

Lachende Gesichter – zerfetzte Glieder: Ein Konflikt nicht nur im Hörsaal*

W. Steinke (Chirurg in IKRK-Missionen)

Die Natur hat es gut eingerichtet: Nach etwa 20 Minuten hat die Empfindlichkeit des Geruchssinns so weit abgenommen, dass ein übler Geruch nicht mehr so intensiv wahrgenommen wird. Man hat sich daran «gewöhnt». Ähnlich verhält es sich mit vielen andern physiologischen Reizen, selbst dem Schmerz. Wer hatte nicht schon eine schmerzhafte Blase im neuen Wanderschuh, die mit zunehmender Wanderzeit zwar noch als störend, aber nicht mehr als so schmerzhaft empfunden wurde? Doch nicht nur auf physiologischer, sondern auch auf psychologischer Ebene geschieht ähnliches. Nach einer Weile lässt die Intensität starker Gefühle nach. Aus der Hirnforschung ist bekannt, dass Verliebte ihre trunkenen Glücksgefühle nur aufrechterhalten können, indem sie die VTA-Region (ventral tegmental area) im Stammhirn immer wieder durch Endorphine, die beim Austausch von Zärtlichkeiten ausgeschüttet werden, neu stimulieren. Aber selbst diese Reize verlieren mit der Zeit ihre Wirkung.

Das gleiche Phänomen tritt glücklicherweise auch bei negativen Emotionen auf. Der erste unfassbare Schrecken, der uns beim Anblick der Terrorangriffe in New York in die Glieder fuhr, verebbt nach einiger Zeit und macht anderen Gefühlen Platz. Es handelt sich um einen zeitlich begrenzten Schutzreflex, der das Handeln völlig verunmöglichen würde, wenn er auf Dauer aufrechterhalten bliebe.

Ähnlich verhält es sich auch mit dem krankheits- oder unfallbedingten Leid, dem man als Arzt tagtäglich begegnet. Gäbe es nicht diesen «Gewöhnungseffekt» in der Perzeption menschlichen Elends, dann wäre der Beruf des Arztes unerträglich. Man wird durch die dauernde Konfrontation mit der schlimmen Realität des medizinischen Alltags widerstandsfähiger. Es mag einerseits eine Charaktersache sein und andererseits vom Ausmass der Exposition an Leid ab-

hängen, wie weit diese «Angewöhnung» geht und wieviel von der Fähigkeit, mit dem Patienten mitzuleiden, übrigbleibt. Das Vermögen, dem Patienten gegenüber menschliche Wärme und Mitgefühl aufzubringen, ist eine der Säulen ärztlichen Handelns – und nicht die unwichtigste. Sie zeichnet den guten Arzt aus und wird vom Patienten dankbar angenommen. Sie darf deshalb nicht auf der Strecke bleiben.

Der Konflikt, in den man gerät, wenn man täglich Dutzende von Kriegsverletzten behandelt, liegt auf der Hand: Einerseits ist ein grösseres Mass an Gefühlsdistanz – viele nennen das Abhärtung – vonnöten, um die entsetzlichen Wunden im Dutzend zu ertragen, und andererseits braucht es Wachsamkeit, um nicht völlig abzustumpfen oder sogar in Zynismus zu verfallen, sondern hinter jeder Wunde auch noch einen Menschen zu sehen, dem man ebenso seelischen Trost spenden kann. Gewiss, eine Arbeit, die nicht für jedermann und die nur im stabilen psychischen Gleichgewicht zu bewältigen ist. Zwei Dinge haben mir in Afrika bei der Bewältigung dieser Herausforderung geholfen: Grässliche Wunden sind bei uns ebenfalls an der Tagesordnung, wenn sie auch meist nicht durch Projektile, Speere, Minen, Granaten oder Löwen- und Krokodilbisse verursacht sind und nicht in dieser extremen Häufigkeit vorkommen. Aber durch die sporadische Konfrontation mit abgetrennten Beinen von Motorradfahrern, zerquetschten und zerfledderten Händen in Metallpressen und Fräsen sowie Verletzungen aller Art nach Stürzen von Baugerüsten ist eine genügende «professionelle Abhärtung» möglich, um beim Anblick von Kriegsverletzungen nicht jedesmal schockiert zu erleiden und handlungsunfähig zu werden. Das zweite, was mir in der Bewältigung der Arbeit geholfen hat, ist eine Eigenschaft, die den Afrikanern eigen zu sein scheint und jedenfalls einem «Erstweltler» auffällt: eine gewisse Geistessträgheit und Teilnahmslosigkeit gegenüber dem Leiden und dessen Konsequenzen für die Lebensqualität. Während in unserer Gesellschaft das Individuum z.B. durch die traumatische Amputation eines Beines tief getroffen ist und den damit verbundenen Verlust der Lebensqualität durch die Einschränkung der Mobilität nur wehklagend zu akzeptieren versucht, scheint sich der Afrikaner nicht so sehr mit den zukünftigen Abstrichen an Lebensmöglichkeiten zu beschäftigen und sich darob zu grämen. Er nimmt das augenscheinlich recht entspannt und mit einer fast kindlichen Leichtigkeit hin. Ob es daran liegt, dass die Lebensmöglichkeiten nicht so uferlos sind und deshalb weniger beeinträchtigt werden, oder daran, dass Schäden an der körperlichen Integrität auf andere Weise verarbeitet und Einbusen an Lebensqualität verschieden bewertet werden als bei uns, kann ich nicht beantworten. Jedenfalls ist dadurch der Leidensdruck sowohl für den Patienten als auch für den Arzt geringer. Nicht wenige der jungen Krieger sehen es denn auch als ihr erstes Ziel an, bald wieder in den Kampf ziehen zu können. Eine Haltung, die einem Westeuropäer nach einer schweren Schussverletzung oder gar dem Verlust eines Beines wohl fremd wäre.

* Replik zum Beitrag von C. Hurni [1].

Korrespondenz:
Dr. med. Wolfgang Steinke
Universitätsspital
Viszeralchirurgie
CH-8091 Zürich
E-mail: steinke@smile.ch

In innere Konflikte bin ich als Chirurg im humanitären Einsatz nicht geraten. Wohl aber habe ich mir während eines solchen Einsatzes Gedanken über den Menschen und das Leben gemacht. Die Wirkung Verletzter aus einem wirklichen Krieg ist unmittelbarer und regt viel mehr zum Denken an als Filmverletzte, wie wir sie in den so zahlreichen Hollywood-Action-Streifen gemütlich im Sofa bei einem Glas Bier und Erdnüssen «konsumieren». Diese Dekonditionierung – nämlich die Verknüpfung von eigentlich schrecklichen Erlebnissen mit angenehmen Empfindungen – nimmt dem Schrecken seine Realität und ist einer der möglichen Gründe für die zunehmende Verrohung und Gewaltbereitschaft bei Konfliktlösungen in unserer sogenannten zivilisierten Gesellschaft. Das hautnahe Miterleben der wirklichen Konsequenzen einer bewaffneten Auseinandersetzung lässt einen hingegen erschauern. Denkt man angesichts dieses Kriegselends logisch weiter, so ergibt sich bei gesundem Menschenverstand die Konsequenz, dass – völlig unabhängig von einer religiösen Überzeugung – die Nächstenliebe wohl doch das intelligentere Prinzip im Umgang mit dem Mitmenschen ist als die tief verwurzelte und weitverbreitete «Auge um Auge»-Haltung. Diese führt nach den Worten Mahatma Gandhis schliesslich zur völligen Blindheit der Menschen. Die Einschätzung Gandhis teilt man spätestens nach Einsätzen mit dem IKRK uneingeschränkt. Die beständige Umsetzung dieser Überzeugung im Alltag ist (wie wir alle wissen) jedoch eine unserer schwierigeren Lebensaufgaben.

So nimmt man neben dem Elend, mit welchem man bei dieser traurigen Arbeit konfrontiert wird, auch positive Dinge mit nach Hause. Die Erweiterung des beruflichen Horizontes ist sicher unbezahlbar, doch das scheint noch die geringste «Entschädigung» für die Strapazen eines humanitären Einsatzes zu sein. Ungleich wertvoller sind die menschlichen Kontakte und die uneingeschränkte Dankbarkeit der Patienten, die man erfährt und nie mehr vergisst. Die direkte Konfrontation mit der grenzenlosen Armut, dem Hunger und dem Elend lässt einem diese traurige Realität fast körperlich bewusst werden und löst eine tiefe Dankbarkeit gegenüber der eigenen, absolut privilegierten Situation in einem reichen und geschützten «Erstwelt»-Land aus. Und nicht zuletzt bewirken die Erlebnisse auch eine tiefere Einsicht in das menschliche Verhalten und führen zur Überzeugung, dass die Bewahrung ethischer Werte im Umgang mit dem Mitmenschen eine Aufgabe ist, um die man sich täglich auch im kleinen immer wieder bemühen muss.

Literatur

- 1 Humi C. Konflikt im Hörsaal. Schweiz Ärztezeitung 2001; 82(36):1926-7.