnisses nach der Tötung seines Bruders zuckerkrank wurde. Dagegen daß Diabetiker unter psychisch ungünstigen Bedingungen schlechter, unter Behebung besser werden, das haben wir alle gesehen. Die psychische Abhängigkeit gilt also als etwas Häufiges, die psychische Entstehung aber als etwas sehr Seltenes. Eine 'Psychogenie' wird also von den meisten nicht geglaubt, und auch die Entstehung durch Kopftrauma, Gehirnkrankheit, wird in der Versicherungspraxis allgemein abgelehnt...In der Tat, ich habe unter mehreren Tausend Gehirnverletzten des letzten Krieges keinen traumatischen Diabetes gesehen. Trotzdem wird man sich dem Eindruck der Psychogenie in unserem Falle nicht leicht entziehen. Dabei ist zu bedenken: Psychogenie und Neurogenie sind ganz verschiedene Dinge. Ich halte es für ein ganz unbegründetes Vorurteil, die Beziehung der Psyche zu einer Nervenzelle für enger und überhaupt für verständlicher zu halten als die zu einer Leberzelle oder Pankreaszelle. Wir stehen in jedem Falle vor einem Geheimnis." (190f)

Weiter: "Es gibt da...noch zwei zuckerkrankte Frauen, zwei Schwestern. Beide haben nichts besonderes erlebt, als sie, beide, in der zweiten Hälfte der vierziger Jahre etwa gleich schwer an Diabetes erkrankten. Ihre Mutter starb mit zweiundfünfzig Jahren am Coma diabeticum. Da haben Sie nun das volle Gegenstück: den erblichen Diabetes. Dies eben war von jeher das Hauptargument gegen den (psychisch oder physisch) traumatischen Diabetes. Man sagt also: weil die Erblichkeit des Diabetes so häufig, so gut erwiesen ist, darum ist eine Entstehung durch Traume abzulehnen; es kann sich höchstens um Auslösung handeln. Ich bekenne, daß mir diese Beweisführung falsch erscheint..." (191)

"Für die Elemente der Pathologie des Diabetes darf ich Sie auf eine andere Vorlesung verweisen. Wir holen uns davon nur, was wir hier brauchen. Da finden wir ein vorzügliches Beispiel für den Gegensatz von lokalisierbarem und nichtlokalisierbarem Moment. Lokalisierbar ist die Störung der Insulinproduktion in den Langerhans'schen Inseln des Pankreas sowie der Anteil, den Nebenniere, Hypophyse, Schilddrüse sowie das sogenannte Zuckerzentrum an der Regulation des Blutzuckers nehmen. Nichtlokalisierbar ist die Überproduktion von Zucker, welche auch den Fett- und Eiweißstoffwechsel ergreift und welche von den meisten Forschern als der Kern der Stoffwechselstörung bezeichnet wird. Je nach der persönlichen Neigung wird das eine oder das andere hervorgehoben. Man kann aber nicht sagen, daß dieses Dilemma verschwände, wenn man einen psychischen Faktor hinzufügte; die Sache würde eher noch komplizierter.

"Für die pathologische Physiologie hat der Diabetes mindestens drei Seiten: eine neurologische..., eine chemische...und eine hormonale...Um die Blutzuckerregulation zu verstehen, muß man stets diese drei Systeme, das neurologische, das chemische und das hormonale, vereinigen, und dies allein schon zeigt, daß eine lokalisatorische Erklärung keinen Erfolg haben würde. Das Zusammenwirken dieser drei Systeme verweist uns auch in der Pathologie auf den Begriff der 'Konstitution', das heißt wörtlich übersetzt der Zusammen-Stellung. Wie aber sollen wir uns dann die traumatische Auslösung vorstellen? Und wie die Tatsache erklären, daß ein Diabetes, einmal begonnen, zum chronischen und meist auch fortschreitenden Leiden wird?" (192)

Von hier wendet sich Weizsäcker dem zu, was er als die "Unbestimmbarkeit der Organe bzw. ihrer Funktionen" bezeichnet: dem "Funktionswandel", in dem er das "Verlaufsprinzip" verwirklicht sieht und dem er "historischen Charakter" beimißt. (196) Am Ende stellt er fest: "Wir verstehen jetzt, daß der Gang unserer Betrachtung uns, zunächst wenigstens ganz abgeführt hat vom psychosomatischen Problem. Aber es hat uns hingeführt zu einer Auffassung, nach der der körperliche Vorgang etwas anderes sein muß, als wir es nach der physikalischen und physiologischen Begriffsweise gedacht hatten. Wir haben jetzt Aussicht, die wie absichtlich herbeigeführte Einschränkung der Fragen und Antworten zu überwinden, den Ring der klassischen Naturlehre zu sprengen." (197) Und er schießt seine Überlegungen ab mit den folgenden Sätzen, die ich ebenfalls ausführlich, diesmal zur Gänze, zitiere:

"Unsere Patientin aber soll den Vorteil davon haben, daß wir ihrer eigenen Erlebnisweise der Krankheit besser gerecht werden. Ja, ich habe die Hoffnung, daß sie selbst sich besser gerecht wird und einen Vorteil davon hat. Um das zu erklären, mache ich einen Nachtrag.

Wenn wir uns zuhörend verhalten und nicht mit Fragen auf sie eindringen, erfahren wir einiges davon, wie sie mit ihrer Krankheit umgeht. Da hören wir, daß sie in der ersten Zeit an keine Besserungsmöglichkeit geglaubt hat. Sie war also **resigniert**. Erst nach der klinischen Behandlung hat sie das etwas korrigiert. Sie war dann sehr gewissenhaft in der Befolgung der Diät- und Insulin-Vorschriften, kam regelmäßig zur Kontrolle. Sie ist eine gute Mitarbeiterin ihres Arztes geworden. Das sehen wir bei vielen Diabetikern und im Gegensatz zum Beispiel zu den Herzkranken, obwohl die doch durch ihre Beschwerden viel mehr gewarnt sind vor Übertretung. Dieser Zug der Resignation und zugleich der Gewissenhaftigkeit paßt in das Charakterbild des Zuckerkranken, von dem wir vorhin gehört haben. Auch bei unserer Kranken bestand er schon vor dem Ausbruch des Leidens. Aber das Schicksal hat hart eingegriffen. Dies führt uns noch ein Stück weiter.

Sie hatte vom Leben nicht viel gefordert, aber auch wenig von ihm gehabt. Ihren Mann hat sie wohl geliebt, aber mehr aus Mitleid geheiratet. Ihr heißgeliebter Bruder blieb, obwohl versprochen, an ihrem Hochzeitstage aus, und am folgenden Tage kam die Botschaft seines Fliegetods. Ihr Gatte war fast immer im Felde. Dann kam die Beschießung, die Todesangst, die Krankheit. Und dann folgt etwas, das man bei Menschen strenger Lebensführung und Gewissenhaftigkeit öfter erlebt: Wenn das Unglück einbricht, kühlt sich ihr religiöser Glaube ab oder geht verloren. Jetzt empfindet sie ihre Krankheit als göttliche Ungerechtigkeit und ihre Kirchlichkeit ist unpersönlich, formal und äußerlich geworden. Wer in sich selbst mit den stürmischen Umschlägen der Leidenschaft nicht bekannt geworden ist, der traut auch seinem Gott nicht zu, daß er entgegengesetzte und heftige Mittel brauche, um den Menschen zu sich zu holen. Er stellt sich vor, auch Gott müsse so ein gerechter und gewissenhafter Geist sein. Ist er es nicht, dann **ist** er vielleicht gar nicht. Solche Menschen werden durch den Krieg Atheisten. Diese erstarrte Resignation breitet sich auch auf die Empfindungen des Lebens aus. Sie hat seitdem keine Freude in der Ehe mehr gehabt, ist ablehnend und frigide geworden und hat ihr zweites Kind wider Willen und sozusagen aus Versehen empfangen. Nun ist es tot. Das Wort Resignation ist also die Überschrift zu mehreren wichtigen Bereichen ihres Lebens geworden.

Nun werfen wir nochmals einen Blick auf ihr Erlebnis bei der Beschießung. Sie alle kennen die Resignation aus Verzweiflung. Sie ist die verbreitetste Erlebnisform in diesem Kriege geworden. Trotzdem war sie bei unserer Kranken persönlichster Ausdruck. 'Ich wußte schließlich nicht hin, nicht her. Es war mir gleich was kam; je eher desto besser. Ich habe keine Hoffnung mehr gehabt.' Und dies blieb dann ihre Grundeinstellung, und das ist doch individuell.

Dies ist auch ihre Einstellung zur Krankheit, und wagen wir noch ein Apercu: ist dies nicht auch das Benehmen des diabetischen Stoffwechsels? Der Zuckerhaushalt bescheidet sich mit einer halben Kompensation, und der Kranke hat dann nur noch die Wahl zwischen beständigem Zuckerverlust oder beständigem Nahrungsverzicht. Er ist wie ein

Kaufmann, der seine Einnahmen, sein Geschäft einschränkt, weil er weiß, daß er bei größerem Umsatz versagen würde. Er ist ein aus kluger Schwäche Bescheidener, Wir wagen diese Analogie selbst nur mit einer Reserve, die man und als kluge Schwäche deuten mag. Es ist dies aber eine Art der Deutung des physiologischen Vorganges, die uns nicht so leicht in Ruhe lassen wird. Es ist eine fesselnde Vorstellung, daß die physiologische Funktion sich gar nicht anders benimmt, als der psychisch verstandene Mensch auch." (197f)

Ich habe nicht darum so ausführlich zitiert, weil ich alles richtig finde, wie sich Viktor von Weizsäcker hier zu den Problemen des Diabetes und der organischen Erkrankung allgemein äußert, sondern weil ich es alles außerordentlich gewichtig finde. Ich bin der Ansicht, daß es dort, wo es mir nicht richtig erscheint, doch wenigstens weiter auf dem Weg zur Wahrheit führt. Diesen Weg über die Stationen hinaus zu gehen, die Weizsäcker erreicht hat, ist die Absicht der folgenden Ausführungen.

Ich habe aus der systemischen und tiefenpsychologischen Arbeit mit meinen Patienten den Eindruck gewonnen, daß sich der Unterschied zwischen den verschiedenen Erkrankungen von Menschen bei genauerer Untersuchung als ein Unterschied jener Funktionen erweist, welche der jeweilige Mensch im Dienst seiner beiden Eltern im Leben gefühlsmäßig - d.h. irrtümlich und darum im wesentlichen vergeblich - zu erfüllen hat. Zu diesen Funktionen, welche sich im Krankheitsfall zu Fehlfunktionen verwandeln, gehören dann eben auch Lähmung oder Überaktivität, Flucht oder Beharrungsvermögen, Trennung oder Verbindung usw., vor allem aber Unterwerfung unter einen völligen bzw. aber nur relativen Verlust des Lebensrechts. Insofern denke ich, daß die Kindheit eines Patienten neben seiner Position in der Gesellschaft das zentrale Thema jeder Wissenschaft vom kranken Menschen werden muß. Unter "Kindheit" verstehe ich allerdings nicht jenen Zeitabschnitt im Leben, der willkürlich durch das Gesetz über die sog. Volljährigkeit vom Erwachsensein abgetrennt wird. Ich verstehe darunter vielmehr die **Kindschaft** oder die Kind-Haftigkeit eines Menschen, welche sich durch sein ganzes Leben hindurchzieht und welche allein, aber auch ganz und gar durch die Aufgaben zu charakterisieren ist, durch die dieser Mensch darum von seinen Eltern - ebenso unwillkürlich wie unabänderlich - in den Dienst genommen ist.

Den Fragen, die sich aus dieser Hypothese über das Kranksein ableiten, kann ich hier weder die hinreichenden Formulierungen angeeignet lassen, noch kann ich ihnen hier in angemessener Weise nachgehen. Das alles bleibt weiteren Forschungen und weiteren Schriften vorbehalten. Worum es mir an dieser Stelle aber geht, ist die Feststellung, daß Krankengeschichten Mythen bleiben insofern und solange, als ihr Sinn nicht entschlüsselt ist. Ihn zu entschlüsseln, setzt freilich auf mehreren Seiten die Bereitschaft zu dem voraus, was Heidegger das "eigentliche Dasein" genannt hat: Sowohl der Patient als auch seine Angehörigen müssen in die Lage kommen, aus dem Stand der "Uneigentlichkeit" hervorzutreten, welcher - nach Kierkegaard - die "Krankheit zum Tode" ausmacht. Zuerst aber ist es Aufgabe des Arztes, durch seine eigene Präsenz Vertrauen in die Wahrheit des Lebens zu befördern: das Vertrauen, daß - um es mit philosophischen Worten zu sagen - das "Sein zum Tode" (Heidegger), welches sich eröffnet, sobald der Schlüssel gefunden und benutzt wird, eine für den Kranken und seine Nächsten angemessene Lösung, d.h. eine Heilung der "Krankheit zum Tode" ist.³

Worum es mir auch geht, ist ein Ausblick auf weitere Bemühungen: Der biographischen Forschung hat Weizsäcker eine Sonderstellung für die seiner Ansicht nach zu entwickelnde anthropologische Medizin eingeräumt. Dabei war ihm durchaus bewußt, daß er lediglich einige gewichtige, richtungweisende Fragen zu stellen in der Lage war, nicht jedoch den von ihm selbst erhofften Durchbruch zu neuen Dimensionen ärztlichen Forschens erreichte. Sein Lebenswerk blieb eine Baustelle, ohne Dach und ohne krönenden Abschluß. Das schreckte in der Folge viele, die es eben lediglich als gescheitert ansahen, davon ab, es als fortwirkenden Anspruch ernst zu nehmen und sich von den darin liegenden Aufgaben ansprechen zu lassen. Der moralische Niedergang des Gesundheitswesens, der in einem offenkundig falschen Ansatz der ärztlichen Heilkunde begründet ist, bietet jedoch mehr und mehr Anlaß, solchen Fluchtenden zu begegnen, wie sie heute in einer Haltung zum Ausdruck kommt, die auf ein unbeirrtes und unbeirrbares Weitermarschieren im alten Trott hinausläuft. Ich habe meinen Vorschlag genographischer Arbeit gemacht, um mit diesem Hilfsmittel biographischer Forschung einen Zugang zu einer erneuerten, humaneren Heilkunde sichtbar werden zu lassen.

³ Kierkegaard definiert die "Krankheit zum Tode" als den Zustand des "Verzweifelt-nicht-man-selbst-sein-wollens" oder des „Verzweifelt-man-selbst-sein-Wollens“.

Das Charakteristische an der psychoanalytischen bzw. tiefenpsychologischen Behandlung von psychischen Erkrankungen ist es bekanntermaßen, dem Patienten zu helfen, daß er anhand der Leitlinie von Symptomen in der Erinnerung bis in seine Kindheit zurückgeht und die von dort her zutage geförderten realen Erlebnisse und Phantasien zur Erklärung der jetzigen Beschwerden heranzieht. Zweck dieser Arbeit ist ein Machtgewinn über die unbewußten seelischen Bereiche, von denen seine Erkrankung ihren Ausgang nimmt. Im Rahmen der Psychotherapie bleibt es nicht aus, daß auch andere Erkrankungen Thema werden, sei es, daß ein Patient selbst währenddessen körperlich erkrankt oder einen Unfall hat, sei es, daß er in früheren Zeiten körperliche Erkrankungen erlitten hat oder unter deren Nachwirkungen bzw. unter deren Andauern leidet, sei es aber auch, daß dasselbe in Bezug auf nahe Angehörige zu bemerken ist. Ob gewollt oder nicht, läßt sich nicht vermeiden, daß die Gesichtspunkte, die zur Erkenntnis seelischer Symptome herangezogen werden, dabei auch eine Prüfung erfahren, ob und wie sich ihre Erklärungsmacht hinsichtlich körperlicher Erkrankungen erweisen läßt. Dadurch wird der Ansatz der Therapie zwangsläufig psychosomatisch - besser: Es wäre ebenso zwanghaft wie unangemessen, wenn ein Therapeut das Körpergeschehen aus seinem Gesichtsfeld ausschließen wollte oder sollte.

Das sind zwar keine neuen Gedanken. Sie werden aber im Gesundheitswesen auffallend wenig beachtet, und zwar auch dort, wo sie verbale Bekräftigung finden. Für Viktor von Weizsäcker waren es jedenfalls keine Floskeln, als er immer wieder nachdrücklich auf diesen Sachverhalt hinwies. Er hat nicht nur als einer der ersten Autoren darauf aufmerksam gemacht, daß es charakteristische Lebenssituationen seien, in denen ein Mensch eine körperliche Erkrankung entwickelt, sondern für ihn stand die Erforschung dieser Zusammenhänge im Zentrum seiner Aufmerksamkeit. Sein Bemühen galt ganz vordringlich der Aufgabe, die Erfahrung des Zusammenspiels von körperlichen und seelischen Erkrankungen zum Ausgangspunkt einer anthropologischen Heilkunde zu machen. Die Untersuchung der jeweiligen Situation solle sich, wie er vorschlug, nicht nur, wie in der Medizin bereits üblich, auf den Ort des Geschehens beziehen, sondern auch und vor allem auf die Zeit. Nur unter Berücksichtigung beider Ordnungsprinzipien sei es möglich, eine dem menschlichen Leben angemessene Lehre von den Bedeutungen der Erkrankungen aufzustellen. Weizsäcker drückte seine konkrete Orientierung in den drei Fragen aus:

- Warum gerade jetzt?
- Warum gerade hier?
- Warum gerade so?

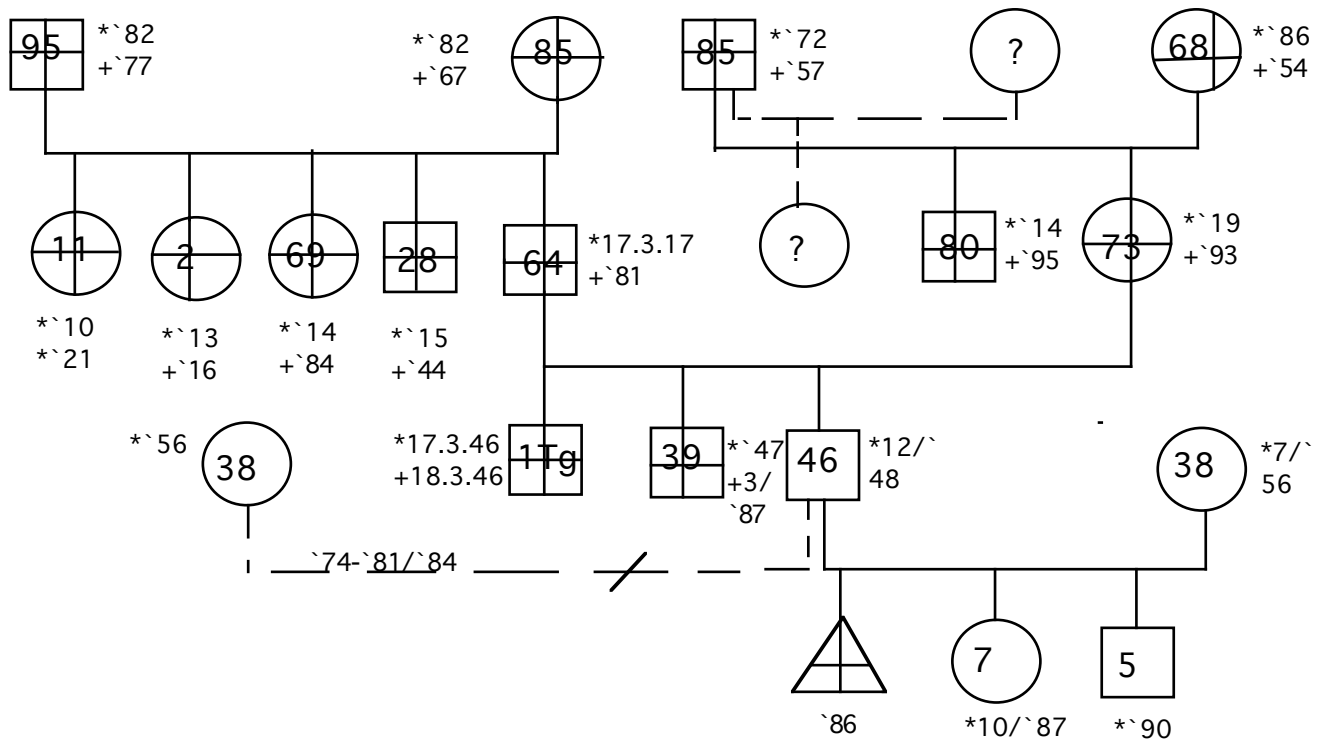
Und er ermutigte diejenigen Ärzte, die sich von diesen Fragen leiten zu lassen bereit seien, nicht nachzulassen, bis sie sagen könnten:

- "Also so ist das!"

C. Eigene Beobachtungen und Untersuchungen

1. Biographische Analyse eines Falles von Diabetes mellitus

Ein inzwischen 46-jähriger Patient erinnerte sich, daß er im Alter von 39 Jahren, Anfang 1988, einige Wochen nach der Geburt seiner Tochter, an einer milden, bis heute problemlos mit Diät behandelbaren Form von Diabetes mellitus erkrankt ist. Sein Genogramm:



Dies Kind wurde sieben Monate nach dem Tod des zweiten Buders des Patienten geboren. Zum Zeitpunkt dieses Todes kam es bei der Frau des Patienten zu Schwangerschaftskomplikationen im Sinne eines drohenden Aborts. (Der Pat. war damals so alt wie seine Frau zu der Zeit, da er in die Therapie ging.) Am Ende wurde das Kind einige Wochen übertragen, aber gesund geboren. Die erste Schwangerschaft der Ehefrau war im zweiten Monat durch Fehlgeburt beendet worden.

Es fällt auf, daß der Patient

- einziger Überlebender von drei Brüdern ist (Der erste Bruder starb am Tag nach der Geburt. Der zweite Bruder war seit dem Alter von 2 Jahren, von der Tante angesteckt, an Tuberkulose erkrankt, mußte deshalb ab 1949 für viele Monate in ein Krankenhaus, und erlitt mit 11 Jahren infolge einer tuberkulösen Meningitis eine geistige Schwerstbehinderung);
- keine Schwester hat.

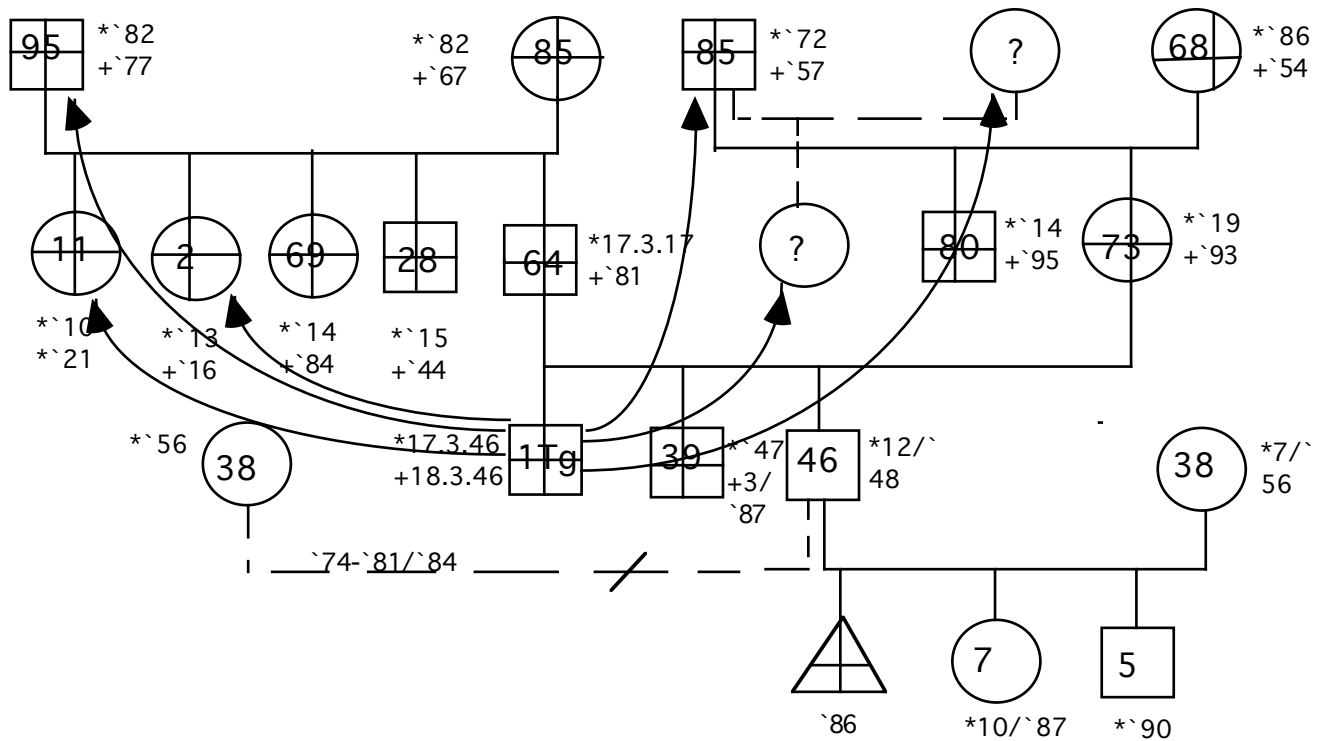
Was die Eltern des Patienten betrifft, so fällt auf, daß

- der Vater drei ältere Geschwister hatte, die vor ihm starben (Zwei Schwestern erlagen bereits als Kinder schweren Erkrankungen, die zweite unmittelbar nach der Geburt des einzigen Bruders und fast zwei Jahre vor dem Tod des Vaters; der Bruder fiel als junger Mann im Zweiten Weltkrieg);

- die Mutter eine Halbschwester hatte, die selbst samt der zugehörigen Mutter in der Herkunftsfamilie der Mutter lange Zeit verschwiegen wurde.

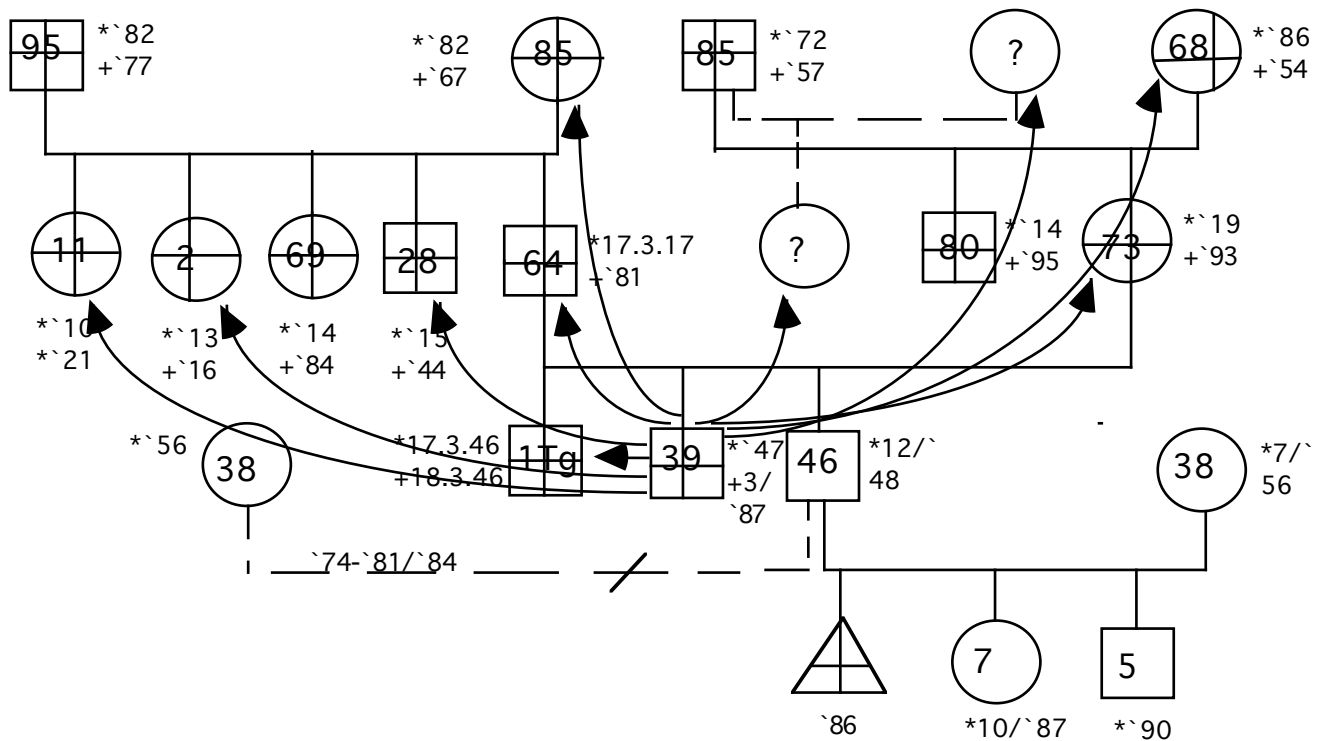
An Stellvertretungsaufgaben fallen dem Patienten seit der Erkrankung des zweiten Bruders aus dieser Konstellation zu:

a) Stellvertretungsaufgaben des ersten Bruders:



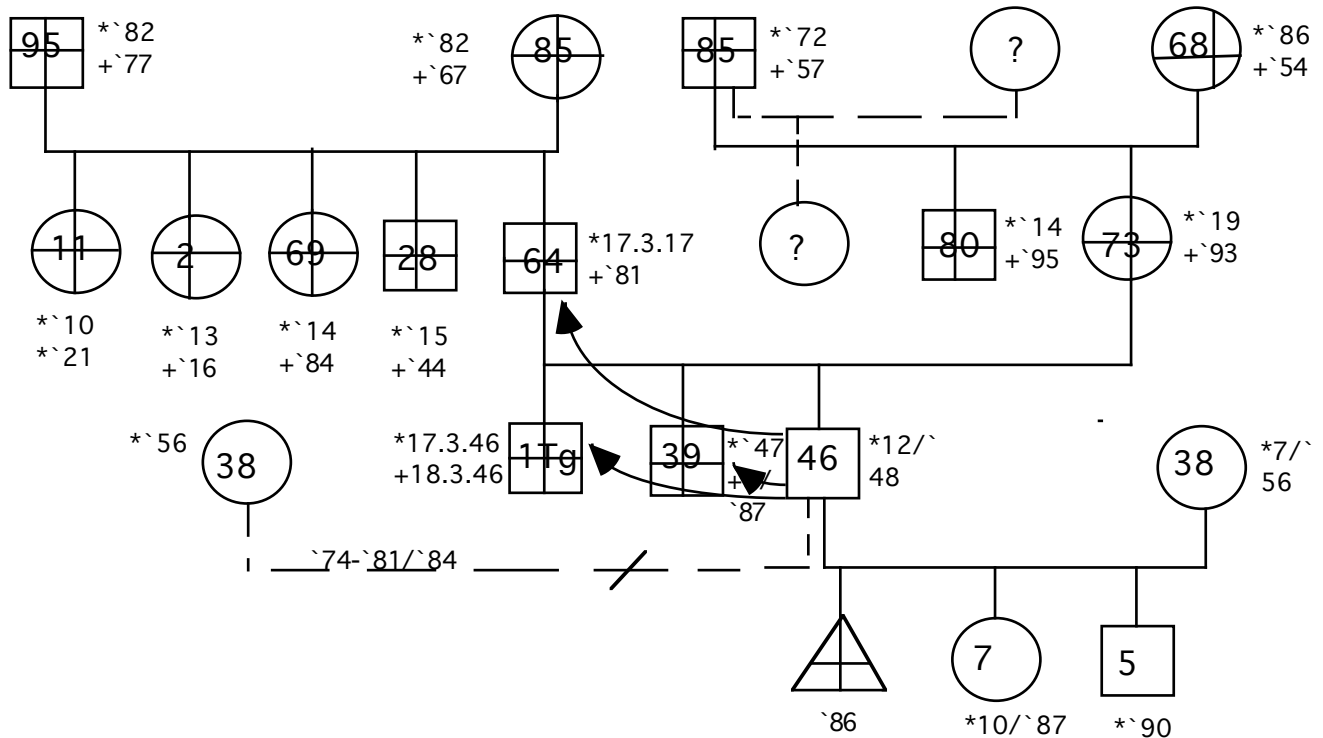
Obgleich die primäre Aufgabe des ersten Sohnes im Dienst seiner Eltern die Stellvertretung beider Großväter ist, hat diese Funktion zum Zeitpunkt der Geburt dieses Kindes eine nur untergeordnete Bedeutung, da beide Großväter leben und sozusagen verfügbar sind, also noch nicht unbedingt durch den Enkel ersetzt werden müssen. Gewichtiger ist in der Familie des Vaters und der Mutter der Verlust von je zwei weiblichen Angehörigen: der beiden Schwestern des Vaters sowie der Halbschwester der Mutter samt deren Mutter. Dieser erste Bruder des Pat., der übrigens am Geburtsstag seines Vaters zur Welt kam, konnte also keine der vier ersten und wesentlichen Aufgaben erfüllen. Hinzukam, daß er als erster Stellvertreter des Großvaters mütterl. jenem verschwiegenen Lebensabschnitt zugeordnet ist, in den die voreheliche Beziehung und das voreheliche Kind fällt und der insofern verpönt ist und nicht sein darf. Durch diesen Umstand, der die Mutter zu heimlich zweiten Tochter des Großvaters macht, gerät der Vater in eine ebenso heimliche Konkurrenz zu jenem Großvater. So erscheint es wie eine tragische Darstellung des gegenseitigen Ausschlusses der ersten - heimlichen - Rolle, die Ehemann und Sohn der Mutter spielen, wenn in dieser Familie nur einer von beiden an diesem Jahrestag geborenen männlichen Wesen überleben darf.

b) Stellvertretungsaufgaben des zweiten Bruders:



Obgleich die Aufgaben des zweiten Bruders im Vergleich zu denen des ersten Bruders weit umfangreicher geworden sind, behält er, zunächst wenigstens, das volle Lebensrecht, d.h. er überlebt die Geburt. Dieser Junge wird dadurch gestärkt, daß er das ungeliebte Leben seines verstorbenen Bruders leben muß. Seit Dezember 1948, d.h. nach der Geburt des dritten und letzten Kindes, das ebenfalls ein Junge ist und damit keine weiblichen Rollen ausfüllen kann, geht freilich das verlorene Lebensrecht des ersten Sohnes auch auf den letzten über. Das schwächt die Position des zweiten Jungen erheblich. Bemerkenswerterweise erkrankt er dann 1949 an Tuberkulose und muß bis 1951 ins Krankenhaus, wird also durch seine Erkrankung aus der Familie ausgeschlossen. Seine Rolle als Sündenbock in dieser Familie ist damit besiegelt.

c) Die Stellvertretungsaufgaben des Patienten nach der Erkrankung des zweiten Bruders:



Seit der zweite Bruder alles Leid der Familie trägt, was insbesondere ab dem 11. Lebensjahr geschieht, als er - im Todesalter der ersten Schwester des Vaters - eine tuberkulöse Meningitis entwickelt, seit dieser Bruder damit auch alle ohnmächtige Sorge der Familie auf sich lenkt, ist der Patient frei für die positiv gewendeten, damit auch männlich fixierten Aufgaben, die seine Eltern zu vergeben haben. Tatsächlich hatte der Pat., seit er sich zurück besinnen kann, vor allem aber seit dem 10. Lebensjahr das Gefühl, auf keinen Fall versagen und seinen Eltern keinerlei Kummer machen zu dürfen. Das chronische Gefühl der Überforderung, die innere Verpflichtung, eine Fassade von Stärke um sich herum errichten zu müssen, ist seither für ihn das Charakteristikum seines Lebens geworden. Die andere Seite davon ist eine chronische Versagensangst, ein permanenter Mangel an Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, ja, das Gefühl, gar nicht er selbst sein zu dürfen, und die ständige Furcht vor dem Zusammenbruch, auch vor dem frühen Tod, der zugleich wie eine Erlösung aus einem nahezu unerträglichen Zustand phantasiert wird. (Übrigens spielte der Pat. seinen Vater vor, eine Beamtenlaufbahn eingeschlagen zu haben, die er in Wirklichkeit aber vorzeitig abgebrochen hatte. Diese Lüge blieb bis nach dem Tod des Vaters unaufgeklärt.)

Der Tod des zweiten Bruders erfolgte drei Jahre nach dem Tod des Vaters. Mit dem Tod des Bruders verlor dieser auch seine Funktion für die Mutter. Da der Vater bereits tot war, entfiel für die Patienten zwar die Notwendigkeit der Übernahme einiger Funktionen im Dienst des Vaters, nicht aber diejenigen, die der Bruder im Dienst der Mutter zu erfüllen gehabt hatte. Vor allem verblieb ihm - mittelbar und unmittelbar - die des einzigen Stellvertreters des Vaters an der Seite der Mutter. Er stand also für den Ehemann sowie für den Vater der Mutter. Die weiblichen Aufgaben konnte er mittlerweile bis zu einem gewissen Grade an seine Frau deligieren.⁴

⁴ Dies geschah allerdings auf eine quasi kriegerische Weise, wie es gewöhnlich geschieht, wenn ein Mann weibliche Aufgaben für seine Eltern, während die Frau männliche Aufgaben für ihre Eltern zu erfüllen hat. Die Ehefrau war - was theoretisch zu fordern gewesen wäre - tatsächlich in ihrer eigenen Herkunftsfamilie ein Junge hätte sein müssen. Sie war außerdem bei der Fehlgeburt so alt wie der Bruder, als dieser fiel, übernahm damit gewissermaßen auf tragische Weise jene Rolle, welche der zweiten Schwester des Vaters zugefallen war und die diese nach ihrem Tod nicht an die beiden hinterher geborenen Brüder hatte angemessen abgeben können.

Noch einmal: Da der zweite Bruder bereits den ersten Bruder zu ersetzen hatte, als zweiter aber auch für die Mutter den Vater und für den Vater die Mutter, übernahm der Patient mit dessen Tod eine ganze Reihe von unerledigten Geschäften. Der zweite Bruder - er starb übrigens, als er mit 39 Jahren so alt war wie beide Großeltern beim Tod ihrer ersten Tochter - hatte insbesondere sämtliche weiblichen Aufgaben, hier vor allem alle Aufgaben auf der Geschwisterebene der Eltern, vor allem also die der beiden früh gestorbenen Schwestern des Vaters (in deren Todesalter er an Tuberkulose erkrankte bzw. durch Tuberkulose behindert wurde) und der verheirateten Halbschwester der Mutter. Diese Positionen fielen dem zweiten Bruder unglücklicherweise dadurch zu, daß er als mittlerer von drei Söhnen für die Rolle des Sündenbocks prädestiniert war, dies wiederum vor allem darum, weil der dritte Bruder, der Pat., bereits ein Jahr nach ihm geboren wurde und ihm die nötige Zuwendung der Eltern nahm, die er nur dann leidlich behalten hätte, wenn er ein Mädchen geworden wäre. So aber fühlte er sich innerhalb seiner Kernfamilie überflüssig und wertete sich durch die schwere Erkrankung zugleich ab und auf. In der Konstellationsarbeit mit dem Patienten zeigte sich, daß dieser mittlere Bruder sich verhielt, als sei er durch die Ansteckung zum Kind seiner kinderlosen Tante geworden, die dem "überflüssigen" Kind des jüngeren Bruders (mit den Tuberkelbazillen) den Tod übertragen hatte statt einem eigenen Kind das Leben. Tatsächlich folgte er nach knapp drei Jahren der Tante in den Tod. Dieser Zeitraum entspricht der Lebenszeit von zwei Jahren, welche die zweite Schwester des Vaters mit der betreffenden Tante geteilt hatte, bevor sie starb.

Seine Ehefrau zu schwängern und Vater zu werden, hatte für diesen Patienten unter den durch den Tod des Vaters sowie des zweiten Bruders gegebenen Umständen eine in mehrfacher Hinsicht existentielle Bedeutung:

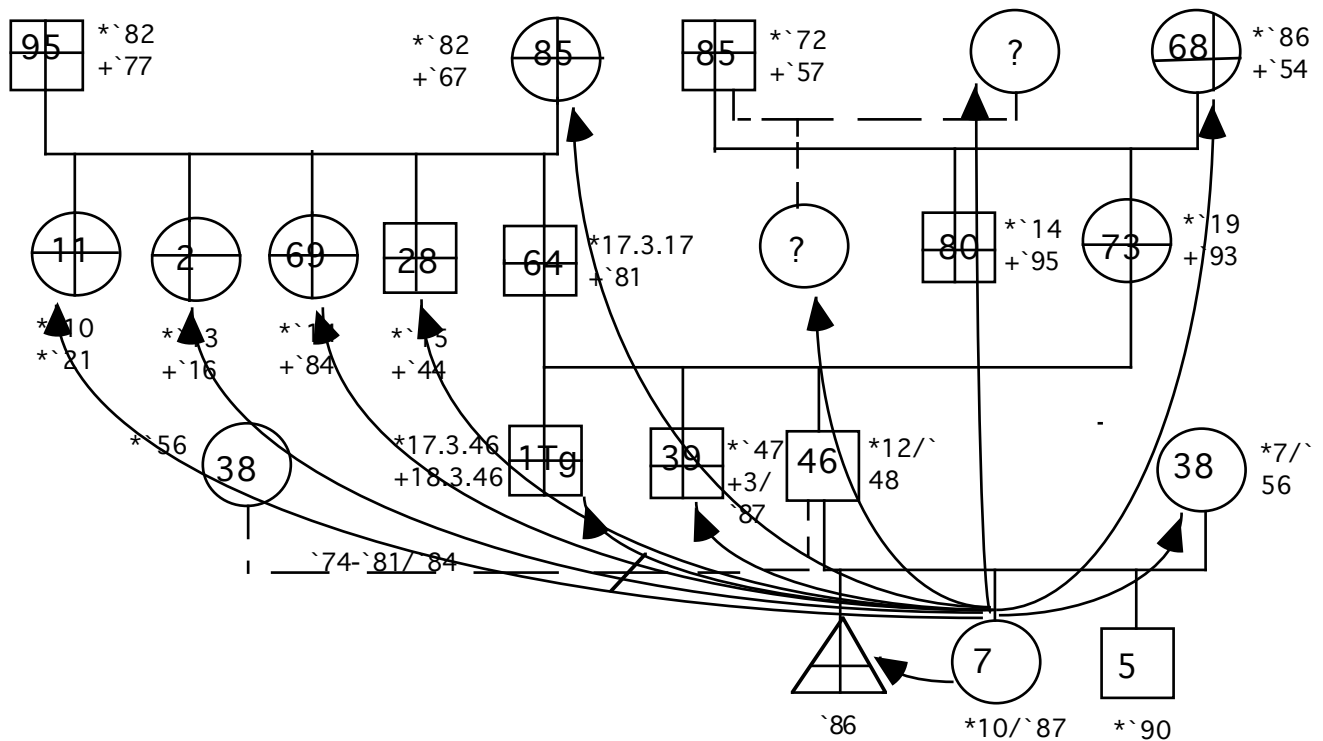
1. stellvertretender Vater seines Vaters zu werden, indem er einen Sohn in die Welt setzte, der das ungelebte Leben des verstorbenen Vaters lebte;
2. die Rolle zu übernehmen, die dem zweiten Bruder wenigstens die Liebe der Mutter gesichert hätte: ihr den Ehemann zu ersetzen, insofern dieser der Mutter fehlte oder ihren Ansprüchen nicht genügte, also mit dem eigenen Vater um die Liebe der Mutter zu konkurrieren;
3. das ungelebte Leben des Vaters zu leben und zu erreichen, was dieser in seinem Leben nicht erreicht hatte; dazu gehörte, daß er ein Kind in die Welt setzte, welches in der Lage war, das ungelebte Leben der beiden Brüder zu leben.

All diese Aufgaben erforderten - paradoxerweise - die Geburt einer Tochter. Nur eine Tochter nämlich war in der Lage, zu erfüllen, was die Männer und Söhne aus der Herkunftsfamilie des Patienten in ihrem Leben sämtlich nicht zu bieten gehabt hatten: die zum Zeitpunkt der Geburt des Vaters fehlende Weiblichkeit zu repräsentieren. Das hatte dazu geführt, daß sie bei der Mutter nahezu alle positive Bedeutung der Weiblichkeit verblieb und die Söhne selbst viel von der negativen Bedeutung, der Defizienz des Weiblichen auf sich nahmen.

Diese dramatische Lage erklärt die Angst des Patienten vor der Geburt und das Übermaß an Sorge nach der Geburt des Kindes. Der Patient schildert die Vorbereitungen auf die Geburt seiner eigenen Tochter, die ja bereits belastet war durch die vorausgegangene Fehlgeburt, als eine Schulung, in der er gemeinsam mit seiner Frau nichts anderes "gelernt" habe als "Angst um das Kind". Nach der Geburt habe er viele Wochen lang die Wohnung völlig überheizt, damit sich das Kind nicht erkälte, und die Tochter jede Nacht "mindestens acht Mal" aus dem Bettchen aufgenommen, weil sie weinte. Er lebte unter der beständigen, durch keine Vernunft zu lindernden Sorge, etwas falsch zu machen und das Leben des Mädchens durch "Unachtsamkeit" aufs Spiel zu setzen.⁵

⁵ Die Zahl Acht hat in diesem Zusammenhang symbolische Bedeutung. Sie entspricht der Nummer Acht in der Ordnung der Familie: Die Nummer Sieben ist das Neugeborene, das zu den Großeltern und Eltern, die gemeinsam die Sechs bilden, hinzukommt, durch sein Geschlecht jedoch ein Unrecht in die Welt bringt. Das Unrecht besteht darin, daß es nur ein Geschlecht reproduziert, das andere aber unberücksichtigt läßt. Das Leben des anderen Geschlechts ist damit nicht vertreten, was Todesangst auslöst. Die Nummer Acht schließt diese Lücke - aber nur dann, wenn sie das andere Geschlecht repräsentiert. Dies ist in der Herkunftsfamilie des Patienten nicht der Fall gewesen, weil lediglich Jungen geboren wurden. Insofern ist "Acht-samkeit" für ihn in besonders hohem Maße geboten, als nun mit der Nummer Acht aus seiner Sicht endlich das ersehnte Mädchen unter großer Gefahr lebendig ans Licht der Welt gebracht war. Die Nummer Sieben war eine Fehlgeburt gewesen.

d) Die Stellvertretungsaufgaben der Tochter:



Tatsächlich wurde dann ja ein Mädchen geboren. Die Ehefrau und die Tochter des Patienten teilten sich fortan die weiblichen Rollen, an denen sich der zweite Bruder, ursprünglich ebenfalls Stellvertreter des gefallenen Onkels, schicksalhaft überhoben hatte und erkrankt war, als seine Mutter mit 33 Jahren so alt war wie die Großmutter bei der Geburt jenes Onkels. Der Patient verlor damit selbst die Bedeutung weiblicher Defizienz und konnte sich gewissermaßen auf die sämtlichen männlichen Rollen konzentrieren: auf die des ersten und zweiten Bruders, auf die des Großvaters mütterlicherseits und die des Vaters, schließlich auch auf die des Großvaters väterlicherseits. Die ganze Wucht der Probleme, auch der Diabetes trat auf, als der Patient - einige Wochen nach der Geburt der Tochter - so alt war wie sein Bruder bei dessen Tod, d.h. auch so alt wie seine Großmutter väterlicherseits bei dem Tod jener ersten Tochter, die als zweite gestorben war. Es ist offenbar bedeutsam, daß sich die Lebens- bzw. Todesdaten beider verstorbenen Mädchen in den wesentlichen Erkrankungsdaten des nunmehr ebenfalls zweiten verstorbenen Bruders des Patienten spiegeln.⁶

⁶ Die katastrophale Erkrankung des zweiten Bruders des Patienten war, wie schon gesagt, übertragen worden durch jene Schwester des Vaters, die ihrem jüngsten Bruder gegenüber Mutterstelle einnahm, also für die Großmutter des Patienten steht. Sie war zweimal kinderlos verheiratet. Der von ihr infizierte Neffe folgte ihr drei Jahre nach dem Tode ins Grab - als wäre er ihr Kind, welches sie zu sich nehmen dürfe oder müsse. Drei Jahre vor ihr war der Vater des Patienten gestorben. Drei Jahre alt war auch die ältere geworden, die in einer Zeit starb, an welche weder die Tante, damals 2 Jahre alt, noch der Vater, damals 1 Jahr alt, keine bewußte Erinnerung haben konnte. Der Vater des Pat. war das von der Tante eigentlich gemeinte Kind und wurde von dem zweiten Bruder des Pat. lediglich vertreten. Die Analogien in Gestalt von fatalen Umkehrungen gehen noch weiter: Die Tante infizierte den Jungen mit 35 Jahren, d.h. als sie so alt war wie ihre Mutter bei der Geburt ihres Bruders. Mit anderen Worten: Sie brachte den Neffen um dessen Leben, als sie so alt war wie ihre eigene Mutter, als diese dem Vater dieses Jungen das Leben schenkte. Der Akt der Ansteckung erfolgte dadurch, daß sie sich ihm trotz Verbot näherte. Die Infektion ist insofern als eine leibhaftige Inbesitznahme und als ein Tribut zu verstehen, womit die Stellvertreterin der Großmutter den Vater belegt, nachdem weder der Vater noch eines von dessen drei Kindern den Verlust der beiden Mädchen ersetzen

Angenommen, es wäre wieder ein Junge geworden, so hätte sich der Patient nicht des femininen Anteils seiner familialen Funktionen entledigen können. Das Schulderbe seines gefallenen Onkels, seines Vaters und seiner Brüder, das ihm nach dem Tode des zweiten Bruders zugefallen war, es wäre an ihm kleben geblieben bzw. an das Neugeborene weitergereicht worden. Die ganze Hoffnung auf Entlastung, die er in die Schwangerschaft seiner Frau setzen mußte, nahm den Charakter einer diffusen Angst an, um sich in irrationale, auf das Kind bezogene Befürchtungen zu verwandeln und nicht nachzulassen, bis er selbst so alt war wie sein Bruder bei dessen Tod. Dies nun war der Zeitpunkt, zu dem er einen - um den Gewinn der Tochter geschmäleren - Teil des Schulderbes antrat. Die Symptome des milden Diabetes mellitus bringen fortan seine zur abgemilderten Todessehnsucht gewordene Dankesschuld an die toten Brüder leibhaftig zum Ausdruck. Ich meine also, daß der mit der Geburt der Tochter verbundene "Streß" in erster Linie keine Belastung, sondern eine ungeheure Entlastung für den Patienten mit sich gebracht hat und daß es sich dabei um eine gewaltige Aufbauleistung handelt, welche allerdings mit therapeutischen Mitteln befestigt werden mußte. Dies geschah im Rahmen einer Psychotherapie, die zum Teil als Paartherapie gestaltet wurde.

Der Patient selbst war fest davon überzeugt, daß es der mit der Geburt seiner Tochter in seinem Haus eingekehrte übermäßige "Streß" sei, der seinen Diabetes mellitus ausgelöst habe. Die Ärzte wiesen allerdings seine Auffassung als wissenschaftlich nicht haltbar zurück. Sie erklärten den Diabetes genetisch bzw. mit einer - unbekanntem - Infektion. Aus meiner Sicht sind beide Erklärungen neben derjenigen, die der Patient selbst gefunden hatte, gültig - allerdings auf eine Weise, die sich in keiner Weise auf den aktuellen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnis in Übereinstimmung bringen läßt, sondern in geradezu magisch anmutende Dimensionen der menschlichen Existenz reicht. Meine Auffassung entspricht freilich dem, was Viktor von Weizsäcker im Zusammenhang mit einer im engeren Sinne historischen Betrachtung von Krankheit über den Begriff der Wirkung gesagt hat, als er sich am Ende seines Lebens zur Stellung einer ärztlich fundierten Biographie äußerte. Ich denke, daß meine Darstellung des Falles eine empirische Bestätigung ist für Weizäckers kühne "Behauptung, daß nicht das Gelebte, sondern das Ungelebte allein wirksam ist, und zwar nicht das Mögliche, sondern das Unmögliche verwirklicht wird - sowohl im kranken wie im nichtkranken Lebensgeschehen."

An der zitierten Stelle fährt Weizsäcker fort: "Ja, ich behaupte, daß dies allein der Begriff von Wirkung ist, in welchem der Unterschied von krank und gesund verschwindet, aufgehoben und überflüssig wird. Es könnte sein, daß man dies letztere, die Überwindung des Unterschiedes von krank und gesund zum Ausgang für jene Wirkungslehre nähme, so als ob sie das Motiv derselben wäre; aber was für ein Motiv? Um das zu sagen, müßten wir uns im Kreise drehen, da ja Motiv auch nichts anderes sein wird als eine Wirksamkeit der gesuchten Art. Da diese Lehre, nimmt man sie umfassend und konsequent, wahrscheinlich große Folgen hat, so ist hier eine Beschränkung angebracht. Sie lautet: die Krankheit soll, und zwar ausschließend, als Wirksamkeit des Ungelebten und als Verwirklichung des Unmöglichen eingesehen werden. Eine richtige Biographie kommt nur zustande, wenn sie im Sinne dieser Geschichtsauffassung aufgestellt wird. In der richtigen Biographie ist, nach Überwindung des Gegensatzes von krank und gesund, auch die neue Pathologie enthalten." ⁷

konnte, der in der Herkunftsfamilie des Vaters zu beklagen war, bevor der erste Sohn - das zu spät, nämlich erst als viertes, aber nach dem Tod der zweiten Tochter nächstgeborenes Kind - im Krieg umkam.

⁷ 1967, 249 ("Pathosophie"). Um die angesprochenen Zusammenhänge unter diesen Gesichtspunkten zu komplettieren: Der Vater des Patienten starb, als er so alt war wie die Großeltern bei Geburt bzw. Tod des ersten Bruders des Patienten, der eben diesen Großvater repräsentierte: 64 Jahre. Er starb an seinem zweiten Herzinfarkt, den er erlitt, als er bereits an metastasiertem Prostata-Ca erkrankt war. Das Prostata-Ca symbolisiert, wie ich vermute, eine Art von Scheitern in der Konkurrenz eines Sohnes mit dem Vater um die Liebe zur Mutter. Die Symbolik liegt der Benennung jener typisch männlichen Drüse zugrunde: Es geht um den Vorstehenden, d.h. um die Frage, wer bzw. wessen Penis in einer Familie sich vor der Mutter erheben und vor ihr stehen, wessen Drüse bei diesem Anlaß in Funktion treten, wessen Werben die Mutter nachgeben darf. Es geht um die körperliche Liebe zur Mutter, d.h. vor allem darum, ob ein Sohn sich - wie Ödipus - durch die Bedürftigkeit der Mutter, durch das Vakuum an ihrer Seite verführen lassen darf oder aber ob er nicht den Vater als Gatten der Mutter von Herzen anerkennen muß. Den ersten Herzinfarkt erlitt der Vater des Pat. mit 61 Jahren. Damals war er so alt wie die Großeltern beim Tod des gefallenen Bruders. Durch dessen Tod, der den Vater seiner Mutter verkörperte, und durch den Tod des ersten Sohnes, der den Großvater verkörperte, wurde die Großmutter um die beiden Alternativen gebracht, welche sie zur Liebe des Ehemannes im Leben - neben dem Vater des Patienten - verfügbar schienen. Die Aufgabe, ihr diese Alternativen zu bieten und insofern mit dem eigenen Vater zu konkurrieren, erweist sich hier als jene "Verwirklichung des Unmöglichen", die - nach Viktor von Weizsäcker - als Wirkung in allem krankhaften Lebensgeschehen zutage tritt.

Das Motiv, von dem Weizsäcker hier spricht, läßt sich unter systemischen Gesichtspunkten als das **Prinzip des Ausgleichs** beschreiben. Es ist das Bewegungsgesetz, das nach meinen Beobachtungen überhaupt allen Erkrankungen zugrunde liegt und das auch Bert Hellinger meint, wenn er sagt: "Das ist wie ein Naturgesetz." ⁸

In dem hier näher untersuchten Beispiel handelt es sich nur um einen Einzelfall, dem keinerlei Beweiskraft in Hinblick auf die angedeutete Theorie zukommt. Ich habe allerdings weitere Einzelfälle untersucht, die sich nach den hier vorgestellten Kriterien aufklären ließen und deren Aufklärung therapeutisch ebenso fruchtbar gemacht werden konnte.

Der soeben beschriebene Fall weist die Besonderheit auf, daß er - wie viele andere auch - einen eigenartigen, von verschiedenen Autoren erwähnten Bezug zu Schwangerschaft und Geburt hat. Er zeigt allerdings - im Unterschied zu diesen anderen Autoren -, daß es anscheinend nicht unbedingt nötig ist, selbst schwanger zu sein und zu gebären, um diesen immer wieder in der Literatur aufgezeigten Bezug der Erkrankung zur Ankunft eines Kindes herzustellen. In dem Fall, den Viktor von Weizsäcker in seiner Vorlesung diskutiert hat, läßt sich unter den vorgetragenen Gesichtspunkten nachträglich die folgende hypothetische Aufklärung geben, die allerdings nur den Zweck hat, ihre Gültigkeit anhand ähnlich gelagerter anderer Fälle zu prüfen:

- Die junge Frau fühlte sich durch den frühen Tod ihres Bruders mit diesem enger verbunden als mit ihrem eigenen Ehemann. Sie bildete mit dem Bruder gemeinsam ein - für die Eltern höchst bedeutsames - Paar und war in dieser Hinsicht verpflichtet, ihm in den Tod zu folgen; dies umso mehr im Falle, daß er unverheiratet war und keine Kinder hatte.
- Das erste Kind, das sie gebar, war vermutlich ein Mädchen. Durch die Geburt dieses Kindes wurde die Frau von den partnerschaftlichen Aufgaben gegenüber ihrem Ehemann entlastet - insofern, als das Kind dem Ehemann als stellvertretende Ehefrau dienen konnte. Sie selbst war dadurch frei, dem Bruder zu folgen und an seiner Seite in der Erde zu liegen.
- Das zweite Kind war vermutlich ebenfalls ein Mädchen. Als solches war es Stellvertreterin der Patientin. Und darum wurde es zur ersten Pflicht dieses Kindes, dem Bruder der Patientin in den Tod zu folgen. Auf diese Weise erhielt die Patientin einen Aufschub für ihre partnerschaftlichen Aufgaben gegenüber dem Bruder und konnte ihren Verpflichtungen gegenüber dem ersten Kind und dem Ehemann mit mehr Spielraum nachkommen.
- Die Priorität ihrer eigenen leibhaftigen Verbundenheit mit dem Bruder blieb davon allerdings unberührt und wirkte in Gestalt der Halbherzigkeit und Resigniertheit ihres Lebens fort. Sie blieb unfähig, ihren Mann als wirklichen Partner zu nehmen und mit ihm gemeinsam das Leben aus vollem Herzen zu bejahen. Dazu trugen die Schrecken des Krieges bei, die - wie schon das Leben vor dem Krieg - dazu angetan waren, die Würde des menschlichen Lebens und damit der Schöpfung insgesamt infrage zu stellen. Die Schrecken des Krieges wirkten auf diese Frau eigentlich nur wie Bestätigungen eines längst gefühlten Zweifels und einer längst stattgehabten Verzweiflung, die sich bereits in ihrer halbherzigen Partnerwahl und in der suizidalen Bevorzugung des Bruders ausgedrückt hatten.

Die manifeste Erkrankung steht am Ende einer destruktiven Entwicklung und ist im Falle des Diabetes nur noch in seinem Schweregrad und Verlauf, nicht mehr in seiner schicksalhaften Dramaturgie zu beeinflussen. Schweregrad und Verlauf freilich hängen von der Mitwirkung der anderen Beteiligten ab. Und zum Kreis der am Krankheitsprozeß Beteiligten gehört schließlich auch der Arzt. Für diesen erwächst aus der hier dargestellten biographischen Methode ein anderes Verständnis des Sinns von Diagnostik und Therapie, als es sich aus dem Ensemble der üblichen naturwissenschaftlichen, psychologischen oder psychosomatischen Methoden bislang ablesen läßt. Die Aufgabe der Heilkunst und der Heilkunde läßt sich nun formulieren als die Aufgabe einer kunstvollen Entbindung, wodurch sich der kranke Andere gegenüber dem Einen aus der Sklaverei befreien kann. Die durch Heilkunst erfolgende Ent-Bindung ist die angemessene Antwort auf eine Problematisierung des Ortes. Sie ist nämlich eine praktische Entproblematisierung des Ortes durch Unterscheidung der Orte. Insofern ist sie Friedensstiftung. Wenn die **Bindung** in zeitlicher Relation als Einbruch und Einschnitt im Leben eines Menschen offenbar wird und in funktionaler Hinsicht als Anforderung und Aufgabe stattfindet, dann kann die notwendige **Entbindung** nur durch **Unterscheidung** und **Bestimmung** des Ortes sowie nur als Durchbrechung einer Funktion bzw. als Durchsetzung eines Funktionswandels erfolgen.

⁸ 1993, 18

2. "Warum gerade jetzt?"

Freilich habe ich bei meiner Krankengeschichte zunächst und vor allem die Bedeutung des zeitlichen Aspekts von Krankheitssymptomen hervorgehoben - in der Absicht, die Erkrankungen von uns Menschen als symbolische Hinweise auf die Vor-Bilder unseres Lebenslaufs, als ins Auge springende Konturen der Zeitgestalt unseres Lebens bewußt werden zu lassen. Die Frage "Warum gerade jetzt?" steht am Anfang der Untersuchung. Sie ist jedoch nicht zu beantworten, wenn nicht auch die anderen Fragen nach dem Ort ("Warum gerade hier?") und nach der Qualität ("Warum gerade so?") gestellt und - zumindest nach Maßgabe eines minimalen Vor-Verständnisses - beantwortet würden. Die Betrachtung des Leibgeschehens unter der Voraussetzung, es handle sich dabei um ein symbolisches Geschehen, kann aber von diesen beiden letzteren Fragen gar nicht absehen. Allein die Tatsache festzustellen, daß eine Erkrankung sich körperlich manifestiert - im Fall des Diabetes im Pankreas, in der Leber, der Muskulatur, dem Blut, dem, Hormon-, Nerven- und Harnsystem - lenkt den Blick auf das Wo und das Wie. Die Untersuchung der zeitlichen Relationen, welche sich in der Erkrankung Geltung verschaffen, bildet allerdings eine Basis, von welcher aus die weiteren Untersuchungen ihren Ausgang nehmen. Dies, so meine ich, liegt aber nicht etwa an einer systematischen Beschränktheit der geographisch orientierten biographischen Methode, die ich unten darzustellen habe, sondern scheint mir konstitutiv zu sein für ein humanistisches Verständnis von Krankheit bzw. für eine anthropologisch orientierte Heilkunde.

Allgemein möchte ich sagen: Krankheiten offenbaren als Gesetz des menschlichen Lebens, daß uns dies Leben nicht einfach als Eigentum überantwortet worden ist, sondern als möglicher Besitz nur verliehen. Krankheiten machen unübersehbar, daß uns das Leben nicht ohne Auflagen geschenkt ist. Die spezifischen Auflagen jedes einzelnen Lebens zu erkennen, d.h. zu ergründen, welche erfüllbaren und welche unerfüllbaren Aufgaben darin liegen, die erfüllbaren von den unerfüllbaren Aufgaben zu scheiden - diese Erkenntnis ist eine soziale Angelegenheit von welthistorischen Dimensionen. Sie entspricht unserer Verpflichtung zur Geschichte. Das Wesen von Geschichtlichkeit besteht in der bewußten Anerkennung unserer Bindung an die Vorfahren, an die Vergangenen und durch Tod Verlorenen. Aus ihrer Vergangenheit, ihrem Vergangensein nämlich erwächst uns die Gegenwärtigkeit der Zufälle des Lebens: dessen, was uns - scheinbar unverdient - zufällt. Erst ein derartig bewußter Bezug zur Vergangenheit der Vergangenen ermöglicht es, uns einander als Gegenwärtige zuzuwenden als Ebenbürtige, so daß das, was dann geschieht, uns nicht mehr nur - von oben - zufällt wie der Regen oder Schnee, sondern uns auch - auf gleicher Ebene - zukommt. Was uns auf solche Weise zukommt, wäre erst das wirkliche Zukünftige und trüge zurecht den Namen "Zukunft". Zukunft heißt, recht verstanden, eigentlich Freundschaft und Frieden. Zukunft zu ermöglichen, setzte demnach die Bereitschaft voraus, jene Opfer mit Freude darzubringen, welche uns unweigerlich abverlangt werden. Und den Unbilden der Zufälle ausgeliefert zu sein, bleibt unser Schicksal, solange wir die ohne unser Wissen von uns geforderten Aufgaben zu leisten schuldig bleiben. In diese Aufgaben sind wir nicht etwa bloß hineingezogen und verstrickt, sondern aus ihnen ist überhaupt unser Leben geflochten. Darum ist es die dem Wesen der Menschen zugehörige historische Verpflichtung, das Wissen um diese unbewußten Aufgaben in gemeinschaftlichem Bemühen zu entwickeln und zum gegenseitigen Nutzen zu verwenden.

Nach meiner Beobachtung weist also vor allem die Zeitgestalt von Erkrankungen den Weg zum Verständnis der Aufgaben, die einem Menschen durch seine Kindschaft übertragen worden ist und deren Erfüllung im begrenzten Leben dieses Menschen unmöglich ist. Die Krankheit ist in diesem Sinne als die "Verwirklichung des Unmöglichen" aufzufassen, die Viktor von Weizsäcker im Krankheitsgeschehen visionär entdeckt hat. Besser wäre es aber vielleicht, dem Wort "Verwirklichung" eine andere, etymologisch besser einzuordnende Bedeutung zuzuweisen, es einem anderen Zusammenhang vorzubehalten und hier lieber von einem Gesetz des menschlichen Leben zu sprechen, welches im unweigerlichen "Wirken des Unmöglichen" besteht. Denn die "Verwirklichung" entspräche ja mehr einem Verwirken, das heißt einem Verlust von Wirksamkeit. Die "Verwirklichung des Unmöglichen" wäre dann eher der Weg, auf dem Zukunft gestaltet werden kann, indem das Unmögliche vom Möglichen, das nur Bedeutsame vom Sinnvollen unterschieden und Frieden geschlossen würde. Dies wäre dasselbe, was üblicherweise als das Problem des Menschlichen, als das Problem der Individualität des Menschen oder als das Problem der Vermittlung von Leben und Tod angesprochen wird.

Was die geographische Analyse verdeutlicht, ist das Gewicht der Beziehung zwischen Zeit und Ort. Die Zeit stellt - unter dem Gesichtspunkt des Lebensalters - eine Relation zwischen den beteiligten Menschen her, als

wären deren Unterschiede nicht von Belang⁹: als könne der Eine bruchlos für den Anderen stehen, als spiele der Tod des Einen keine Rolle, da dieser durch den Anderen ersetzt werden könne.¹⁰ Die Zeit schafft somit den Schein einer unmittelbaren Verbundenheit zwischen dem Einen und dem Anderen.¹¹ Indem die Zeit eine - den Abgrund des Todes scheinbar überspringende - Gleichheit zwischen verschiedenen Personen herstellt, erscheint sie als eine Gegenspielerin des Todes im Leben: Wie der Tod nämlich Gleichheit zwischen verschiedenen Personen erzeugt, indem er ihnen Lebenszeit beimißt, bringt die Zeit Gleichheit hervor, indem sie die Lebenszeit einteilt und mißt. Diese Täuschung aufzuklären, die durch das Zusammenwirken von Zeit und Tod entsteht, ihr das Bemühen der Erkenntnis und des Verstehens entgegenzusetzen, wird darum zur menschlichen Aufgabe, weil die Täuschung mit der Sühneleistung des Krankseins erkaufte wird.

Das "Kranksein" eines Kranken ist eine elementare, grundlegende Form von Botmäßigkeit und entspricht einer Botschaft, welche lautet: Der Kranke ist einem Anderen untergeordnet und auf kranke Weise "sein". "Kranksein" hieße: einem Anderen auf kranke Weise als dessen Eigentum angehören. Diese Relation wird von der Zeit in Gestalt des Lebensalters hergestellt und ist gleichbedeutend mit Leibeigentum.

3. "Warum gerade hier?"

Die Frage nach dem **Ort** einer Erkrankung ist zuerst einmal die Frage nach der Person, die erkrankt ist. Diese Person ist diejenige, welcher schicksalhaft abverlangt wird, eine Aufgabe auf sich zu nehmen, welche ihr unerfüllbar ist. Es ist die Frage nach dem Stellvertreter, nach demjenigen, der imaginär, irrtümlich, fiktiv an einer **Stelle** steht, an welcher ein Dritter vom - herrschenden - Anderen vermißt wird. der Ort heißt Stelle, sofern eine Austauschbarkeit und Ersetzbarkeit der an ihm Präsenten unterstellt wird, wodurch diese zu Ver-Tretern werden: zu Konkurrenten um das Recht, die jeweilige Stelle einzunehmen und dort zu leben, zu Konkurrenten, die einander in den Weg treten, einander den Weg versperren und einander mit den Füßen fortstoßen. Die Stelle als Ort zu bestimmen, damit ein jeder Bestimmte seinen eigenen Ort, damit er seinen Namen als Siegel seines Lebenrecht erhalten möge, hat bereits ursprünglich den Charakter eines Schiedsgerichts und eines Friedensschlusses.

Die Frage nach dem Ort einer Erkrankung geht allerdings weiter und bezieht sich auf den Ort im Leib des Kranken, an dem sich die Symptomatik abspielt. Die körperliche Untersuchung der Person des Kranken präzisiert

⁹ Aristoteles hat in seiner "Physik" eine Beziehung zwischen Zeit und Zahl sowie zwischen Zeit und Seele hergestellt, ohne diese Beziehung allerdings zu begreifen. Ihm ist entgangen, daß sie rein assoziativen, nicht aber begrifflichen Charakter hat. Tatsächlich liegt der Zahl ja eine Gleichsetzung von Verschiedenem zugrunde. Genau dies tut die Zeit: Sie setzt die Dahingeschiedenen mit den Lebenden gleich und trägt den Lebenden die Lasten der durch Tod Geschiedenen auf. Sie zählt die Leiber mittels Übertragung von Lebensaufgaben. Die Seele aber ist die Entelechie des Leibes, die sich aus den unerledigten Geschäften der Vorgänger ableitet. Sie ist die Unsterblichkeit der Verstorbenen. Und sie wird durch Zeit gestaltet. Die Zeit ist die Macht, welche einen Leib schicksalhaft schmiedet. Das ist der Bezug der Zeit zur Seele und zur Zahl, den Aristoteles nur anklungen läßt. (1995, 104ff)

¹⁰ Interessanterweise würde dann der Andere ja nicht nur den Einen, sondern auch dessen Tod ersetzen. Der Andere hätte damit also die Bedeutung, durch den Ersatz des Einen den Tod des Einen auf lebendige, sinnfällige Weise zu verkörpern und somit ins Gegenteil zu verkehren. Der Andere wäre die Auferstehung des Einen, dessen gleichsam ewiges Leben. In diesem Zusammenhang ist es auffällig, daß das lateinische Wort "alter", das übersetzt heißt: "der Andere", etymologisch eindeutig mit dem deutschen Wort "Alter" im Sinne von "Lebensalter" in Beziehung steht. Der Bezug wird über den Wortstamm "al-" (für "wachsen, nähren") und "aldro" (für "Wurzel" hergestellt. Das weist darauf hin, daß das Leben des Einen sich im Leben des Anderen fortsetzt und daß der Eine die nährenden Wurzel für den Anderen ist. Daß dieser Zusammenhang aber genommen wird, um als Wort für das Lebensalter oder für einen Lebensabschnitt zu dienen, scheint mir geeignet als neuerlicher Anlaß, die intuitive Weisheit der Sprache zu bewundern. Der aufgezeigte Zusammenhang reicht noch weiter: Etymologisch besteht eine Verbindung zum Wortstamm "alt", der mit den Wörtern "Welt", "walten" und "Gewalt" verwandt sind. Die Kraft-Wirkung wird darin aufgefaßt als Ausdruck der Geltung eines Gesetzes, welches seine Herrschaft primär in den zeitlichen Relationen zwischen Personen offenbart.

¹¹ Zu beachten ist an dieser Stelle der Unterschied zwischen "Ge-bundenheit" und "Ver-bundenheit", ein gewaltiger Unterschied, der leider oft übersehen wird: Die "Ver-bundenheit" ist - im Gegensatz zur "Ge-bundenheit" - eben keine sichtbare Bindung, sondern der Schein einer Ungebundenheit, der dadurch entsteht, daß der Eine für den Anderen steht, ihn ersetzt und insofern keine sinnlich-sinnhafte Beziehung zum Anderen aufnehmen, sondern nur eine bedeutsame, symptomatische Beziehung zu ihm eingehen gehen kann, welche ihm nicht bewußt wird, sondern von einem Dritten gedeutet werden muß, um ihn daraus zu erretten und "zu sich Selbst" zu führen.

die Frage nach dem Ort der Krankheit näher, indem sie sich den kranken Organen und Organsystemen des Kranken zuwendet. Damit findet eine Unterscheidung innerhalb des Kranken selbst statt. Das macht die Unterstellung eines inneren Konflikts in dem Sinne, daß dies Organ sich feindselig gegen andere Organe gestellt habe. Die körperliche Untersuchung setzt voraus, daß der Kranke zerfallen sei in Bündnispartner für und gegen sein Leben oder für und gegen sein Wohl. Es ist, als sei es zum Streit zwischen Geistern gekommen, die sich verschiedener Teile seines Leibes bemächtigt hätten bzw. in ihnen repräsentiert seien. Dies aber festzustellen, kommt einer symbolischen Zuordnung verschiedener Organe gleich. Folgt man diesem Gedanken, der unbewußt und spontan den Gang einer körperlichen Untersuchung leitet, und zieht die theoretischen Konsequenzen, so wird es unabweisbar, die Organe als Stellvertreter verschiedener Personen zu begreifen. Nun ist es nicht mehr der ganze Kranke, der als Stellvertreter aufgefaßt wird, sondern es sind seine Organe, an welche die Stellvertreterfunktionen abgegeben werden und die durch ihre Vielfalt einer ganzen Gruppe von Menschen entsprechen können. Der Leib ist dann gleichsam eine Truppe von Schauspielern, die miteinander gleichzeitig verschiedene Stücke aufführen können.

4. "Warum gerade so?"

Die Frage nach den erkrankten Organen ist jedenfalls ein sekundärer Schritt, mit dem sich der Untersucher von der Mission des Kranken abwendet und den Funktionen seines Leibes zuwendet. Hier geht es um die Erscheinungsweise der Erkrankung. Diese aber, so zeigt sich aus der Mehrgenerationenperspektive, die das Genogramm eröffnet, bringt erst jene Unmöglichkeit seines Funktionierens zur Darstellung, unter der der Kranke leidet. Die für die jeweilige Erkrankung spezifische Darstellung erfolgt durch die Fehlfunktionen von Organen.

Eben durch Fehlfunktion aber weist die Erkrankung auf das Fehlen von Funktionen hin. Das genau ist es, was ja durch die Qualität der Fehlfunktion geschieht und wodurch sie bedeutsam geworden ist. Bereits hier also ist es zu einem ersten Funktionswandel der betreffenden Organe gekommen, freilich dadurch, daß ein Funktionieren des Kranken (im ursprünglichen Sinne eines Dienstes an seinen Eltern) nicht möglich gewesen ist. Und der Wandel der Funktion, der im Symptom an den Organen manifest wird, hat den Charakter eines Ausweichens auf eine andere Ebene der Beziehung zwischen den beteiligten Menschen: Das Symptom wirkt nicht als Unterordnung unter eine von oben verordnete Pflicht, es leistet nicht unmittelbar die Arbeit, welche der Person des Kranken aufgetragen war und somit anstand, sondern es erhebt sich über diese Pflicht und deutet von ferne auf die Arbeit hin, welche im Symptom unerfüllt bleibt und welche der Kranke nicht zu erfüllen vermag. In diesem Sinne verhält sich das Symptom wie ein vom Kranken abgespaltener Rebell: widerspenstig, abtrünnig, unanständig. Es sagt über den Erkrankten, daß dessen "Opfer" ein halbherziges, zwiespältiges sei, eine Arbeit, die auf halbem Wege stecken bleibt, nicht Fisch, nicht Fleisch.¹²

Der Kranke erweist sich durch die spezifische Form seiner Erkrankung als unmittelbar in den Dienst seiner Vorfahren genommen. In der Erkrankung findet der Prozeß einer Stellvertretung statt. Und wie die Erkrankung verläuft, offenbart den Zweck, zu welchem die Stellvertretung erforderlich gewesen ist. Der Kranke ist zwar ein Knecht, aber er erweist sich eben doch als ein Knecht, der versagt. Und indem er als Knecht versagt, so scheint es, wird sein Lebensrecht wegen seines Versagens durch das Symptom beeinträchtigt und infrage gestellt. Das Symptom verlangt nach jener Hilfe, welche er selbst in dem Symptom vermissen läßt. Die Hilfe aber muß von Dritten geleistet werden. Diese Dritten sind im allgemeinen nicht seine Angehörigen, denn was er offenbart, ist in erster Linie ja, daß die Angehörigen auf unbegriffene Weise hilflos seien - als wenn die Sühneleistung der Erkrankung vom Kranken andernfalls nicht gefordert worden wäre.

Mit seiner Hilflosigkeit widersteht der Kranke den Anforderungen, die sich auf gespenstische Weise, magisch, unbewußt von den Vorfahren auf ihn übertragen haben. Er widerstrebt gleichsam den Geistern der Verstorbenen, welche ihn wie Gespenster verfolgen und unterjochen, indem sie ihn in das Gespinnst ihrer unerledigten Aufgaben verstricken und verflechten und ihm ihre Pflicht und Schuldigkeit auflasten. Die Widerspenstigkeit, die im Versagungscharakter der Krankheitssymptome liegt, ist Ausdruck des Widerstands gegen die erdrückende Bürde der geerbten Schuld, einer Bürde, die den Kranken unter ihrer Last ums Leben zu bringen droht.

¹² Freuds späte Formulierung von der "Ich-Spaltung im Abwehrvorgang" drängt sich an dieser Stelle auf.

Das aber heißt: Die Last der Schuld drückt - zu einem (durch "Zufall", d.h. durch "Vor-Wurf" von oben) von den Vorfahren bestimmten und nur in diesem Sinne "zufälligen" Zeitpunkt - aus der Person des Kranken die Symptomatik der Erkrankung (her)aus, wodurch die scheinbar mit den Toten ins Unsichtbare vergangene Schuld erst wieder sichtbar wird. So ist das Symptom als Phänomen zu verstehen, welches die Aufgabe einer historischen Analyse stellt und damit zugleich das Problem historischer Wahrheit in seiner reinsten Form auf die Tagesordnung des Zusammenlebens der Menschen setzt. Die Erkrankung unterwirft den Kranken der Qual ihrer Symptome. Sie macht ihn dadurch zum Subjekt (= Unterworfenen) unerfüllbarer Aufgaben, zum neuerlichen Leidtragenden jener nicht enden wollenden Unerfüllbarkeit. Die Qual der Krankheit würdigt den Patienten herab zum Klangkörper einer Klage, aus welcher verspätet die alte Anklage eines Versäumnisses tönt. Der Kranke vernimmt die Anklage als stellvertretend Angeklagter und bringt sie in der Krankheitssymptomatik zur Darstellung, verleiht ihr Bedeutung. Indem aber die Anklage durch den Kranken hindurch als Klage ertönt, wird der Kranke zugleich scheinbar aufgewertet: als Stellvertreter und als Per-sona, d.h. in der angemäßen Rolle desjenigen, der sich durch ihn vernehmen läßt.¹³

Krankheit nimmt auf verborgene Weise den Charakter von Widerstand und Erhebung gegen die Beugung des Kranken unter das Joch der zeitlichen Relation, der örtlichen Stellvertretung und der funktionalen Ausgleichsbewegung an. Damit wird die Symbolik des Krankseins zum Ansatz- und Ausgangspunkt der Aufklärung und Aufrichtung des Menschen, des "Ausgangs aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit".

5. "Also so ist das!"

Die wesentliche Funktion einer Erkrankung ist es demnach, auf die Notwendigkeit einer - zuvor noch unter dem Eindruck von Not unterbliebenen - Unterscheidung zwischen verschiedenen Menschen hinzuweisen und auf die Notwendigkeit eines Verständnisses zu pochen, welches diese Unterscheidung als Entbindung des Kranken in sein eigenes Leben zustande kommen läßt. Diese notwendige Unterscheidung entspricht einer Platzanweisung, der Anweisung nämlich, die ihm zu verstehen gibt, wo er den ihm angemessenen, eigenen Ort findet, der sich vom - in der Erkrankung irrtümlich angemäßen - Ort der Vorfahren unterscheidet. Zugleich aber besteht die Funktion der Erkrankung darin, vom Kranken einen Preis zu fordern, welcher diesem ein Moratorium ermöglicht - getreu dem Motto: Solange die vergangene Schuld wenigstens als solche von ihm angenommen und getragen wird, darf der Kranke auch dann am Leben bleiben, wenn er sie nicht bewußt anerkennt oder mutig zurückweist, sondern die damit gemeinte Aufgabe blindlings unerfüllt läßt. Unter der Bedingung der Preis-Gabe darf er noch eine Weile leben - nun eben als Träger des Symptoms: als Sündenbock. Die Art der Symptomatik wiederum trägt in der konkreten Qualität der Fehlfunktion die zugehörige Schuld zur Schau wie ein Siegel, besser: wie ein Brandzeichen, welches den Eigentümer des Sündenbocks zu erkennen gibt. Insofern ist die Erscheinungsweise des Symptoms neben dem Zeitpunkt ihres Auftretens der andere, komplementäre Schlüssel zum Verständnis der Erkrankung, des Kranken, d.h. seiner Herkunft und seiner vergeblichen Mission.

¹³ Das Schauspiel greift diese ursprünglich in der Krankheit zum Problem werdende Dynamik lediglich auf und wendet sie um. Die Funktion des Schauspiels ist vor allem die Verstärkung der Klage und Verbreiterung des Publikums. Auf diese Weise erhöht es die Wahrscheinlichkeit sekundärer, nämlich sozialer Hilfe angesichts der familialen Hilflosigkeit des Kranken. Ein Schauspiel greift die Thematik solcher Erkrankungen auf, die bereits massenhaft zum Problem geworden sind. Es intensiviert dadurch kollektive Bemühungen um Heilung. Insofern ist das Schauspiel eine entscheidende Bedingung für die soziale Entwicklung, für die Entwicklung des Sozialen, was nichts anderes ist als die Entwicklung von Personen zu Individuen.

D: Die "psychosomatische Familie"

Salvador Minuchin und seine Mitarbeiter Bernice Rosman (Psychologin) und Lester Baker (Kinderarzt) haben bei ihren Untersuchungen von Kindern, die im Kreis ihrer Familien jährlich mehrfach eine - lebensgefährliche - Ketoazidose erlitten, die Hypothese geprüft, eine emotionale Überlastung könnte Auslöser dieser lebensgefährlichen Komplikation des Typ-1- Diabetes sein. Während konfliktreicher Familieninterviews untersuchten sie im Blut der Familienmitglieder die Konzentration der freien Fettsäuren (FFS), die sich als Indikatoren starker emotionaler Beteiligung erwiesen und deren Erhöhung dem Auftreten einer Ketoazidose vorausgeht. Sie fanden, daß die diabetischen Kinder in einzigartiger Weise reagierten: Die Konzentration ihrer FFS stieg beständig auf eindeutig pathologische Werte an. Sie gewannen aber noch ein weiteres hochinteressantes Untersuchungsergebnis: Der zunächst gleichsinnig, sogar noch stärker mit dem diabetischen Kind mitreagierende Elternteil wurde jeweils nach einer Weile in dem Ausmaß der FFS-Erhöhung noch übertroffen und zeigte dann allmählich sinkende, sich nach dem Interview normalisierende Werte, während die Werte beim diabetischen Kind weiter anstiegen. Diese Korrelation steht in auffallendem Gegensatz zu Befunden in anders strukturierten Familien, in denen der Diabetiker grundsätzlich schwächer reagiert als der stärker reagierende Elternteil.

Diese Beobachtung am Beispiel des Diabetes mellitus, die die Autoren später zum Ausgangspunkt für ähnliche Untersuchungen zur Frage der Entstehung lebensbedrohlicher Asthmaanfälle und anorektischer Krisen bei anderen Kindern gemacht haben, untermauert die zum Verständnis von krankhaftem Geschehen grundlegende Hypothese, daß ein Stellvertretungsmechanismus wirkt, durch den einem jeden Kind durch die Eltern fremde Verantwortlichkeit übertragen werde. Die Hypothese der Untersucher lautet: In den sog. "psychosomatischen Familien" herrsche eine besondere Konstellation, welche sie durch die Begriffe "Verstrickung", "Überfürsorglichkeit", "Starrheit" und "fehlende Bereitschaft bzw. Fähigkeit zur Konfliktlösung" zu charakterisieren versuchten. Ihr Lösungsvorschlag für diese Kombination von Problemen beruhte auf einer Klärung der Hierarchien innerhalb der Familien. Ihrer therapeutischen Interventionen liefen darauf, die innerfamiliäre Delegation von Verantwortung von den Erwachsenen auf die Kinder zu unterbinden und die funktionsgerechte Hierarchie innerhalb der Familie herzustellen.

Im Prinzip handelt es sich hier um dieselbe therapeutische Strategie, die Jay Haley und Bert Hellinger ebenfalls verfolgt haben, wenn auch auf andere Weise und aufgrund von anderen diagnostischen Methoden. Bei genauerer Betrachtung stellt sich heraus, daß das, was Minuchin und Mitarbeiter als die vier Charakteristika der "psychosomatischen Familie" bezeichnen, zusammengehört und insgesamt auf einen Ressourcenmangel in Hinblick auf den versöhnlichen Umgang mit Trennung und Verlust zurückzuführen ist. In einer solchen Familie herrscht die Ohnmacht. Ist dies der Fall, so opfern sich die schwächsten Stellvertreter, um für die vorangegangenen Verluste zu sühnen. Sie bringen den Mangel auf sinnfällige Weise zum Ausdruck. Und ihr Verhalten oder ihr Schicksal ist in allen Fällen als ein Appell zu verstehen, daß in dieser Familie die Erwachsenen nicht erwachsen geworden sind, sondern ihre Kinder zu Hilferwachsenen gemacht haben und Hilfe von wirkliche Erwachsenen brauchen. Die erkrankten Kinder treiben mit ihren Symptomen das Leid ihrer Eltern auf die Spitze. Die "Verstrickung" des Kindes erweist sich als eine Verstrickung im Netz der abgespaltenen Ohnmachtsgefühle ihrer Eltern und ist im Prinzip dasselbe, was daneben als "Starrheit" des Systems bezeichnet wird.

Hier, wo es doch für ein solches Kind nur darum geht, den Eltern die Übermacht der Ohnmachtsgefühle abzunehmen und stellvertretend im Banne der Ohnmacht zu versinken, von "Überfürsorglichkeit" zu reden, hat einen unverkennbaren Beigeschmack von Zynismus. Denn Fürsorglichkeit ist ja dort gerade die Mangelware. Darum lauert die Angst. Und die "Starrheit" oder strukturelle Reglosigkeit ließe sich vergleichen mit der Haltung des Kaninchens am Anblick der Schlange. Die Annahme, daß in einer solchen "psychosomatischen Familie" eine "Tendenz zur Konfliktvermeidung" herrsche, gar zum "Angriff"¹⁴ auf diese Tendenz, wie auch auf die "Starrheit" und die "Überfürsorglichkeit" zu blasen, wie Minuchin als "strategisch" denkender Krieger gegen die Krankheit vorschlägt, lenkt den Blick auf Abwege. Denn eine solche kriegerische Haltung offenbart nur Ungeduld mit der Ohnmacht der Familie und ist Symptom dafür, daß auch der Arzt und Therapeut seine eigene Hilflosigkeit als unerträglich erlebt und in eine zusätzliche Bedrohung der Familie ummünzen möchte, der er zu helfen beansprucht.

Gemeint sein können mit der Kritik an der "Vermeidungstendenz" der "psychosomatischen Familie" nicht irgendwelche, sondern nur offene Konflikte. Denn untergründig besteht ja ein scharfer Gegensatz zwischen der

¹⁴ 1986, 114 ff

Bedürftigkeit des Kindes und der Fürsorge der Eltern. Worüber sonst könnte es aber in dieser Situation offene Konflikte geben - wenn nicht darüber, daß die Eltern verängstigt, eingeschüchtert und hilflos sind. Und jeder derartige Konflikt, wie er in vielen anderen Familien an der Tagesordnung sein mag und dort auch nichts löst, wird hier zurecht vermieden, darum nämlich, weil er nur die Angst und Scham der Eltern aufdecken, dem Kind aber nicht helfen, es vielmehr nur stärker belasten würde. Da ist es schon erheblich besser, wenn durch die des Kindes Erkrankung eine solche Familie in eine Krise treibt, aus der nur fremde Hilfe rettet. Die fremde Hilfe ist nichts anderes als das, was der Familie an Ressourcen fehlt und was in der Gesellschaft an Ressourcen zur Verfügung gestellt werden kann. Die Hilfe besteht in der leiblicher oder geistiger Gegenwärtigkeit eines hilfreich-komplementären Anderen.

Gemeinsam ist den genannten strategischen Autoren, daß sie in der gestörten Funktion eine irgeleitete Übertragung von Verantwortlichkeit innerhalb einer Familie erkennen, aber nicht dulden wollen. Eine Abschwächung des strategischen Vorgehens findet sich in der sog. "ressourcenorientierten Therapie", die in der Wüstenlandschaft der bedürftigen Familien nach Hilfsquellen bohrt, wenn die Ressourcen des betreffenden Therapeuten zur Linderung und Heilung nicht ausreichen.¹⁵ Der Fortschritt gegenüber bloß physiologischen und biochemischen Vorstellungen, der sich im strategisch ausgerichteten psychologischen Denken findet, besteht darin, daß **Funktion** hier überhaupt identifiziert, entdeckt, erkannt wird als **menschliche Verantwortlichkeit**: Anhand von Erkrankungen wird somit die Übertragbarkeit von Verantwortlichkeiten festgestellt. Die Erkrankungen selbst erweisen sich als Demonstrationen dafür, daß die Übertragbarkeit von Verantwortlichkeit ubiquitär stattfindet, sogar bis hin zu eine Stelle und zu einer Person, in der schließlich Verantwortlichkeit und Ohnmacht zusammenfallen. Was in der Erkrankung geschieht, ist also tatsächlich das, was Viktor von Weizsäcker die "Verwirklichung des Unmöglichen" genannt hat. Diese Formulierung umschreibt die Problematik der Funktionalität des Kindes - anders ausgedrückt: die Problematik des Leibeigentums der Eltern an ihrem Kinde oder die Problematik des leiblichen Stellvertretertums.

Die Ohnmacht des durch Übertragung verantwortlich Gemachten zeigt sich offenbar in sehr unterschiedlichen Phänomenen. Der Diabetes mellitus, sogar die Ketoazidose oder, konkreter noch, die gemessene Erhöhung der FFS-Konzentration im Blut sind nur einige davon. Anscheinend gibt es verschiedene Formen des Ersatzes von unerträglichen Gefühlen der Machtlosigkeit, des Ersatzes von Schmerz, Angst und Wut durch Übertragung an Untergebene. Anorexie und Asthma bronchiale sind andere Formen, im Prinzip selbst wahrscheinlich in sich wieder so vielfältig wie der Diabetes mellitus auch.

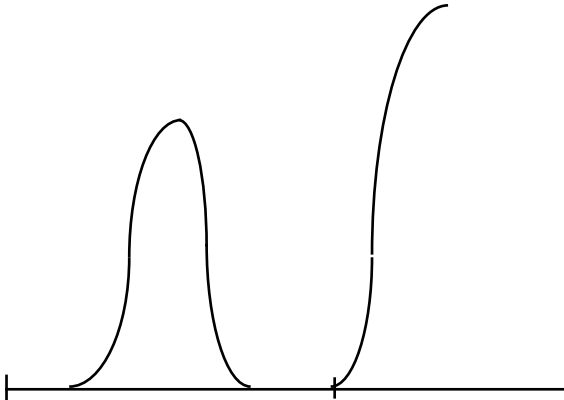
Ich erinnere mich an eine 16-jährige Pat., die wegen Anorexie und Bulimie zur Therapie kam. Sie sagte eines Tages zu mir: "Angst betäubt." Das ließ mich aufhorchen. Ich erwiderte, daß Angst auch durchaus Aufmerksamkeit hervorrufen könne, das Gegenteil der Betäubung also. Und ich fragte sie nach ihrer Erfahrung mit Angst. Sie erzählte mir, daß sie als Einzelkind seit dem Alter von sechs Jahren abends häufig von den Eltern allein gelassen worden sei und unter furchtbarer Angst gelitten habe. Sie habe an den Tod gedacht und sich Gespenster vorgestellt, von denen sie geholt und gequält würde. Sie habe dann zwar die Telefonnummer bekommen, unter der die Eltern erreichbar gewesen seien. Wenn sie aber in Panik dort anrief, habe die Mutter nichts hören wollen und nur beschwichtigt. Eine Besserung der bis zum Alter von 12 Jahren zunehmenden Angst sei erst eingetreten, als sie sich mit einem Mädchen anfreundete, das ständig davon sprach, daß es nicht mehr leben wolle. Dieser Freundin habe sie sich mit allen Kräften zugewandt, um ihren Lebensmut zu stärken. Inzwischen sei die Freundin wieder wohlauf, aber sie selbst wisse nicht, wozu sie noch leben solle.

In diesem Zusammenhang erzählte die Patientin von einer Autofahrt, die sie mit ihren Eltern gemeinsam unternommen habe, um eine psychosomatische Klinik aufzusuchen, wo die Familie Hilfe für das Mädchen erhoffte. Auf der Fahrt hätten sich die Eltern höchst abfällig und resigniert über den Zustand ihrer Tochter geäußert, als wenn sie nicht mehr zu retten sei. Die Pat., die annahm, daß ihre Eltern sie zu jenem Zeitpunkt schlafend wähten, war entsetzt über die Worte. Ich erklärte ihr, daß die Eltern offenbar nur so getan hätten, als wenn sie glaubten, daß sie schlafe. In Wirklichkeit hätten sie sie wohl provozieren wollen, indem sie so taten, als sei es ihre wirkliche Meinung und wirkliche Verzweiflung. Sie hätten ihr Angst machen wollen, um sie zur Flucht nach vorwärts, in die Genesung

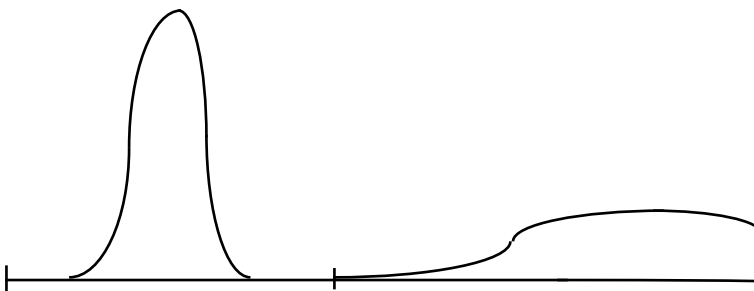
¹⁵ Im Extremfall ist das sog. "therapeutische Bündnis", das dabei geschlossen wird, allein von Vorteil für den Therapeuten, der die Bedürftigkeit des Patienten nutzen kann, um die finanziellen Ressourcen der Gesellschaft auf seine eigenen Mühlen zu lenken. Wo immer von der Fiktion einer Ebenbürtigkeit zwischen Arzt/Therapeut und Patient ausgegangen wird, ist diese Art von Betrug zumindest ansatzweise im Spiel.

zu treiben. Aber offenbar hätten die Eltern damit keinen Erfolg. Durch Ängstigung sei sie wohl nicht zu bewegen. Vielmehr bewege sie, umgekehrt, ihre Eltern, indem sie diese ängstige. In den Jahren der Gewöhnung und Betäubung angesichts der Angst, habe sie sich immun gegen die Angst zu machen versucht. Sie habe einen Weg gefunden, sich durch Angst zu betäuben. Nun fühle sie sich stärker als die Angst, welche die Eltern ihr noch zu machen vermöchten.

Ich fertigte eine kleine Zeichnung für sie an, die etwas folgendermaßen aussah:



Mein Kommentar: Die Waagerechte sei ihre Lebenszeit. Die Kurven bezeichneten das Ausmaß ihrer Angst. Sie habe als kleines Mädchen furchtbare Angst auszustehen gehabt und sich nur durch Betäubung bzw. durch Aufopferung für ein anderes kleines Mädchen davon lösen können. Jetzt, da dies andere Mädchen aus der Krise herausgewachsen sei, werde sie wieder ihren eigenen Gefühlen ausgesetzt und befinde sie sich in einer Situation, in der sie befürchte, daß ihr wiederum niemand helfen werde, wenn sie ähnliche Ängste durchzustehen habe. Einerseits traue sie niemandem zu, ihr zu helfen, andererseits glaube sie nicht daran, selbst noch einmal die Kraft zu haben, um etwas Ähnliches oder - angesichts des Erwachsenwerdens - gar Schlimmeres durchstehen zu können. Wenn es vorwärts gehen solle, dann denke sie an die entsetzliche Verlassenheit, aus der sie nicht wirklich erlöst worden sei, deren Gefühl sie nur betäubt und durch Selbstverleugnung beiseite geschoben habe. Und davor graue ihr. Wie nun, wenn doch jemand da wäre, der ihr zeige, daß die Angst nicht betäubt werden muß, sondern als Anlaß von Wachsamkeit und Aufmerksamkeit für das wirkliche Leben zu gelten hat und hilfreich sein kann? Wie nun, wenn sie nicht mit Schließen der Augen, sondern mit Öffnen der Augen beantwortet werden darf, kann und soll? Wie nun, wenn es in Zukunft mit der Angst ganz anders gehe, etwa folgendermaßen:



Wie nun, wenn sich für sie zeige, daß es gar nicht so schlimm sei, zu sterben, wenn sie zuvor nämlich ein erfülltes Leben gelebt und sich nur den Aufgaben gestellt habe, die ihr auch wirklich zukommen, die anderen Aufgaben aber dorthin verwiesen hat, wo sie hingehören?

Das Beispiel sagt etwas zur Übertragung von Gefühlen. Es deutet an, daß in Krankheitsfällen die Übertragung der Ohnmacht wirksam wird und daß diese Übertragung gewöhnlich in Gestalt von Gefühlen zur Geltung kommt, bevor sie in Krankheiten manifest wird. Zu den Gefühlen der Ohnmacht gehört aber - nach dem Schmerz, der Angst und der Wut sowie der Unruhe - paradoxerweise auch die Anästhesie, ebenso wie die Erstarrung, die Lähmung und die Traurigkeit. Es gibt eine ganze Entwicklungsreihe der Ohnmachtsgefühle, die zu studieren lohnt. Sie wird anscheinend nicht immer vollständig durchlaufen, bevor die körperliche Erkrankung oder der Tod als Manifestation der resultierenden Verzweiflung am Leben und des Appells an eine außerhalb der Familie befindliche höhere Macht auf den Plan tritt. Die höhere Macht kann der Schamane,, der Arzt, der Therapeut oder der Priester sein, jedenfalls die geistige Macht, welche die Gesellschaft konstituiert. Gerät diese an ihre Grenzen, wendet sich der Appell an eine noch höhere Macht: an das Göttliche, Überweltliche.

In dem Beispiel wird deutlich, daß Eltern, die mit der eigenen Todesangst nicht zurecht kommen, dem inneren Zwang nicht standhalten, der sie dazu bewegt, diese Angst dem Kind aufzulasten. Ein Kind ist - ähnlich einem Tier - eine großartige Erfindung. Es kann mit der Todesangst spielen. Es muß aber sicher genug sein, daß es noch spielen darf. Geht ihm diese Sicherheit verloren, dann kommt es zu einem Einbruch. Mit anderen Worten: Das Kind kann etwas derartig Schweres, wie es das Leben ist, nur sehr bedingt tragen. Wird ihm das allzu früh zur Last und wird diese Last allzu groß, dann erfolgt in der Seele des Kindes ein Umschwung, und es wird, vor allem angesichts der Gefühle, die es bei den Eltern auslöst, suizidal. Es empfindet in derartigen verzweifelten Situationen seine eigene Befindlichkeit als zusätzliche unerträgliche Last der Eltern und sucht nach Wegen, um den Eltern am Ende auch noch die Last abzunehmen, die entstanden ist, indem es die ihm übertragene Last zu schwer findet. Nun ist neben der dem Kind übertragenen Verantwortlichkeit auch noch die - wiederum über die Kräfte der Eltern gehende - Verantwortung für das Wohlbefinden des Kindes als zusätzliche Last entstanden. Das ist die Auswegslosigkeit, an der eine solche - wie Minuchin formuliert: "psychosomatische" - Familie leidet. Im Klartext: Die suizidale Erkrankung eines solchen Kindes enthält eine Anklage gegen die Eltern, die so formuliert werden könnte: "Wenn ihr den Wert und die Würde des Lebens nicht verstanden habt, sondern glaubt, die Anerkennung des Todes aus eurer Weltbetrachtung heraushalten zu dürfen, wenn ihr glaubt, Schmerz, Verlust und Tod aus eurem Leben ausblenden zu können, indem ihr ein Kind in die Welt setzt, dann habt ihr das Recht auf dieses Kind verwirkt."

Der kindliche Diabetes mellitus ist eine Austragungsform der so erfahrenen Auswegslosigkeit, die Anorexie ist eine andere Form, der Asthmaanfall eine weitere, der tödliche Verkehrsunfall wieder eine andere usw.. In der Familie der Anorektikerin ist es so gewesen, daß die Mutter mit sechs Jahren ihren zweiten Bruder, mit 10 Jahren ihren Vater, mit 12 Jahren ihren ersten Bruder und mit 14 Jahren ihre Mutter durch Tod verloren hat. Eine Zwillingsschwester des zweiten Bruders starb als Säugling. Sie selbst ist das sechste von acht Kindern. Sie heiratete einen Ausländer, was symbolisch darauf hindeutet, daß sie auf ein "Jenseits der Grenzen" orientiert lebt. Sie hat mit der Ehe gewissermaßen den Stier bei den Hörnern gepackt, dabei aber ihrem einzigen Kind die Angst überlassen. Auch der Vater hat seiner Tochter die Angst übertragen, die er als Fremder in einer sehr verantwortlichen Stellung nicht zu tragen imstande war, zumal dann nicht mehr, als sein Vater in der Heimat starb und er selbst keine Möglichkeit fand, seiner alten Mutter hilfreich zur Seite zu stehen. Ohnmacht angesichts des Todes und angesichts von Verlusten und Trennungen ist es, um die es immer wieder geht, wenn ein (Menschen-)Kind krank wird.

Im Falle meines Patienten begann die Unerträglichkeit der Ohnmacht vielleicht mit dem Tod der beiden ersten Schwestern des Vaters, setzte sich in der Tuberkulose und Kinderlosigkeit der dritten Schwester des Vaters fort, erschien neu im Kindstod des ersten Bruders des Pat., schlug in Ansteckung und symbolische Adoption des zweiten Bruders durch die tuberkulöse Tante um und mündete - unter anderem, also deltaartig - im Diabetes des Patienten. Ich bin geneigt, hier von "Spuren des Leibhaftigen" zu sprechen, mit denen wir es als Ärzte und Therapeuten zu tun haben. Ich hoffe, daß indem ich dies sage, zugleich unmittelbar verständlich wird, daß ich damit nicht einer neuen Welle von Hexenjägerei oder Teufelsaustreibungen das Wort rede, sondern eine geistige Erneuerung des Gesundheitswesens im Blick habe, die eine grundlegende Umorientierung bei der Einschätzung des Verhältnisses zwischen Macht und Ohnmacht erfordert, auch eine Umorientierung in Bezug auf das, was als unkriegerische, friedliebende, auf Würdigung ausgerichtete Achtung vor der Erkrankung zu bezeichnen ist.

E. Die Ohnmacht des Kranken und die Achtung vor der Erkrankung

MACHT bedeutet ACHTung gebieten.¹⁶ Unverzichtbar ist die Achtung vor dem Ohnmächtigen. Sie zu gewinnen, heißt, der Macht des Ohnmächtigen inne werden. Die sogenannte Ohnmacht ist in Wirklichkeit nicht ohne Macht. Vielmehr ist sie eine besondere, durchaus bemerkenswerte Form, in der das Gesetz zur Geltung gebracht wird. Sie ist keine Unterbrechung dieser Geltung, kein Gesetzesbruch, sondern vollgültiger Ausdruck der Kraft des Gesetzes. Der Mächtige unterliegt der sogenannten Ohnmacht des Ohnmächtigen insofern, als er dem Gesetz unterliegt, welches das Verhältnis zwischen Mächtigem und Ohnmächtigem regelt. Die Unterordnung dieses Verhältnisses unter die Kraft des Gesetzes ist es, welche der Macht des "Ohnmächtigen" gegenüber dem Mächtigen zugrunde liegt. Ohnmacht bedeutet also nicht Achtung gebieten, sondern auf Achtung angewiesen sein. Ohnmacht legt Achtung lediglich nahe, ruft sie allerdings nicht hervor. Ohnmacht setzt Achtsamkeit voraus.

Macht ist die einverlebte, die dem Leib innewohnende Kraft des Gesetzes. Sie ist dem Leib verliehen dadurch, daß er Leib ist, nicht dadurch daß er - mehr oder weniger - Kraft entfaltet. Jegliche Kraft ist nur die Kraft des Gesetzes. Der Versuch, diese Kraft zu messen, ist irrig. Er unterschlägt die Macht des ohnmächtigen Leibes, der durch seine Schwäche und sein Fehlen wirkt.¹⁷ Seine Macht enthüllt sich in der Zeitlichkeit aller Leiber. Die Zeitlichkeit der Leiber ist gar nichts anderes als die Kraft des Gesetzes, welchem alle Leiblichkeit unterliegt.

Das Gesetz, das dem Ohnmächtigen die Macht scheinbar raubt, wie sie dem Mächtigen die Macht scheinbar verleiht, wird häufig als die "Herrlichkeit Gottes" oder als "Gott" bezeichnet. Diese Bezeichnung bleibt irreführend, solange unter dem Namen "Gott" eine betrachtbare oder anrufbare, antwortende oder reagierende Person firmiert, welcher die Funktion eines anwesenden und richtenden Dritten zugebilligt wird, die Funktion nämlich, zwischen dem Ohnmächtigem und dem Mächtigen zu vermitteln. Was vielmehr in dem Verhältnis zwischen den beiden wirklich Beteiligten stattfindet, ist die gegenwärtige Gestaltung der Gesetzmäßigkeit des Geschehens. Da es sich um ein Urteil handelt, welches im Geschehen gesetzmäßig vollstreckt wird, stellt das Geschehen das "Jüngste Gericht" der beteiligten Menschen dar: Die Menschen verurteilen einander zu dem, was sie einander antun.

Sie urteilen allerdings bei dem, was sie als Teilhaber an der Kraft des Gesetzes füreinander werden, in ihrer Gegenwartigkeit zunächst über Vergangenheit und Zukunft der Ihrigen. Das Urteil gilt ihrem Geschaffensein und dem von ihnen zu Schaffenden. Solange das Urteil zwiespältig ausfällt, sät es die kriegerische Bedeutung des Zwiespalts - in Gestalt einer Unterjochung des Ohnmächtigen durch den Mächtigen. Wenn es dagegen eindeutig ausfällt, dann sät es den friedlichen Sinn der Eintracht - in Gestalt eines Dienstes des Mächtigen am Ohnmächtigen. Denn die Eindeutigkeit ist die Einheitlichkeit der Beteiligten bei der Deutung der gegenwärtigen Beziehung. Diese Einheitlichkeit muß als Zeitbruch errungen werden gegen die Macht der Leibhaftigkeit. Dazu ist die Anerkennung des Vorrangs der Sinne vor dem Gefühl, des Sinns vor der Bedeutung erforderlich. Und darum nennt man die Übereinstimmung von Deutungen, ihren Einklang in der Eindeutigkeit üblicherweise Sinn. Sinn wird gestiftet. Und Sinnstiftung ist Friedensschluß. Bedeutung wird nur gefunden, Sinn gemacht. Sinn ist Zusammenwirken in Liebe zur Schöpfung, liebevolle Teilnahme am Prozeß der Schöpfung.

Ohnmacht und Macht sind zusammenwirkende Zeitigungen des Gesetzes. Sie sind die leibhaftigen Formen, in denen die Kraft des Gesetzes zur Geltung gebracht wird. Eine ursprüngliche Form der Ohnmacht ist die Krankheit. Sie provoziert die Frage nach der Macht als Frage nach der Schuld und nach der Rettung. Verständlich im Sinn der beiden grundsätzlichen Fragerichtungen wird Krankheit zunächst durch eine Betrachtung, die Antwort sucht auf die

¹⁶ Das M vor der ACHT weist auf die Unterordnung des Untertanen, auf die Herablassung des Herrschers, auf die Verantwortung des Gebenden, Tätigen. Das M symbolisiert das zum Grunde, zum Boden gerichtete Augenpaar. Es steht in Kontrast zum W, das symbolisch steht für den erwartungsvollen Blick des Untertanen nach oben, zum Himmel, für das Sehnen nach der Antwort des Verantwortlichen.

¹⁷ Das Wort "schwach" enthält das Wort "wach". Es soll achtsam machen auf die Macht des Schwachen. Dazu dient das SCH, das besonders ausgiebig auf die Bedürftigkeit (W) des Schwachen hinweist, damit er unbedingt die Achtung bekomme, die er benötigt. In dem Wort "schwach" fehlt am Ende das "T". Es ist aus Taktgefühle fortgelassen, um den Schwachen nicht am Ende noch mit dem zu bedrohen, wovor er sich fürchtet. Die Erinnerung an den Untergang (T) wird ihm erspart. Sie wird allein dem Achtsamen, dem Mächtigen zugemutet, allenfalls noch, wenn auch nicht immer, dem Wachsamem.

drei konkreten Fragen, die Viktor von Weizsäcker gestellt und zum Maß einer anthropologischen Medizin gemacht hat:

- Warum gerade jetzt?
- Warum gerade hier?
- Warum gerade so?

Aber die Fragen werden gestellt von der Person des Kranken, die immer auch vor allem zu fragen hat:

- Warum gerade mir?

Dies ist die Frage nach dem Stellvertretertum des Kranken, dessen Ohnmacht sich in der Erkrankung zeigt.

Zugleich werden die drei Fragen gestellt von einer Person, die vor allem zu fragen hat:

- Warum gerade dir?

Und dies ist die Frage nach dem Stellvertretertum des Nächsten, dessen Macht und Ohnmacht sich an der Erkrankung entscheidet.

Es zeigt sich, daß die ersten drei - die methodischen - Fragen nur zu beantworten sind, wenn die weiteren beiden - die existenziellen - Fragen ebenfalls gestellt und beantwortet werden. Die letzteren beiden, die existenziellen Fragen verweisen auf die Unveräußerlichkeit der Verantwortung, die durch die Erkrankung in Zweifel gezogen und einer Feuerprobe unterzogen wird.

Die Behauptung, die ich in diesem Zusammenhang aufstelle, lautet: Die in der Erkrankung des Kranken zum Ausdruck kommende Ohnmacht findet eine spezifische Form, welche auf die Ohnmacht bzw. Macht der dem Kranken Nächsten bezogen ist. Die Erkrankung provoziert Macht oder Ohnmacht in einer Form, durch welche die Stellvertreterfunktion des Nächsten charakterisiert wird. Ob sich die Ohnmacht eines Kranken als Appendizitis oder als Beinbruch, als Leukämie oder als Diabetes mellitus dargestellt, hängt nicht etwa nur von der Art der Ohnmacht ab, in welcher der Kranke selbst gefangen ist, sondern sie hängt ebenso von der Art der Macht ab, welche dieser Kranke seinen Nächsten zubilligt, oder von der Art der Ohnmacht, welche er ihnen zuweist. Dies wiederum ist einerseits abhängig von der spezifischen Stellvertreterfunktion des jeweiligen Nächsten gegenüber dem Kranken, andererseits aber auch von dem jeweiligen Grad an Individuation der Beteiligten, von den Möglichkeiten des Verzichts auf Stellvertretung also. Die Charakteristiken des Krankheitsverlaufs sind insofern doppelbödig konstruiert, als sie verschiedenen Herren dienen und sich verschiedenen Regisseuren unterordnen.

Ärzte haben es mit dem Spiel der Stellvertretungen zu tun, wenn sie Kranke behandeln. Sie sind darüber hinaus aber auch selbst in das Spiel der Stellvertretungen verwickelt. Die psychoanalytisch geprägten Begriffe "Übertragung" und "Gegenübertragung" sollen dieser Tatsache auf allgemeiner Ebene Rechnung tragen. Die Funktion der Ärzte besteht wesentlich darin, den Zeitbruch der Sinnstiftung zu katalysieren. Aus diesem Grunde haben sie, ob sie wollen oder nicht, priesterliche und prophetische Aufgaben. Wenn sie dies ihnen vorgegebene Maß an Verantwortung nicht wahrnehmen wollen, versäumen sie ihre Pflicht als Ärzte. Sie verwirken dann auch ihre Legitimation zur Behandlung von Kranken.

Krankheit überführt Autonomie in Heteronomie insofern, als sie fragt, was für den Kranken gut sei. Krankenbehandlung hat den Zweck, Heteronomie in Autonomie zu überführen insofern, als sie zeigt, was für den Kranken gut sei. Heteronomie bezeichnet jene gesetzgebende Gewalt, die zum Beispiel als Gewalt der Erkrankung auf den Kranken wirkt. Sie kann aber auch als Gewalt der Krankenbehandlung auf die Erkrankung wirken. Krankenbehandlung hat also die Aufgabe, eine Heteronomie gegenüber dem Kranken mittels einer anderen Heteronomie außer Kraft zu setzen. Dies gelingt am Ende nur und ist nur sinnvoll, wenn die Heteronomie gegenüber dem Kranken durch Autonomie des Kranken ersetzt wird. Autonomie ist die gesetzgebende Gewalt, die einen Menschen instand setzt, im Dienst des Guten tätig zu werden. Er kann dies tun, indem er der Versuchung widersteht, seine Macht und seine Ohnmacht in Formen einer Abwehr der Angst einzusetzen, was einer Abkehr von der Liebe zu Schöpfung gleichkommt.

Heteronomie und Autonomie haben beide nur indirekt mit der Kraft des Gesetzes zu tun. Sie sind zunächst lediglich Ausdrucksformen der Macht und der Ohnmacht. Ihr Unterschied bezieht sich zwar durchaus auf das Verhältnis zwischen Leib und Geist, darf aber nicht mit diesem Unterschied verwechselt werden. Denn die Heteronomie ist nicht an sich eine Außerkräftsetzung des Geistes. Vielmehr entspricht ihr in jedem Fall die Unentwickeltheit der Individuation desjenigen, der nicht autonom ist. Auch kann ein solcher Fall durchaus eher in das Reich des Guten gehören als der gegenteilige Fall. Die Unterscheidung zwischen Gut und Böse läuft daher nur bei einer Erkrankung derjenigen zwischen Heteronomie und Autonomie parallel. Jedenfalls bewegen sich beide innerhalb des Gesetzmäßigen - auch wenn sie verschiedene Arten von Gesetzmäßigkeit zu unterscheiden suchen. Ihre Kriterien des Gesetzmäßigen orientieren sich an den entrinnbaren Gesetzen der Gewalt, während der Begriff Kraft auf die Unentrinnbarkeit des ewigen, göttlichen Gesetzes zielt.

Es gibt nun zweierlei Kriterien, an denen die Anwendung des Gottesbegriffs gemessen wird. Das eine Kriterium ist das der "Allmacht". Unter diesem Aspekt erscheint "Gott" als die **Kraft** des Gesetzes. Das andere Kriterium ist das der "Güte". Unter diesem Aspekt erscheint "Gott" als die **Herr(schaft)lichkeit** des Gesetzgebers, Richters und Vollstreckers. Im ersten Fall wird "Gott" als (gleichsam energetischer) **Ursprung** des Universums verstanden. Im zweiten Fall wird "Er" als das (richtunggebende) **Ziel** der Geschichte oder als die ins Unendliche weisende Bestimmung des menschlichen Lebens verstanden. Ursprung und Ziel (Alpha und Omega) werden allerdings häufig in Gestalt einer Gleichung als Gesetz zusammengefaßt. Und dadurch kommt es dann zu der Zwittergestalt des sowohl allmächtigen als auch gütigen bzw. liebenden "Gottes", einerseits also zu einem verwirrenden Anthropomorphismus dessen, was unter dem Namen "Gott" firmiert, andererseits zu einer demoralisierenden Entmenschlichung dessen, was in "Gottes" Namen geschieht. Eine derartig begriffslose Vorstellung vom Sinn des Gottesbegriffs ist in jedem Fall Ausdruck von Resignation angesichts der historischen Aufgaben der Menschen.

Wenn nun also der Kranke danach fragt, warum gerade er es sei, den die Erkrankung treffe, dann lautet die - hier vorzuschlagende hypothetische - Antwort: "Es geschieht ihm, weil er es ist, dem die Last der Stellvertretung gesetzmäßig zufällt."

Und wenn der Angehörige fragt, warum es gerade sein Nächster sei, der ihn durch seine Erkrankung belaste, dann lautet die hypothetische Antwort: "Dies geschieht, weil es dieser Nächste ist, dem er selbst als Fragender etwas Schicksalhafteres bedeutet und mit dem er als Angehöriger eine Ausgleichsbewegung zu vollziehen habe, deren Vollzug den leibhaftigen Grund der gegenseitigen Beziehung bildet."

Wenn schließlich gefragt wird, warum es in diesem Fall gerade diese Erkrankung sei, in welcher sich das Gesetz des stellvertretenden Ausgleichs zeige, dann lautet die Antwort: "Diese Erkrankung taugt dazu, die gegenseitige Beziehung nach Art der gemeinsamen Stellvertretungsaufgaben festzulegen." Denn an sich gäbe es keinen äußeren, im Gesetz selbst enthaltenen Grund anzugeben, warum die existentielle Unmöglichkeit einer Stellvertretung sich in einer Heirat oder Schwängerung, in einem tödlichen Unfall oder einer heilbaren Infektionskrankheit, in einer neurotischen Depression, Zwangserkrankung oder Weltreise, in einer Tumor-Operation, einer Psychose oder einer Stoffwechselerkrankung zeigen müsse. Der einzige Grund ist vielmehr die spezifische Beziehung, welche den Beteiligten ihre Aufgaben zuweist.

Zeit, Ort und Funktion einer Erkrankung müssen voneinander zwar in analytischer Absicht getrennt, letztlich aber im Zusammenhang betrachtet werden. Die Funktion impliziert nämlich die Geschichte eines Funktionswandels, welcher durch den Wandel zeitlicher und räumlicher Verhältnisse am Ort der - eben "anderen" - Person des Kranken erzwungen worden ist. Und die Aufgabe der Heilkunst baut auf der Möglichkeit auf, das **Symptom** in seiner Bedeutung, d.h. als **Symbol**, zu verstehen und in ein **Zeichen** zu verwandeln. Das erste und wichtigste Zeichen aber ist das **Wort**. Das Wort ist gleichbedeutend mit einer auf Wahrnehmung und Achtsamkeit beruhende **Be-Stimmung** des **Ortes**, das heißt: mit Nennung des richtigen **Namens**. Und so ist die offensichtliche Verwandtschaft zwischen den Wörtern "ORT" und "W-ORT" von großem Interesse. Es zeigt sich hier - wie so oft - ein kaum faßlicher Tiefsinn und eine ungeheure Weitsicht der Menschen, die an der Entwicklung der Sprache beteiligt waren und diese zu einem unerschöpflichen Schatz gemacht haben:

Das "W" im Wort "WORT" entspricht einem doppelten "V". Und das "V" stellt ein zum Himmel, zum "Ort Gottes", zum Geistigen hin gerichtetes Auge dar. Das "W" symbolisiert also das aufmerksame Spähen, welches hier, beim "W-ORT", den wahren "ORT" eines Menschen zu erkennen hilft, um ihm beim rechten Namen nennen und ihm, einem fremd gebliebenen, seinen eigenen "Platz" in einer auf Grundlage der Gesetzlichkeit des Lebens

immer neu zu ordnenden Welt anweisen und ihn seine eigene "Funktion" ¹⁸ finden lassen zu können. Dies letztere zu tun, ist das Wesentliche an der Heilkunst. Und so zeigt sich, daß die Heilkunst im Kern eine politische Aufgabe ist. Sie nicht als solche, sondern nur als beliebig einsetzbare medizinische Technik, als chirurgische und pharmakologische Fertigkeit zu betrachten, untergräbt die Möglichkeit von Erfolg nicht nur auf Seiten der Heilkunst, sondern auch auf Seiten der Politik.

Es könnte sein, daß der Diabetes als Symptom folgendermaßen zu verstehen ist: Einerseits wird im Blut ein Übermaß an Glukose bereitgestellt, um für den Energiebedarf gerüstet zu sein, welcher angesichts der zu dem betreffenden Zeitpunkt geforderten Leistungen an Vitalität zwar angemessen wäre. Andererseits ist aber die Muskulatur nicht in der Lage, den Anforderungen gerecht zu werden und die geforderten Leistungen der Stellvertretungen zu erfüllen. Der Diabetes ist zunächst und in erster Linie leiblicher Ausdruck der Angst vor dem drohenden bzw. manifesten Versagen eines derartig überforderten Menschen. Sodann wird er aber im späteren Leben auch verstehbar als Ausdruck einer übermäßigen "Wut im Bauch", welche sich aus der ursprünglichen Angst allmählich entwickeln kann, wenn deren Äußerungen und Umwandlungen in manifeste Wut unterdrückt und eingeschüchtert werden. ¹⁹

Als solche Wut im Bauch jedenfalls empfand der Patient, wie er sagte, sehr bewußt den Hintergrund seiner psychischen Symptomatik. Er hatte sogar Angst davor, diese Wut nicht mehr kontrollieren zu können, falls er sich ihr hingäbe. Der Diabetes mellitus könnte, wenn zutrifft, was der Patient selbst vermutet, als körperliches Äquivalent von "Impulsen" aufgefaßt werden, die sich als mörderisch, vor allem aber auch als suizidal beschreiben lassen. Der mit dem erhöhten Blutzucker einhergehende verstärkte Harnfluß wäre als ein scheinbar auf die Ebene des bloß Körperlichen gebrachtes Äquivalent von Angst, das freilich immer noch als ein verstärktes "Müssen" empfunden wird und insofern den Charakter der Angst vor der Verfehlung (jetzt: unziemlicher Miktion) doch nicht verleugnen kann. Und das drohende bzw. schließlich manifeste Koma wäre symbolischer Ausdruck der Ohnmacht, wodurch ein solcher Kranker in extremem Krankheitsstadium sein verzweifelt Leben-Müssen in die Hände der Nächsten legt. Die Verzweiflung drückt sich in der Übertragung unmittelbar eigener Lebensfunktionen auf den nächsten Anderen aus: Dessen unverzichtbare Beteiligung offenbart den Verlust der Einheit des Kranken. Der Andere entspricht der Zahl Zwei, die - abstrakt genommen, unter Absehung von dem Erleiden betrachtet - im Zweifel am eigenen, begrenzten Leben und in der Verzweiflung steckt.

Im Vergleich dazu ist der Diabetes mellitus zumeist - sicher nicht immer - eine ruhige Erkrankung, die sich - inzwischen - im allgemeinen durch Bewegung, Diät, Medikamente und/oder Insulinsubstitution über viele Jahre zähmen läßt. Die Dramatik immer neuer Symptome, wie sie beim depressiven Syndrom oder bei der Angstkrankheit auftreten, ist durch leicht überschaubare, gleichsam eintönige Auffälligkeiten ersetzt. Es ist eher wie bei einem Marsch durch die Wüste: Wassermangel herrscht mit Sicherheit, und ab und zu kann ein Sandsturm den Marsch komplizieren. Die Krankheit scheint sich von der Hydra zum Haustier gewandelt zu haben. Der Arzt scheint vom Herkules zum Kameltreiber geworden zu sein. Worin aber ist dieser Unterschied, der zunächst nur ein Unterschied der Erscheinung, nicht aber ein Unterschied im Wesentlichen zu sein scheint, begründet? Wie kommt es, daß der eine Mensch angesichts existenzieller Krisenhaftigkeit seines Lebens nicht nur die Augen schließt, sondern sich der Dramatik eines beständigen Kampfes mit wechselnden Symptomen aussetzt, während der andere Mensch, ebenfalls mit geschlossenen Augen, die ruhigere Kreisbewegungsart der chronischen Erkrankung (her)vorzieht?

¹⁸ "Platz" und "Funktion" sind dann jedoch nicht mehr wechselbar, sondern brechen mit der auf "Identität" beruhenden "Anti-Logik" der unmittelbar leiblichen, gefühlsmäßigen Lebendigkeit, welche die "Logik", besser: die Gesetzmäßigkeit des Verrückt-Seins und des Wahnsinns ist.

¹⁹ Beide Gefühle - Angst wie Wut - sind (nach dem Schmerz) die ersten Hinweise auf die Ohnmacht, welche sich damit als das zentrale Problem der Krankheit erweist.