

Wie weiterleben? Die Bewältigung einer tödlichen Krankheit unter Bedingungen der Zwangsmigration - Eine Fallstudie

Anne Bourgaux

Zusammenfassung:

Der Beitrag beschreibt Beschwerden, Setting und Therapieverlauf eines Mannes, der infolge politischer Aktivitäten gefoltert und zur Flucht nach Deutschland gezwungen wurde und HIV-infiziert ist. Nach anfänglichem Schock hat er das traditionelle Verständnis der Krankheit hinter sich gelassen, eigenständige Aktivitäten zur Lösung seiner Probleme entfaltet und sein Leben insgesamt so umgestaltet, daß die Erkrankung und ihre Folgen (bes. Ängste, Isolation) eingedämmt werden. In der Therapie stand zunächst die Klärung der Frage im Vordergrund, wofür das Weiterleben lohne, dann die Erschließung von Ressourcen palliativen und instrumentellen Copings, die durch neuerlernte Techniken nochmals erweitert werden konnten. Ein wichtiges Hilfsmittel im Setting ist die dingliche Symbolisierung der Krankheit. Schließlich setzte eine Differenzierung der traumatisierenden Erfahrungen infolge Folter, Zwangsmigration und Krankheit ein, die mit angstreduzierenden Klärungen einhergeht sowie der produktiven, schrittweisen Bewältigung von Einzelproblemen.

„Du bist der Teufel, wenn du in Togo erzählst, daß du HIV-infiziert bist“, sagt A., 36 Jahre alt, Elektriker aus Togo. A. ist seit Januar 1997 bei REFUGIO München in sozialer Beratung und in psychotherapeutischer Behandlung. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder. Sie sind noch mit seiner Frau in Togo bei seinen Eltern. Er ist im April 1996 allein nach Deutschland geflüchtet. Er war wegen politischer Aktivitäten in Togo ein Jahr und sieben Monate im Gefängnis. Er wurde dort schwer gefoltert (Bajonettstich, Stromstöße, Schläge), auch, um Aussagen zu erpressen. A. konnte aus einer Gefangenengruppe entfliehen, die zur Hinrichtung zusammengestellt worden war. Ein Soldat aus seinem Volk hat ihm dabei geholfen.

Bei seiner Ankunft in München gab A. an, daß er Anämie habe, und wurde ärztlich untersucht. Nach dem Ergebnis der Blutabnahme teilte der Arzt A. ohne sonstige Erklärung mit, er solle sich sofort ins Krankenhaus

aufnehmen lassen. A. empfand starke Ängste. er dachte, seine Krankheit habe sich verschlimmert, und fragte sich, ob er in Todesgefahr wäre. Er verstand wenig im Krankenhaus, denn er konnte damals noch kein Deutsch. Man untersuchte ihn über fünf Tage und teilte ihm bei der Entlassung keine Diagnose mit, sondern schickte ihn zum Gesundheitsamt. Dort erfuhr er, daß er vermutlich HIV-infiziert sei; man müsse einen zweiten Test machen.

A. stand zunächst unter Schock. Er war äußerst besorgt, seine Familie angesteckt zu haben, und machte sich Gedanken über die möglichen Konsequenzen. Wie sollte er das nachprüfen lassen? Man macht in seiner Heimat keine Tests; das kostet zuviel. Es gibt auch keine Behandlung. Die Familie würde sich um ihn sorgen oder ihn vielleicht ausstoßen, wie man solche Fälle oft handhabe. Es würde ihn verrückt machen, wenn seine Frau oder seine Kinder krank wären, ohne daß er etwas unternehmen könnte. Er hatte zumindest eine Chance, eine Behandlung zu erhalten. Aber auch die ganze Familie könnte von der Gemeinde ausgestoßen werden, wenn andere von seiner Infektion erführen.

Nach seinen Kenntnissen gibt es für die Mehrheit der Bevölkerung in Togo zwei Wege, sich an HIV zu infizieren. Der eine ist, daß von einem Magier, einem neidischen Nachbarn, einem Familien- oder Stammesmitglied ein böser Spruch verhängt wurde. Der andere ist, daß die „Alokpli-Krankheit“ eintritt, was auch AIDS heißt. Diese Krankheit existiert seit einer Ewigkeit, erzählen die alten Leute. Ihr Übertragungsweg läuft folgendermaßen: Zwei Brüder aus der gleichen Familie schlafen mit derselben Frau (was verboten ist) und essen dann zusammen. Beim Essen werden sie beide angesteckt. Die Alokpli-Krankheit ist tödlich, aber mit Zauber läßt sich eventuell etwas machen; es gibt Heiler, die einen Gegenzauber besitzen.

A. glaubt - im Gegensatz zu seiner Familie in Togo - nicht an die traditionellen Erklärungen. Deswegen hat er sich entschlossen, seiner Familie nicht mitzuteilen, daß er HIV-infiziert ist. Er weiß, daß die Krankheit durch Kontakt mit Körperflüssigkeiten übertragen wird. Er weiß nicht, wie er sich angesteckt hat. Er glaubt auch nicht, daß traditionelle Heiler AIDS heilen können. - Diese Einstellung ist laut Statistik in vielen afrikanischen Ländern eher ungewöhnlich. So kennen z.B. in Sambia etwa 90% der Erwachsenen die Symptome von Aids nicht, 60% die Übertragungswege nicht (Peltzer u.a. 1987). Bei den HIV-Patienten, die bis jetzt in Behandlung bei REFUGIO München getreten sind, ist sie hingegen eher häufig zu beobachten.

Es gibt unter Afrikanern weitere verbreitete Vorstellungen über AIDS: daß die infizierten Afrikaner in Europa keine Behandlung bekommen, und daß sie in einem Haus eingesperrt werden bis zu ihrem Tod, um die Ansteckung von Weißen zu vermeiden. Das glaubte auch A., als er die Diagnose erfuhr.

Er reagierte sehr schnell und aktiv, besorgte sich Informationen über die Krankheit und die Behandlung und suchte sich Hilfe in verschiedenen Richtungen (Arzt, Caritas, AIDS-Hilfe).

Dies reichte ihm aber nicht; er hatte den Wunsch, mit jemand darüber zu reden. Er fühlte sich sehr isoliert und war sehr angeschlagen von den Infektionen und der allgemeinen Kräfteminderung. Neben Einschlaf- und Durchschlafstörungen hatte er starke Kopfschmerzen, Suchtverhalten (Alkohol) und Suizidgedanken. Diese Symptome traten erst auf, als er erfuhr, daß er HIV-infiziert ist.

Mit Landsleuten oder anderen Afrikanern konnte er sich kaum austauschen. Auch andere Mitbetroffene hatten nicht den Wunsch, sich mit der Krankheit zu beschäftigen. Sie verdrängten sie komplett oder resignierten. Mit Nichtinfizierten zu sprechen, kam für A. nicht in Frage: Er hatte es seinem Cousin erzählt und mußte daraufhin sofort aus dem gemeinsamen Zimmer ausziehen. Die mißtrauisch gewordenen Blicke konnte er auch nicht ertragen. Erklärungen und Informationsbroschüren konnten den Cousin nicht von seiner Einstellung abbringen: A. müsse etwas angestellt haben oder verhext worden sein. Er könnte seinen Cousin womöglich schon durch den Atem anstecken. A. war noch dankbar, daß der Cousin die Nachricht nicht gleich bei allen Togolesen in München verbreitete; sie hätte dann irgendwann auch Togo erreicht.

Seine Geschichte erzählte uns A. in den ersten Therapiestunden. Wir waren beeindruckt von seinen Ressourcen, seiner Motivation, Energie und seinem aktiven Handeln. Als wir in Kontakt kamen, hatte er bereits viel unternommen, um sein Leben so zu gestalten, daß die Infektion ertragbar blieb. Er hatte allein eine Phase durchgestanden, in der er seinen Tod unmittelbar erwartete. Die eingeholten Informationen und Gespräche mit dem behandelnden Arzt hatten ihm die Überzeugung gegeben, daß die neue Dreifach-Kombinationstherapie (auf die er gut anspricht) ihm Chancen gibt, noch mehrere Jahre zu leben, bevor die Krankheit eventuell ausbricht. Trotzdem hatte A. immer wieder Suizidgedanken.

Wozu leben?

Im Lauf der ersten Sitzung klärte er die Frage, wofür es sich lohnte, jetzt zu leben. Er stellte zwei Ziele heraus:

1. Er wollte seine Kinder wiedersehen und bis dahin seiner Familie gegenüber die Beistandspflicht des Vaters und des ältesten Sohnes erfüllen. Photos und regelmäßiger telephonischer Kontakt mit den Kindern, von uns unterstützt, helfen ihm, dieses Ziel präsent zu halten.

2. Er möchte anderen HIV-infizierten Afrikanern helfen, in Europa oder Afrika, und seine Informationen und die Erfahrungen aus der Therapie weitergeben. Er sagt, daß er die richtige Hilfe bis jetzt nicht gefunden und den Eindruck habe, es gehe vielen Afrikanern ebenso. Mit einem Afrikaner als Helfer, der die besondere Problematik kennt, könnte vieles anders laufen, glaubt er. Er hat selbst schon verschiedene Erfahrungen als Multiplikator und unterstützender Helfer gesammelt.

A. sammelt dafür systematisch weiter Kenntnisse und Erfahrungen. So hat er in verschiedenen Apotheken Münchens die Reaktion bei der Präsentation eines Rezeptes für Medikamente gegen HIV getestet. Seine Frage war, wie diskret, freundlich, unterstützend und aufklärend das Personal sich verhält. Durch die Versuche hat er eine Apotheke gefunden, in der er freundlich und diskret bedient wird und immer viele Vitaminproben u.a. Aufmerksamkeiten bekommt. Diese kann er weiterempfehlen.

A. schreibt Berichte über seine Versuche und Erlebnisse; manchmal zerreißt er sie wütend, wenn ihm das Leben neuerlich sinnlos erscheint.

Wie weiterleben?

Nach dieser Klärung der Motivation zum Weiterleben wählten wir als Vorgehen einen Ansatz, der dem von Simonton in den USA mit krebskranken Patienten praktizierten ähnelt (s. Simonton u.a. 1996):

Zunächst erfolgt eine psychoedukative Aufklärung über die Wirkung und die Nebeneffekte der Medikamente. Sie werden möglichst bildlich und verständlich vermittelt. Besprochen werden auch die verschiedenen Faktoren und Lebensgewohnheiten, die das Immunsystem stabilisieren oder beeinträchtigen können. Dabei werden Tätigkeiten und innere Monologe, die schonend auf das Immunsystem wirken und beim Klienten schon entwickelt sind, gesammelt und dadurch bewußt verfügbar gemacht.

Bei A. waren das folgende: Beten, Spaziergehen, in deutsche Städte reisen, Sexualität, Nachrichten von zu Hause bekommen, gesundes Essen, Arbeit, Körperpflege, Live-Musik hören, Ausgehen, anderen Helfen, Lesen. Daneben wurden neue Möglichkeiten besprochen und geübt. A. offenbarte einen starken Wunsch nach Entspannung, Ruhe und einem Gefühl von Klarheit.

Die Therapie findet in Französisch statt. Da sein körperliches Befinden aufgrund der Infektion mitunter schlecht ist, sind nur sehr vorsichtige Arbeits- und Interventionsformen angebracht.

Ich versetze ihn in leichte Trance, mit geschlossenen Augen (mit Vorsicht, seine traumatischen Erfahrungen berücksichtigend), und er unternimmt dann eine Reise an einen Ort der Kraft und Ruhe - in einen Wald, den es tat-

sächlich in München gibt - oder macht eine regenerative Reise (nach Newton).

Weiter wurden A. Selbsthypnosetechniken vermittelt, so daß er sich zu Hause allein weiter entspannen konnte. Dabei wurde das Verfahren, bei dem man wohltuende Farben durch den Körper fließen läßt, von ihm am häufigsten benutzt, meistens, wenn er abends zu Bett ging und sich nervös oder erschöpft fühlte oder in Grübeleien verfiel. Verfahrensbegleitend setzte er sich mit folgenden Fragen auseinander: Welche Belastungen kann ich mir sparen, welche kann ich nicht ändern oder umgehen, und wie kann ich ihnen am erfolgreichsten gegenüber treten? Was hilft meinem Immunsystem, sich gegen die Krankheit zu wehren? Was wird, wenn auch dieser neue Lebensstil selbst Stressoren ausbildet?

A. hat eigenständig sein Leben in verschiedene Richtungen geändert:

1. Sein Ernährungsplan umfaßt jetzt ein Frühstück, mehr Obst und Gemüse. Er hat den Alkoholkonsum auf das Wochenende verlegt und die Menge reduziert.
2. Er hat eine Arbeit gefunden, was auch psychische Entlastungen und Ressourcen mit sich bringt (er kann dadurch teilweise seine Beistandspflicht gegenüber seiner Familie erfüllen), aber zum Minus für den Körper werden kann: Acht Stunden Putztätigkeit sind anstrengend. Er möchte das ändern und versucht gerade, eine günstigere Schichtzuteilung vom Arbeitgeber zu bekommen.
3. hat auch ein Zimmer für sich allein gefunden und kann es durch die Arbeit selbst bezahlen. Das bedeutet ihm viel. Er muß wegen der hygienischen Zustände keine Angst mehr haben wie in der Gemeinschaftsunterkunft. Die Medikamente muß er nicht mehr versteckt einnehmen.
4. Durch die Identifikation von Episoden, die er als unbelastet erlebt, hat A. entdeckt, daß selbst schwer belastende Symptome zu reduzieren sind oder verschwinden. Er hat verschiedene Möglichkeiten erschlossen (z.B. Kurzreisen gegen Grübeleien, Tagebuchschreiben oder Lesen gegen Einschlafstörungen).

Die Krankheit ist in jeder Sitzung präsent. Damit sie nicht wie ein störender Geist im Raum schwebt, wurde sie in Form eines Stuhl externalisiert (nach Retzer). Am Anfang der Sitzung frage ich A., wie nah er das Virus heute spürt, wo es sich im Raum befindet. An die bezeichnete Stelle wird ein Stuhl gestellt. Wenn es A. schlecht geht, sitzt er nah bei diesem; wenn er sich wohl fühlt, kommt der Stuhl in ein anderes Zimmer. Durch diese Symbolisierung kann er einen Dialog mit dem 'Feind' führen, empfindet sich als handelnd und nicht nur erdulnd. Das Symbol dient als Emotionsventil, und es fördert Kreativität im Umgang mit der Krankheit, die Entwicklung eigener Perspektiven und Lösungen. Daneben hat A. sich ein Stofftier besorgt als Ansprechpartner für die einsamen Momente in der Nacht, wenn er nicht schlafen kann.

Durch dieses Setting ist es für A. auch möglich, manche Probleme zu sortieren. Es wird klarer, daß manches zu HIV gehört, anderes zur Exilsitua-

tion; einiges hat mit Foltererfahrungen zu tun. Ein Teil von Verwirrung und Angst wird dadurch reduziert, was A. ermöglicht, sich Schritt für Schritt jedes einzelne Problem anzusehen, Prioritäten zu setzen und eventuell Lösungen zu erarbeiten. Zu seinem Erstaunen bringt die Lösung eines Problems manchmal die für mehrere andere mit sich.

Im Moment stehen die Schwierigkeiten, die mit der HIV-Infektion verbunden sind, im Vordergrund. Die traumatischen Erlebnisse in Togo tauchen allmählich auf. Als Folge davon nimmt er sich als verändert wahr, betrachtet sich aber für die biographische Episode seiner Gefängniszeit als Kämpfer, der die Schlacht gewonnen hat. Gegenüber seinem politischen Engagement tritt nun sein Einsatz für die Rechte von HIV-infizierten Menschen in den Vordergrund.

Was steht weiter an in der Therapie?

Die Behandlung von A. wird weitergeführt. Die aktuellen Themen:

1. A. möchte gern eine feste Partnerin haben. Seine Frau fehlt ihm, und er hat auch Schuldgefühle ihr gegenüber bei der Suche nach einer anderen. Aber Mangel an Sexualität, Nähe und Geborgenheit erlebt er als sehr belastend. Hier steht er in einem Entscheidungsprozeß.
2. A. hat den großen Wunsch, eine Selbsthilfegruppe für andere Betroffene aufzubauen. Wenn es ihm sehr schlecht geht, fällt es ihm manchmal noch schwer, sich wieder ausschließlich auf seine Bedürfnisse zu konzentrieren; er braucht dann 'von außen' einen Anstoß, um wieder in diese Richtung zu gehen. Er versucht im Moment, solche Verlagerungen selbst zu schaffen.
3. Wie in Togo, hat für ihn sein Leben nur eine Bedeutung im Bezug zu anderen, im kollektiven Sinn. Das wurde sehr deutlich, als er die Nachricht erhielt, daß seine beiden Kinder erkrankt waren; die Symptome konnten auch auf eine HIV-Infektion hinweisen. Daraufhin gab es bei ihm einen Rückfall bezüglich Alkoholmißbrauchs. Als der Verdacht auf HIV-Infekt beigelegt war, nachdem er für eine Blutuntersuchung Geld geschickt hatte, stabilisierte er sich wieder.

Was ist für ihn hilfreich in der Therapie? A. antwortet: „Ich kann mich aussprechen bei jemandem, der keine Angst vor mir hat, der sich auskennt mit der Krankheit, der mich aufbaut und mir andere Szenarien und Sichtweisen öffnet als Tod und Isolation.“

Literatur:

- Peltzer, K., Hira, S. et al. (1987), Psychosocial counselling of patients infected with the human immunodeficiency virus at the University Teaching Hospital in Lusaka, Zambia. In: *Clinical Psychology in Africa*. Uwani: Nigeria Chuka Printing Company
- Simonton, O. C., Simonton, S. M. & Creighton, J. (1996), *Wieder gesund werden. Eine Anleitung zur Aktivierung von Selbstheilungskräften bei Krebspatienten und ihren Angehörigen*. Reinbek: Rowohlt (81. - 84. Tsd.)