

Johannes Ranefeld
Sterbenlassen.
Vom Ende einer Psychotherapie.*

auslöschen
die worte
die bilder
heimkehren
ins nichts

P.P.Wipplinger (1981): Abschiede.

I.

Nachdem ich dem Organisator dieser Tagung, Herrn Stockreiter, meine Teilnahme zugesagt hatte, überlegten wir gemeinsam, welchen psychoanalytischen Grenzfall ich übernehmen könnte.

Sucht, Devianz und Delinquenz schienen Optionen, die sich aus meiner Berufsbiographie anboten, Psychose ein Thema, das sich aus meinem psychiatrischen Quellenberuf und aus den Wechselfällen meiner Praxis ergeben konnte.

Was mich aber im Gespräch mit meinem Kollegen über Grenze und Ränder schließlich bestimmte, war eine einfallende Erinnerung an eine schon lang vergangene Psychotherapie, in deren Verlauf bei meiner Patientin eine bösartige Krankheit ausbrach, erfolgreich operativ behandelt wurde, direkt daran anschließend eine weitere, andere bösartige Geschwulst diagnostiziert wurde, welche zum Tod führte. Zwischen Diagnose der malignen Ersterkrankung 1982 und dem Tod meiner Patientin 1989 in einer Wiener Privatklinik wurde die Psychotherapie kontinuierlich fortgesetzt, mit Ausnahme der Behandlungsaufenthalte meiner Patientin in den Vereinigten Staaten, wo die erste Erkrankung erfolgreich behandelt und die zweite diagnostiziert wurde, und mit Ausnahme meiner und der Patientin Urlaube.

* Vortrag zur Tagung: „Die Psychoanalyse und ihre Grenzfälle“, 26. bis 28.5.2000, Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse, Berggasse 17, 1090 Wien. Organisation: Dr. Karl Stockreiter.
Gewidmet habe ich diesen Vortrag meinem Freund Sid, der mit dem Sterben wartete, bis ich bei ihm war.

Mein letzter Besuch im Krankenhaus erfolgte am Abend der Nacht, in der meine Patientin ins Koma fallen und versterben sollte. Sie stand da unter beträchtlicher Wirkung von Opiaten, döste immer wieder weg, und unser Gespräch galt den nahen, damals noch laublosen Bäumen vor dem Fenster, deren Anblick meine Patientin seit einem früheren Aufenthalt liebte, die wir in der Dunkelheit nicht mehr sahen, aber den starken Wind durch die Äste fahren hörten. Als ich ging, war die Patientin schlafend; es war spät am Abend und es war der letzte Abend ihrer Tage.

1978, 28jährig, kam die Patientin zu mir in psychotherapeutische Behandlung, 1982 die Erstdiagnose, 1984 die Diagnose des zweiten Karzinoms anlässlich einer Routinekontrolle der Ersterkrankung in den USA.

Wenn ich sagte, daß die psychotherapeutische Behandlung nach 1982 bis zum Tod kontinuierlich fortgesetzt wurde, bedarf das einer Erläuterung: Fortgesetzt wurden die Sitzungen auch, als der körperliche Zustand meiner Patientin sich verschlechterte und Metastasen (Tochtergeschwülste, wie man sie auch nennt) im Bereich der Wirbelsäule die Beweglichkeit von ihr einschränkten.

Als es sich abzeichnete, daß sie bald nicht mehr in der Lage sein würde, mich – auch mit Hilfe von Pflegepersonen – in der Praxis aufzusuchen, machte ich von mir aus das Angebot, sie einmal pro Woche in ihrer Wohnung aufzusuchen, später auch im Krankenhaus, abends nach meiner üblichen Praxis.

Ich weiß nicht, ob die Patientin von sich aus diese Frage und Bitte an mich gestellt hätte. Sie war, ihrem Wesen nach und auch vor Ausbruch der Krankheit, sehr vorsichtig, mich und auch andere um etwas zu bitten: sie wollte niemanden, der ihr nahe war und wohlgesonnen war, mit einer Bitte in Bedrängnis bringen und sie wollte nicht gekränkt werden dadurch, daß eine Bitte abgewiesen wurde. Diese Vorsicht galt nicht ihrer Familie.

Vielleicht habe ich mit meinem Angebot eine Handlung gesetzt, die Eissler (in seiner Abhandlung: *Der sterbende Patient*, 1955) technisch als „Geschenkssituation“ (97) bezeichnet. Dazu notiert Eissler: „Der Psychiater darf (...) nicht zuwarten, bis der Patient seine Wünsche ausspricht (...) Dann erlebt er (der Patient, J.R.) das Geschenk so, als würde der Arzt ihm ein Stück seines eigenen Lebens schenken. Das schreckliche Stigma des Erwähltseins zum Tode, während draußen das Leben weitergeht, mildert sich dann zum Gefühl, gemeinsam zu sterben“ (98).

Mein Angebot jedenfalls bedeutet, eine nicht unbeträchtliche Belastung

auf mich zu nehmen, und korrespondierte mit einem Aspekt meiner Gegenübertragung, mit der Vorstellung von Schuld, die Patientin nicht vor diesem desaströsen Schicksal bewahrt zu haben beziehungsweise bewahren zu können und mit dem Schuldgefühl, selbst zu überleben. Diese Aspekte der Gegenübertragung sollen nicht unterschätzt werden: Nach dieser von mir bereits beschriebenen letzten Sitzung im Krankenhaus, als ich bewußt wohl an ein nahes Ende dachte, aber nicht meinte, die Patientin das letzte mal gesehen, gehört und gesprochen zu haben, fuhr ich mit meinem Wagen in einem verkehrsbedingt angehaltenen Pkw auf, der, wie sich herausstellte, von einem Arzt (und Chirurgen) chauffiert wurde, der mir dann nahelegte, ihm ein Peitschenschlagsyndrom als Unfallsfolge zu diagnostizieren.

II.

Natürlich war es 1982 noch keine Sterbebegleitung. Begonnen hatte es mit einer unklaren rezidivierenden Blasenreizung, in der Rückschau die Worte von Hans Magnus Enzensberger (Der Untergang der Titanic) bestätigend: „Der Anfang vom Ende ist immer diskret“. Trotz psychogener Aspekte wurde die organmedizinische Abklärung nicht vernachlässigt.

Am 2.7.1982 schrieb mir die Patientin an ihren fernen Heimatort: „Nach unendlich langen Kämpfen und Streiten mit meinen Eltern habe ich mich entschlossen, mich in Amerika operieren zu lassen. Nachdem die Ärzte auch hier keine sehr genaue Diagnose feststellen konnten, Krebsvermutung äußerten, schien mir dieser Entschluß der richtigste zu sein. Ich hoffe nur, daß ich alles ein bißchen überbewerte, endlich wieder gesund werde und sogar unter Umständen diese Reise genieße“. Dann folgen Terminabklärungen und sie beendet den Brief: „Ich fühle mich trotz der Anstrengungen in den letzten Tagen ziemlich gut und stark und hoffe, daß es bis zum Schluß auch so bleibt!“ Hoffnung also und Ahnung.

Die nun folgenden nicht ganz sieben Jahre standen unter dem Regime zuerst der einen, dann der anderen bösartigen Erkrankung; ein Regime, welches auch die Psychotherapie, später wohl besser: die psychotherapeutische Begleitung, bestimmte. Aus heutiger Nachträglichkeit will ich Aspekte eines Bezugssystems meiner Arbeit skizzieren, das ich teils entwickelte, teils sich mir aufzwang.

Den Kampf eines Menschen um sein Leben zu begleiten – *sein* Leben,

habe ich gesagt, denn wir erleben Leben als uns zustehendes Recht und unseren Besitz – den Kampf also eines Menschen um sein Leben zu begleiten, setzt eine Intimität in der Beziehung, welche den Therapeuten dem „Schrecken des endlosen Nichts“ (Freud 1900, 259) aussetzt. In konkordanter Identifizierung wird man so von einer namenlosen Angst berührt und manchmal durchdrungen – und ich merkte bei Niederschrift dieser Zeilen meine Tendenz, mich dieser Identifizierung noch heute zu entziehen, mich zu distanzieren, indem ich vom „Therapeuten“ und von „man“ schrieb, dem dies geschieht. In der Vorstellung des eigenen Todes bleibe ich zwar immer irgendwie als der übrig, der sich selbst als tot betrachtet und so überlebt – eine Art Autotomie vielleicht, nach dem Beispiel der Eidechse, die ihren Schwanz abstößt, um sich zu retten, und Ferenczi (1924) hat dieses Beispiel als biologisch-organisches Pendant der Verdrängung aus der Zoologie bemüht –, trotzdem ist das Ich vom Grauen seiner Auslöschung affiziert.

Mit Laplanche (1988, 192–198) meine ich, daß die Furcht vor dem Sterben, die wie jeder Affekt ihren Sitz im Ich hat, als „Todesangst im Ich“ (1986) „eine Bearbeitung (ist) der namenlosesten Angst inneren Ursprungs“ (198), Ausdruck und Erleben von etwas, was man „den inneren Angriff des Triebes, oder den Haß des Es auf das Ich nennen kann“ (192).

In Lebensgefahr wird die Triebangst des Ich als Angst um das Leben erlebbar, wird der Triebgefahr eine mögliche Vorstellung als Lebensgefahr gegeben – steht doch das System Unbewußt und sein Prinzip, der Primärprozeß, für das Fragmentierte, das Formlose, das Unpersönliche – wenn auch Einzigartige (Pontalis 1992, 16).

Gegen diese Infiltration der Auflösung und Entbindung, gegen die Dissoziation der Strukturen ergibt reaktiv sich im Prozeß der Begegnung eine Tendenz zur Synthese, eine Tendenz zur Organisation, zur Voraussagbarkeit und zur Planung – beim Patienten und beim Therapeuten: „Hast Du den Tod in der Hand, hat er Dich nicht mehr in der Hand“ (Tatortsendung, 5.3.2000, Bittere Mandeln).

Was heißt das in der Praxis? Der Rahmen, die Termine, der Ort müssen gegen die Eventualitäten des Krankheitsverlaufes und der operativen und chemotherapeutischen Interventionen abgesprochen und abgesichert werden, wodurch die illusionäre Erwartung bestärkt wird, man habe alles weitere im Griff, bestimme sich selbst.

Zum anderen erwartet der Patient vom Therapeuten (Eissler 1978) die „Vergewisserung, daß ihm kein ernstlicher Schaden geschehen werde,

zugleich möchte er aber auch dem Ernst seines Zustandes entsprechend behandelt werden“ (111). „Der partielle Glaube des Psychiaters an das Überleben des Patienten soll natürlich nicht zu einer Unterschätzung seines ernstesten Zustandes führen. Es bedarf lediglich einer inneren emotionalen Zuversicht, daß lebendiger Geist und Körper dieses Patienten nicht zu etwas Unbelebten werden können. Erst wenn der Patient in das Koma verfällt und bewußtlos ist, darf der Psychiater diesen magischen Glauben fallenlassen“ (110). „Sorge und Mitleid dürfen sich (...) zu keiner Zeit zu Gram und Verzweiflung steigern; diese Empfindungen sind den Angehörigen und Freunden des Patienten vorbehalten“ (109).

Von Magic sprach also Eissler, damit auch unter anderem von Allmacht, Spaltung und Verleugnung. Ich erinnere mich, daß ich, als ich von der Zweitdiagnose erfuhr, in etwa sagte, das sei eine ernste Angelegenheit – wohl in erschrockener und unbedachter Reaktion auf die (scheinbare) Unbekümmertheit oder Unbestimmtheit meiner Patientin. Sie schaute mich an, jetzt erschrocken und dann entsetzt; ein Blick, an den ich mich auch heute gut erinnere, und hob die Hand zu einer abwehrenden und verneinenden Geste und sagte: „Sagen Sie das nicht, sprechen Sie das nicht aus!“ Es sollte nicht ausgesprochen werden, auf daß es nicht wirklich werde. Hier hatte ich gegen einen auch ärztlichen Grundsatz verstoßen, einem Patienten in Lebensgefahr nur das zu sagen, was er bereit ist zu hören, und bereit ist er, wenn er fragt. Verleugnung schützt, und sie aufzuheben setzt voraus, daß der Patient sich gewappnet hat, nicht überschwemmt wird.

Was in den Jahren der Krankheit das Geschehen prägte, waren die vermeintlichen Siege und die bitteren Niederlagen eines Kampfes, dessen finale Aussichtslosigkeit zur Kenntnis zu nehmen schwer war. Metastasen (Tochtergeschwülste) und Chemotherapie forderten ihren Tribut, was Vitalität, Beweglichkeit und Aussehen meiner Patientin betraf.

Das Ich, das ursprünglich bekanntlich ein körperliches ist, spiegelt sich im Körperbild und Erscheinungsbild und ist nur zögernd bereit, Verfall zu akzeptieren – ein unerwarteter Blick in den Spiegel kann befremden, sieht einen das eigene alte Gesicht an. Meine Patientin hatte seit jeher auch und besonders über eine ausgewählt ästhetische Inszenierung sich subjektiv rückversichert und beruhigt – auch in ihren Krisen vor Ausbruch der organischen Krebserkrankungen. Dazu Eissler (115): „Teile unseres Ichs sind an dem verankert, was wir lieben (...). Werden Objekte zerstört, die stark mit narzißtischer Energie geladen sind, so verlieren wir

mit ihnen einen Teil von uns selbst: ein Teil von uns stirbt“. Diesen Teil, so gut es geht, psychisch zu retten, ist Funktion der Trauerarbeit.

Dieser Abbau, der bei Krebs einer spezifischen, zum Beispiel von einer Herzerkrankung unterschiedlichen, seelischen Verarbeitung unterliegt, induziert dem Menschen subjektive Phantasien, „deren Inhalt vom unbewußten Sinn des Krankheitstyps und von der unbewußten Bedeutung des erkrankten Organs mitbestimmt“ (Eissler, 128) wird. Bei Krebs: „Das Element des Verschlungen – oder Gefressenwerdens schafft eine Atmosphäre des Unheimlichen, Grauenhaften, die bei den meisten anderen Krankheiten fehlt“ (128). Wer Röntgenbilder von diffus infiltrierten Tumoren, von multiplen scharf begrenzten Tochtergeschwülsten, zum Beispiel in Leber oder Knochen, gesehen hat, weiß um dieses Unheimliche, insbesondere in der Begegnung mit dem Menschen, dem diese Durchleuchtungen zugehörig sind – jedenfalls, solange die Berufsroutine einen nicht allzusehr abgebrüht hat und der Mensch einem nahe ist. In solchen Situationen wird der unumgängliche menschliche Kompromiß, mit dem wir leben, auf die Spitze getrieben, nämlich: das Wissen, daß man sterben wird und die Tatsache, daß man noch lebt.

Das bedingt beim vom Tode Bedrohten Neid auf den Überlebenden, beim Überlebenden ein unbewußtes aber auch bewußtseinsfähiges Triumphgefühl, somit:

Der Sterbende spürt die Ambivalenz (zwischen Triumph und Schuld, J.R.) derer, die ihn überleben werden – das heißt, er nimmt unbewußt ihr unbewußtes (aber auch das bewußtseinsfähige, aber verleugnete, J.R.) Triumphgefühl wahr, daß der Tod vor ihnen haltgemacht hat, während er nach ihm selbst greift. Diese Wahrnehmung stimuliert ihrerseits die Ambivalenz des Sterbenden bezüglich der Lebenden und damit wiederum die Ängste der (überlebenden, J.R.) Umgebung. (Eissler, 115).

Hier ist also ein besonderer Ort unausweichlicher projektiver Identifizierungen.

Diese Interferenz setzte sich in der Therapie in Szene, indem meine Patientin mir einen Stein mit vier magischen Augen gegen den Bösen Blick schenkte, mit dem Hinweis, daß ich in meiner Praxis so vielen negativen Schwingungen ausgesetzt sei. Dieser Stein und die vier Augen, in alle Himmelsrichtungen blickend, offenbarten ihre Destruktion und ihren Wunsch, mich davor zu schützen, mich zu erhalten. Er steht in meiner Praxis. Ich dankte ihr für ihren Schutz.

Mit zunehmender Hinfälligkeit gingen jene Autonomie und Autarkie

verloren, die sich die Patientin fernab von Eltern und Geschwistern als Dolmetscherin in Österreich erkämpft hatte – zuerst finanziell, dann dadurch, daß Mutter und Schwestern zunehmend häufiger in Wien anwesend waren, wobei sie sich von mir fern hielten oder ferngehalten wurden. Die Folge war eine Wiederbelebung infantiler Abhängigkeitswünsche und deren Abwehr durch Wut und Trotz. Ich war eine Versicherung gegen diesen Sog früher Abhängigkeit, eine männliche Versicherung – wobei ich hier und jetzt zugeben muß, daß ich keine Erinnerung habe, was damals mit dem Vater der Patientin war beziehungsweise ob er sie in Wien besuchte. Es ist mir, als ob er während der Erkrankung der Patientin gestorben wäre.

Darüberhinaus: Der österreichische Ehemann meiner Patientin, von dem sie bereits vor Beginn der Therapie getrennt lebte, hatte, nach Ausbruch der organischen Erkrankung, auf spektakuläre Weise Selbstmord verübt. Von ihm ging in der mittleren Krankheitsphase ein Sog aus in eine verschmelzende Vereinigung im Tod, lustvoll und schrecklich wie ein Alptraum. Ich war da gleichsam ein Treibanker im Leben.

Als die Unabweisbarkeit des Endes nicht mehr zu verleugnen war, gelang meiner Patientin, das Desaster in einen Abschied zu wandeln, wobei erstmals ein gelegentliches Weinenkönnen und Weinenwollen vor und bei mir diese Wende anzeigte – in gar keinem Widerspruch übrigens zur Würde, zur Beherrschtheit und dem ästhetischen Selbstverständnis, welche meiner Patientin eigen waren.

Eine Vorstellung von Rettung vor dem Tod durch die Psychotherapie hatte meine Patientin, glaube ich, manifest nie. Mit der Therapie verknüpfte sie die Erwartung, trotz all der Schrecken stark und mutig bleiben zu können, später auch, schwach sein zu dürfen.

Einen Vorwurf, die Psychotherapie hätte sie doch vor dieser böartigen Erkrankung bewahren sollen, deutete sie nie an. Ich weiß nicht, ob sie nicht doch diesen Vorwurf gegen mich hatte. Ich jedenfalls schon – gegen alle rationalen Einwände.

Letztlich: Sterben, heißt es, ist ein einsames Geschäft. Es war ein Versuch, es nicht ganz dabei zu belassen.

Grundsätzlich auch für Psychoanalytiker gilt: „Menschen fürchten sich vor dem Tod, als ob er ansteckend wäre“ (Fernsehkrimi 19.3.2000, Mörderische Rache, aus der Serie: Zwei Brüder).

Zusammenfassung

Reflexionen zum Ende einer psychoanalytischen Psychotherapie; ein Ende, an das es sich nur zögernd und ausweichend annähern läßt. Sterben ist letztendlich ein einsames Geschäft, wir halten den Tod für ansteckend und verfahren nach der Regel: „Man darf nicht zulassen, daß er einem ins Gesicht atmet“ (Michael Connelly 1996, *The Poet*). Dennoch wird versucht, beschreibend ein Konzept der Annäherungen zu skizzieren.

Literatur

- EISSLER, K.R. (1955): Der sterbende Patient: Zur Psychologie des Todes. *problemata*, Frommann-Holzboog 61, 1978
- FERENCZI, S. (1924): Versuch einer Genitaltheorie. Fischer Wissenschaft Taschenbuch Band II (7317), Frankfurt/Main 1982
- FREUD, S. (1900): Die Traumdeutung. Fischer Studienausgabe Band II, Frankfurt/Main 1972
- LAPLANCHE, J. (1968–1987): Die allgemeine Verführungstheorie. *edition diskord*, Tübingen 1988
- PONTALIS, J.-B. (1992): Die Macht der Anziehung. Fischer Wissenschaft 10976
- WIPPLINGER, P.P. (1981): Abschiede. OLV-Buchverlag 1981

Adresse des Autors

Dr. Johannes Ranefeld
Michelbeuerngasse 2/2/5
A-1090 Wien