

Über den Umgang mit Krebs*

Irene Agstner, Wien

Einleitung

Den Ausgangspunkt meiner Arbeit bildete meine Auseinandersetzung mit dem Begriff der „Bösartigkeit“ im Zusammenhang mit Krebserkrankungen. Laut Medizin gibt es mehr oder weniger „böartige“ Tumore, mehr oder weniger „aggressive“ Krebsarten. Und ich fragte mich, welche Wirkung es auf mich hätte, würde ich damit konfrontiert, etwas „Bösartiges“ in mir zu haben, welche Assoziationen dieses Wort hervorruft, welche Reaktionen es provoziert. In weiterer Folge achtete ich vermehrt darauf, mit welchen Worten, in welchen Bildern und Metaphern in der Medizin und in psycho-onkologischen Büchern über diese Krankheit gesprochen wird, welche Bilder in mir durch diese Sprache hervorgerufen werden.

So entwickelte ich die Idee, die Krankheitsbilder meiner onkologischen Patientinnen* mit der Methode der Visualisierung und anderer idiodynamischer Prozesse (z. B. Phantasieren, Tagträume) näher zu betrachten. Dies sollte nicht „nur“ im Hinblick auf „subjektive Krankheitstheorien“ geschehen, sondern auch ganz explizit im Hinblick auf die Frage, wie Patientinnen sich ihren Krebs „konkret“ in seiner „materiellen Verkörperung“ vorstellen. Diese Visualisierungen reichen von einer sehr medizinisch (realitätsnahen?) geprägten Vorstellung (sieht so aus, wie ich es am Röntgenbild gesehen habe) bis zu sehr phantastischen Vorstellungen (mein Krebs ist ein schwarzes Monster, das über mir schwebt). Sinn dieser Art der Auseinandersetzung mit dem Krebs ist es, ein

Stück des Gefühls der Kontrolle zurückzugewinnen, das Patientinnen nach einer Krebsdiagnose oft verloren haben. Zu erleben, dass Möglichkeiten der Aktion und Reaktion in Bezug auf den Krebs bestehen und die Erkrankung nicht nur eine Situation des hilflosen Ausgeliefertseins oder des passiven Erduldens darstellt.

Kritik an der im Umgang mit Krebs verwendeten Sprache

Susan Sontag (1978) hat in ihrem Essay „Krankheit als Metapher“ sehr anschaulich ausgeführt, wie sich die Medizin (nicht nur) im Umgang mit Krebserkrankungen einer martialischen und kriegerischen Sprache bedient. Diese Sprache spiegelt sich natürlich auch im alltäglichen Sprachgebrauch wider. Ich denke, dass es angesichts einer lebensbedrohlichen Krankheit auch nicht weiters verwunderlich ist, wenn sich viele einer drastischen Sprache bedienen. Doch möchte ich meinen Zweifel bezüglich der Förderlichkeit dieses Sprachgebrauchs anmelden. Ich möchte sogar noch weiter gehen und behaupten, dass das Verwenden einer kriegerischen Sprache schädlich ist:

- 1) Schädlich für die einzelnen Betroffenen, die dazu angehalten werden, gegen den Krebs zu kämpfen (gegen wen kämpfen sie da eigentlich?).
- 2) Schädlich im gesellschaftlichen Sinn, weil diese Sprache „die paradigmatische Bedeutung, welche die Krebskrankheiten als Repräsentanz der Krankheit und u. U. des Ster-

Zusammenfassung

Ausgehend von der Auseinandersetzung mit dem Begriff der „Bösartigkeit“ im Zusammenhang mit Krebs richtete sich die Aufmerksamkeit der Autorin in ihrer psychotherapeutischen Betreuungsarbeit mit Krebskranken immer mehr darauf, in welchen Bildern und Metaphern in der Medizin und in psycho-onkologischen Büchern über diese Krankheit gesprochen wird, welche Bilder in ihr selbst, vor allem aber auch bei ihren Patientinnen durch diese Sprache hervorgerufen werden. Die weit verbreitete Verwendung kriegerischer Metaphern im Umgang mit Krebs und Krebskranken erschien ihr dabei besonders problematisch – sie begann nach angemessenen Alternativen zu suchen.

Der vorliegende Beitrag beginnt mit der kritischen Auseinandersetzung mit dem gängigen Sprachgebrauch im Umgang mit Krebs und arbeitet anschließend die Kernpunkte der Metapherntheorie von Lakoff & Johnson heraus, um Rolle, Bedeutung und Wirkung von Metaphern für das menschliche Erleben und Handeln zu beleuchten. Daran schließt sich eine Erörterung des Umgangs mit Metaphern in der Psychotherapie und spezieller in der Psychoonkologie an. Die Kampf- und Kriegsmetaphorik und die Rede vom „Bösartigen“ werden dabei kritisch diskutiert und münden in die Suche nach konstruktiveren sprachlichen Alternativen und Metaphern. Die Autorin findet solche Alternativen auf Grundlage einer Sichtweise, die nicht den menschlichen Organismus zum Schlachtfeld erklärt, sondern den erkrankten Menschen und sein Leben als Ganzes ins Auge fasst und die Pflege des Lebens in den Mittelpunkt stellt.

Der Beitrag beruht auf dem Buch der Autorin „Krebs und seine Metaphern in der Psychotherapie – Ein gestaltungstheoretischer Ansatz“ (Wien: Krammer 2008). Siehe dazu die Rezension in diesem Heft, Seite 43f.

* Um den Lesefluss durch schwierige Schreibweisen nicht zu behindern, benutze ich nur die weibliche Form. Selbstverständlich sollen damit Personen jeglichen Geschlechts gemeint sein.

Mini Lexikon

- **Metapher**
Das Wort kommt von *metà phérein* (= anderswohin tragen). Der Begriff bezeichnet in der Regel folgenden Sachverhalt: Ein Wort wird nicht in seiner wörtlichen Bedeutung, sondern in einer übertragenen verwendet. Dabei wird eine gewisse Ähnlichkeit zwischen dem wörtlich bezeichneten Sachverhalt und dem anderen Sachverhalt angenommen, behauptet oder pointiert hervorgehoben.
- **Jain, Anil K. (1969-)**
Deutscher Soziologe. Als freier Wissenschaftler, Künstler und Publizist tätig, Lehrbeauftragter der FH Kempten.
- **Johnson, Mark (1949-)**
Professor für Linguistik und Computerwissenschaft an der Boston University, Providence (UA), Spezialgebiet kognitive Linguistik
- **Kast, Verena (1943-)**
Professorin für Psychologie an der Universität Zürich sowie Dozentin und Lehranalytikerin am dortigen C. G. Jung-Institut.
- **Lakoff, George (1941-)**
Professor für Linguistik an der Universität Berkeley, Spezialgebiet kognitive Linguistik
- **Reisfield, Gary M.**
US-Palliativ-Mediziner, tätig am Department of Community Health and Family Medicine des Health Science Center der Universität Florida.
- **Sontag, Susan (1933-2004)**
US-amerikanische gesellschaftskritische Publizistin
- **Wilson, George R.**
US-Mediziner, tätig am Department of Community Health and Family Medicine des Health Science Center der Universität Florida.

bens des heutigen Menschen überhaupt haben," festschreibt (Meerwein & Bräutigam 1998, S. 13).

3) Schädlich schließlich für die in den Bereichen der Medizin und Forschung arbeitenden Menschen, da ihnen eine bestimmte Einstellung und Sichtweise durch diese Sprache „aufgezwungen“ wird.

Meiner Meinung nach (ver)steckt (sich) hinter dieser kriegerischen Sprache die Angst vor dieser „un (be)greifbaren“ Krankheit. „Die Medizin“ versucht nicht, das Geschehen wertfrei zu beschreiben, sondern schreibt den Krebszellen Eigenschaften zu, wie z. B. „boshaft und heimtückisch“ und unterstellt ihnen auch die Fähigkeiten, „strategisch“ zu handeln. Dadurch sind wir nicht mehr in der Lage, „nur“ eine Krankheit zu sehen, sondern wir sehen einen *Feind*, der uns töten will und gegen den wir uns wehren müssen. Entweder Er oder Ich. So wird die Angst geschürt und eine Spirale der Gewalt (und Gegengewalt) entsteht. Es geht um Auslöschung, Vertilgung, Ausmerzungen, Vernichtung. Ich habe plötzlich das Böse in mir und muss dagegen ankämpfen. Gegen einen Feind, der übermächtig wirkt - der auf stillen Sohlen daherkommt und mich jäh überfällt. Und in weiterer Folge - weil ich glaube, nichts gegen ihn aufzubieten zu haben - lasse ich die Medizinerinnen kämpfen. Stelle schlimmstenfalls meinen Körper als Kriegsschauplatz zur Verfügung: die moderne Medizin gegen den Krebs.

Metaphertheorie nach Lakoff & Johnson

In der klassischen Linguistik wird die Metapher als ein *bewusst* genutztes Stilmittel der Rhetorik oder des Sprechens allgemein definiert, „bei der ein Wort nicht in seiner wörtlichen Bedeutung, son-

dern in einer übertragenen Bedeutung gebraucht wird, und zwar so, dass zwischen der wörtlich bezeichneten Sache und der übertragen gemeinten eine Beziehung der Ähnlichkeit besteht“ (<http://de.wikipedia.org/wiki/Metapher>, 31.01.2007). Doch Lakoff & Johnson, zwei Vertreter der Kognitiven Linguistik, haben in ihrem Buch „*Metaphors we live by*“ (1980, deutsch *Leben in Metaphern*, 2003) gezeigt, dass Metaphern nicht nur ein Stilmittel sind, sondern dass unser ganzes Denken (viel mehr denn weniger unbewusst) von Metaphern geprägt ist, dass „die Metapher unser Alltagsleben durchdringt, und zwar nicht nur unsere Sprache, sondern auch unser Denken und Handeln“ (S. 11).

Lakoff & Johnson zeigen, dass jede Metaphorik bestimmte Aspekte eines Sachverhaltes ins Licht rückt, andere jedoch gleichzeitig verdunkelt. In der Metaphernanalyse geht es darum, zu untersuchen, welche Werte, Ziele, Normen von einer Metapher in den Blickpunkt gerückt bzw. erzeugt werden und als Gegenpunkt, welche Denk- und Handlungsspielräume von dieser Metapher *nicht* thematisiert oder sogar verdeckt werden.

Der Theorie von Lakoff & Johnson zufolge sind Metaphern nicht primär Ausdruck der Sprache, sondern vielmehr Ausdruck der Kognition und der Konstruktion von Wirklichkeit. Dies stellt für Psychotherapeutinnen in diesem Sinne vermutlich keine überwältigende Neuigkeit dar. Lakoff & Johnsons Verdienst ist jedoch das Aufzeigen und Herausarbeiten unserer fundamental metaphorisch strukturierter Kognition, welche sich nicht nur im „Alltagsdenken“, sondern auch in jedem wissenschaftlichen Diskurs zeigt.

Ihre These ist, dass sich die ersten, wichtigsten und somit grundlegen-

den Konzepte (Basis-Konzepte) aus der Körperlichkeit unseres Daseins ergeben. Lakoff & Johnson schreiben, dass die einfachen Raumkonzepte, wie *oben-unten, vorne-hinten, innen-aussen, nah-fern*, die wichtigsten Vertreter für Konzepte sind, die wir direkt verstehen können. Und sie führen Beispiele an, wie wir Begriffe des Nichtphysischen in Begriffen des Physischen konzeptualisieren, wie „wir das weniger scharf Konturierte in Begriffen des schärfer Konturierten konzeptualisieren“ (S. 73).

Metaphern werden des Weiteren oft in dem Sinn verwendet, dass neue Erfahrungen im Licht von bereits bekannten interpretiert werden. Lakoff & Johnson zeigen, dass die Erfahrungsbereiche, für die metaphorische Modelle entwickelt werden, normalerweise eher abstrakt sind, während die Analogie, die als erklärender Faktor dient, sehr konkret ist.

Bei der Bildung von Metaphern werden ursprünglich sinnliche Erfahrungen (z. B. die Erfahrung von Wasser, das man trinken, in dem man schwimmen kann) auf abstrakte Inhalte (z. B. Geld, Stromkreislauf) nach dem Prinzip der Analogiebildung übertragen. Damit wird über die metaphorische Übertragung eine spezifische Erlebnisqualität wie auch eine kognitive Struktur vermittelt, die abstrakte Sachverhalte erleb- und verstehbar macht. Metaphern ermöglichen damit sowohl Komplexitätsreduktion wie auch die Herstellung eines sinnstiftenden Bezugs zu bereits bestehenden Erfahrungen (Moser 2001).

Metaphernanalyse ist der Versuch, die in der zwischenmenschlichen Kommunikation verwendeten Metaphern zu erkennen, zu verstehen, zu ersetzen, weiterzudenken, fruchtbar zu machen. Dabei geht es primär nicht um die Frage, ob

eine Metapher „wahr“ ist oder nicht.

In den meisten Fällen ist es nicht entscheidend, ob die Metapher Wahres oder Falsches impliziert, sondern welche Wahrnehmungen mit ihr verbunden sind, welche Schlussfolgerungen sich aus ihr ableiten lassen und welche Handlungen durch sie sanktioniert werden. In allen Lebensbereichen [...] definieren wir unsere Realität von Metaphern her und handeln auf der Basis von Metaphern. Wir ziehen Schlussfolgerungen, verfolgen Ziele, gehen Verpflichtungen ein und führen Pläne aus: und das alles geschieht auf der Grundlage dessen, wie wir unsere Erfahrung - bewußt oder unbewußt - mittels der Metapher partiell strukturieren (Lakoff & Johnson 2003, S. 181f).

Metapher und Handlung

In verschiedenen Studien wurden Belege für die These von Lakoff & Johnson gesucht, dass Metaphern unser Handeln beeinflussen. 1981 hat Bock in einer empirischen Studie gezeigt, wie bei Probanden durch die Vorgabe verschiedener Metaphern bei den gleichen Problemsituationen passive oder aktive Handlungsstrategien provoziert werden konnten (zit. nach Bock in Schmitt 2007).

Moser (2001) berichtet von einer Pilotstudie, die die Ergebnisse von Bock untermauert und weist in diesem Zusammenhang auf das Manipulationspotential von Metaphern hin:

Unabhängig von der individuellen Präferenz für bestimmte Metaphern führt Priming mit bestimmten Metaphernmodellen zumindest kurzfristig zu unterschiedlichen Qualitäten beim Problemlösen und bestätigt damit den postulierten Einfluss von Metaphern auf Kognition und Handlungsregulation (Moser 2001, S. 23).

In einer Untersuchung von Gentner und Gentner (1983) wurde gezeigt, wie mit Hilfe von Metaphern (Wasserkreislauf in einem Röhrensystem als Analogie für die Darstellung des Stromkreislaufes) praktische Probleme gelöst werden konnten und dass es dabei für die Behebung eines Fehlers und für die Handlungsfähigkeit irrelevant war, dass physikalische Prozesse nicht korrekt abgebildet oder verstanden wurden (zit. nach Gentner & Gentner in Moser 2001).

Metaphern in der Psychotherapie

Die Metapherntheorie von Lakoff & Johnson und darauf aufbauende Studien bestätigen im Wesentlichen eine Arbeitsmethode, die in vielen Psychotherapien täglich zur Anwendung kommt. Im psychotherapeutischen Kontext wird der Begriff der Metapher meist umfassender verwendet: Redewendungen, Parabeln, Gleichnisse, Anekdoten, Mythen, Sagen, Märchen, Träume, Visualisierungen, Imaginationen, aber auch Zeichnungen oder Aufstellungen können als Metaphern verstanden werden. Alle diese Formen der Kommunikation haben die Gemeinsamkeit, dass sie dazu verwendet werden können, Lebenssituationen darzustellen, abzubilden und verständlich zu machen.

Im psychoanalytischen Kontext wird die Verwandtschaft zwischen Traum und Metapher deutlich hervorgehoben. Wie im Traum, findet in der Metapher eine Verdichtung statt und wie bei Träumen können wir auch bei Metaphern zwischen dem manifesten Inhalt und den nur durch Deutung zu erfassenden latenten Inhalten unterscheiden. Der Sozialwissenschaftler Jain schreibt:

Man kann die Metapher [...] als eine Art ‚Traumarbeit der Sprache‘ begreifen. [...] Die Metapher spricht in hervorragender Weise

die Ebene der Latenzen, des Unbewußten an. Wir meinen in und an der Metapher eine versteckte Bedeutung zu erkennen - und bringen so in assoziativen Deutungen möglicherweise ein (in uns) ‚schlummerndes Wissen‘ an den Tag. [...] Wenn man nach dem Verhältnis von Metapher und Psychoanalyse fragt, [kann man] letztere als eine Art Metaphernanalyse begreifen (Jain 2001, S. 37).

Und weiter:

[...] die Metapher [besitzt] eine subtile [...] Macht. Ihre Bilder setzen sich fest, sie lassen sich - d. h., wenn es für uns treffende, gewichtige, ‚dichte‘ Bilder sind - nicht einfach ausblenden und abschütteln, sondern sie wirken im Untergrund des Denkens latent strukturierend: Die Metapher ist ein machtvoller ‚Ort‘ im Diskurs. Deshalb müssen wir, wenn wir uns den (untergründigen) Metaphern nicht ausliefern wollen, diese wahrnehmen und deutend hinterfragen, anstatt sie und ihre Macht zu negieren (ebd., S. 43).

Ein Bild sagt mehr als tausend Worte: Ein wesentlicher Aspekt der Metapher ist ihr Potential, in einem einzigen „Bild“ eine Vielzahl von verschiedenen Informationen vermitteln zu können und erfahrbar werden zu lassen. In ihr werden die emotionale und kognitive Ebene kondensiert. Metaphern sind einerseits sehr dazu geeignet, über Dinge zu sprechen, die mit starken Affekten belegt sind, andererseits erlauben sie Dinge zu benennen, über die, ihrer Abstraktheit oder Komplexität wegen, anders nicht gesprochen werden kann.

Buchholz (1996) nennt zwei Arten des Metaphernwandels in der Psychotherapie: die *Differenzierung* und die *Dynamisierung*. Als Differenzierung bezeichnet Buchholz, wenn innerhalb einer Metapher

eine teilweise Bedeutungsverschiebung, eine komplementäre Interpretation möglich wird. Bei der Dynamisierung wird eine zuvor handlungsleitende Metapher durch eine andere handlungsleitende Metapher ersetzt. Beide Arten der Veränderung haben Einfluss auf die Strukturierung der kognitiven Schemata und eröffnen alternative Handlungsspielräume. Buchholz weist darauf hin, dass Veränderungen des Selbsterlebens und Veränderungen handlungsleitender Metaphern Hand in Hand gehen (zit. nach Buchholz in Kronberger 1999).

Metaphern in der Psycho-Onkologie

Im Kontext der Psycho-Onkologie sticht besonders die Kriegsmetaphorik ins Auge, wie schon Susan Sontag (1978) in ihrem Essay pointiert analysiert hat. In der Zwischenzeit gibt es zahlreiche Untersuchungen zum Thema Metaphern und Krebs und ich möchte eine besonders differenzierte kurz darstellen:

Reisfield & Wilson (2004) setzen sich mit der Kriegsmetaphorik im Umgang mit Krebs kritisch auseinander. Sie erklären zunächst, warum diese Metaphorik nicht nur bei Ärztinnen und Patientinnen, sondern z. B. auch in der Sprache der Pharmafirmen die häufigste ist:

- die Kampfmetaphorik ist in unserer Kultur allgegenwärtig, z. B. gibt es den Kampf gegen Drogen, gegen Armut, gegen Analphabetismus;
- sie kann an den Krebs gut angepasst werden: es gibt einen Feind (den Krebs), einen Offizier (den Arzt), einen Soldaten (den Patienten), Verbündete (Pfleger, Angehörige, sonstige Therapeuten) und gefährliche Waffen (chemische, biologische und nukleare);
- die Metapher betont den Ernst der Lage;
- Kampf hat eine sehr fokussierende

Wirkung und ruft Bilder von Macht und Aggression hervor, die in der erlebten Situation von Hilflosigkeit und Passivität einen starken Kontrapunkt setzen;

Anschließend zeigen Reisfield & Wilson die Begrenzungen der Kriegsmetaphorik auf. Die oben aufgezählten „guten Gründe“ ermöglichen es, bestimmte Aspekte der Krebs-Erfahrung zu benennen, doch sie verdunkeln nach Auffassung der Autoren die folgenden:

- Diese Metapher ist inhärent männlich, auf Macht ausgerichtet, paternalistisch und gewalttätig.
- Sie suggeriert, den Kampf zu gewinnen (den Krebs zu besiegen) sei nur eine Sache des Hart-genug-Kämpfens. Auf viele Arten der Krebserkrankung trifft diese Aussage jedoch nicht zu. Die Beschränktheit des Waffenarsenals und des Wissens über den Feind erzeugt unausweichlich (Behandlungs-)Fehler und Verlierer. Doch wird das Verlieren in diesem Kontext nicht der Behandlung angelastet, sondern dem Patienten. Auch wird der Übergang von kurativer zu palliativer Behandlung als Niederlage erlebt. Einerseits verleitet der Wunsch weiterzukämpfen, nicht zu verlieren, mutig zu sein, nicht aufzugeben, Ärzte und Patienten dazu, Behandlungen durchzuführen, die wenig bis keinen medizinischen Nutzen bringen. Andererseits wird in unserer Gesellschaft Aufgeben oder Verlieren nicht akzeptiert und die Entscheidung von Patienten, eine Therapie abzulehnen oder abzubrechen, ist oft von Gefühlen der Schuld und Unzulänglichkeit begleitet.
- Es gibt konzeptuelle Schwächen in dieser Metapher: es gibt keine äußeren Feinde - der Feind ist man selbst. In diesem Krieg zerstören die Waffen ohne Unterscheidung sowohl den Feind (die Krebszellen) als auch die Verteidiger (das Immunsystem). Das Schlachtfeld ist der Körper des Patienten.
- Die Metapher fokussiert bio-medizinische Parameter der Erkrankung (CT, MRT, Tumormarker, ...) und blendet soziale, psychologische und existentielle Aspekte der Erkrankung aus. In Folge rückt das Augenmerk auf die Lebensqualität des

Patienten in den Hintergrund, weil alles dem Kampf untergeordnet werden muss. Diese Fokussierung auf den Kampf verunmöglicht oft, alternative Konzepte eines Lebens unter dem Aspekt einer schweren Erkrankung zu entwerfen.

Reisfield & Wilson führen dann von Patientinnen beschriebene alternative Metaphern an, die diese im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung verwenden, wie z. B. die Metapher der Reise, eines Marathonlaufs, einer Schachpartie. Abschließend appellieren sie an Ärztinnen, sich die eigenen Vorstellungen, die sie mit der Krankheit verbinden, bewusst zu machen, um einerseits auf die Metaphern ihrer Patientinnen besser eingehen zu können und andererseits die eigene Metaphorik an die Situation der Patientinnen (ihren kulturellen Hintergrund, Krankheitsstadium und Prognose) anpassen zu können.

Reisfield & Wilson sind mit diesen Schlussfolgerungen meiner Meinung nach innovativ. Denn die meisten Studien, die sich (auch kritisch) mit der Kriegsmetaphorik auseinandersetzen, fallen schlussendlich in diese zurück, weil „der Kampf gegen den Krebs weitergehen muss.“

Über das „Böse“

Als böse erleben wir, was sich unserem Willen und unserer Absicht entgegenstellt. Auch ein Schicksal, das wir nicht verstehen und nicht akzeptieren können, nennen wir böse. Fragen wir grundsätzlich nach dem, was wir als böse erleben, werden wir mit der Angst konfrontiert: Was uns ängstigt, zu Recht oder zu Unrecht, empfinden wir als böse (Verena Kast 2006, S. 63f.).

Welche Bedeutung hat es für uns, wenn wir mit einer Krankheit konfrontiert sind, die als „böse“ bezeichnet wird? Welche Bilder und Assoziationen ruft dieses Wort

hervor, welche Implikationen enthält es, welche Handlungsmöglichkeiten erschließt oder verwehrt es?

Wie im Zitat von Verena Kast angeführt, stehen das „Böse“ und die Angst in engem Zusammenhang. So wie wir das uns Ängstigende als „böse“ bezeichnen, gilt auch die Umkehrung: Das, was wir als „böse“ bezeichnen, macht uns Angst. So kann dieses Wort reflexartig Widerstand in uns wecken, den Wunsch auslösen, es niederzurufen, zu vernichten, gegen das „Bösartige“ anzukämpfen, - es kann aber auch Gefühle der Hilflosigkeit, der Ohnmacht, der Resignation auslösen.

Die Zuschreibung „böse“ hat noch eine weitere wichtige Implikation: Dem Ding, das wir mit diesem Attribut belegen, unterstellen wir gleichzeitig die Fähigkeit zu absichtsvollem Handeln und die Freiheit der Entscheidung, etwas zu tun oder nicht zu tun. Wir weisen ihm damit die Verantwortung für seine Taten zu. Dadurch „vermenschlichen“ wir es und erheben es in den Rang einer eigenständigen Persönlichkeit, mit eigenem Willen und mit eigenen Zielen.

In der Regel ist das „Bösartige“ oder „Böse“ das Andere, das Nicht-Ich. Das „Böse“ wird - wenn man es (z. B. als unerwünschte Gefühle wie Neid, Gier, Hass, ...) an sich selbst entdeckt - abgespalten und projiziert oder verleugnet und kompensiert. Selten wird das „Böse“ als Teil der eigenen Persönlichkeit akzeptiert, als Regung, für deren Existenz man nicht nur die Verantwortung trägt, sondern mit der man auch verantwortungsvoll umgehen kann. Als ein Teil unseres Wesens, der sich nicht zwangsläufig unserer bemächtigt, wenn wir ihn nicht unter Verschluss halten, sondern dem wir, gerade durch die

Anerkennung seines Daseins, das schädigende Potential nehmen können.

Nun hat sich plötzlich dieses „Böse“ im eigenen Körper „eingenistet“, hat sich mit dem eigenen Körper verschmolzen und bedroht das eigene Leben. Das „Böse“ ist in gefährliche Ich-Nähe gerückt. Wie könnte man anders damit umgehen, als erbittert dagegen zu kämpfen? Als Patientin, Angehörige oder Behandelnde auf der Seite des „Guten“ - das dann doch allzuoft vom „Bösen“ in die Knie gezwungen wird. Es scheint keine Alternative zu geben. Es gibt kein Entrinnen. Welche Chance hat eine „Normal-sterbliche“ gegen das „Böse“?

Die Menschheit hat in ihrer Entwicklung jedoch auch den entgegengesetzten Schritt geschafft: durch wissenschaftliche Erkenntnis wurde nahezu die gesamte Natur entmystifiziert und „entpersonifiziert“ und damit von der „Bösartigkeit“ befreit. Es gibt kein Naturereignis mehr, das wir als „böse“ oder „böse“ bezeichnen würden - trotzdem gibt es welche, vor denen wir Angst haben. Vielleicht gelingt es uns, auch die Krebserkrankungen vom Nimbus des „Bösen“ zu befreien. Dies würde einen anderen Umgang, ein anderes Leben mit der Erkrankung ermöglichen.

Ich bin der Meinung, dass die Kriegsmetaphorik eine direkte Folge der Zuschreibung des Attributes „böse“ an die Krebserkrankungen ist und habe für mich nach einer alternativen „Leitmetapher“, einem alternativen Modell gesucht, welche ich meiner Arbeit mit onkologischen Patientinnen zugrunde legen kann. Dieses Modell lautet: *Krebszellen sind krank.*

Praktisches

Die beiden folgenden Sätze unter-

scheiden sich grundlegend in ihrer Konnotation. Der Satz „Die Krebszellen sind bösartig“ löst Abwehr und Stress aus. Abwehr gegen den eigenen Körper, der plötzlich als Feind gesehen wird, dem man nur gnaden- und kompromisslos begegnen kann. Der Satz „Die Krebszellen sind krank“ ermöglicht es eher, Mitgefühl mit dem eigenen Körper, mit sich selbst zu entwickeln, sich selbst auch liebevoll zu begegnen. Wir alle haben Erfahrung, wie mit *kranken* Menschen und wie mit *bösartigen* Menschen umgegangen wird.

Dieses alternative Modell „Die Krebszellen sind krank“ ermöglicht m. E. das Verwenden verschiedener Interventionsformen, mit denen die von den Patientinnen eingebrachten Metaphern im Sinne einer Kraftfeldanalyse produktiv genutzt werden können. Mit Hilfe dieser Interventionsformen soll und kann der latente Inhalt der Metaphern herausgearbeitet werden, um in weiteren Schritten von den Patientinnen in ihren Lebensraum integriert werden zu können. Es sind unter anderem „konfrontative“ Arten der Interventionen, in denen es darum geht, sich „direkt“ mit dem Krebs auseinanderzusetzen: So z. B. mit der gestalttherapeutischen Technik des „leeren Stuhls“, mittels derer es gilt, mit dem Krebs in Kontakt zu treten und sich auch mit seiner „Rolle“ zu identifizieren. Zur Konkretisierung der Metaphern können auch Visualisierungstechniken, Reisen ins innere des Körpers oder andere idiodynamische Prozesse herangezogen werden.

Der Schritt in die Identifikation mit dem Krebs setzt eine psychotherapeutische Grundhaltung voraus, die Verena Kast (1999) folgendermaßen beschreibt:

[...], dass wir annehmen, dass eine Gestalt nicht durch und durch böse

ist, dass es wohl eher das Bild unserer Angst ist, die eine Gestalt so durch und durch böse erscheinen lässt (S. 115).

Diese Haltung gilt es auch dem Krebs gegenüber einzunehmen, und das sowohl der phänomenalen Repräsentanz der Erkrankung gegenüber als auch den Vorgängen im physikalischen Körper. Verena Kast schreibt über die Technik der Imagination:

Mit der Technik der Imagination werden Probleme nicht vorschnell gelöst, sie werden wohl ein erstes Mal bebildert, können daher zunächst einmal wahrgenommen und erfahren werden.

Diese inneren Gestalten, vor denen wir uns fürchten, sind Anteile von uns selbst, die uns ängstigen; oft sind es Bilder für abgespaltene Komplexe, für Seiten unseres Wesens, die dringend mitleben müssten, die wir aber aus irgendeinem Grund nicht mitleben lassen (S. 119).

Die Konfrontation mit der Erkrankung, in welcher Form, mit welcher Metapher sie auch immer repräsentiert wird, soll der Stärkung der „Kontrolle“ dienen, d. h. der Patientin ermöglichen, sich selbst nicht nur als „passiv“ Beteiligte, als ohnmächtiges Opfer der Erkrankung (und vielleicht der Medizin) zu sehen, sondern als Beteiligte, die selbst einen aktiven Beitrag zu ihrer Genesung leisten kann. Das Wort Genesung verwende ich hier in einem ganzheitlichen Sinn: Es geht nicht primär um die Gesundung von der physischen Krankheit Krebs, sondern darum, dass die Patientin einen realistischen Blick auf ihre Situation entwickeln kann, und dazu ist es auch notwendig, sich mit unangenehmen „Wahrheiten“ zu konfrontieren. Es geht um die Bewältigung von Angst, die sehr oft eine Angst vor der Angst ist. Einerseits Angst, sich

mit sich selbst auseinanderzusetzen und Verantwortung für Handlungen oder auch Persönlichkeitsanteile zu übernehmen, die sehr wohl in der eigenen Verantwortung liegen. Angst, sich mit unerwünschten Schattenseiten (im Sinne C. G. Jungs) beschäftigen zu müssen, die man doch viel lieber ganz tief in den Abgründen der Seele zu verstecken sucht. Andererseits natürlich auch Angst vor neuen Situationen und Anforderungen, mit denen man sich erst vertraut machen muss.

Nur das Akzeptieren der „Wahrheit“ - des „So-Seins“ des Lebensraumes (Umfeld und Person) - ermöglicht eine konstruktive Auseinandersetzung, eine aktive und befriedigende Bewältigung. Befriedigend muss nicht immer heißen, dass das passiert, was man möchte. Eine befriedigende Lösung kann auch darin bestehen, dass eine Patientin die Unausweichlichkeit des Todes akzeptiert und von ihrem Leben, von dem, was ihr wichtig ist, Abschied nimmt, um dann vielleicht „leichter“ sterben zu können.

Zur „Genesung“ gehört ein klarer Blick, ein genaues Hinschauen, um die Situation bestmöglich erfassen und so Entscheidungen treffen zu können. In schwierigen und beängstigenden Situationen ist es „normal“ und verständlich, wenn man „es nicht so genau wissen will“ - doch wird eine adäquate Reaktion dadurch verunmöglicht.

In den psychotherapeutischen Interventionen wird man also bestrebt sein, durch Nutzung der Irrealitätsschichten, der Phantasie, den Realitätsgrad der Sicht auf die Situation zu erhöhen, indem verschiedene bisher unbeachtete Aspekte beleuchtet werden.

Hierbei ist es notwendig, sich nochmals in Erinnerung zu rufen, dass

die psychotherapeutische Arbeit eben Arbeit im Lebensraum der Patientin ist (ihrer phänomenalen Welt), und dass der unmittelbare Rückschluss auf Geschehen im physikalischen Körper nicht zulässig ist. Der Krebs in der phänomenalen Welt ist etwas anderes als der Krebs im physikalischen Körper. In der phänomenalen Welt kann er (noch) immer vorhanden sein, auch wenn er im physischen Körper nicht (mehr) existiert.

Ich gehe davon aus, dass sich in Krebsmetaphern, ähnlich wie in Träumen, latente Inhalte manifestieren. Eine systematische Erfassung und Klassifikation von möglichen Krebsmetaphern halte ich für die psychotherapeutische Arbeit für zweitrangig, da jede Metapher einer starken intra- und interpersonellen Variation unterliegt (Teucher 2003). Die manifeste Metapher kann nur einen sehr oberflächlichen Eindruck von den ablaufenden psychischen Prozessen vermitteln. Für tiefer gehendes Verstehen ist die möglichst weitgehende Decodierung des latenten Inhaltes notwendig.

Durch die Auseinandersetzung mit dem metaphorisch personifizierten Krebs werden Themen, die für die Patientin von großer Wichtigkeit sind, in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. In der Regel handelt es sich um für die Patientin existenzielle Themenkomplexe: um Persönlichkeitsanteile, die „noch nicht mitleben“ dürfen; um Verletzungen, die noch nicht verheilen konnten; um Dinge, die es zu erledigen gilt.

Ich bin der Meinung, dass der Krebs in seiner eigenen Art auf diese Lebensfragen verweist (wie es übrigens das „Leben an sich“ auch tut), halte jedoch den Umkehrschluss, dass die „unzulängliche Behandlung“ von solchen Fragen zur Entstehung von

Krebs führt, für nicht zulässig. Patientinnen stellen in ihren subjektiven Krankheitstheorien manchmal für sich diesbezügliche Zusammenhänge her, was mit schweren (neurotischen) Schuldgefühlen verbunden sein kann. Nach Verena Kast (1989) zeichnen sich neurotische Schuldgefühle dadurch aus, dass „nicht erkannt [wird], dass das Schuldgefühl Ausdruck dafür ist, dass etwas Neues, eine Aufforderung zu neuem Leben an uns ergeht, sondern sie werden als Ausdruck eines Versäumnisses interpretiert. Dieses Versäumnis kann dann intensiv und unproduktiv beklagt werden“ (S. 111). Davon zu unterscheiden sind die existenziellen Schuldgefühle, über die Kast folgendes schreibt:

Schuldgefühle [...] haben die Funktion, dem Menschen deutlich zu machen, was er in seine Verantwortung nehmen soll, bzw. dass etwas Wesentliches seines Lebens nicht in Verantwortung genommen ist, oder einfacher ausgedrückt: dass er/sie sich etwas essentiell Wichtiges für das eigene Leben schuldig bleibt. So gesehen ist diese Form von Schuldgefühlen - existenzielle Schuldgefühle - ein Hinweis auf wesentliche eigene Lebensmöglichkeiten (Kast 1989, S. 110 f).

Somit wird es in der Psychotherapie mit Krebs-Patientinnen auch Ziel sein, die Ebene der neurotischen Schuldgefühle zu überwinden, um den aktuellen Bedürfnissen und Anforderungen nachkommen zu können.

Resümee

Die Verwendung der Kriegsmetaphorik im Zusammenhang mit Krebserkrankungen ist durchaus verständlich - dennoch könnten aus dem Krankheitsgeschehen auch andere Schlüsse gezogen werden, bzw. könnte dafür eine andere Metapher verwendet wer-

den. In der Arbeit mit Patientinnen und geprägt durch das gestalttheoretische Menschen- und Weltbild, ist in mir die Frage aufgetaucht, was sich ändern würde, würde ich die Krebserkrankung als „ganz normal lebensbedrohliche“ Krankheit sehen. Welche Aspekte würden sich neu erschließen, würde ich mich von der Indoktrination mit der Kampfmetapher befreien können.

In erster Linie verändert sich meine Grundhaltung, in der ich als Psychotherapeutin meinen Patientinnen begegnen kann. Ich sehe mich nicht als Verbündete im Kampf gegen den Krebs, sondern als Verbündete in der Pflege des Lebens. Ich halte der Metapher des Kampfes, die im Endeffekt eine Metapher des Hasses ist, eine Metapher der Liebe entgegen. Dies bedeutet, dass ich die Patientin in ihrer Ganzheit annehme, mit ihren hellen und dunklen Seiten, dass ich nicht ihre Spaltung in einen erwünschten (den gesunden) und einen unerwünschten Teil (den Krebs) übernehme.

Das „Modell der Krankheit“ ermöglicht eine andere Art der Auseinandersetzung mit der Erkrankung: leben *mit* der Erkrankung ist möglich. Auch hier rückt das Leben in den Blickpunkt des Geschehens - das Leben ist das Kernstück; die Tatsache der Erkrankung ist eine Randbedingung. Randbedingung bedeutet nicht, dass sie am Rand steht und somit unwichtig ist, sondern es bedeutet, dass sie nicht unmittelbar verändert werden kann. Wir können uns nach ihr richten, aber nicht sie nach unseren Vorstellungen.

Dieses Modell ermöglicht einen anderen Umgang mit den eigenen Gefühlen - besonders jenen der Traurigkeit und Resignation, die im Laufe einer Krebserkrankung natürlich auch auftreten. Im Kampf

sind diese Gefühle unangebracht - sie schwächen die Kampfkraft. In Zeiten der Krankheit jedoch haben diese Gefühle einen Platz und können/dürfen zugelassen werden, was einen Akt ihrer Integration darstellt.

Dieses Modell hat ohne Zweifel auch einen psychohygienisch positiven Aspekt: Wenn ich mich als Verbündete im Kampf gegen die Krankheit sehe, werde ich diesen Kampf auf Dauer nicht unbeschadet führen können, weil doch relativ viele Menschen den Kampf verlieren (um im Jargon zu bleiben). Sehe ich mich als Verbündete des Lebens, dann akzeptiere ich dessen Ingredienzien, zu denen auch die (traurigen) Aspekte des Alterns, der Krankheit und des Sterbens gehören.

Dieses Modell ermöglicht, wie schon erwähnt, eine andere Art der Auseinandersetzung mit der Krankheit. Auch wenn die meisten Patientinnen, vielleicht unbewusst, vielleicht bewusst, die gängige Zugangsweise übernommen haben, kann ich Patientinnen einen Raum schöpferischer Freiheit bieten, in dem sie diese übernommene Metapher hinterfragen dürfen und nötigenfalls für die eigenen Bedürfnisse, dem eigenen Weltbild entsprechend modellieren können. Durch die Aufhebung des Feindbildes kann ich es meinen Patientinnen auch zumuten, sich mit dem Krebs als Teil der eigenen Persönlichkeit zu identifizieren und dadurch Aspekte in sich neu wahrzunehmen, die, wodurch auch immer, verschüttet, verdrängt, vergessen, unbekannt usw. waren.

Die Arbeit mit und an den Metaphern sind natürlich nur eine Möglichkeit, sind nur kleine Steinchen im großen Mosaik der Arbeit mit Krebskranken. Die Konfrontation ist in Situationen indiziert, in denen das Gefühl der Unsicherheit bei

den Patientinnen besonders groß ist, wie z. B. zu Zeiten der Kontrolluntersuchungen, die fast alle Patientinnen als Prüfung erleben. Der Dialog mit dem Krebs erhöht das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und vermindert das Gefühl des Ausgeliefertseins. Der Blick wird auf die Dinge gelenkt, die im Leben wichtig sind und die es (noch) zu erledigen gilt.

In diesem Sinn ist diese konfrontative Art der Auseinandersetzung auch eine *ressourcenaktivierende Arbeit*. In dem Maße, in dem die „abgespaltenen“ Teile wieder in die Persönlichkeit integriert werden, in dem Maße, in dem Blockaden durchlässiger oder sogar abgebaut werden, erhöht sich die Selbstregulationsfähigkeit: die vormals abgespaltenen Gefühle, Persönlichkeitsanteile können wieder auf produktive Art in den Dienst des Lebens gestellt werden.

Literatur

Bock, Herbert (1981): Argumentationswert bildhafter Sprache im Dialog. Eine denkpsychologische Untersuchung der Wirkung von auf Analogien beruhenden Sprachbildern als Problemlöseheuristiken in argumentativen Dialogen. (Dissertation) Frankfurt: Lang.

Buchholz, Michael B. (1996): Metaphern der Kur. Eine qualitative Studie zum psychotherapeutischen Prozess. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Jain, Anil K. (2001): Die Psychologie der Metapher und die (vermittelte) „Innerlichkeit“ der Erkenntnis - Metaphorische Ver-Dichtung als Basis einer metaphorischen Heuristik. *Journal für Psychologie*, 9/4, S. 35-47.

Kast, Verena (1989): Der schöpferische Sprung. Vom therapeutischen Umgang mit Krisen. München: dtv.

Kast, Verena (1999): Imagination

als Raum der Freiheit. Dialog zwischen Ich und Unbewusstem. München: dtv.

Kast, Verena (2006): Der Schatten in uns. Die subversive Lebenskraft. München: dtv.

Kronberger, Nicole (1999): Schwarzes Loch, geistige Lähmung und Dornröschenschlaf: Ein metaphernanalytischer Beitrag zur Erfassung von Alltagsvorstellungen von Depression. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung* 1/2, S. 85-104.

Lakoff, George; Johnson Mark (2003): *Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. Carl-Auer-Systeme Verlag. 3. Auflage. (Originalausgabe: *Metaphors we live by*, 1980).

Meerwein, Fritz; Bräutigam, Walter (Hrsg., 1998): *Einführung in die Psycho-Onkologie*. Verlag Hans Huber. 5. überarbeitete Auflage.

Moser, Karin S. (2001): Metaphernforschung in der Kognitiven Psychologie und in der Sozialpsychologie - eine Review. *Journal für Psychologie*, 9/4, S. 17-34.

Reisfield, Gary M.; Wilson, George R. (2004): Use of Metaphor in the Discourse on Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22/19, S. 4024-4027.

Sontag, Susan (1978): *Krankheit als Metapher*. München Wien: Carl Hanser Verlag.

Teucher, Ulrich (2003): The Therapeutic Psychopoetics of Cancer Metaphors: Challenges in Interdisciplinarity. *History of Intellectual Culture*, 3/1.