

Monika Glawischnig-Goschnik

# „Klageweiber?“ Verbales, Nonverbales, Weibliches und Leibliches in Resonanz

## Erfahrungen aus dem Klinikalltag

Mithilfe der antiken Figur des Klageweibes werden Möglichkeiten in der Begleitung von leidenden und kranken Menschen im Kontext von Medizin, Therapie, Spiritualität, Gender und Leiblichkeit gezeigt. Therapeutische Zugänge werden anhand einer kurzen Fallvignette dargestellt.

**Klageweiber, Gender, Resonanz, Leiblichkeit, CL-Dienst**

**„Professional mourners?“ Verbal, non-verbal, feminine, and embodied care in resonance**

*The article takes psychologists, psychotherapists and pastoral caregivers as „professional mourners“. Embodied relationships between patients and professional caregivers will be discussed including gender aspects. A short case study shows a suffering patient and the professional mourning therapist.*

**professional mourners, gender, resonance, embodied relationship, psychosomatic/psychotherapeutic consultation-liaison service**

### Prolog und Fallvignette Frau A.

Die Patientin kauert vornüber gebeugt, schwer atmend im Untersuchungszimmer. Vor ihr auf einem Hocker sitzt die junge Stationsärztin, bemüht, aus der gestauten dünnen Vene am rechten Handrücken noch ein paar Tropfen Blut zu gewinnen. Neben der Patientin steht ihre Tochter, sie blickt sorgenvoll, sie berührt ihre Mutter an der Schulter, im Hintergrund die fallführende Ärztin, über ihren Computer gebeugt. „Ich kann nicht mehr, ich will nicht mehr“, sagt Frau A. „Ich mach da nicht mehr mit.

Ich will sterben, will zu meinem Sohn ins Grab, will zum Vater in den Himmel, das ist kein Leben mehr für mich.“

Im Untersuchungszimmer herrscht Ratlosigkeit. Das benötigte Blut ist im Röhrchen, die Atmosphäre und Stimmung im Raum sind beladen mit Fragen und lasten schwer auf den Anwesenden.

Die Patientin leidet an einer Krebserkrankung im fortgeschrittenen Stadium, hat Metastasen im ganzen Körper. Sie ist in ihren späten Siebzigern, hat ihr Leben gelebt. Sie ist zufrieden mit dem, was sie hatte, sagt, sie wurde vor einiger Zeit in eine Medikamen-

tenstudie eingeschlossen. Sie spricht gut auf das neue Medikament an, ihr Leben könnte um einige Zeit verlängert werden, wenn sie die Behandlung fortsetzen würde. Sie müsste sich entschließen, wöchentlich zur stationären Therapie anzureisen. Die Patientin wohnt im Kreise ihrer Familie auf einem Bauernhof anderthalb Stunden vom Klinikum entfernt.

Die Mitarbeiterin des psychosomatisch/psychotherapeutischen Konsiliar- und Liaisondienstes (CL-Dienst) wird gerufen, sie setzt sich auf einen anderen Hocker zwischen die Ärztin und die Tochter, sie nimmt die Hand der Patientin in ihre Hände, nimmt die Klage auf. Sie bestätigt und bestärkt den Wunsch der Patientin, klagt und fühlt mit ihr mit, versucht, einen Resonanzraum zu eröffnen für die vielen Fragen jenseits der Machbarkeiten. Die Patientin braucht etwas mehr Zeit, eine warme Hand, eine ruhige Stimme, eine klare Information über das weitere Procedere und sie braucht Hilfe und Beistand auf der Suche nach einem Hoffnungsschimmer. Sie braucht ein offenes Ohr für ihre Geschichte, für ihre Sorgen und Wünsche, einen leibhaftig anwesenden Menschen, der sie unterstützt, in ihrem Sinne spricht, ihre Fragen mitdenkt. Auch einen, der mit ihr Begrifflichkeiten und Worte findet, einen Beistand, Zeugenschaft für das Ungeheuerliche, das ihr widerfährt, eine Begleitung in dieser schweren Zeit. Die Patientin braucht Zwischenleiblichkeit (Fuchs, 2003) und intersubjektives Angenommensein (Petzold, 2003).

Die Mitarbeiterin des psychosomatisch/psychotherapeutischen Dienstes, eine Ärztin, die auch Psychotherapeutin und Musiktherapeutin ist, hat sich als „Klageweib“ zur Verfügung gestellt. Sie eröffnet den Raum für Verbales, Nonverbales und Musikalisches (Glawischnig-Goschnik, 2010), ermöglicht es, Zeit zu finden zwischen all den weiteren Prozeduren, vermittelt zwischen den Fronten. Der Lebensweg der Patientin ist schon weit fortgeschritten, ihr Wunsch nach Ruhe ist sehr präsent und verständlich. Die CL-Mitarbeiterin versteht sich in dieser existentiellen Krise als Therapeutin im Sinne einer Begleiterin, als Weggefährtin, sie nimmt die Patientin an der Hand, geht mit ihr langsam in den Aufenthaltsraum, hört ihr zu, hört die Geschichte vom zu früh verstorbenen Sohn, die die Patientin bewegt und immer noch traurig macht. „Ich möchte da sein, wo er jetzt ist“, sagt Frau A. „Sie möchten sterben?“, fragt die Therapeutin. „Aber wie soll das jetzt gehen? Das haben wir nicht in der Hand, oder?“, fügt die Therapeutin hinzu. Die Klage der Patientin stößt bei der Therapeutin auf Resonanz, das weibliche Prinzip des Aufnehmens und Ausbrütens durch die Therapeutin ermöglicht nach einer Weile ein weiterführendes Gespräch. Die Patientin sagt, sie möchte sterben, möchte keine weitere Therapie machen, sie sei müde und hoffnungslos. „Da, wo der Sohn jetzt ist, sind Friede, Ruhe“, sagt sie, „hier im Krankenhaus sind Hektik, Angst, Schmerzen.“ Die Patientin ist nicht überzeugt von der neuen Therapie, sie braucht mehr Information,



mehr Hoffnung, mehr Zeit. Gemeinsam mit der behandelnden Ärztin und der anwesenden Therapeutin wird im weiteren Verlauf noch einmal über die Therapie gesprochen, über die voraussichtliche Dauer, über den möglichen weiteren Erfolg, und mit vereinten Kräften gelingt die Wiederankunft der Patientin im Irdischen, im Machbaren, im Technischen, in der Behandlungsrealität – zur Zufriedenheit der Patientin und des behandelnden Teams.

### Klageweiber?

Das Klageweib der Antike als Inszenierung von professioneller, lautstarker Klage und Begleitung in Tod und Sterben erscheint in diesem Zusammenhang geeignet, um verschiedenste Fragestellungen im Krankenhaus- und Behandlungsalltag von Patienten und Patientinnen zu beleuchten. Es geht um Leibhaftigkeit, Leiblichkeit, vielleicht also um mehr Weibliches, um therapeutische Fragestellungen, um verbale und nonverbale Möglichkeiten und Nützlichkeiten im Umgang mit kranken Menschen.

Im medizinischen Alltag ist die Funktion des *Klageweibes* an die Psychologen und Psychologinnen, Therapeutinnen und Therapeuten, an Seelsorgerinnen und Seelsorger delegiert worden, sie verleihen dem Schrecken des Sterbens und der Krankheit Ausdruck, helfen, die vielen Fragestellungen zu verkörpern, und stehen hilfreich bei. Die *Klageweiber* haben sich die vielen Themen der Patientinnen und Patienten einverleibt und bringen sie zum Ausdruck, sind anwesend, sind

durchlässig, stehen zur Verfügung, haben Zeit.

„Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun“, sagen die Palliativmediziner und -medizinerinnen. „Wie halten Sie das aus?“, wird die Mitarbeiterin des psychosomatisch/psychotherapeutischen Dienstes gefragt, „Wie halten Sie diese Belastungen aus, die vielen Geschichten der Patienten und Patientinnen, die Sie mit sich herumtragen?“ Das Klageweib nimmt die Klage auf und gebiert daraus eine Geschichte, gibt der individuellen Befindlichkeit und Bedeutung Raum und Zeit und schlussendlich eine mögliche Form. Ärztliches und pflegerisches Denken, Tun und Handeln haben sich von der Begleitung, von der Beschäftigung mit der Klage oft weit entfernt, ärztliche Kunst ist vor allem der gekonnte Umgang mit technischen Geräten und chemischen Substanzen. Wenn die ärztliche Kunst versagt, am Ende ist, wenn Heilung, was auch immer wir uns darunter vorstellen, nicht mehr erwartet wird, spätestens dann, und vor allem dann, sind die *Klageweiber* aufgerufen, die Menschen zu begleiten, da zu sein, anwesend zu sein, so als ob männliches Denken und Tun sich dann verabschieden müsste und weibliches Sein mit den vielen Fragen der Menschen in Resonanz tritt?

Wenn wir die *Klageweiber* der griechischen Antike hernehmen als Sinnbild des Trauerns, der Begleitung im Sterben und auf dem Weg in den Tod, ins Nichts, in den Himmel, je nach Glaubensüberzeugung, zeigt sich uns hier ein *Weibliches* offenbar als Leibliches in Resonanz? Der ganze Körper,

die ganze Seele, und der ganze Geist sind in Aufruhr, in Bewegung, die Stimme bringt laut und deutlich die Klage zum Ausdruck, hüllt das Sterben ein in einen Mantel aus Gesang und Klang, ein Pallium wird zur Verfügung gestellt, ein Mantel der Trauer, vielleicht der Hoffnung, der alles Biographische einhüllt, das Leben zum Hinübergleiten einlädt, Zeiten strukturiert, Räume zur Verfügung stellt, alltägliche Betriebsamkeit und Funktionalität in Frage stellt.

Das leibliche Anwesendsein als Ausdruck für „presence“ wie Paul Rouseau formuliert:

„Suffering is not a question which demands an answer, it is not a problem which demands a solution, it is a mystery which demands a presence“ (Rousseau, 2010).

## Körper und Geschlecht, Leib und Seele?

„Reden über den Körper bedeutet immer auch Reden über die Anthropologie, die Soteriologie und die Eschatologie ...“ (Heimerl, 2008, S. 1). Im Umgang mit kranken Menschen ist im medizinischen Kontext der Körper der Ort der Krankheit, die Seele fühlt, der Geist versucht zu fassen, zu verstehen. Konzepte zum Körper beinhalten immer auch Konzepte zur Geschlechtlichkeit, meist unausgesprochen. Im medizinischen/therapeutischen „Kampf“ gegen Krankheit und Tod, im Sammeln und Interpretieren von *Befunden* wird oft den vielen Facetten von Leid und *Befindlichkeiten* wenig Platz eingeräumt.

„Die europäische Religions- und Geistesgeschichte des Körpers, die Relevanz des Geschlechts im Körperdiskurs, die Verknüpfung religiöser Sehnsüchte und historischer wie postmoderner Körperbilder, der weibliche Körper als Objekt und Subjekt des Diskurses ...“ (Heimerl, 2008, S. 2) sind Fragestellungen, die im medizinischen Kontext wenig und im Kontext von Spiritualität und Krankheit oder Gesundheit oft nur am Rande gestellt werden. Männliche Seelen in weiblichen Körpern, weibliche Verhaltensmuster in männlichen Gewändern, die Zahl der Variationen im Spiel um Gender und Sexualität sind so zahlreich und bunt wie die Menschen selbst, und die Auseinandersetzung mit diesen Fragen ist oft heikel und für alle Beteiligten schwierig.

## Spiritualität und Matriarchat?

Die Matriarchatsforschung spricht dem Weiblichen besondere spirituelle Selbstverständlichkeit zu. Matriarchate sind in diesem Diskurs als sakrale Gesellschaften definiert mit einem immanenten Begriff von Göttlichkeit ohne eine transzendente Gottheit außerhalb der Welt, die Welt ist selbst göttlich, es existiert keine scharfe Trennung zwischen Alltag und Festtag, arbeiten ist beten und beten ist arbeiten, es gibt keine Trennung von Politik und Spiritualität. In dieser Vorstellung einer Welt ohne Herrschaft und Hierarchie sind also auch Krankheit und Leid eingebunden in eine Polarität des Werdens und Vergehens, ohne Schuld und Sühne, ohne Himmel und Hölle



(Göttner-Abendroth, 2011). In solchem Verständnis von lebendiger gelebter alltäglicher Spiritualität erscheint das Weibliche als Grundkonstante und die Bewegungen zwischen den verschiedensten Polen und Fragestellungen bezeichnen den Fluss, der Weibliches und Männliches, Leibliches und Seelisches, Leben und Tod in sich trägt.

### Zusammenfassung und Ausblick

Im Diskurs zu Gender und Spiritualität wird mit dem Angebot der Funktion des „Klageweibes“ für helfende Personen die Position des Weiblichen, Leiblichen und Emotionalen im Kontext von Begleitung in Krankheit und Sterben zur Disposition gestellt. Weibliches, Leibliches und Spirituelles werden als wesentliche Themen im Umgang mit Menschen in kritischen Lebenssituationen dargestellt. Eine sorgsame weitere Auseinandersetzung mit der Thematik und eine entschlossene wissenschaftliche Aufarbeitung dieser immer noch heiklen Themen, besonders auch im Kontext von „spiritual care“, erscheinen notwendig.

### Literatur

- Fuchs T (2003) Non-verbale Kommunikation: Phänomenologische, entwicklungspsychologische und therapeutische Aspekte. *Z Klin Psychol Psychiat Psychotherap* 51:333–345.
- Glawischnig-Goschnik M, Ladenhauf KH, Hohenberger H (2006) „Dem Unaussprechlichen Resonanz geben“. Tagungsband zur gleichlautenden Tagung der AG „Spiritualität im Krankenhaus“ am LKH- Univ. Klinikum Graz: Eigendruck.
- Glawischnig-Goschnik M (2010) „Glaube, Liebe, Hoffnung“. Verbales, Nonverbales und Musikalisches in Grenzbereichen der CL-Ver-sorgung. *Psychiat Psychotherap* 6:197–201.
- Göttner-Abendroth H (2011) Am Anfang die Mütter. Matriachale Gesellschaft und Politik als Alternative. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heimerl T (2008) Der Skandal des Körpers. Woran der Roman „Feuchtgebiete“ die Theologie erinnern sollte. *Herder Korr* 62:562–566.
- Petzold HG (2003) Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Rousseau P (2010) Presence. *J Clin Oncol* 28:3668–3669.

---

Monika Glawischnig-Goschnik  
Dr. med. univ.

Klinik für medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Universität Graz  
monika.glawischnig-goschnik@klinikum-graz.at

---