
Ambivalenzsensibilität als Grundhaltung seelsorglicher Begleitung in krankheitsbedingten Krisen¹

Thomas Wild

Zusammenfassung: Erfahrungen, die wir treffend als ambivalent bezeichnen, gehören zum menschlichen Leben. In Zeiten von Krisen, die häufig Entscheidungen fordern, erleben wir uns als besonders ambivalent und Ambivalenzen als belastend. Ambivalenz kann in seelsorglichen Begleitungen indes auch als Ressource verstanden und genutzt werden. Der Beitrag versucht anhand einer Fallvignette den Blick für Ambivalenzen zu schärfen und Ambivalenzsensibilität als Grundhaltung zu etablieren.

Abstract: Experiences that we aptly describe as ambivalent are an integral part of human life. In times of crisis, which frequently call for decisions, we perceive ourselves as particularly ambivalent and ambivalence as burdensome. In counselling and chaplaincy, however, ambivalence can also be seen and used as a resource. On the basis of a case vignette, the article attempts to heighten receptiveness for ambivalences and to establish this sensitivity for ambivalence as a way of thinking.

*Zwei Seelen wohnen, ach! in meiner Brust,
die eine will sich von der andern trennen:
Die eine hält in derber Liebeslust
sich an die Welt mit klammernden Organen;
die andre hebt gewaltsam sich vom Dust
zu den Gefilden hoher Ahnen.
(Faust I, Vers 1112–1117; Vor dem Tor)*

1 Ambivalenz – part of human being

Ambivalente Wahrnehmungen und Gefühle sind Teil menschlicher Existenz. Menschen haben sich selber, Mitmenschen, Institutionen und insbesondere Veränderungen gegenüber unterschiedliche, mitunter gegensätzliche Empfindungen. Das menschliche Dasein ist durchzogen von der Unvereinbarkeit von Motivationen, die *in der nämlichen Brust wohnen, nicht aber zusammen mit der Gleichgültigkeit*«, formulierte schon *Eugen Bleuler* 1914.² *Bleuler* hat den

1 Der vorliegende Beitrag ist eine überarbeitete Fassung des am 15. Februar 2018 an der Goethe Universität Frankfurt a. M. gehaltenen Vortrags im Rahmen des Symposiums „Ambivalenzen: Altern und biographische Übergänge“ – 6. Werkstattgespräch des Interdisziplinären Arbeitskreises Ambivalenz (IAA).

2 Mit Ambivalenz bezeichnete *Bleuler* die pathologische (schizophrene) Verknüpfung von liebevollen und aggressiven Impulsen, die auf ein und dasselbe Objekt bezogen erscheinen.

Begriff der Ambivalenz vor rund hundert Jahren im Spannungsfeld von Psychiatrie und Psychoanalyse eingeführt. Inzwischen ist er Teil unserer Umgangssprache geworden und dient dazu, „Zerrissenheit“, „Zwiespältigkeit“ oder „Unentschiedenheit“ zu umschreiben. Doch der Begriff hat auch im wissenschaftlich-soziologischen Diskurs Aufwind erhalten, besonders in der Alters- und Generationenforschung sowie in Forschungen zur Identitätsbildung.³

Ich versuche im Folgenden darzulegen, dass gesundheitliche Krisen Ambivalenzen in besonderem Maß ausgesetzt sind: Existentielle Fragen in verschiedenen Kontexten brechen auf, treten unvermittelt an uns heran. Beispielsweise, wie wir uns der Vorstellung von Endlichkeit zwischen Banalität und Ungewissheit annähern können. Spirituelle Bedürfnisse und Ressentiments gegenüber spirituellen Angeboten blockieren die Suchbewegung nach Trost und Transzendenz. Krankheitsbedingt veränderte Empfindungen von Nähe und Distanz wie auch von Autonomie und Bezogenheit fordern Anpassungsleistungen. Gleichzeitig möchte die Erfahrung des Vertrauten in der Not am Bewährten festhalten (*change aversion*). Langzeitpatienten und -patientinnen erfahren sich im Klinikalltag oft hin- und hergerissen zwischen erhöhtem Bedarf an seelsorglicher Begleitung bei gleichzeitiger Erschöpfung und Müdigkeit. Und nicht selten empfinden schwer erkrankte Menschen nebst der „Lust“ am Leben auch eine „Lust“ zum Sterben (vgl. das literarische Motto von *Goethe*). Der Soziologe und Sterbeforscher *Allan Kellehear* zeigt in seiner Sozialgeschichte des Sterbens⁴ auf, dass im Zusammenhang mit den Vorstellungen über das „gute“ Sterben und dem richtigen Zeitpunkt dafür vermehrt Ambivalenzen entstehen. Mit dem „Timing“ des eigenen Todes rücke eine Entscheidungskompetenz in den Blick, die Sterben nicht mehr als Schicksal und Verhängnis versteht, sondern – auch ohne Suizid – die Form eines entschiedenen „Akts“ oder einer bewusst gewählten „Reise“ annehmen könne. Ambivalenzen manifestieren sich auch in medizinethischer Hinsicht, etwa in der Evidenz und Notwendigkeit eines invasiven Eingriffs gegenüber den Risiken, die die Operation begleiten, und gegenüber den ungewissen Folgen im Genesungsprozess. Die Herausforderung für das Behandlungsteam liegt immer öfters darin, zwischen einem zu verhindernden und einem zu erleichternden Tod abwägen zu müssen.

Menschen, die Ambivalenzen in besonderem Maß ausgesetzt sind, befinden sich häufig in einem „Schwellenzustand“, während dem das, was war, nicht mehr, und das, was werden soll, noch nicht ist. Diese Phasen zwingen, in einem latenten Zustand der Suspension auszuharren, ohne Entscheidungen fällen zu können. Krankheitsbedingte Veränderungen erfordern indes oft schwerwiegende Entscheidungen. Aus seelsorglicher Perspektive ist deshalb

Vgl. *Eugen Bleuler*, Die Ambivalenz, in: *Universität Zürich* (Hg.) Festgabe zur Einweihung der Neubauten, Schulthess/Co, Zürich 1914, 95–106.

3 Vgl. *Kurt Lüscher*, Ambivalenz weiterschreiben. Eine wissenssoziologisch-pragmatische Perspektive, in: *Forum Psychoanal* 27 (2011), 373–393.

4 Vgl. *Allan Kellehear*, *A Social History of Dying*, Cambridge 2007, 89 ff.

eine *ambivalenzsensibilisierte* Grundhaltung gefordert: eine Haltung, die auf die vielfältigen Aspekte von Ambivalenz hinhorcht – und versucht, zusammen mit den Betroffenen nach der „Gunst“ und dem „Kairos“, die womöglich in Ambivalenzen verborgen liegen, zu fragen.⁵

2 Fallvignette: Frau Solina

Frau Solina⁶ wurde 1985 als zweites Kind einer gut situierten Familie am Bodensee geboren. Sie lebt alleinstehend, ist aber aus gesundheitlichen Gründen eingebunden in eine betreute Wohngruppe. Frau Solina hatte Medizin studiert und doktriert, konnte jedoch aufgrund einer progredienten Erkrankung nie praktizieren: Sie leidet an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (AECOPD) mit einem therapierefraktären Asthma bronchiale schweren Grades. Die Lungentransplantationszentren der Schweiz hatten eine Lungentransplantation unwiderruflich abgelehnt. Die Patientin ist ursprünglich katholisch, schon früh aus der Kirche ausgetreten, bekennt sich zu einem allgemeinen Transzendenzglauben: „Ich glaube an eine höhere Macht, habe aber mit der Kirche nichts am Hut.“ Ressourcen sind ihr „gute Bücher“, insbesondere die Lyrik von *Rainer Maria Rilke* und *Hilde Domin*, Gespräche über Sinnfragen mit Menschen, „die mich ernstnehmen und auf Augenhöhe sind“, Sparziergänge in den Gärten und Parkanlagen sowie Besuche von Freundinnen, die sie als „Geberinnen von Durchhaltestrategien“ bezeichnet. Zu den signifikantesten Stressoren zählen ihre Atemnot (erzeugt Angst und „Enge“) und eine allgemeine Perspektivenlosigkeit („niemand kann mir helfen“). Auch patriarchale Verhaltensweisen und Machtdemonstrationen von Führungspersonen machen ihr zu schaffen. Im klinischen Kontext erlebt sie gelegentlich Pathologisierungen und Diskriminierungen („ich bin primär ein Mensch, nicht eine Patientin“) als zusätzliche Belastungen.

Die folgende Gesprächssequenz bildet das zweitletzte von total zwölf Gesprächen zwischen 2014 und 2017 ab, sieben Wochen vor dem Tod der Patientin:⁷

5 Vgl. *Zygmunt Bauman*, *Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit*, Hamburg 1996). Nach *Bauman* zeichnet sich die Moderne (und damit das nach wie vorherrschende medizinische Paradigma) durch eine geringe Ambivalenztoleranz aus. Es gehe darum, mit Ambivalenzen leben zu lernen und diese als Chancen zu ergreifen: „Das moralische Leben ist ein Leben fortwährender Ungewissheit“ – so *Bauman* in einem seiner letzten Interviews. *Peter Haffner*, *Zygmunt Bauman – Die Welt, in der wir leben*, in: *Das Magazin* 27 (2015), 25. Schon vor 30 Jahren hat *Elisabeth Otscheret* mit ihrer Monographie „Ambivalenz. Geschichte und Interpretation der menschlichen Zwiespältigkeit“, Heidelberg 1988, einen Meilenstein zur Entpathologisierung und Tolerierung von Ambivalenz gelegt.

6 Der Name wurde geändert.

7 Das Transkript der Gesprächssequenz ist einem 2017 aufgenommenen Lernvideo entnommen. Die Patientin wurde von der Schauspielerin *Tatjana Werik* (www.tatjanawerik.com) gespielt. Die Videoaufnahme kann unter „Publikationen/Fallvignette“ auf www.tomwild.ch eingesehen werden.

- TW *Frau Solina, wir haben uns vor zwei Wochen gesehen, und ich habe von ihrem Arzt vernommen, dass es eine Krise gab in der Zwischenzeit.*
- PAT Ja, heute geht es aber schon etwas besser.
- TW *Und was macht es aus, dass es wieder besser geht?*
- PAT Es hat sich beruhigt, mein Atem, ich kann wieder atmen und bin irgendwie erleichtert. Es hat mich auch psychisch sehr angestrengt, aber jetzt entspannt es sich. Ich hoffe, dass ich wieder in den Garten gehen kann, ich bin natürlich jetzt schon tagelang im Bett. Genau, das wäre ein Ziel: Wieder in den Garten gehen zu können.
- TW *Ich höre, Sie hatten große Atemnot. Und wahrscheinlich auch Angst?*
- PAT Ja.
- TW *Hatten sie Angst zu ersticken? Oder war eine andere Angst noch da?*
- PAT Schon die Angst, dass ich nicht mehr atmen kann, weil ich alleine zuhause war, das hat mich sehr erschrocken, das hat mir Mühe gemacht. Aber ich konnte noch anrufen und die Hilfe kam schnell. (Pat. hustet lange)
- TW *Brauchen Sie etwas Wasser?*
- PAT Nein danke, es geht, es drückt einfach so, aber es ist nicht so schlimm, die Medikamente wirken jetzt.
- TW *Also, Sie haben bange Stunden erlebt, haben aber auch gut reagiert und können jetzt mit etwas Abstand zurückblicken: Ist es in Ordnung für Sie, wenn wir darüber sprechen, über Ihre Ängste, über das, was Ihnen Sorgen macht? Mögen sie innerlich an diesen Ort gehen?*
- PAT Ja, ich dachte, ich möchte gerne darüber sprechen, darum habe ich Sie gerufen. Aber ich merke, es ist doch auch schwierig für mich, da hinein zu schauen, in die Ängste, und darüber zu reden mit jemandem. Wenn ich allein bin mit mir, stelle ich mir vor, dass ich erzählen kann, aber dann merke ich, dass es nicht einfach ist, es macht mich unruhig.
- TW *Empfinden Sie Schamgefühle, eine Art Hemmung einem anderen Menschen gegenüber?*
- PAT Ja, Schwäche zu zeigen, einzugestehen, dass ich doch schwach bin, das ist anspruchsvoll.
- TW *Ich weiß nicht, ob ich das richtig spüre: Sie verspüren auch einen Schmerz, einen seelischen Schmerz, den sie mit dieser Situation verbinden? Eine Trauer?*
- PAT Ja, dass ich es nicht geschafft habe ...
- TW *Nicht geschafft haben ...?*
- PAT Einfach normal zu sein, normal zu leben ... (Pat. hustet) ... nicht geschafft habe, meinen Beruf auszuüben, einfach so zu leben wie alle. Auch wenn ich die Krankheit schon lange habe, konnte ich mich trotzdem nicht daran gewöhnen; ich habe eigentlich sehr lange gekämpft und gehofft, aber ich merke, dass es keine Hoffnung auf eine Verbesserung gibt, das macht es irgendwie noch schwieriger. (Pause, weint leise)
- TW *Sie haben mir bei einer früheren Begegnung gesagt, dass Sie überzeugt sind, dass der Wert des Lebens und die Erfüllung unserer Lebensaufgabe nicht abhängig seien von der Anzahl an Tagen, die man hier ist. Das hat mich sehr beeindruckt und auch nachdenklich gemacht! Das war damals eine Aussage, die ich so verstanden habe: Ich kann es akzeptieren, wenn ich nicht meine ursprünglichen Ziele erreiche, wenn ich nicht ein Durchschnittsalter erreiche. Ist etwas von dieser mutigen*

und frechen Überzeugung noch da? Oder haben sie das im Moment etwas verloren? (Pat. hustet)

PAT Ja, ich war eine Zeit lang sehr optimistisch und hatte ziemlich viel Energie. Ich habe sogar angefangen etwas Eigenes zu schreiben und dann hat mir diese Verschlimmerung ziemlich den Boden weggenommen ... Ja, und ich denke nach wie vor, dass wir da sind, nicht um etwas Bestimmtes zu tun; ich denke, wir wissen gar nicht, was es heißt, diese Lebensaufgabe zu erfüllen, sie liegt vielleicht gar nicht so in einer Tätigkeit, vielleicht vielmehr aus dem Dasein heraus, und aus unserem Denken ... Wir wissen ja gar nicht, wie wir das Ganze durch unser Dasein beeinflussen. – Ich habe mir immer wieder Aufgaben gestellt und musste immer wieder einsehen, dass ich sie nicht erreichen kann. – Ich weiß nicht, vielleicht ist das schon die Aufgabe: anzunehmen, dass man nicht alles erreichen kann, was man sich vorgestellt und vorgenommen hat.

TW *Verstehe ich Sie richtig: Sie haben auch in dieser letzten Krise erkannt, dass die großen Ziele und diese Vorstellung, ein Leben müsse etwas erfüllen, ein Stück weit losgelassen haben und sich sagen: es ist auch schon gut, wenn ich in den Garten gehen kann, wenn ich eine gute Freundin treffe? Das Leben ist ohnehin ein Stückwerk, ein Fragment, etwas Unvollendetes?*

PAT (lange Pause) Es ist ... ich bin ambivalent, würde ich sagen, einerseits sage ich mir das alles und andererseits spüre ich auch eine Wut in mir und dem Leben gegenüber, weil die Zeit, in der ich normal sein konnte, ohne Krankheit, sehr kurz war. Ich hatte gerade das Studium abgeschlossen und dann war es klar, dass ich meinen Beruf nicht ausüben kann ... ich konnte gar nicht arbeiten. Und schon damals musste ich alle Träume aufgeben, mich neu orientieren und mich an die Krankheit anpassen. Ich habe jetzt lange gekämpft und ... genau ... – mit dem Kopf verstehe ich, dass das Leben nichts Festes ist.

TW *Die Gefühle aber sind manchmal auf der anderen Seite? Der Schmerz, die Trauer, dass Sie die Medizin nicht ausüben konnten?*

PAT (zögert) Ja, aber ... (Pat. hustet). Ja, aber hier habe ich so ein schönes „Plätzli“ bekommen ... (Pat. lacht und weist auf den Blick in den Garten)

TW *Wenn Ihnen jemand, zu dem Sie Vertrauen und einen Zugang haben, wenn Ihnen jemand sagen würde: Frau Solina, Sie haben vielleicht das Allerwichtigste, das wir in diesem Leben überhaupt erreichen können, schon erreicht, könnten Sie das annehmen?*

PAT Ich würde vermutlich gar nicht wissen, was es ist ... Was würden Sie denn sagen?

TW *Sie würden also die Person fragen: Was könnte das überhaupt sein?*

PAT Ja.

TW *Ich will nicht behaupten, dass ich ihnen das sagen könnte. Aber es gibt verschiedene Traditionen mit Weisheiten. Eine, die mich persönlich überzeugt, ist, dass der Mensch da ist, Liebe zu leben, zu nehmen und zu geben, sich und dem Mitmenschen gegenüber zu leben. Deshalb würde ich mir erlauben, Ihnen das zuzusprechen und zu sagen, Sie haben in ihrem Leben, in diesen gut 30 Jahren auch viel geben können, trotz oder vielleicht gerade mit ihrer Erkrankung.*

PAT Ja, das hoffe ich.

TW *Vielleicht müssen wir es so auch stehen lassen und sagen: wir können nicht wissen, ob es so ist. Aber wir hoffen es (Pat. lächelt und nickt verhalten).*

3 *Ambivalente Atmosphäre und ambivalente Phänomene*

Die Ambivalenzen in der zitierten Gesprächssequenz können sowohl in der Gesamtschau als ambivalente „Atmosphäre“ wie auch in einzelnen Phänomenen erkannt werden. Die ambivalente Atmosphäre ist im Gesprächsprotokoll schwieriger fassbar und weniger plausibel. Man kann sie am ehesten in der non- und paraverbalen Kommunikation, in Mimik, Gestik und Proxemik erkennen: Die Patientin pendelt zwischen erwartungs- und kummervoller, zwischen erleichterter und sorgenbelasteter Verfasstheit. Sie kann innerhalb der kurzen Sequenz lachen und weinen, differenziert abwägen und sich ratlos abwenden, leicht beschämt erröten und abweisend gestikulieren. Zwischen offensichtlicher Zuwendung über trauerdominierte Verlorenheit bis hin zu reizinduzierten Hustenanfällen, möglicherweise ausgelöst durch das Reden und die Dichte der Gesprächssequenz, sind vielfältige Facetten zu erkennen, die einer ambivalenten Grundverfassung zugeordnet werden können.

Auch im Verhalten des Seelorgers kann eine ambivalente Atmosphäre erahnt werden: Die Erfahrung der Begleitung über mehrere Jahre hinweg (teils mit langen Unterbrechungen) hat gezeigt, dass die Gesprächsbereitschaft der Patientin keineswegs selbstverständlich ist, dass ihre Vulnerabilität und die sensiblen Gesprächsinhalte auch Widerstand auslösen können. Einzelne Gespräche mussten abrupt abgebrochen werden. Selten war absehbar, unter welchen Prämissen das Gespräch stattfinden und beendet werden konnte. Das Austarieren zwischen Leichtem und Schwerem, das Balancehalten zwischen „pacing“ und „leading“, zwischen zurückhaltendem, eher passivem Spiegeln und aktivem Explorieren glich oft einer Gratwanderung.⁸

Im Folgenden greife ich zwei ausgewählte Phänomene heraus, die der Theorie-Praxis-Relationierung von Ambivalenzen dienen und die Aufmerksamkeit auf den vielschichtigen Zusammenhang zwischen dem Kasuistisch-Einmaligen und dem Theoretisch-Allgemeinen lenken sollen.

3.1 *Das Janusgesicht von Nähe und Empathie*

Das Bedürfnis nach Nähe zu signifikanten Mitmenschen kann als ambivalentes, nicht auflösbares Moment menschlicher *Affizierbarkeit* verstanden werden. Frau Solina äußert den erhöhten Bedarf an sozialem Support: negativ in Form der Angst, alleine zu bleiben oder gar einsam und verlassen zu ersticken – und positiv, sich folge dessen mit langen Klinikaufenthalten sozialen Support und damit existentielle Sicherheit zu ermöglichen.

Ein gutes, d. h. verlässliches soziales Netz mit verbindlichen Beziehungen leistet zweifelsohne wichtigen emotionalen und zuweilen auch materiellen

⁸ Die Ambivalenz des Seelorgers lässt den Unterschied zu einem *Dilemma*, das in die Aporie führt (in ein „weder-noch“) gut erkennen. *Ambivalenz* ist demgegenüber durch ein „sowohl-als-auch“ strukturiert.

Support: Zugehörigkeit, Nähe, Halt, Gewissheit, nicht alleine gelassen zu werden sind relevante Aspekte jeder Salutogenese. Das soziale Netzwerk als Ressource besteht in der Regel aus Angehörigen, Peergroups (Kollegen, Freundinnen) und Fachpersonen (Ärzte, Pflegefachpersonen, Psychologinnen, Therapeuten, Seelsorgerinnen u. ä.). Gleichzeitig gilt es zu berücksichtigen: Das familiäre Umfeld von Patienten und Patientinnen mit wenig oder keiner Aussicht auf Heilung ist seinerseits mit einer „unfeasibility“ konfrontiert. Das Vertrauen in Machbarkeit und Selbstwirksamkeit ist verletzt oder zerstört. Bisher gelebte Modelle von Nähe und Distanz, Autonomie und Bezogenheit, Rollen und Pflichten erfahren eine Veränderung, unabhängig davon, ob sie verhandelt werden oder nicht. Eingespielte Beziehungsmuster verändern sich. Das spüren auch die Patienten; nicht selten empfinden sie gerade diesen Aspekt als belastend und äußern *schuldinduzierte* Gedanken. Die Selbstbeschuldigung umfasst einerseits die Tatsache der Hilflosigkeit (anderen gegenüber) und des Mehraufwands (dieser anderen infolge der eigenen Erkrankung) – und andererseits bezichtigen sich Patientinnen oft, nicht genügend dankbar zu sein für den erfahrenen sozialen Support. Seelsorglich Arbeitenden gegenüber werden die schuld- und schambesetzten Erfahrungen beispielsweise so artikuliert: „Sie (die Angehörigen, Kollegen, Freundinnen) meinen es ja gut. Ich freue mich, dass sie kommen. Aber dann, wenn sie da sind, wird es mir rasch zu viel. Sie kommen im dümmsten Moment, reden zu viel, sie bleiben zu lange und sie überschätzen meine Kräfte.“

Auch Frau Solina kannte solche Momente. In unserer Gesprächssequenz manifestiert sich diese Ambivalenz dem Seelsorger gegenüber: Einerseits wünschte sie diesen Besuch ausdrücklich (sie äußerte dies dem Chefarzt Pneumologie gegenüber, der den Bedarf dem Seelsorger zeitnah übermittelte), andererseits spürt sie im Moment, als sich der Seelsorger die Erlaubnis einholt, über die Ängste und innere Not zu sprechen, dass es schwierig wird für sie: „Ja, ich dachte, ich möchte gerne darüber sprechen, darum habe ich Sie gerufen. Aber ich merke, es ist doch auch schwierig für mich, da hinein zu schauen, in die Ängste, und darüber zu reden mit jemandem. Wenn ich allein bin mit mir, stelle ich mir vor, dass ich erzählen kann, aber dann merke ich, dass es nicht einfach ist, es macht mich unruhig.“ Der Seelsorger verbleibt kurz bei diesem gefühlten Zwiespalt, um der inneren Unruhe Raum zu geben. Und tatsächlich kann die Patientin Aspekte benennen, die sie in ihrer Intention hemmen oder blockieren: „Schwäche zu zeigen, einzugestehen, dass ich doch schwach bin, das ist anspruchsvoll.“ Es mag auf den ersten Blick erstaunen, dass die Patientin, die schon derart viele Krisen erlitten und überstanden hat, nun Schamgefühle empfindet, Schwäche einzugestehen. Erfahrung und Reife dürfen indes nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Patientin ihren eigenen Gefühlen gegenüber ambivalent ist; dass sie mit ihrem Schicksal hadert und immer wieder neu um Akzeptanz kämpfen muss. Zudem kann der „Auftritt“ des Seelsorgers eine Provokation beinhalten: Er repräsentiert gewissermaßen die heile Welt, die es außerhalb des Kokons von Krankenhäusern und -betten gibt. In diesem Fall vertritt er zudem jene Gruppe,

die nach dem Studium sich fachlich weiterbilden konnte und einen Beruf auszuüben vermag. Also just *das*, was sie als so schmerzhaften Mangel einklagt.

Nun gilt diese Relativierung professioneller Unterstützung natürlich nicht allein für die Seelsorge. Jede supportive Dienstleistung, auch jede medizinische Intervention, ja, selbst jede hilfreiche Handreichung muss sich des Umstands bewusst sein, Patienten die Botschaft zu vermitteln, dass sie eben Patienten, dass sie hilfsbedürftig, abhängig etc. sind. Auch seelsorgliche Unterstützung hat, selbst im Falle guter Qualität und hoher Professionalität, ambivalenten Charakter. Der in Beratung und Therapie hochgeschätzten *Empathie* wohnt ein Janusgesicht inne. Mitgefühl ist grundsätzlich positiv konnotiert und gilt als Triebfeder für moralisches Handeln. Mitgefühle können jedoch auch Widerstand provozieren, weil sie das leidende Gegenüber noch tiefer in eine Position der Schwäche treiben. Empathie kann nach *Breithaupt* gar als Voraussetzung gezielter oder unbeabsichtigter *Erniedrigung* dienen⁹. In Seelsorge und Beratung ist Empathie vonnöten, um Patienten oder Klienten in ihrer Welt aufsuchen zu können. Das Bemühen darum kann jedoch auch zur Einfallsproferte von Anbiederung, Überidentifikation und unbewusster Abwehr oder Kompensation eigener Verunsicherung verkommen.

In der seelsorglichen Praxis geht es darum, Menschen inmitten von Ambivalenzerfahrungen zu *sehen* und primär in ihren eigenen Coping-Strategien zu unterstützen. Die Erfahrung zeigt, dass erst eine auf Ambivalenzen hin sensibilisierte und ambivalenzfreundliche Grundhaltung den Patientinnen ermöglicht, Stressoren (und zum Teil auch Ressourcen!) ohne Angst vor Gesichtverlust äußern zu können. In einer auf Genesung, Heilung und Restitution fokussierten Welt, wie sie durch Kliniken repräsentiert wird, geht die Seelsorge mit den Betroffenen „auf die andere Seite“, enttabuisiert sie und lotet mit ihnen gemeinsam aus, was sich da an bis anhin nicht erkannten Möglichkeiten und Widrigkeiten verborgen hält.

3.2 Zwischen Kohärenzbedarf und Sinnlosigkeit

Nebst dem Verlust von Gesundheit, Berufstätigkeit und sozialer Integrität ist das Gefühl von *Sinnverlust* oft ein stiller Begleiter während oder nach einem Spitalaufenthalt. Frau Solina klagt zwar nicht explizit über eine grundsätzliche Sinnkrise. Es fiel ihr hingegen schwer zu benennen, was ihre Lebensaufgaben sein und inwiefern sich solche als erfüllt erweisen könnten. In diesem Zusammenhang hätte der Seelsorger auf den Erfahrungsschatz an biblischen Leid- und Bewältigungsgeschichten (z. B. Hiob, Elia, Jeremia) zurückgreifen können, insbesondere auf jenes Gleichnis im Lukasevangelium (Lk 13, 6–9), das von einem Weinbergbesitzer handelt, der einen Feigenbaum (der keine Frucht bringt) aufgrund der Intervention Jesu nicht ausreißen lässt, sondern ihm noch ein weiteres Jahr an Zeit gewährt.

9 Vgl. *Fritz Breithaupt*, *Die dunklen Seiten der Empathie*, Berlin 2017.

Wenn wir das Seelsorgegespräch als Instrument verstehen, dessen strukturbildende Themen Komplexitäts- und Ambivalenztoleranz ermöglichen oder erweitern sollen, dann empfehlen sich narrative Identitätskonstitutionen, deren Ausgang offen sind. Oder Motive, die nicht eindeutig sind – eine Zufriedenheit zum Beispiel, in der noch eine unerklärliche Unruhe schlummert. Der Seelsorger entscheidet sich für die (heuristische) Variante des gemeinsamen Suchens nach Identität, Sinn und „Selbsttranszendierung“ (*Abraham Maslow*) – in der Überzeugung, dass der Dialog zum Thema „Zeitlichkeit und Endlichkeit“ angesichts des abhandengekommenen „Restitutionsnarrativs“¹⁰ angebracht ist. Aus ambivalenztheoretischer Perspektive kann man von der Erzeugung einer „erstreckten, spannungsvollen Gegenwärtigkeit“ (*Kurt Lütscher*) sprechen, die in einem Hoffnungshorizont erfolgt: In der Hoffnung, dass die Patientin die erlebte Gesprächssequenz mit dem Seelsorger aufgrund ihrer eigenen Deutungshoheit und -kompetenz narrativ gestalten wird und auf das gerichtete Begehren rückbeziehen kann. Diese Hypothese wird kasuistisch erhärtet durch die Aussage der Patientin, sie hätte in den „besseren“ Zeiten begonnen zu schreiben.

Oft beobachten wir in seelsorglichen Begleitungen, dass Menschen in gesundheitlichen Krisen einerseits unter dem Eindruck stehen, sich selbst abhandengekommen zu sein, andererseits aber gerade in der Krise sich ihrer selbst gewahr werden und zu subjektiven Sinngebungen gelangen¹¹. Frau Solina konnte beispielsweise bei einer früheren Begegnung ihre krankheitsbedingt begrenzte Lebenszeit und die fehlende Perspektive auf ein zu erreichendes Durchschnittsalter so konnotieren: „Die Erfüllung der Lebensaufgabe ist nicht abhängig von der Anzahl gelebter Lebensjahre“. Später formuliert sie das durchaus realistische wie auch metaphorische Ziel, „in den *Garten* gehen zu können“. In anderen Gesprächssequenzen äußerte sie, motivierend sei für sie, „schöne Gedichte zu finden“ und „über das Leben mit Menschen auf Augenhöhe zu diskutieren“. Intellektuelle Fähigkeiten und verbale Schlagfertigkeit wurden ihr im Verlauf der Krankheit zu veritablen Instrumenten, anhand derer sie sich selber als kampffähig und stark erfuhr. Menschen, die bereit waren, sich argumentativ auf ihre Fragen zu Leben und Tod einzulassen, erteilten ihr die Attribution, ein Gegenüber und auf Augenhöhe zu sein. In solchen Momenten fühlte sie sich ernstgenommen als Mensch, als Frau und als gebildete Person. Die dokumentierte Gesprächssequenz zeigt nun aber auch, wie schmal der Grat „subjektiver Sinngebung“ (*Michael Staudigl*) ist – und wie rasch Überzeugungen etwa von den Wellen des Schmerzes weggespült werden können. „Ich war“, so Frau Solina, „ein Zeit lang sehr optimistisch und

10 Der Begriff geht zurück auf den Medizinanthropologen *Arthur W. Frank*, *The Wounded Story Teller: Body, Illness, and Ethics*, Chicago 1995, der drei Genres von Krankheitserzählungen unterscheidet: Restitutions-, Chaos- und Reisenarrativ. Beschrieben und diskutiert werden *Franks* Narrative in: *Andrea Bieler*, *Verletzliches Leben. Horizonte einer Theologie der Seelsorge*, Göttingen 2017, 200.

11 Vgl. *Bieler*, *Leben*, 14.

hatte ziemlich viel Energie ... dann hat mir diese Verschlimmerung ziemlich den Boden weggenommen.“ Patienten, die sich kognitiv gut orientieren und positionieren können, stehen nicht nur in Gefahr, ihre Gesprächspartner über ihre emotionalen und (!) kognitiven Wechselbäder hinwegzutäuschen, sondern auch sich selber zu enttäuschen. Überzeugungen verlieren in der Stille und Dunkelheit der Nacht ihre Plausibilitäten – als würde eine Welle, die eben noch getragen hat, nun verschlingend über sie hereinbrechen.

Insbesondere das *Lebensende* ist durch das Aushalten von Ambivalenzen charakterisiert: Zwischen Trauer und Erleichterung, dass das Ende naht, zwischen Hoffen und Hadern, was die Ungewissheit betrifft, zwischen der Angst vor Schmerzen¹² und der Freude über Schmerzlinderung, zwischen Glauben und Zweifel gegenüber einer den Tod transzendierenden Wirklichkeit manifestieren sich die Grenzerfahrungen der Sterbenden wie auch der Begleitenden. Aus theologischer Perspektive können diese ambivalenten Erfahrungen als ein *Oszillieren* zwischen dem Sterben als „Entschlafen“ aus allem Irdischen und der Auferweckung als „Aufwachen des Menschen für Gott“ (*Christof Gestrich*) verstanden werden.¹³ Die Begleitung von Menschen mit progredienten Erkrankungen zeigt immer wieder eindrücklich, wie es in einer finalen Lebensphase zu *Transformationen* kommen kann: Menschen, die sich Fragen rund um Krankheit, Vergänglichkeit und Spiritualität gegenüber als eher verschlossen gezeigt haben, öffnen sich plötzlich, werden gar überaus kreativ und narrativ im Umgang mit vormals tabuisierten Themen. Einige wollen nun reden, andere gerade nicht mehr. Wieder andere nur mit bestimmten Personen, aber gerade nicht mit Angehörigen.

Aktiv herbeigeführte Deutungsangebote, von denen der Seelsorger gegen Ende der Gesprächssequenz Gebrauch macht, sind zwar stets etwas gewagt und können das Gespräch verengen oder gar in Sackgassen führen. Sie können indes auch, vorzugsweise, wenn sie in hypothetischer und/oder zirkulärer Frageform eingeführt werden, den Auftakt zu *intersubjektiven Sinnstiftungen* bilden. Voraussetzung dazu ist eine *Responsivität*, die sich durch die Bereitschaft auszeichnet, auf Kommunikationssignale des Gegenübers eingehen und diese möglichst passgenau zur Weiterentwicklung spiegeln zu können. Die beiden Schlussvoten zeugen von der Ambivalenz des Ringens um Ko-

12 Die Schmerzen können physischer, psychischer, sozialer oder spiritueller Natur sein. Vgl. das Konzept des „total pain“, das sich in der Palliative Care etabliert hat und von der Hospizbewegung um *Cicely Saunders* geprägt wurde. Zur Ambivalenz der Schmerzerfahrung vgl. *Thomas Wild*, *Mit dem Tod tändeln. Literarische Spuren einer Spiritualität des Sterbens*, Stuttgart 2016, 121–131.

13 Die Rede von den „letzten Dingen“ und das sprachliche Vermitteln von Gottes Gegenwart verlangt Behutsamkeit. Gleichwohl gilt es die Scheu vor mutigen Interventionen abzulegen: Die Kraft des Gebets – sei es in Form der Dankbarkeit oder als Bitte um Vergebung –, die Würde der poetischen Sprache, der Zauber guter Düfte oder ästhetischer Bilder, der Klang der Musik oder das Lachen des Humors wecken häufig das Vertrauen in die Ressourcen spiritueller Begleitung. Vgl. *Klaus Kießling*, *Sterbende spirituell begleiten*, in: *Das Plateau 161* (2017), 4–43.

härenz – der Kohärenz der Gesprächssequenz im Besonderen und jener der Suche nach Sinn, Bedeutung und Handhabbarkeit im Leben der Patientin: „Ja, das hoffe ich“, kommentiert Frau Solina das Angebot des Seelsorgers – ein sanftes, behutsames Einverständnis zur Tauglichkeit der Hypothese, ohne sich selber festlegen zu müssen. Der Seelsorger, nun seinerseits bemüht, es beim Angebot bewenden zu lassen und nicht weiter diskutieren zu müssen, greift die Hoffnungstugend auf und relativiert die steile Vorlage (der Seelsorger war selber etwas überrascht von seiner eigenen Wortwahl) mit einem „vielleicht“, das alles in der Schwebelage hält, sowie mit der Einführung der Kategorie des *Wissens* bzw. eben *Nichtwissens*. Er unterstützt damit klammheimlich auch die Erweiterung des zuvor negativ besetzten *Hoffnungsnarrativs* der Patientin, die eingangs erwähnt, dass sie lange gekämpft und gehofft habe, aber nun merke, dass es keine Hoffnung auf Verbesserung gebe.

4 *Ambivalenzsensibilität als Ressource für die Seelsorgearbeit*

Seelsorge und Beratung dürfen Grausamkeit und Sinnlosigkeit mancher Krankheitsgeschichten nicht verklären. Das Leben kann sich von Seiten zeigen, die unseren Verstehenshorizont sprengen und unsere Bewältigungsstrategien überfordern. Das Schicksal kann unser Grundvertrauen in Gerechtigkeit und Kausalitäten dermaßen erschüttern, dass jeder Trost- und jeder Erklärungsversuch respektlos, absurd oder zynisch wirken. In gewissen Situationen scheint die Realität nichts als „die Essenz einer erbarmungslosen Selektion“ (*Helmut Krausser*) zu sein. Die Suche nach dem Sinn, nach dem „Warum“ und „Wozu“ ist meist ein Weg voller Qualen, gesäumt von Enttäuschungen über repetitive Frageschlaufen. Die oft einzig verbleibende Sinnerklärung ist die *Akzeptanz der Sinnlosigkeit*: „... dann darf ich die Sinnlosigkeit des Todes nicht mit Sinn füllen wollen. Jede Sinnsuche würde mich von mir weg, aus mir herausführen. Ich muss die Sinnlosigkeit akzeptieren und hinter mir lassen. Einen anderen Weg, der mich bei mir selbst bleiben lässt, gibt es nicht. In mir drin gibt es keinen Sinn. Und einen anderen will ich nicht“, moniert *Andreas Neeser* in seiner Novelle „Zwischen den Wassern“.

Achtsamkeit gegenüber der Ambivalenz von Sinnstiftungsversuchen schützt uns nicht allein vor Vereinnahmungstendenzen. Sie hilft uns auch, *Dichotomien* und *Dualismen*, die der Vieldeutigkeit der Wirklichkeit nicht gerecht werden, zu entlarven und zu verflüssigen. Dualistische Konstrukte in gesundheitlichen Krisen treten häufig da auf, wo Ordnung und Chaos, Erfüllung und Leere, Integrität und Fragilität, „heilbar“ und „unheilbar“ oder „kurativ“ und „palliativ“ gegeneinander ausgespielt werden.¹⁴ Gerade weil wir dazu neigen,

14 Vgl. *Miriam Haller*, Dekonstruktion der ‚Ambivalenz‘. Poststrukturalistische Neueinschreibungen des Konzepts der Ambivalenz aus bildungstheoretischer Perspektive, in: *Forum Psychoanal* 27 (2011), 359–371.

Spannungen zu vermeiden, Widersprüchliches zu verdrängen – und konvative Eindeutigkeiten anstreben, wird es zur Aufgabe der Seelsorge, Kehrseiten zu thematisieren. Wir muten den Betroffenen die Entdeckung von ambivalenten Gefühlen, Gedanken und Wünschen zu.¹⁵ Wenn Frau Solina beteuert, «ich habe es nicht geschafft, *normal* zu sein», kann diese Aussage zwar in bestimmten Referenzrahmen (etwa des Beruflichen oder der Peergroup) verstanden und bestätigt werden. Die Attribution «nicht normal» beinhaltet aber gleichzeitig eine selbstabwertende und selbststigmatisierende Etikettierung, die aus ambivalenzfreundlicher Perspektive umgedeutet oder zumindest entschärft werden kann.¹⁶ Wir können die fließenden Grenzen zwischen Krankheit und Gesundheit dazu nutzen, Normen zu hinterfragen und den Kranken mit seinen „widerständigen“ Fragen als gesunden Störenfried betrachten. Menschen in existenziellen Krisen sehnen sich nicht nur nach Gewissheiten, sie wehren sich gleichermaßen gegen „dialektische“ Synthesen und gewichten offene Fragen oft höher als eindimensionale Antworten.

Im aktiven oder passiven Aufdecken von Möglichkeitssinn können alternative Wertvorstellungen, neue Perspektiven oder vermeintlich unverfügbare Lebensmöglichkeiten angedacht werden. Ambivalenztoleranz hilft uns, Spannungen zu *ertragen* und Gegensätze als weniger bedrohlich zu empfinden. Als Seelsorgerinnen und Seelsorger sind wir oft gefordert, das Ambivalente mit den Betroffenen zusammen aushalten zu können. Eingespannt zwischen den institutionellen und rollenspezifischen Erwartungen werden wir nicht nur zu Zeugen ambivalenter Prozesse, sondern zuweilen auch zu Anwältinnen von Ambivalenz in alternativarmen oder -scheuen Systemen.¹⁷ Manche Ambivalenzen erfordern ein Balancieren nicht allein zwischen entgegengesetzten Polen des Fühlens, Denkens, Wollens, sondern auch zwischen strukturbedingten *Positionen* und ethisch-moralischen *Werten*. Ambivalenz kann vor übereilten Entscheidungen bewahren, denn gute Entscheidungen basieren oft auf einer ausgewogenen Mischung von zielgerichtetem Denken und Intuition; sie sind das Resultat *durchlittener* Ambivalenz, von Phasen des Haderns und Zauderns. Offene, gegenüber starren Prinzipien respektlose Fragen, können erste Konturen verschaffen und zu (neuen) Strukturen verhelfen. Etwa, indem bestimmte Therapien und medizinische Entscheidungen hinterfragt werden.

15 Anders *Klessmann*: „Wenn das eigene Leben, die eigene Identität durch innere oder äußere Umstände ernsthaft gefährdet erscheint, hat man kaum die Fähigkeit, die Zwiespältigkeit mancher Situationen, des ganzen Lebens und des eigenen Glaubens wahrzunehmen, auszuhalten und zu explorieren.“ *Michael Klessmann*, *Ambivalenz und Glaube. Warum sich in der Gegenwart Glaubensgewissheit zu Glaubensambivalenz wandeln muss*, Stuttgart 2018, 26. Vgl. das Kapitel 9.5.2 „Ambivalenz in der Seelsorge“, wo *Klessmann* das Potenzial narrativer Identität in der Ambivalenzerfahrung durchaus würdigt (ebd., 275 ff).

16 Vgl. die Recovery-Bewegung in der Psychiatrie (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22992552) sowie *Dietrich Ritschl*, *Zur Theorie und Ethik der Medizin. Philosophische und theologische Anmerkungen*, Neukirchen-Vluyn 2014, 221.

17 Vgl. *Christoph Morgenthaler*, *Systemische Seelsorge. Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis*, 5., vollständig überarbeitete Auflage, Stuttgart 2013, 283–293.

Oder indem jene Facetten unterstützt werden, die bei aller Todessehnsucht *leben* wollen.

Die Methodik, solche oder ähnliche Spannungsfelder erkennen, zulassen und gestalten zu können, erschöpft sich nicht allein in Ritualen und symbolischen Handlungen. Nebst dem *Explorieren* fremder Gedankengänge durch einen Perspektivenwechsel, etwa mittels hypothetischer Redewendungen („was wäre, wenn ...?“ oder „lassen Sie uns einmal auf die andere Seite gehen!“) und *sequentiellen* Verbindungen zwischen Situationen und Positionen (auch als pendeldiplomatische Parteinahme für und gegen eine Idee etc. bekannt) ist es der Seelsorge aufgetragen, in die *Zwischenräume* hinein zu gehen – zwischen verbittertem Kampf und Resignation, zwischen Affektstarre und Affektlabilität –, hinein in jene „liminalen“ Phasen – zwischen „Ja“ und „Nein“ –, wo die Ungewissheit plagt und die Uneindeutigkeit schmerzt. Sie tut das in der Kraft des Glaubens an einen Gott, der uns Menschen in Krankheit und Krisen nicht verlässt, jedoch untereinander besondere Solidarität abverlangt.

Genesungsprozesse zeichnen sich häufig durch spiral- oder wendelförmige Entwicklungen aus: Wir erleben das „zurück“ subjektiv als Rückschlag, als Einbuße und Verlust – dabei ist es gleichzeitig ein Vorbereiten des nächsten Schrittes. Eine ambivalenzsensibilisierte Gesinnung vermag Gesundheit und Krankheit, Leben und Sterben nicht einfach als Gegensätze, sondern als *komplementäre* Größen verstehen. Im Leben ist Sterben – etwa als Verlusterfahrung oder als „Melancholie der Erfüllung“ (*Ernst Bloch*) – latent vorhanden. Ebenso kann, wie im Unglück das Glück, auch im Sterben Leben entdeckt werden. Diese Dynamik wird etwa in der narrativen Selbstermächtigung von erzählenden Patienten und Patientinnen sichtbar. Die Aufgliederung in verschiedene Persönlichkeitsanteile – selbst der schwer oder unheilbar erkrankte Mensch ist nie nur ein Patient oder eine Patientin – kann dazu genutzt werden, das Selbstbild und die aktuelle Selbsteinschätzung zu transzendieren. Zuweilen muss die Vergangenheit thematisiert werden, um die stürmische Gegenwart zu bändigen, und manchmal sind umständliche, langwierige Exkurse zu Nebenschauplätzen notwendig, um Selbstbezüglichkeit zu ermöglichen. Die erzählerische Inszenierung unseres Erfahrungsschatzes, in dem unsere Wahrnehmung und unser Handeln gründen, dient in Krankheits- und Sterbeprozessen der Identitätsbildung jedoch bis zuletzt.

Thomas Wild, Co-Leiter Seelsorge INSEL – Universitätsspital Bern, Reformierte Kapelle, CH-3010 Bern; E-Mail: thomas.wild@insel.ch