

Zeitschrift: Internationale kirchliche Zeitschrift : neue Folge der Revue internationale de théologie
Band: 80 (1990)
Heft: 4

Artikel: Forum A: "Ihr seid das Licht der Welt"
Autor: Maurer, Karin / Reverdin, Claude
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-404780>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 19.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

FORUM A: «Ihr seid das Licht der Welt»

Sexualethische Aspekte der medizinischen Aids-Aufklärung

(Frau Dr. Karin Maurer, Freiburg i. Br.)

Es ist mir ein wichtiges Anliegen, Aids in grössere Zusammenhänge zu stellen, damit wir alle zu einem möglichst vorurteilsfreien Empfinden und Verstehen dieser Krankheit und der davon Betroffenen gelangen. Diese Krankheit hat in der Bevölkerung eine Bedeutung erreicht, die nicht für die medizinische Wirklichkeit steht, sondern für die Angst des Menschen um seine Zukunft, welche die Welt am Ausgang dieses Jahrtausends umtreibt. Welche Bedeutung hat also Aids, welche Konsequenzen ziehen wir, und wie gehen wir damit um?

Susan Sontag spricht in ihrem Buch «Aids und seine Metaphern» vom Status, den eine Krankheit hat. Der Status von Aids ist denkbar schlecht aufgrund emotionaler Überfrachtung und stereotyper Mechanismen, die bei allen möglichen Gelegenheiten in Gang gesetzt werden. Anscheinend brauchen alle Gesellschaften eine Krankheit, die sie mit dem Bösen identifizieren und ihren Opfern als Schande anlasten können; doch ist es schwierig, mehr als eine Krankheit zu verkraften. So hat Aids den Krebs in seiner Bedeutung abgelöst. In früheren Jahren galt Krebs als eine Krankheit, zu der jene neigen, die psychisch angeschlagen sind und alles in sich hineinfressen. Die Lungentuberkulose galt im vorigen Jahrhundert als Krankheit der Übersensiblen, der Hochbegabten und von Leidenschaften Verzehrten. Nachdem es Aids gibt, wird der Krebs als ernste Krankheit begriffen, die weder mit Fluch noch Strafe noch Peinlichkeit behaftet ist. Aids aber ist gleichbedeutend mit Tod und Vernichtung. Ein weiterer Unterschied besteht darin: Krebs lässt die Zellen wuchern, Aids lässt sie sterben. Krebs befällt den Einzelnen, Aids darüber hinaus die Gruppe. Aids wird im Unterschied zu Krebs ganz anders erlebt, und zwar ähnlich wie die Cholera, die Pocken, die Pest und die Syphilis vergangener Zeiten. Paracelsus sprach im 16. Jahrhundert in bezug auf die Syphilis von jener schlimmen Krankheit, die die ganze Menschheit überschwemmt zur Strafe Gottes für die allgemeine Zügellosigkeit. Genauso wird Aids heute in manchen Kreisen als Strafe Gottes an sittenlosen Kollektiven verstanden. Diese Krankheit wird auf vormo-

derne Weise begriffen als eine Krankheit, die sogenannte Risikogruppen befällt. Dieser Begriff klingt neutral und bürokratisch, aber doch lebt in ihm die Idee der verdorbenen Gemeinschaft. Ein typisches Merkmal dieser vormodernen Krankheiten ist, dass die Krankheit stets von irgendwoher eingeschleppt wurde. In unserem Fall soll sie vom Schwarzen Kontinent stammen als neue Prüfung aus der Dritten Welt. Aids muss für vieles herhalten, auch für die ideologische Mobilisierung gegen abweichendes Verhalten. So wird Aids meist mit Homosexualität in Verbindung gebracht und diese mit Analverkehr. In Frankreich heisst Aids «Le Sida». Ein politischer Gegner ist ein Sidaist. Ein Minister Südafrikas äusserte, die Krankheit sei von Bergarbeitern schwarzer Stämme eingeschleppt worden. Die totalitären Staaten sind stolz, keine Probleme dieser Art zu haben. So gebraucht man diese Krankheit zu politischen und vielerlei anderen Zwecken. Jeder Missbrauch und alle diese kollektiven unbewussten Verhaltensmechanismen stehen einer sachlichen Aufklärung im Wege. Zur sachlichen Aufklärung gehören umfangreiche Informationen, die ich Ihnen vermitteln werde, aber auch anthropologische und ethische Aspekte, da es bei diesem Thema um Menschen geht. Im ersten Teil informiere ich über medizinische Fragen, die Epidemiologie und die Eigenschaften des Virus. Im zweiten Teil diskutiere ich Fragen der Ethik und der Erziehung.

I.

1. Das Krankheitsbild Aids

Die erworbene Immunschwächekrankheit stellt das letzte Glied einer Kette von Symptomen dar. Fälschlicherweise wird der gesamte Krankheitsverlauf vom ersten Auftreten von Symptomen bis zum Vollbild der Erkrankung als «Aids» verstanden. Das Endstadium ist Aids und ist geprägt durch eine hochgradige Immunschwäche. Die Krankheit läuft bei den meisten HIV-Infektionen etwa nach demselben Schema ab. Die Zeitabstände zwischen den Stadien und die Inkubationszeiten variieren stark. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen können wir heute ein Schema des Verlaufs erkennen und die Krankheit in verschiedene Stadien unterteilen.

1. Die Infektion: Oft wissen wir nicht, wann sie stattgefunden hat. Dies gilt nicht für die Infektion durch eine Bluttransfusion; für diese kann man den Termin rückwirkend feststellen.

2. Die Inkubationszeit: Darunter versteht man die Zeit von der Infektion bis zur Serokonversion, das heisst die Zeit bis zum ersten Auftreten von Antikörpern im Blut (es gibt allerdings auch sogenannte Nonresponder, die gar keine Antikörper entwickeln). Diese Zeit kann Wochen bis zu 10 Jahren dauern. In diesem Zeitraum kann eine Art grippaler Infekt ablaufen und spontan abklingen. Das subjektive Wohlbefinden ist wiederhergestellt, die Infizierten sind voll leistungsfähig.

3. Es schliesst sich die Latenzzeit an, die wiederum Monate oder Jahre dauern kann. Das subjektive Wohlbefinden bleibt auch jetzt noch erhalten. Oft stellt man in diesem Stadium zufällig auffallende Laborwerte fest.

4. Nach mehreren Jahren entwickelt sich das LAS (Lymphadenopathiesyndrom) mit generalisierten Lymphknotenschwellungen und geringer Allgemeinsymptomatik. Die Abwehrschwäche ist noch nicht ausgeprägt.

5. Später entwickelt sich ein deutliches Lymphadenopathie-Syndrom, das man als ARC (Aids related complex) bezeichnet. Symptome sind Nachtschweiss, Fieber, Gewichtsverlust, Durchfall. Jetzt ist der Immundefekt ausgeprägt.

6. Im Endstadium entwickelt sich das Vollbild von Aids, also die eigentliche Aids-Erkrankung mit schwerem Immundefekt, zahlreichen, oft verschiedenen opportunistischen Infektionen, die gleichzeitig auftreten können, Tumoren, neurologischen und psychiatrischen Symptomen. In diesem Endstadium tritt oft ein erheblicher Abbau der Hirnsubstanz ein. Auch die Verbreitung der Tbc hat auffällig zugenommen. Der WHO wurden 1989 weltweit 10 Millionen Tbc-Fälle gemeldet.

Was bedeutet der Begriff «Opportunistische Infektionen»? Diese Infektionen spielen beim abwehrgesunden Menschen keine Rolle. Beim Abwehrgeschwächten gewinnen sie jedoch die Oberhand. Es gibt eine grosse Anzahl verschiedener Erreger, die für den Ausbruch verantwortlich sind. Es handelt sich um Viren (z. B. den Erreger der Gürtelrose), Protozoen (z. B. *Pneumocystis Carinii*), Bakterien (z. B. *Mykobakterium tuberculosis* und *Salmonellen*) und Pilze (z. B. Soorpilzerreger: *Candida albicans*).

Die neurologischen Symptome des Spätstadiums kommen dadurch zustande, dass das Virus Gehirn, Rückenmark und Nerven schädigt. Dies führt zu Verhaltensstörungen, Apathie, Gedächtnisstörungen, Lähmungen, Krampfanfällen und Psychosen. Aufgrund dieser Er-

kenntnisse ging man in den USA in den letzten drei Jahren von der bisherigen liberalen Haltung gegenüber Aids ab und verlangt nun den HIV-Test bei Bewerbern für den öffentlichen Dienst, bei Piloten und bei Verursachern von Verkehrsunfällen.

Ihnen allen ist bekannt, dass sich Aids seit etwa 1979 zu einer Krankheit entwickelt hat, die nicht nur unseren Kontinent, sondern die ganze Welt bewegt. Die Angst ist gross, weil uns noch kein Impfstoff und kein Heilmittel zur Verfügung stehen. Dabei handelt es sich nicht um eine Seuche wie etwa die Cholera, wohl aber doch um eine tödlich verlaufende Infektionskrankheit, die vorwiegend solche Menschen erfasst, die sich in die Gefahr eines leichtfertigen Sexualverhaltens bringen. Wir sollten uns jedoch den Begriff der Risikogruppen abgewöhnen, da er missverständlich ist. Man könnte glauben, von diesen Gruppen ginge ein Risiko aus und die Diskriminierung ist dann bereits voll im Gange.

Es ist mir wichtig, darauf hinzuweisen, dass von diesen Gruppen bei normalem sozialem Umgang keinerlei Gefahr ausgeht. Übrigens wird kaum bedacht, dass wir – die Gesunden – die Geschwächten gefährden. Wir können für die Abwehrgeschwächten eine tödliche Gefahr bedeuten, wenn wir unsere Grippeviren oder andere Erreger an diese Menschen weitergeben. Aus diesem Grunde sollte das Hygienebewusstsein der Bevölkerung geschärft werden.

Sprechen wir also nicht mehr von Risikogruppen, sondern von risikotragenden Gruppen.

Aids ist eine neue Krankheit, denn sie war uns früher nicht bekannt. Daher gerieten viele Menschen in Panik, als von dieser Krankheit berichtet wurde. Die ersten Krankheitsfälle wurden 1979 beschrieben. Sie wurden in New York an drei Homosexuellen beobachtet, die am sogenannten Kaposi-Sarkom erkrankt waren. Alle drei waren zuvor in Haiti gewesen. Weitere Untersuchungen ergaben dann einen Bezug zu Afrika. Die Viren stammen mit grosser Wahrscheinlichkeit von der Grünen Meerkatze, einer Affenart, die in Zentralafrika beheimatet ist. Sie sind irgendwann auf Menschen übertragen worden. Namhafte Virologen glauben, dass solche Erreger schon seit Jahrtausenden existieren, aber vielleicht in einer inaktiven Form. Diese Art von Viren, die man Retroviren nennt, ist unter den Tieren weit verbreitet, ohne für den Menschen pathogen zu sein.

2. Die Epidemiologie von Aids

Ob die Anzahl der Erkrankten, die an die Weltgesundheitsorganisation WHO gemeldet wurde, stimmt, hängt ab von der Zuverlässigkeit der Meldung und Erfassung. Wir müssen mit einer hohen Dunkelziffer rechnen, da längst nicht alle Länder ihre Fälle an die WHO melden. Die Zahl der Aids-Fälle, die bis Ende Juni 1990 an die WHO aus 156 Ländern gemeldet wurde, liegt bei 266 098. Das bedeutet eine monatliche Zunahme von etwa 3000 Erkrankungen. Die wirkliche Zahl dürfte etwa bei 600 000 liegen. An der Spitze liegen die USA, es folgen Uganda, Zaire, Brasilien, Frankreich, Italien, Schweiz, Kenia, Spanien und die BRD. Nach Kontinenten aufgeteilt liegen Nord- und Südamerika an der Spitze. In Europa ist der Süden zwei-, dreimal häufiger betroffen als der Norden. Nach Berechnungen, die man im Juli 1990 angestellt hat, gibt es weltweit 10 bis 12 Millionen Aids-infizierte Menschen. Der Generaldirektor der WHO befürchtet, dass um das Jahr 2000 weltweit jährlich 1 Million Menschen an Aids sterben werden. Zugleich betont er den Zusammenhang zwischen der Ausbreitung von Aids und Armut.

Werfen wir noch kurz einen Blick auf die Dritte Welt, die von Aids hart getroffen wird. Die schlechte medizinische und soziale Infrastruktur dieser Staaten ist der Katastrophe nicht gewachsen. Zentral- und Ostafrika sind nach den bisher veröffentlichten Daten am schlimmsten betroffen. In einigen Städten sind über 25% junger Frauen und Männer infiziert, und zwar sind Männer und Frauen gleich stark beteiligt. Weibliche Prostituierte sind zu 90% HIV-positiv. Die häufigsten Übertragungswege in Afrika sind der heterosexuelle Geschlechtsverkehr und die Promiskuität. Im Verlauf der nächsten 10 bis 20 Jahre rechnet man mit einer Durchseuchung der Bevölkerung von 50% in Afrika. Da durch die Immunschwäche andere Infektionskrankheiten induziert werden, müssen wir mit einer raschen Ausbreitung der Tuberkulose in diesen Ländern rechnen. Umfangreiche Hilfe wird erforderlich und internationale Solidarität, wobei diese Länder nicht in neue Abhängigkeiten gebracht werden dürfen!

Der hohe Durchseuchungsgrad in Afrika ist teilweise darauf zurückzuführen, dass die dortigen Länder finanziell nicht in der Lage sind, Spenderblut zu testen. So wird das Virus durch infiziertes Blut weitergereicht. Das Virus hatte im Ursprungsland Afrika länger Zeit, sich auszubreiten, als in allen anderen Teilen der Erde. Zu dieser traurigen Bilanz tragen auch die sozialen und hygienischen Realitäten bei.

3. Eigenschaften und Verhalten des Virus

Bereits im Jahre 1983, also wenige Jahre nachdem die Krankheit erkannt wurde, gelang es den Forschern vom Pasteur-Institut Paris unter der Leitung von Luc Montagnier, den Erreger, das HIV-Virus, zu identifizieren. Gallo konnte in den USA 1984 das Ergebnis bestätigen und Methoden entwickeln, das Virus herzustellen und damit die HIV-Testung vorzubereiten. Das Aids-Virus ist nur ein zehntausendstel Millimeter gross, also nur elektronenmikroskopisch sichtbar. Es ist ein Retrovirus; Viren sind übrigens nicht-zelluläre Lebensformen.

Für alle lebenden Zellen gilt das sogenannte «Dogma der Zellularbiologie»: Die genetische Information wird in der DNA gespeichert und fliesst über die RNA zu den Proteinen, den Funktionsträgern der Zelle. Man glaubte lange Zeit, die Information könne nur in dieser Richtung fließen. Die Retroviren haben das Dogma erschüttert: Diese Viren enthalten RNA als genetisches Material und ein besonderes Enzym: die Reverse Transcriptase. Mit Hilfe dieses Enzyms wird RNA umgeschrieben in DNA und dieses als Provirus in die Chromosomen der Zelle eingebaut. Das Virus wird zum Bestandteil der Zelle, oder genauer: das genetische Material des Virus wird in die Erbsubstanz der Zelle integriert und kann nicht mehr ausgebaut werden.

- a) Solange also eine Zelle lebt, solange ist sie infektiös; das ist das Heimtückische des Aids-Virus.
- b) Eine weitere Tücke des Virus ist die, dass es zur Gruppe der Lentiviren gehört, das heisst, sie haben eine lange Inkubationszeit bis zu 10 Jahren und mehr, und in dieser symptomlosen Zeit wird das Virus weitergegeben.
- c) Es gibt noch eine weitere, spezifische Eigenart: Nur Retroviren sind in der Lage, in Keimzellen einzudringen und dadurch Nachkommen zu schädigen. HIV ist das erste bekannte Lentivirus, das für den Menschen pathogen ist.
- d) Die Reverse Transcriptase arbeitet nicht sehr «ordentlich», so dass es zu ständig neuen Kombinationen des genetischen Materials kommt.

Alle Retroviren besitzen eine kugelförmige Gestalt; das Virus ist von einer Lipidhülle umgeben, die es beim Ausknospen aus der Zelle, in der es gebildet wurde, erhält. Die Lipidmembran besteht aus Fettmolekülen. Darunter ist eine Kapsel aus kugeligen Kernproteinen.

Diese sind aus etwa 9500 Einzelbausteinen zusammengesetzt, die den Erbsubstanzfaden enthalten. Wenn das Virus eine Zelle infiziert, lagert es sich mit seinen Knöpfen an eine besondere Struktur auf der Zelloberfläche an. Es können nur Zellen infiziert werden, die diese Kontaktstruktur oder diesen Landeplatz besitzen, den sogenannten CD₄-Rezeptor. Ist der Kontakt hergestellt, verschmelzen die Membranen des Virus und der Zelle miteinander, und das Innere des Virus, das sogenannte Virion, nämlich das Informationsmaterial der RNS und das Enzym, werden freigesetzt. Was weiter geschieht, haben wir bereits gehört: Neu gebildete Viren können veränderte Oberflächenstrukturen besitzen, so dass die vom Immunsystem gebildeten Antikörper nicht passen. Auf diese Weise entstanden HIV₂ und vermutlich mehrere andere Typen.

Das Aids-Virus befällt bevorzugt einen besonderen Typ von weissen Blutkörperchen; es sind dies die T₄-Lymphozyten oder CD₄-Lymphozyten. Gallo berichtete im Juni 1988 vom Stockholmer Aids-Gipfel: «Frühzeitig werden Monozyten und Makrophagen befallen. Im Unterschied zu den CT₄-Lymphozyten werden die Makrophagen durch das Virus nicht zerstört. Vielmehr benutzen die Viren die Makrophagen als Vehikel, um ins Gehirn zu gelangen und dort die Mikroglia des zentralen Nervensystems zu befallen. Ein in Stockholm vorgeschlagener Therapieansatz geht übrigens dahin, Infizierten künstlich hergestellte CT₄-Epitope zu injizieren, damit die Viren sozusagen irregeleitet werden und das Immunsystem in Ruhe lassen.

Eine Impfung scheint deshalb im Moment nicht möglich zu sein, weil die biologischen Eigenschaften des Virus sehr schwierig sind, sich ändern und sogar Autoimmunreaktionen provoziert werden können. Durch Stärkung des Immunsystems erreicht man das Gegenteil des Erwünschten, nämlich eine Zufuhr von Nährboden zur Vermehrung der Viren. Das einzige, heute gängige Mittel ist das AZT (Retrovir), das die Überlebenszeit verlängert, jedoch erhebliche Nebenwirkungen hat.

Wir kennen heute in der Bevölkerung fünf Gruppen, die besonders gefährdet sind.

1. Männer mit homo- oder bisexuellen Kontakten;
2. heterosexuelle Drogenabhängige mit intravenöser Drogenzufuhr und gemeinsamer Benutzung von bluthaltigen Nadeln (Needle-Sharing);
3. Bluterkrankte;

4. Personen mit heterosexuellen Kontakten zu Angehörigen von exponierten Personen;
5. Empfänger von Bluttransfusionen.

Dazu muss angemerkt werden, dass seit September 1985 in vielen Ländern alle Blutspenden auf HIV-Antikörper untersucht werden. Alle Blutpräparate wie z. B. Plasma, Gerinnungsfaktoren, Albumin- und Globulinpräparate sind frei von HIV. Vollblutkonserven sind weiterhin mit einem minimalen Risiko behaftet.

Folgende Übertragungswege des HIV-Virus sind bekannt:

1. Geschlechtsverkehr;
2. Drogenzufuhr mit infizierten Nadeln;
3. Transfusion von Blut;
4. HIV-Übertragung von infizierten Müttern auf das Kind;
5. sonstige, wie Samen- und Organspenden oder Unfälle.

HIV kann aus Tränen- und Speichelflüssigkeit isoliert werden, jedoch ist eine Übertragung nicht gesichert. Eine Übertragung durch normale soziale Kontakte ist nicht bekannt.

II.

1. Ethische Fragen

Alle Aufklärungsarbeit wird im Keim erstickt, wenn sie nicht zu Verhaltensänderungen führt. Aufklärungsarbeit, die in die Forderung nach Gesetzen und Appellen mündet, entbindet den einzelnen Menschen von der Verantwortung; denn, so kann er denken, «der Staat mit seinen vielfältigen Institutionen wird das Problem schon lösen».

Auch der Ruf nach mehr Forschung und nach Impfungen kann von Verhaltensänderungen entbinden. Aufklärungsarbeit, die von der Kondomwerbung bestimmt wird, ist im Moment notwendig und hilfreich, auf längere Sicht jedoch unbefriedigend. Aufklärungsarbeit, die rein naturwissenschaftlich orientiert ist, löst die Probleme nicht. Schon vor Jahrzehnten haben Victor von Weizsäcker und die Heidelberger Schule der psychosomatischen Medizin darauf hingewiesen, dass die medizinische Anthropologie ganzheitlich und personal sein muss. Wie soll also komplexe Aufklärung aussehen?

Über Sexualität wird in Familien und Schulen im Gegensatz zu früher relativ offen gesprochen. Fragen der Ethik und damit der indivi-

duellen Einstellung und Verhaltensänderung werden in unserer Gesellschaft weitgehend tabuisiert: Teilweise aus Angst, man könne als Moralapostel gelten, oder aber aus Angst, man müsse eigene Verdrängungen aufbrechen und bei sich selbst ansetzen. Diese Angst der Erzieher bewirkt wiederum eine unbewusste Erziehung zur Angst; Aufklärungsarbeit muss aber Erziehung zur Verantwortung und Liebesfähigkeit sein. Naturwissenschaftliche und sexualethische Aufklärungsarbeit ist mit Fortschritt und Reifung verbunden und hat nichts mit repressiven Methoden zu tun. Teile der Gesellschaft haben aus der Sexualität ein moralisches Problem gemacht; Sexualität ist aber keine moralische Frage, sondern ein Beziehungs- und Reifungsphänomen, das heisst, sie hängt zusammen mit der Einstellung des Menschen zu sich selbst und zu anderen; im weiteren Sinne ist Sexualität natürlich auch ein gesellschaftliches Problem.

Freud hat darauf hingewiesen, dass das Gesetz lediglich Verdrängungen zustande bringt. Auch die Tabuisierung sexueller Fragen fördert die Verdrängung. Das sexuelle Leben kann in einer modernen Industriegesellschaft nicht sich selbst überlassen sein. Die Gestaltung der sexuellen Triebkräfte erfordert verantwortliche und freie Personen, die in der Lage sind, auch Verzicht zu leisten, um die Triebe anderen Zielen zuführen zu können. Freud spricht in diesem Zusammenhang von Sublimierung: Durch Verzicht und Rücksichtnahme aufeinander, die in der gegenwärtigen Bevölkerungsdichte notwendig sind, können Konflikte vermieden und soziales Leben sinnvoll gestaltet werden.

Der Theologe und Psychoanalytiker Scharfenberg hat darauf hingewiesen, dass die menschliche Sexualität reifungsbedürftig ist; es sollten Reifungshilfen gefunden werden, damit die primär narzisstische Prägung der Sexualität angenommen und überwunden werden kann. Der Begriff «Narzissmus» stammt bekanntlich aus der griechischen Mythologie. Ein Jüngling namens Narzissos verliebte sich in sein Spiegelbild, so dass er nur sich selbst als Objekt seiner Gefühle und Triebkräfte lieben konnte. Das Sexualverhalten unserer Zeitgenossen ist in seiner narzisstischen und konsumorientierten Prägung oft unreif. Viele Menschen sind der Ansicht – diese Erfahrung habe ich bei meinen Gesprächen immer wieder gemacht –, sie dürften nicht die Vorteile aufs Spiel setzen, die sie aus den Jahren der sogenannten «sexuellen Befreiung» in den sechziger Jahren herübergerettet haben, und die emanzipatorische Bewegung müsse weitergehen. War diese Bewegung wirklich emanzipatorisch? Heute heisst Fortschritt und Emanzi-

pation: Umdenken aus Einsicht, Entscheidungen treffen aus dem Gefühl der Verantwortung und nicht aus den Zwängen des Konsumverhaltens. Verantwortung für den anderen muss Mode werden, der Narzissmus in der Sexualität ist bereits veraltet. Diese ethischen Fragen werden häufig zögerlich und verwaschen formuliert und brauchen Konturen. Es ist tatsächlich recht schwierig, in der gegenwärtigen, geistig strukturlosen Gesellschaft über Ethik oder sogar ethische Normen zu sprechen, da hierbei zwangsläufig Tabus berührt werden, die jedoch abgebaut werden müssen, um Verhaltensänderungen in Gang zu bringen. Lernen heisst immer auch, Einstellungen und Verhaltensweisen ändern.

Auch in der staatlichen Gesundheitspolitik müssen Tabus angetastet werden wie z. B. die Situation im Strafvollzug, also der Umgang mit Drogen und der Ersatzhomosexualität. Selbsthilfegruppen in Gefängnissen und die kostenlose Verteilung von Kondomen an Gefangene, Prostituierte und Fixer müssen zur Selbstverständlichkeit werden. Jeder Fixer sollte seine eigene Nadel haben. Nur das vorurteilsfreie Akzeptieren der Realität kann in der Aids-Verhütung weiterhelfen. Bei allen Überlegungen geht es nicht darum, Panik zu machen oder Angst zu schüren – Angst lähmt –, sondern um eine ernsthafte, ehrliche und realitätsgerechte Entwicklung von Programmen für die Gegenwart und die Zukunft. Im Zentrum der Aids-Problematik steht die Ansteckungsgefahr. Die überwiegende Form der Ansteckung ist die sexuell bestimmte Interaktion zwischen Menschen, die schon infiziert sind, und nicht infizierten Menschen.

Es erscheint mir wichtig, jetzt das Thema «Aids und Sexualität» in einen grösseren Zusammenhang zu stellen und zu fragen, wieso sich diese Krankheit in diesem Ausmass verbreiten konnte. Das Sexualverhalten hat sich in den letzten Jahrzehnten in den USA und in Westeuropa verändert. In den sechziger Jahren kam es zur sogenannten «sexuellen Revolution» durch die Pille, die sich auf breiter Basis als empfängnisverhütendes Mittel durchgesetzt hat, durch das risikoreiche Verhalten der Single-Gruppen in den USA, durch sexuelle Gewohnheiten, die sich in den Subkulturen ausbreiteten, ausserdem durch hochwirksame Medikamente, mit deren Hilfe man sämtliche Geschlechtskrankheiten bekämpfen konnte. Manche unter Ihnen können sich bestimmt noch an den Slogan der sechziger Jahre erinnern: «Make love no war!» Er stammt aus der amerikanischen Pazifistenbewegung. Marxistisch orientierte Berliner Studenten verbreiteten damals die Parole: «Wer zweimal mit derselben pennt, gehört schon zum

Establishment!») Promiskuität wurde zur Ideologie erhoben, die ihrerseits wiederum die Tendenzen zu mehr oder weniger wahllosem Sexualkonsum verstärkten. Auch der Sextourismus muss hier genannt werden.

Durch die Einführung der Pille wurden die Frauen zwar von der Angst vor unerwünschter Schwangerschaft befreit, sie führte jedoch zu einer Entkoppelung von Sexualität und Zeugung. Aus Statistiken, die man unter den Studentinnen erhoben hat, lässt sich erkennen, dass sich deren Verhalten seit der Pille radikal veränderte. Der Anteil der Studentinnen mit Koituserfahrung bis zum zwanzigsten Lebensjahr erhöhte sich von 20% auf 80%. In der Tat kann hier von revolutionären Veränderungen gesprochen werden. Diese radikale Veränderung hat einen Zustand der Normlosigkeit geschaffen, die von vielen Menschen als Verwirklichung menschlicher Freiheit freudig begrüsst und gründlich missverstanden wurde. Nach einer Theorie des französischen Soziologen Durkheim birgt ein Zustand der Normlosigkeit die Gefahr in sich, dass die Selbstregulierungskräfte einer Gesellschaft nicht mehr ausreichen, deren Stabilität zu erhalten. Es fragt sich, ob neue Normen erstellt werden.

An dieser Stelle gibt die jetzt heranwachsende Jugend Anlass zur Hoffnung. Sie äussert Wunschvorstellungen in bezug auf Partnerschaft in Treue und Beständigkeit. Aufgrund vieler Gespräche mit jungen Menschen komme ich zu diesem Ergebnis: Viele ziehen Konsequenzen aus den labilen Beziehungen ihrer Eltern. Wir können also berechtigt hoffen, dass wieder das Jugendalter als Vorbereitungsphase späterer, reifer Sexualität dient. Diese notwendige Vorbereitungsphase war in der Generation der sechziger Jahre weitgehend beseitigt. Sexuelle Enthaltsamkeit und Jungfräulichkeit waren verpönt. Sexuelle Aktivität wurde gesellschaftsfähig und in den Medien als erstrebenswertes Leitbild verbreitet. Es entstand ein Leistungsdruck, der nach meiner Ansicht auch durch die Veröffentlichungen des Kinsey-Reports verstärkt wurde. Auf der anderen Seite muss ganz klar gesagt werden, dass auch Enthaltsamkeit und Jungfräulichkeit zwanghaft aufrechterhalten werden können. Im Hintergrund stehen dann die Autorität der Moral, Ängste und Abwehrmechanismen, mangelnde Vitalität und die auf den Verdrängungen basierende Depression. Der Druck von aussen – das gilt für sexuelle Aktivitäten genauso wie für Inaktivitäten – ist fremdbestimmt und führt zu zwangsneurotischen Verhaltensweisen und narzisstischen Fixierungen. Dadurch werden lebendige Beziehungen zwischen Menschen und deren Reifungspro-

zesse auf ein Minimum reduziert. Zur Pille möchte ich noch eines zu bedenken geben: Durch die Pille können die Folgen des Geschlechtsverkehrs zuverlässig kontrolliert werden. Das führt jedoch dazu, dass sich die Partner untereinander weniger informieren; sie empfinden weniger gemeinsame Verantwortung. Die sogenannte sexuelle Emanzipation macht sie voneinander unabhängiger, so dass der Geschlechtsverkehr weniger als körperliche Vereinigung erlebt wird, vielmehr als eigene Bedürfnisbefriedigung. Die Sexualität wird versachlicht und von einer emotional begründeten und sprachlich artikulierten Beziehung abgelöst. Die Durchsetzung der Pille hat zu mehr Verhütung geführt und gleichzeitig zu mehr sexueller Aktivität, zu Partnerwechsel und Zunahme sexueller Praktiken.

Der Wegfall von Beschränkungen wirft jedoch die Frage nach neuen sozialen Normen des Sexualverhaltens auf. Der amerikanische Soziologe Riesman spricht von einer Aussenlenkung des Menschen in der modernen Industriegesellschaft; der Mensch entscheidet sich nicht aufgrund eigener und verinnerlichter Wertmassstäbe über sein sexuelles Verhalten, sondern unter dem Druck von Ausseneinflüssen. Liebe und Sexualität haben nur noch wenig miteinander zu tun. Die sogenannte sexuelle Befreiung gefährdete den Aufbau persönlicher Bindungen, somit auch die soziale Integration des Menschen. Interessanterweise gilt jedoch dasselbe auch für zwanghaft unterdrückte und nicht mit Leben erfüllte Sexualität. Aus irrationalen Ängsten gespeiste sexuelle Inaktivität schränkt auch die Erlebnis- und Gestaltungsmöglichkeit von Gefühlen ein.

Gefährlich ist jedoch die Erziehung der Jugend zur ängstlichen Anklammerung, die jede freie Partnerwahl blockiert und im Zusammenleben zwischen Partnern verhängnisvoll sein kann. Es gibt Beziehungen, die scheitern, und es gibt Ehen, die geschieden werden müssen um der Menschenwürde willen. Partnerschaften, die aber aus Angst aufrechterhalten werden und damit vom Leidensdruck bestimmt sind, bilden keine Grundlage für ein sinnvoll gelebtes Leben.

In diesem Zusammenhang halte ich auch noch einen Versuch für wichtig, die Diskriminierung von Randgruppen und deren Entstehung zu erläutern: Die etablierte Bevölkerung projiziert gerne Sehnsüchte aus sich heraus in Anderes, Fremdes und Abnormes und bekämpft dieses gleichzeitig und scheinbar legitim. Dass Randgruppen von Aids bedroht sind, verzeiht man dem Virus noch, aber dass das Virus in den eigenen, sorgsam beschützten Bereichen herumgeistert, wird als Schock erfahren. Es ist tatsächlich eine lebenswichtige Herausforde-

rung, die eigene Doppelmoral aufzuspüren, denn sie suggeriert Unschuld und Sicherheit, die auf der Realebene in vielen Fällen gar nicht existieren. Wir müssen also auch Defizite menschlicher Sexualität in der konventionellen Bürgerlichkeit wahrnehmen. Wo werden diese Defizite sichtbar? In unserer bürgerlichen Gesellschaft kommt es täglich zu ungezählten Nötigungen und Vergewaltigungen an Ehefrauen und sogar an Kindern. Diese Defizite dürften doch wohl unmenschlicher sein als das Gewerbe einer Dirne. Umgekehrt finden sich in homosexueller Freundschaft oft Treue und Zärtlichkeit, von denen viele Eheleute nur träumen können. Wenn jemand seine Sexualität gemäss den kirchlichen ethischen Weisungen innerhalb der Ehe lebt, also monogam und treu ist, ist weder die gelebte Sexualität noch die zwischenmenschliche Beziehung innerhalb dieser Ehe automatisch in Ordnung. Wenn jemand seine Sexualität ausserhalb der Ehe realisiert, bedeutet dies noch lange nicht, dass diese Ehe nicht sehr viel Freiheit, Verantwortung und Zärtlichkeit beinhalten kann. Man wird also genau hinsehen müssen, bevor man Wertungen abgibt.

Der Ausweg aus dem gegenwärtigen Dilemma liegt nicht in der Abwertung des anderen und eigenen Dunkels im anderen, sondern in einem solidarischen Umkehrweg, der die ethischen Werte in der menschlichen Existenz Schritt für Schritt entwickelt. Es gibt keine Patentrezepte, dieses menschliche, gesellschaftliche und medizinische Drama zu lösen. Vor diesem breit angelegten Hintergrund fragen wir nun, welche Massnahmen zu ergreifen sind. Dabei gehen wir von der Bejahung der Sexualität als Teil der Schöpfung aus, die wir bewusst und verantwortlich gestalten müssen, um ihren beglückenden Reichtum nicht zu zerstören. Wenn jedoch Sexualität mit Aids und Angst in Verbindung gebracht wird, ist eine negative Besetzung des sexuellen Erlebens die Folge. Gewiss kann Sexualität auch Angst machen, aber dann wird in vielen Fällen eine tieferliegende Angst durch sexuelle Reize oder Kontakte aktualisiert. Das tieferliegende Problem ist die Lebensangst des Menschen. Diese ist ein theologisches und psychologisches Problem; wird sie der Sexualität angelastet, macht sie den Menschen unfähig zum beglückenden Erleben der Leiblichkeit.

2. Erziehung

In unserer Kultur werden die Grundlagen für das spätere sexuelle Verhalten in der Familie oder in primären Bezugsgruppen gelegt. Angesichts des sich in unserer Gesellschaft vollziehenden sozialen Wan-

dels wird jedoch auch die Schule vor die Aufgabe gestellt, sozialpädagogische Aufgaben wahrzunehmen und Aufklärung zu leisten. Im Zwischenbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestags «Aids: Fakten und Konsequenzen» wird die Aufklärung in drei Stufen gefordert:

1. Die allgemeine Aufklärung über den Einfluss der Massenmedien;
2. die zielgruppenspezifische durch Gruppengespräche;
3. die persönliche durch Einzelgespräche.

Wichtig ist, dass alle drei Formen der Aufklärung angeboten werden. Dabei sollen die jungen Menschen erfahren, dass sie in der Ausrichtung ihres Lebens nicht allein gelassen werden; denn es darf Lehrern und Erziehern nicht gleichgültig sein, ob junge Menschen den Versuchungen kurzfristiger Befriedigung nachlaufen und dem oberflächlichen Konsum verfallen. Die Propagierung von Kondomen, die von jungen Menschen meist abgelehnt werden, ist zwar notwendig, weil durch diesen Schutz Menschenleben gerettet werden können. Beschränkt sich aber das Gespräch auf die Propagierung von Kondomen, so ist dies völlig unzureichend; vielmehr ist es ein Symptom grosser Hilflosigkeit. Eine verantwortungsvolle Pädagogik zielt auf Reifung zu personalen Beziehungen in dauerhafter, verantwortlicher Partnerschaft.

Unser Denken ist derart konsumorientiert, dass sich eine Ethik des Verzichts auf breiter Basis schwer durchsetzen lässt; dennoch sollte versucht werden, Verzicht einsichtig zu machen und behutsam einzuüben. Das ist ja nicht nur eine Einsicht der Sexualpädagogik, sondern der gesamten ökologischen Bewegung, die einen sensiblen Umgang mit der Natur als überlebensnotwendig erachtet. Der ursprüngliche Sinn von Askese heisst Einübung in Freiheit. Ziel der Sozialpädagogik ist es, den einzelnen Menschen zu helfen, ihre Fähigkeiten zur Liebe zu entfalten und in das persönliche und soziale Leben einzubringen. Junge Menschen sollen erfahren, dass die sexuelle Lust nur in der erotischen Liebesbeziehung ihre humane und beglückende Gestalt erhält und ihre Vollendung in einer auf Dauer angelegten Beziehung erfährt.

Die Erziehung zu einer neuen erotischen Kultur ist die Erziehung zur Verantwortung und zur Bindung, wie sie für spätere Ehen und Familien erforderlich werden. Sexualität bedeutet nicht «Ich», sondern «Wir», nicht nur Verantwortung für sich selbst, sondern Mitverantwortung. Sexualität beinhaltet nicht nur narzisstischen Lustgewinn, sondern eröffnet auch gemeinsame Erfahrungen. Der wechselnde Se-

xualpartner ist nicht die Erfüllung der Liebe, sondern kann eine schamlose und zwangsneurotische Ausbeutung des anderen Menschen sein. Durch diese Verantwortungslosigkeit findet nur eine neue Versklavung statt.

Die meisten Jugendlichen leben in festen Partnerbeziehungen, die allerdings nicht auf Dauer angelegt sind und häufig wechseln. Die ersten sexuellen Erfahrungen werden in jüngeren Jahren gemacht und sind nicht mehr so angst- und schuldbesetzt wie früher. Bis zum 16. Lebensjahr haben etwa 40% der Mädchen und etwas weniger der Jungen den ersten Koitus erlebt. Das spielt sich – wie gesagt – im Rahmen fester Freundschaften ab. Wir müssen uns klar darüber sein, dass für junge Menschen die sexuelle Erfahrung auch mit Selbstwertzuwachs verbunden ist. Moralisieren wir bei Jugendlichen, stoßen wir sofort auf Widerstand. Die Aufgabe der Aufklärung und Beratung setzt Einfühlungsvermögen, Aufmerksamkeit und eine Atmosphäre des Vertrauens voraus.

Nicht die Angst vor Aids, sondern die Einsicht und die Überzeugung von der Würde der menschlichen Person bilden die Grundlage der Pädagogik in einer demokratischen Gesellschaft. Die Fähigkeit zur verantwortlichen Gestaltung des Sexuallebens gehört zur menschlichen Reife. Punktuelle Kontakte oder häufiger Partnerwechsel verhindern den Aufbau stabiler Beziehungen. Diese sind Voraussetzungen, dass Enttäuschungen und Frustration akzeptiert werden. Diese Einstellung zu vermitteln und junge Menschen zu diesem Verhalten zu ermutigen, ist eine wichtige pädagogische Aufgabe. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass man mit Jugendlichen am besten ins Gespräch kommt, wenn man ihnen dort begegnet, wo sie gerade stehen. Die Sprache soll klar, offen und verständlich sein. Oft scheitert man am unbewussten Wunsch, den Jugendlichen eine Norm aufzudrängen. Weit verbreitet ist in der heutigen Zeit eine Sprachlosigkeit in anthropologischen und ethischen Fragen. Die Tabuisierung all dieser Themen kann und soll durch das Engagement der Familien, der Erzieher und der Kirchen bewusstgemacht werden. Wenn Beziehungen erlebt und geklärt werden, dann lässt sich auch wieder eine Sprache finden, in der das Wort «Moral» einen positiven Klang bekommt!

Zum Schluss meines Vortrages komme ich noch einmal auf die Aids-Patienten selbst zurück, die überwiegend jüngere Menschen sind. In einer durch diese zum Tod führenden Krankheit geprägten Situation besteht die Gefahr einer wachsenden sozialen Isolation des Patienten. Diese Gefahr ist vor allem dann gegeben, wenn Patienten

und Angehörige zu keiner ehrlichen und offenen Kommunikation finden. Darüber hinaus nimmt diese Gefahr dann zu, wenn sich das Umfeld des Patienten überfordert fühlt. Auch die Angst davor, etwas Falsches zu sagen und mit dem Patienten nicht richtig umzugehen, trägt mit dazu bei, dass der Kontakt mit dem Patienten gemieden wird. Diese genannten Ursachen können zum Aufkommen einer Situation beitragen, die die Auseinandersetzung des Patienten mit der lebensbedrohlichen Krankheit und mit dem Tod erschwert: Gerade in jener Phase, in der er am dringendsten der Kommunikation bedarf, fehlt diese. Krankheit, Sterben und Tod werden dann zu einer Aufgabe, die der Patient alleine lösen muss, in seiner Isolation aber nicht lösen kann. Damit ist auch seine Weiterentwicklung und Reifung in Frage gestellt, weil er nicht mehr in Begegnungen lebt. Martin Buber hat in seiner «Begegnungsphilosophie» herausgearbeitet, dass das «Ich am Du wird». Gelingt dies nicht, wird vielen der soziale Tod beschert, bevor sie physisch tot sind. Aber auch die Gesellschaft ist tot, wenn sie nicht fähig ist, sich dem Sterben zu stellen.

Der Zentralkomitee des Oekumenischen Rates der Kirchen erklärte vor zwei Jahren: «Die Aids-Krise stellt uns vor die grundlegende Herausforderung, in Tat und Wahrheit Kirche zu sein: Kirche als heilende Gemeinschaft zu sein.» In Kalifornien leisten die Kirchengemeinden bereits eine wesentliche Hilfe bei der Begleitung und ambulanten Betreuung von Aids-Patienten, der von Medizinern hohe Anerkennung gezollt wird. Es ist zu wünschen, dass derartige Initiativen überall in verstärktem Mass in Gang kommen und dass sich in dieser Aufgabe alle tragfähigen und das Leben bejahenden Gruppen in unserer Gesellschaft zusammenfinden! Das Leid der Menschen kann nur in Liebe und Solidarität mitgetragen werden.

Mit moralisierenden Urteilen ist niemandem geholfen. Jesus hat die Menschen nicht verurteilt und gerichtet, sondern er hat sich ihnen zugewandt und ihnen zurechtgeholfen. Am Kreuz auf Golgatha hat er das Elend der Welt auf sich genommen. Aus dem Kreuz wächst neues Leben. Möge die Kirche zur heilenden und bergenden Kraft in der heutigen Welt werden!

«Vous êtes la lumière du monde» ... comment projeter cette lumière sur ceux qui approchent la mort?

(Pasteur Claude Reverdin, Genève)

Objectifs

Depuis des siècles, dans notre monde occidental, la mort a été associée à l'angoisse, à une chute dans les ténèbres. Cette anxiété collective a fini par provoquer un tabou qui accentue encore le désarroi. Dans les hôpitaux, en particulier, la mort est devenue l'échec. On la tait, on la cache, on l'isole. Même réaction dans le cadre familial. Pour protéger les enfants, on les éloigne des mourants, tout en les laissant s'installer devant les écrans de la TV où s'étalent violences et morts brutales... J'ai rencontré des adultes ayant atteint la cinquantaine sans avoir vu mourir, ni même aperçu un cadavre.

Tabou de la mort, qui projette dans l'ombre ce qui perturbe.

Depuis quelques années, changement radical: on parle sans cesse de la mort, d'innombrables ouvrages sont publiés à son sujet. Une mode qui permet de la neutraliser et de la banaliser. Encore une façon de canaliser l'angoisse et de fuir la réalité.

Quelle attitude faut-il donc adopter, s'il est tout aussi artificiel de refuser la pensée de la mort, que d'être hanté par cette perspective?

C'est à la simplicité et au bon sens qu'il faut revenir. La mort fait partie de la vie. Elle en est une composante aussi importante que la naissance. Et comme tout ce qui touche à l'humain, elle est éclairée par le Christ. C'est la foi en la résurrection, la conviction que le Christ, fidèle à sa promesse nous rejoint dans notre mort pour nous mener dans le monde de Dieu (relire Jean 14: 1 à 6), qui permet de parler avec naturel et simplicité de la dernière étape de la vie.

Mais pour que le dialogue soit possible avec les grands malades, pour qu'on puisse évoquer avec eux l'échéance finale qui s'approche, il faut qu'ils soient conscients de ce qu'ils sont entrain de vivre, assez lucides pour en parler, pour questionner, pour exprimer ce qu'ils ressentent.

La médecine «curative», qui veut à tout prix maîtriser la maladie ne favorise pas ce dialogue. Si elle est indispensable tant que l'on peut améliorer durablement et avec une bonne qualité de vie l'état du patient, lorsqu'il n'y a plus d'espoir de maîtriser le mal, c'est la médecine «paillative» qui va permettre un bon accompagnement du mourant.

La médecine paillative permet, en effet, de neutraliser la souffrance du malade, tout en le maintenant éveillé et présent. Toutes ses questions auront une réponse et on ne voilera pas la vérité, afin de permettre des relations authentiques. Pour que l'accompagnement se fasse de façon complète et tienne compte de toute sa personne, il est important que le mourant soit suivi par une équipe pluridisciplinaire comprenant médecins, infirmières, aumônier, assistante sociale, en collaboration proche avec sa famille. C'est dans cet entourage qu'il pourra choisir un vis-à-vis avec lequel parler de sa mort.

Le respect pour ce que vit le malade, pour ses options philosophiques ou religieuses doit, bien sûr, être entier. S'il est croyant, l'accompagnement spirituel qu'on pourra lui offrir traversera les remous de la révolte et de l'angoisse, pour

y ouvrir des espaces de sérénité, des pans de lumière qui transformeront sa dernière étape. S'il y a encore des morts difficiles à l'hôpital, il y a aussi des morts lumineuses.

Pour les malades qui souhaitent vivre chez eux jusqu'au bout, il faut aussi susciter des équipes pluridisciplinaires de quartier, pratiquant la médecine palliative, dans lesquelles les pasteurs de paroisses doivent se faire accueillir. Pour cela, il est important qu'ils provoquent des contacts avec les médecins qui travaillent dans leurs régions.

L'Eglise doit être partie prenante de l'accompagnement des mourants, grâce à des laïcs et des ministres bien formés. N'est-ce pas elle qui est dépositaire des promesses du Christ? Ayant traversé et maîtrisé la mort, il est Vie et Lumière pour tous ceux qui, à leur tour, vont affronter cet ultime défi de leur existence.

Bref résumé de l'exposé du 29 août 1990

Chaque malade est unique. Il n'y a pas deux mourants semblables, et donc pas de recette pour l'accompagnement.

Il faut dépasser le tabou de la mort, en particulier dans les hôpitaux universitaires. Il est important à la fois de briser le silence qui l'entoure et ne pas tomber dans le bavardage sur la fin de la vie qui est encore une fuite et une expression d'angoisse.

Pour trouver la liberté d'accompagner les grands malades et de parler simplement de la mort, il faut être conscient des causes de notre propre angoisse et de celle des malades.

– Comprendre la crainte de la souffrance, du «comment?» de la dernière étape qui perturbe nombre de grands malades (parfois plus que la mort elle-même), et y faire face en s'imprégnant d'une bonne analyse des textes bibliques. Ceux-ci nous apprennent que Dieu ne nous a pas créés pour être au fond d'un lit, mais pour être debout et vivants. Tout le ministère du Christ, qui lutte toujours contre la maladie nous le confirme. Dieu est toujours l'allié du malade, et l'Esprit du Christ aujourd'hui comme autrefois accompagne le patient pour l'aider à affronter, parfois à maîtriser le mal. Notre approche du malade doit exprimer cette certitude, qui nous libère de tout jugement sur l'origine de la maladie (important pour l'accompagnement des malades du sida). L'accueil de l'Esprit du Christ par le visiteur est une part importante de la qualité de la rencontre, et contribue à la thérapie du malade.

– Face aux angoisses de la mort et aux interrogations sur l'étape qui suit la mort, c'est encore la lumière du Christ ressuscité qui nous per-

met de parler librement et paisiblement de ces échéances. C'est elle aussi qui nous permet de répondre aux questions des mourants, qui ont tous besoin de parler de leur mort à un interlocuteur de leur choix. L'éclat de la résurrection, s'il est perçu par le mourant lui permet un cheminement serein. Là encore, notre approche, notre regard sur le malade, même dans le silence, doit transmettre notre certitude que la mort, c'est l'entrée dans la Vie. Dans la confusion actuelle des pensées, il faut être lucide sur la dimension de la résurrection qui n'est ni immortalité de l'âme (Platon), ni réincarnation (conception cyclique orientale, à l'opposé de la vision linéaire de l'Évangile).

– Devant la difficulté de bien définir la mort, et l'angoisse que cela implique pour le personnel hospitalier et les familles, ne jamais oublier que le Christ a défini la vie comme une communication avec Dieu, les autres et soi-même (Tu aimeras Dieu, ton prochain comme toi-même). Lorsque cette communication n'est plus possible (mort du cerveau), même si certains organes sont encore mobiles, c'est la mort. Aider, tâche en particulier des aumôniers d'hôpitaux, le personnel médical et les familles à bien percevoir cela pour éviter un acharnement thérapeutique indécent.

– Ne jamais oublier que l'ouïe est sans doute la dernière faculté capable de fonctionner. Toujours parler devant un malade dans le coma comme s'il était présent. Découvrir la liberté de lui dire de façon très brève et simple (pas d'automatismes, ni de formules stéréotypées!) qu'avec le Christ, il va vers la vie.

– Apprendre et intégrer l'importance de la médecine palliative, qui permet de maîtriser la douleur tout en gardant les patients lucides. Promouvoir cette forme de soins dans les hôpitaux: une approche globale du malade par une équipe pluridisciplinaire médico-théologico-sociale. Demander aux médecins de famille, aux pasteurs de paroisse et aux assistants sociaux de quartier de s'initier à cette forme de médecine, et de créer des équipes de travail, qui avec des bénévoles bien formés et la famille, permettront d'accompagner le mourant à domicile. Travailler avec tous ceux qui s'approchent des grands malades l'écoute, le silence créatif, pour les comprendre (empathie) et répondre à leurs vrais besoins.

Une tâche immédiate à la portée de l'Église, qui en est responsable: la formation et l'entretien permanent de la spiritualité de ses fidèles. Catéchèse des enfants, des adolescents et des adultes; prédication; cours de formation d'adultes etc. Parler régulièrement de la souffrance.

france, de la maladie, de la mort et de la résurrection pour que la lumière du Christ traverse les vécus difficiles et perturbants que rencontre tout être humain.

Former des aumôniers d'hospitaux bien préparés à l'entretien avec les malades, les médecins et le personnel hospitalier. Le Saint-Esprit agit volontiers à travers la spontanéité et la compétence!

Bericht Forum A

Das Forum A hat sich unter dem Motto «Ihr seid das Salz der Erde» mit den Thematiken der AIDS-Krankheit und der Sterbebegleitung beschäftigt.

– Einleitend berichtete Frau Dr. K. Maurer über die wissenschaftlichen und ethischen Aspekte von AIDS und sprach dabei über präventive Massnahmen einerseits praktischer Art wie etwa Kondomverwendung, saubere Spritzen, andererseits der Aufklärung und der Erziehung, die sie besonders betonte.

– Pasteur C. Reverdin, der als Spitalseelsorger tätig war, berichtete über seine Erfahrungen in der Begleitung Sterbender. Er regte an, wie wir die Menschen, die dem Tode nahe sind, das Licht Christi erfahren lassen können. Er animierte jeden zum praktischen Engagement in diesem Bereich, wobei es darauf ankommt, das Tabu des Todes zu überwinden.

Die angesprochenen Themen wurden in vier Gruppen diskutiert, wobei die Struktur und das Diskussionsklima in den einzelnen Gruppen sehr unterschiedlich war.

Angesprochen wurden im Bereich «Sterbebegleitung»:

– Die Auseinandersetzung mit dem Leiden und dem eigenen Tod ist Voraussetzung.

– Alle sind dazu aufgerufen, nicht nur die Seelsorger.

– Wichtig ist, dass wir den Sterbenden gegenüber offen sind, dass wir die Bedürfnisse des Sterbenden wahrnehmen und ihn vor allem nicht mit unseren eigenen Problemen belasten.

– Ebenfalls wichtig ist, dass der Tod vom Licht der Auferstehung her gesehen wird und dass dem auch in Trauerfeiern Ausdruck verliehen wird.

– Mit Initiative und Engagement ist es möglich, Spitalstrukturen zu durchbrechen; das ist vor allem dann der Fall, wenn wir es den Sterbenden ermöglichen wollen und können, zu Hause im Kreise der Familie und nicht in der Isolation eines Sterbezimmers im Spital zu sterben. Auch kleine Gemeinden können hier Grosses zu einem menschenwürdigen Sterben beitragen.

Zur AIDS-Problematik wurde über die Fragen der Prävention und der Ethik gesprochen:

– Es wird gefordert: Aufklärung und eine Erziehung zur Verantwortung in der Sexualität. Es bleibt aber die Frage, was diese Verantwortung konkret bedeutet.

– Wichtig ist es, den Infizierten und Erkrankten beizustehen.

– Praktische Beispiele für diesen Beistand wurden durch Mitglieder der sog. Lazaruslegion eingebracht.

Bei der Fragestellung, ob im Zusammenhang mit Leiden und Krankheit die Frage der Schuld überhaupt gestellt werden sollte oder nicht, gab es in einem Teil der Gruppen kontroverse Meinungen, welche die Diskussion erschwerten beziehungsweise unmöglich machten. Durch die Art der Diskussion wurde spürbar, dass Randgruppen noch mehr an den Rand gedrängt werden. Wir haben erkannt, dass über diese Fragen noch viel gesprochen und gearbeitet werden muss.

FORUM B: «Ihr seid das Salz der Erde»

Avec des personnes mentalement handicapées: vivre une communauté fraternelle

(Pasteur Anne-Lise Nerfin, Vézenaz/GE)

Après avoir vu cette série d'images symboliques, et après avoir entendu ce texte affirmant que la vie est toujours possible, vers le haut et vers la lumière, nous pouvons entrer plus avant dans la réflexion et dans la recherche.

1. La réalité vécue par les personnes handicapées

Elle ne diffère guère de notre réalité quotidienne: vivre, trouver (ou recevoir) les moyens de vivre par son travail ou sa présence, manger, dormir, être occupé, se distraire, donner et recevoir de la tendresse. Dans ce cadre très ordinaire, il faut dire tout de même que les choses ne se vivent pas toujours de la même manière que pour nous: et cela dépend de plusieurs facteurs, qui sont fondamentalement le regard porté sur toute différence, et l'évolution de la société quant à sa conception de la personne.

Prenons d'abord l'évolution de la vision de la personne dans la société d'aujourd'hui: l'une des composantes majeures de notre société post-moderne, c'est l'individualisation des attitudes. On commence à bien connaître ce processus (cf. Gilles Lipovetsky, *L'ère du vide*, et *l'empire de l'éphémère*, 1983 et 1987, Bertrand Badie, Pierre Birnbaum, Roland Campiche, et beaucoup d'autres, à la suite de l'Améri-