

Vom Umgang mit Sterben und Tod *Medizin-psychologische Reflexionen zu einem Tabuthema*

Prof. Dr. Hans Peter Rosemeier, Berlin

Auffassungen vom Tode: Die Vorstellungen vom Tod haben sich seit der Antike mehrfach gewandelt: "Vielleicht ist der Tod besser als das Leben" meinte Sokrates; im Barock finden wir eine gewisse Glorifizierung des Todes; der Religionsphilosoph Pascal entdeckt als das "Beste in diesem Leben ... die Hoffnung auf ein künftiges Leben", Leibniz behauptet als Rationalist: "Kein Lebewesen geht gänzlich unter, es verwandelt sich nur", in der Romantik sehen wir dagegen eine Todessehnsucht. Für Schopenhauer ist "der Tod das wahre Ziel des Lebens" (Choron; Winau).

Erleben von schwerer Krankheit: Die Erlebenswelt der Schwerkrankheit ist voller Ängste: Angst vor Bestrahlung, vor der Nacht, vor einem Rückfall, vor dem Sterben; bei Lebensbedrohung kommen Gefühle des antizipierenden Verlustes und eine Isolation vom gewohnten Umfeld auf.

Bewältigungsstrategien gegenüber dem Tabuthema „Tod“: Wenn es um das Ende geht, zeigt sich der Tabucharacter des Themas. Es lohnt sich daher typische Strategien im Umgang mit Sterben, Tod und Töten zu betrachten (Adler). Mit der verbreiteten Strategie der **Vermeidung** werden Tod, Sterben und Sterbende aus der Öffentlichkeit gedrängt oder sie werden in das "Kachelzimmer" verbannt. Schlachthöfe werden, wie früher die Friedhöfe, weit außerhalb der Städte angesiedelt, damit das peinliche Töten der öffentlichen Wahrnehmung entzogen bleibt. Die Strategie einer **Versachlichung** spielt in der Medizin eine große und charakteristische Rolle: Das Denken über den Tod wird in rationale wissenschaftliche Bahnen gelenkt. In dieser Strategie erscheint alles als vernünftig erklärbar, aber der pragmatische Ansatz läßt die ontologische Perspektive, ihre affektive Seite vermissen. Soziale Sicherheitssysteme, Versicherungsangebote können den Tod nicht verhindern. Am deutlichsten wird die Versachlichung in der Anatomie. Die **Identifikation** mit dem Tode entspricht wenig unserem Kulturverständnis. Es gilt vielmehr als deren historischer Vorzug, den Tod quasi besiegt zu haben - durch die Fortschritte der medizinischen Bemühungen. Die Tatsache des Scheiterns der Medizin und die Einwilligung in das Sterben geben uns Denkanstöße für die Bewältigung im Rahmen etwa der Sterbebegleitung. Wir sollten uns so mit dem Tode auseinandersetzen, daß wir uns auf seine Unvermeidbarkeit einlassen, auf ihn als auf einen Teil des Lebens einlassen.

Kindlicher Todesbegriff: Individuelle Bilder vom Sterben und vom Tod entwickeln sich im Verlaufe der Biographie und in der Reifung der ethischen Vorstellungswelt. Das Kleinkind erlebt in der Trennung von den Eltern einen symbolischen Tod. Bevor es den Zeitbegriff erwirbt, ist es nicht in der Lage, Tod und Trennung zu unterscheiden. Später sieht das Kind den Tod als reversibel an und glaubt: "die Toten schlafen nur" oder "die Sarginsassen können auch wieder herauskriechen". Der Tod wird als personifiziert, als Knochengerippe, als Sensenmann wahrgenommen. Schulkinder sehen die Gefahr im Tode und sehen ihn wie Krankheit als Strafe für Ungehorsam an (Habermas, Rosemeier). Jugendliche dagegen sind in der Lage, den eigenen Tod zu instrumentalisieren (z. B. in Form des appellatorischen Suizides) sowie als bewußte Selbstaufopferung in der Begeisterung für eine ehrenvolle bedeutende Aufgabe, indem sie z. B. bereit waren in nationale Kriege zu ziehen um zu Sterben.

Kognitive Todeskonzepte: In unseren Berliner Studien zur Sterbepsychologie wurden über 1000 Personen auf ihre Todeskonzepte hin untersucht (Potthoff, Rosemeier). Es nahmen Kranke, Angehörige von Gesundheitsberufen und Normalbevölkerung teil. In diesen Untersuchungen konnten die vier folgenden subjektiven Todesbegriffe ermittelt werden:

„Lebensende“: Der Tod ist hier nach Aussagen der Befragten "das Ende des Lebens und sonst nichts". Der Tod steht im Gegensatz zum Leben und "ist der Moment des Funktionsverlustes des Organismus". "Er ist das Ende des seelischen Erlebens". Die so Reagierenden zeichneten sich durch einen hohen Bildungsstand aus, durch geringe

Erfahrung im Umgang mit dem Sterben, sie waren überwiegend Männer und Jüngere. In der ärztlichen Gruppe war diese Einstellung häufig vertreten.

„Schicksal“: In resignativer Tönung ist der Tod für einen Teil der Befragten "eine fremde, schicksalhafte Macht", die als unabwendbar gilt. In dieser Todesauffassung hatten die Befragten den Eindruck, daß dem Menschen eine prädisponierte Bestimmung zukomme, daß er aus seiner Existenz herausgelöst werde. In einem magischen Anteil dieser emotionalen Todeskategorie wird seine "Unheimlichkeit", seine "Unvorstellbarkeit" und "Unüberwindlichkeit" betont. Der Mensch ist in seinem Scheitern "hilflos der Macht des Todes ausgeliefert". In dieser Todesauffassung sind Frauen häufiger vertreten und Personen, die den Tod in Pflege oder Verlusten Nahestehender begegnet sind.

„Erlösung“: Für einen Teil der Befragten "befreit der Tod sowohl von Schmerzen und vom Diesseitigen". Er wird als Transition "zu neuem Leben angesehen", "im Jenseits bestehen neue Hoffnungen". "Die Befreiung vom diesem Jammertal", Krankheit und Elend geschieht im Tode als "Befreiung vom Siechtum". Eine Weiterführung des Lebens bedeutet Qual. Der Erlösungscharakter des Todes wird vor allem von gläubigen Menschen vertreten, seltener von Männern.

„Todesangst“: Der Tod ist ein „schreckliches Ereignis“. In dieser Sicht ist er geeignet, die Hilflosigkeit des Menschen und seinen Verlust über die Kontrolle des Lebens zu betonen.

Unsere empirischen Untersuchungsergebnisse weisen zudem darauf hin, daß Personen, die dem Tod häufiger oder näher begegnet sind, im Sinne eigener Betroffenheit und mit pflegerischer Erfahrung, eher bereit oder in der Lage sind, emotionale Kategorien für ihre Sicht vom Tod heranzuziehen. Dagegen bevorzugen Personen, die nur theoretisch den Umgang mit dem Tode pflegen, eine nüchterne und versachlichende Todesvorstellung. Solche Ergebnisse stimmen mit Alltagsbeobachtung an Krankenhäusern überein, wo das Personal hart lernen muß, mit der Trauer des täglichen Geschehens und mit eigenem Scheitern umzugehen.

Angst vor dem Sterben: Angst ist unlustvolle Erregung mit Schutzfunktion. Sie existiert als Realangst bzw. Furcht bei echter Gefahr, sie kann als Panik einen stürmischen Verlauf nehmen und in Form einer Phobie als dauerhaft unangepaßte Angstreaktion auftreten. Hier interessieren vor allem die existentiellen Ängste. Die Todesangst ist virtuell, sie kommt als ontologisches Denken in Lebenssituationen vor, die keinen direkten Bezug zu einer Lebensgefahr aufweisen; faßbarer sind die Angst vor dem Sterben und die Furcht vor dem Sterbeprozess. Als Bestimmungsstücke gelten für die Angst: das charakteristische Bedrohungsgefühl, das Schutz und Hilfe suchen läßt; die Mehrdeutigkeit der Situation, die den Ausgang der Ereignisse ungewiß läßt; das Erlebnis der Hilflosigkeit im Sinne von Einflußverlust; schließlich die Atmosphäre des Ausgeliefertseins im Sinne von Fremdbestimmung. Der Tag eines um sein Leben Fürchtenden in der Klinik ist angstangereichert: konkrete medizinische Alltagsängste wie die vor dem Blutabnehmen, der Punktion, aber auch vor dem Rezidiv, einer Bestrahlung, vor Erbrechen oder einfach vor der nächsten Nacht treten hinzu. Die Sterbeangstthematik umfaßt die Furcht vor dem Leiden, Bedrohungsgefühle wegen verletzter Körperintegrität und Vernichtungsphantasien. Todesvisionen wecken existentielle Ängste vor dem Unbekanntem, dem Nichts. Sich selbst hingeben oder gar aufgeben zu müssen ist angsterregend im Sinne des Ich-Verlustes und die Angst vor unserer Vergänglichkeit ist gut dokumentiert. Als Todesangst ist auch die Angst vor der Einsicht in die Notwendigkeit zu interpretieren, die auf die Endgültigkeit und Unfreiheit reagiert. Schließlich beobachtet man Ängste vor der Endlichkeit des Lebens und vor der Konfrontation mit einem vorzeitigen Tod oder vor dem Sterbeprozess (Wittkowski).

Einüben des Trauerns: Für die Gesundheitsberufe, die unvermeidlich und häufig mit dem Sterben konfrontiert werden, ist es präventiv bedeutsam, sich selbst zu einem möglichst frühen Zeitpunkt mit dem Tod und dem Sterben sowie mit den damit einhergehenden eigenen Gefühlsregungen auseinanderzusetzen. Als ein geeignetes Mittel hierzu gilt das "antizipatorische Trauern", ein emotiver Selbstorientierungsprozeß, mit folgenden Selbsterfahrungsvariablen:

Eingestehen: Unfreiwillig erhalten wir emotionale Anstöße, infolge derer wir uns eingestehen müssen, daß auch an uns selbst der Tod nicht vorübergehen wird. Diese Tatsache läßt sich psychisch nicht verleugnen. Die Bereitschaft zur Beschäftigung mit dem Tod kann aus einer Krise heraus entstehen. Den eigenen Tod gedanklich über die Schwelle des Vorbewußten zu heben, stellt eine initialisierende Gefühlsreaktion dar, ein Eingeständnis, das weitere Verarbeitung ermöglichen und spätere Bewältigung fördern kann.

Trauern: Je ernster wir uns auf das Eingeständnis, daß wir sterben müssen, einlassen, desto deutlicher kommt ein sentimentales Selbstmitleid in uns auf. Dieses Gefühl der Traurigkeit entspringt der in der Erkenntnis der Unabwendbarkeit des eigenen Todes enthaltenen Kränkung. Die so aufkommende "vorausseilende Trauer" hat kathartischen Charakter.

Gedenken: Im Reflektieren über den eigenen Abschied können wir unserer selbst symbolisch gedenken: Wir können überlegen, was geschehen wird, wenn wir nicht mehr dasein werden.

Ablösen: Nachdem solche Gefühle durchlebt und (selbstmitleidig) durchlitten wurden, kann eine gewisse Versöhnung mit existentiellen Herausforderungen erfolgen, aus denen heraus wir uns in milder Einwilligung antizipatorisch im Denken von dem Hier-und-Jetzt ablösen können.

In dem geschilderten Selbstorientierungsprozeß des antizipatorischen Trauerns entsteht also eine gewisse Immunisierung, aber auch Vorbereitung gegenüber überwältigenden Trauerreaktionen, die uns in der Zukunft noch bedrohen werden, weil wir sie kognitiv schon einmal bewältigt haben. Die vorausseilenden Phantasien um das eigene Trauern sind psychohygienische Quelle für die emotionale Kompetenz derer, die Sterbebegleitung leisten müssen - im täglichen Umgang mit dem Tod anderer.

Aufklärung bei Unheilbarkeit: Welche Verhaltensmöglichkeiten haben Ärzte bei der Mitteilung infauster Diagnosen, welche klassischen Reaktionsmöglichkeiten gibt es? Einige Ärzte berichten noch von älteren Klinikstrategien, wo Aufklärung nur nach Rücksprache mit dem ärztlichen Leiter möglich war. Andernorts wird aus juristischen Gründen rückhaltlose Aufklärung verlangt. Ein Verzicht auf Aufklärung ignoriert die Erlebensseite des Patienten. Kommunikativ wird der Patient als nicht aufnahmefähig definiert. Im Falle moribunder Patienten ist möglicherweise eine Aufklärung vor allem dann problematisch, wenn er nicht ansprechbar ist, oder ein rascher Krankheitsverlauf das Gespräch ausschließt. Es gibt aber versteckte Motive des Arztes, die Aufklärung zu vermeiden, das Interesse an einem reibungslosen Klinikablauf, die eigene Entlastung durch Nichtwahrhabenwollen oder die vorgeschobene Behauptung der Nichtbelastbarkeit des instabilen Patienten. In der Fachdiskussion gilt zwar der Verzicht auf Aufklärung als unprofessionelles Verhalten für den Fall, daß der Patient ansprechbar ist. Auffällig ist, wie viele Stufen von Wahrheit es gibt, die dem ärztlichen Verhalten ein Dosierungsspektrum bei der Aufklärung ermöglichen. Mancher Arzt begibt sich auf das Gebiet von Konflikten, weil er eine ungefährlichere Diagnose einfach vortäuscht. Das Motiv der Schonung und des Bestehenlassens von Hoffnung - so prinzipiell richtig es sein mag - setzt nicht das Argument außer Kraft, daß Hinweise von Angehörigen oder einfach gute Beobachtung den Patienten darüber in Kenntnis setzen, daß ihn der Arzt falsch informiert hat. Die für die Kooperation zwischen Arzt und Patient zerstörerische Wirkung ist der Vertrauensverlust, der entsteht.

Eine rückhaltlose und offene Mitteilung der wahren Diagnose wird in der medizin-ethischen Diskussion zur Aufklärungsarbeit gefordert. Aus medizinpsychologischer Sicht ist diese Haltung nicht ganz unproblematisch. Eine rückhaltlose Aufklärung ist angezeigt, wenn ein Patient in vollem Bewußtsein den Arzt seines Vertrauens auffordert, wahrheitsgetreu zur Erkrankung Stellung zu nehmen. In diesem Fall ist es dem Arzt fast unmöglich, anders als umgehend zu reagieren und vollständig aufzuklären. Im günstigen Fall kommt es zu einer ernsthaften Zusammenarbeit in Konzentration auf das Lebensende. Eine andere Interpretation der offenen

Mitteilung einer infausten Diagnose unterstellt dem Arzt das Erreichen einer Erleichterung durch die allzusehr schnell erfolgende umfassende Mitteilung. In einer solchen bloßen Erledigung steckt ein dubioser Motivanteil. Nimmt Wahrheit Rücksicht auf die Verarbeitungsfähigkeit? Was wäre, wenn Aufklärung zur Routine würde? Oder wenn aus individueller Abwehr der Arzt selbst Entlastung so dringlich benötigt, daß er die Diagnose lieber hart mitteilt als gemeinsam aufarbeitet, aus Furcht vor dem, was ein längerer Prozeß zu werden verspricht?

Der Arzt kann auf die direkte Mitteilung von Unheilbarkeit und der infausten Prognose verzichten, läßt aber stattdessen die Bedrohlichkeit ernsthaft erkennen. Dies Vorgehen kann ein geeignetes Mittel der Verständigung in der Aufklärungsarbeit sein. Es kommt den ohnehin befürchteten Erwartungen des Kranken entgegen, läßt aber Hoffnung bestehen. Arzt und Patient verständigen sich auf indirekter Ebene. Das gemeinsame Wissen über die Ernsthaftigkeit erzeugt Vertrauen und Bindung. Der Kranke wird sich mit weiteren Fragen dann von selbst an den Arzt wenden, wenn er in der Lage sein wird, sich diesen Informationen auch zu stellen. Diese Form der Aufklärung schließt ein, daß im Verlaufe eines Gesprächsprozesses alle bedrohlichen Wahrheiten zur Sprache kommen, bei wachsendem Vertrauen und dem gemeinsamen Wissen um die Ernsthaftigkeit ein Einwilligen gelingt - unter Aufrechterhaltung der Kommunikationsfähigkeit.

Umgang mit der Wahrheit: Im Aufklärungsprozeß gibt es Konflikte um die Wahrheit, weil dem Arzt selbst nicht völlig sichere Informationen und Schlüsse zur Verfügung stehen. Seine Daten sind mit Labormessfehlern, mit Interpretationsspielräumen ausgestattet, sie sind abhängig von technischen Untersuchungsprozessen und ihren Gültigkeitsannahmen. Prognosen sind unsicher - insbesondere wegen der Unkalkulierbarkeit von individuellen Erkrankungsverläufen und menschlichen Gesundungsprozessen. Auch wenn Patienten wirklich die volle Wahrheit wissen wollten: sie ist nicht eindeutig verfügbar. Einschränkungen von Wahrheit kommen deshalb sowohl systematisch als auch beiläufig oder sogar ungewollt vor.

Es gibt im Alltagsleben harmlose Übertreibungen, überhöhte Selbstdarstellung, freundliche Komplimente, Notlügen und das Verschweigen aus Taktgefühl; das sind alles Unwahrheiten! Problematisch sind das gezielte Weglassen von Informationen, bewußt in Kauf genommene Mehrdeutigkeiten oder gezielt bewußtes Verschweigen. Es ist nur schwer möglich, sich dem Konformitätsdruck einer Gruppe zu widersetzen, andererseits wird gerade dies dann von anderer Seite verlangt. Hier liegen sozialpsychologische Ursachen vor, warum Wahrheiten nicht einfach überall dominiert und bloß ausgesprochen werden. Auch der Selbstbetrug ist eine nicht unbedingt gewollte inakzeptable Form von Unwahrheit. Vertrauliche Hinterbringungen sind häufig und gelten wie der Verrat als verwerflich. Das Spektrum menschlichen Verhaltens gegenüber Unwahrheiten ist so vielschichtig, daß ein mangelhafter Umgang mit der Wahrheit und tatsächliche Unwahrheiten nur unvollkommen und nur in Abhängigkeit von Situation und Individualität bewertet werden können.

Gibt es für das ärztliche Aufklärungsgespräch verschiedene Stufen von Wahrheit? Ist Wahrheit dosierbar? Im folgenden werden ärztliche Diagnose-Eröffnungen oder andere Vermittlungsformen zu bewerten sein: Es ist wünschenswert, daß ärztliche Mitteilungen korrekt sind. Korrektheit ist eine auf die Präzision von Daten und Informationen bezogene formale Richtigkeit. Wenigstens die Zahlen und Fakten müssen hier stimmen. Trotz Korrektheit im Detail kann eine Mitteilung im größeren Zusammenhang und ihrer Wirkung nach unwahre Anteile in sich tragen. Korrektheit beschränkt sich also auf punktgenaue oder detailgetreue Datenrichtigkeit. Der Arzt gilt dann als zuverlässig, wenn er über Zeitstrecken feststellbar richtig informiert und daher Vorhersagbarkeit aufweist. Zuverlässigkeit ist also Korrektheit über die Zeit. Ehrlichkeit ist ein schon vom älteren Kind akzeptiertes Gebot zur detailgetreuen Wiedergabe von Gegebenheiten.

Sind ärztliche Mitteilungen sowohl korrekt als auch zuverlässig, dann bedürfen sie noch der Überprüfung auf ihre Gültigkeit. Denn auch korrekt vorgetragene und über Zeitstrecken wiederholt aufgetretene Informationen und Daten besagen noch wenig darüber, inwieweit beteiligte Annahmen überprüft und das Zutreffen der Behauptungen bewiesen ist. Als Gütekriterium von Diagnostik verlangt Gültigkeit, daß Behauptungen einer externen Überprüfung standhalten. Für Patienten wirkt ein Arzt spontan glaubwürdig oder nicht. Glaub-

würdigkeit ist eine Variable des Selbstdarstellungsgeschehens in der menschlichen Begegnung. Die einer Person anhaftende glaubwürdige Wirkung kann lediglich eine gelungene Attitüde der Darstellung sein. Im Extremfall halten wir jemanden für glaubwürdig, obwohl er nicht die Wahrheit sagt. Die sozialpsychologische Wirkung ist unabhängig von der Gültigkeit der Informationen. Umgekehrt könnten Patienten eine wahre Botschaft ihres Arztes bloß deshalb nicht akzeptieren, weil er zu wenig glaubwürdig wirkt. Als Offenheit des Arztes gilt seine Bereitschaft, tatsächlich zuzuhören und empathisch mitzuschwingen. Er ist offen, wenn er echtes Interesse an der Verständigung hat und darüber hinaus um Verfälschungslosigkeit der Kommunikation bemüht ist. Offenheit gilt als professionelle Variable der non-direktiven Gesprächsführung, die einen Beitrag zu einer stimmigen Begegnung leisten kann.

Wahrheit ist eine subjektiv und/oder objektiv je nach Erkenntnisstand als zutreffend angesehene Tatsache; Annahme der Richtigkeit, Gültigkeit und Stimmigkeit von überprüfbar realen Gegebenheiten und tatsächlichen Geschehnissen. Pragmatisch formuliert, ist absolute Wahrheit in der Realität wohl nicht erreichbar. Wahrheit ist in Form der vorgefundenen physikalischen Welt, als theoretische Setzung oder als höherer Kategorienbildung in der Vorstellung gegeben. Ein Teil unseres naturwissenschaftlichen Denkens arbeitet mit dem Wahrheitsbegriff des Pragmatismus, der daran gebunden ist, ob ein Gegenstand funktioniert: "wahr ist, was funktioniert". Mit einem solchen eingeschränkten Wahrheitsbegriff läßt sich Aufklärung nur ungläubwürdig erledigen.

Diese Bemerkungen über verschiedene Stufen von Wahrheit stellen ein Bemühen um den Oberbegriff der Wahrhaftigkeit dar. Wahrhaftigkeit ist ein Bemühen um zutreffende Erkenntnis und für den Arzt das selbstkritische Bewußtsein darüber, auf welcher Wahrheitsstufe der Aufklärung er sich einordnet. Psychologisch ist Wahrhaftigkeit das Bemühen um Selbstbeobachtung und Selbststeuerung in dem Bemühen, sich der Wahrheit möglichst weitgehend anzunähern. Es dürfte dem beteiligten Arzt meist bewußt sein, inwieweit er um Korrektheit, Gültigkeit oder Wahrheit bemüht ist.

Vermittlung schlechter Nachrichten: Die psychologischen Techniken der Gesprächsführung wurden in den letzten Jahren extrem verfeinert. Die non-direktiven Verfahren delegieren zum Zwecke der Selbstaktualisierung die Initiative stark an den Patienten, der seine Situation selbst formulieren soll und in der verbal verstärkenden paraphrasierenden Spiegelung des Gesprächs-"Partners" Unterstützung erlangt. In der Kommunikation entsteht allerdings eine Fülle von Fehlerquellen und Fallen, die bei Tabuthemata und in affektiv aufgeladenen Situationen beachtet werden müssen.

Eine belastende Schwierigkeit für Ärzte und Pflegepersonal ist die Notwendigkeit, Gefühle wie Wut oder Verzweiflung zuzulassen und auszuhalten - gleich welche Unruhe und welchen Schmerz das auslöst. Da ungezügelter Emotionen von Patienten auch Reaktionen wie Rückzug und Hilflosigkeit beim Arzt und bei den Pflegekräften erzeugen, ist es wichtig, für eine geeignete Atmosphäre, Orte und Zeitdauer der Gesprächssituation zu sorgen, so daß Raum zum Ausleben von Gefühlen überhaupt besteht und Entgleisungen aufgefangen werden können.

In der Begleitung von Schwerkranken schleichen sich leider verräterische Metaphern ein: wenn von einem "radikalen Eingriff" oder von "Totaloperation" die Rede ist, so ist das intendierte Bild einer vollständigen Beseitigung des kranken Organs ungewollt ein symbolischer Angriff auf die Körperintegrität. Ähnliche Begriffe wie "Strahlenbeschuß", "invasives Wachstum", "Bösartigkeit", sind mit Konnotationen ausgestattet, die therapeutisch kontraproduktiv wirken.

Wenn die Mitteilung z.B. über ein bedrohliches Rezidiv Todesängste hervorrufen kann, sollte "ganz einfach" gesprochen werden; es empfiehlt sich, kleinschrittig und sehr langsam sich anzunähern, um einen Diagnoseeröffnungsschock zu vermeiden. Die bedrohliche Nachricht ist zu portionieren, es kann unter Umständen nicht alles auf einmal mitgeteilt werden. Rückfragen sind zu fördern. Auf Fragen und Antworten soll lange gewartet werden. Individuelle Attributionen, also persönliche psychische Zuschreibungen, die sich hinter Metaphern verbergen wie "Krebs" oder "Lebensende" oder "Alleingelassenwerden" sollte man erfragen und sich erläutern lassen. Wünschenswert ist, Hoffnung bestehen zu lassen und Wahrhaftigkeit walten zu lassen.

Für Gespräche mit Schwerkranken und Sterbenden, die Abwehr zeigen, kann man für den Umgang mit Emotionen bei infauster Prognose folgende Hinweise zum Verhalten in der professionellen Betreuung geben: Abwehrmechanismen dürfen nicht aufgebrochen werden. Existentiell bedeutsame Informationen sind sprachlich treffend abzustufen, damit sie überhaupt angenommen werden können. Das Angebot von Solidarität in der Bearbeitung des möglicherweise sensiblen Umfeldes wie der Familie kann Kooperation erzeugen. Schon vorhandene Bewältigungskompetenzen sollten gestärkt werden.

Sollte es gelungen sein, Gefühle zu wecken, wie aufkeimende Hoffnung, sollten sie spontan unterstützt werden. Wenn dagegen Schuldgefühle herausgespürt werden, muß, wenn möglich, entlastend eingegriffen werden. Man kann darin unterstützen, Trauer rechtzeitig zu antizipieren. Impulse von Hadern dürfen nicht weggeredet werden, sondern sie müssen eher ausgelebt werden. Es ist günstig, wenn Patienten eigene Todeskonzeptionen formulieren, um das Akzeptieren zu fördern. Wenn Abwehr, im folgenden Beispiel das "Nichtwahrhabenwollen", den Gesprächsprozeß behindert, dann kommt es auf die verbale Kompetenz und die Empathie des Gesprächspartners an, inwieweit es ihm gelingt, diese Abwehr sanft aufzuschließen.

Sagt ein Patient mit fester Stimme "So einer wie ich hat in dieser Situation keine Angst!" und wir sehen förmlich, wie es ihm wirklich geht, so neigen wir zur ungünstigen Reaktion der Konfrontation und sagen "das nehme ich Ihnen nicht ab, es wäre doch ganz natürlich in Ihrer Situation, Angst zu haben". Eine weitere ungünstige Reaktion wäre die Veröffentlichung dessen, was man wahrgenommen hat und zwar als Expertengespräch über die Kommunikation (Metakommunikation): "Ich höre, daß Sie behaupten, keine Angst zu haben; aber Sie überspielen Ihre Angst nur und wollen sie nicht zur Kenntnis nehmen". Es kommen auch Reaktionen vor, die in den Abwehrmechanismus hineinschlüpfen, als kollusionäre Gesprächsführung: "das ist ja schön, daß Sie keine Angst haben, und ich finde Menschen, die keine Angst haben, auch wirklich glücklicher".

Der Versuch als Gesprächspartner ein mitschwingendes Gefühl zu demonstrieren, um in der Situation Verständnis zu signalisieren und Verständigung zu ermöglichen: "Sie wünschen sich in dieser Notsituation, relativ angstfrei zu sein." Vielleicht gelingt es mit Geduld und mit dem Wort als Medikation, den sterbenden Patienten adäquat zu begleiten, in Gelassenheit, die als Haltung suggestiv wirkt und als Modellofferte für einen Lernprozeß genutzt werden kann. Ein geeigneter Ausdruck im Sprechen kann sedierend wirken.

Wie mit den Angehörigen umgehen? Bei Nahestehenden stellen sich in der Konfrontation mit dem Tod einer geliebten Person unausgesprochene existentielle Ängste ein. Es entwickelt sich bei Angehörigen wie auch beim Pflegepersonal durch die Begleitung von Schwerkranken eine zunehmende Gewißheit vom eigenen späteren Tod. Diese Bedrohung dürfte seltener real sein, obwohl durch den bevorstehenden Verlust die Existenzgrundlage von Angehörigen konkret gefährdet sein kann. Es geht dagegen um tief verunsichernde Affekte, Gefühle des Ausgeliefertseins und um Phantasien des Ungewissen und um Fragen des "Danach".

Angehörige erleben Schuldgefühle, wenn sie wahrnehmen wie gesund sie leben und dennoch das Leben des Sterbenden nicht verlängern können. Eine emotionale Belastung für Angehörige entwickelt sich durch das unmittelbare Erleben eines körperlichen und/oder seelischen Verfalls einer Person, die man in ihrer Integrität kannte und so respektierte oder gar liebte. Zwischen Schwerkranken und Angehörigen verschieben sich Eigenschaften ihrer früheren Beziehung, wie Stärken und Schwächen, Anerkennung und Abgestoßensein, Attraktivität versus Hinfälligkeit, Geben und Nehmen. In der Familiendynamik kehren sich nun frühere Schutzfunktionen, eingespielte Unterstützungsnetze und Zuwendungsstrategien um.

Angehörige fühlen sich ähnlich wie Patienten ohne Kontrollmöglichkeiten dem Lauf der Dinge ausgeliefert. Durch den infausten Verlauf ist ihnen die Möglichkeit emotionaler Selbststeuerung weitgehend genommen, die im wesentlichen auf Kalkulierbarkeit und Dosierbarkeit von Ereignissen beruht, die hier im existentiellen Sinne außer Kraft gesetzt sind. Entweder müssen die Geschehnisse in Demut hingenommen und ertragen werden oder sie können in Trauer und

Schmerz ausgelebt werden. Ausserdem werden die existentiellen Affekte nicht selten in Abwehr einfach verleugnet, durch Nicht-Wahrhaben-Wollen.

Die Angehörigen verhalten sich in einer sich zuspitzenden Situation häufig ambivalent: sie geraten in Gewissenskonflikte zwischen einer spontanen Tendenz des Gebens und einer Neigung zur Entlastung. Sie möchten einerseits ihrem Impuls folgen, Hilfe zu spenden sowie Unterstützung zu gewähren - andererseits unterliegen sie eher unbewußt einer Tendenz, sich der symbolischen Bedrohung durch das Sterben einer nahestehenden Person und der damit verbundenen seeelischen Eigenbelastung zu entziehen. Mit widersprüchlichem Verhalten von Angehörigen (z.B. einem Schwanken zwischen Zuwendung und Vernachlässigung gegenüber den Sterbenden) muß daher gerechnet werden. Vieles in der Begleitung von Sterbenden wird sich in der durch Abwehrmechanismen geprägten Bewältigung des Sterbens in der Erinnerung Betroffener korrigieren, verfälschen aber auch mildern. Weitere Hinweise auf den Umgang mit Angehörigen finden sich bei Koch & Schmeling.

Intensiv wäre der Kontakt zwischen begleitenden Personen und Sterbenden, wenn die Betreuung in vertrauter Umgebung stattfände. Da sich das Sterben in die Krankenhäuser verlagert hat, kann Angehörigen dadurch geholfen werden, daß die pflegende Institution ihnen einen relativ uneingeschränkten Zugang zum Schwerkranken gewährt - Beschränkungen zum Schutze der Patienten eingeschlossen.

Durch angemessene Aufklärung der Angehörigen entsteht ein zusätzliches Vertrauenspotential beim Patienten bezüglich der ärztlichen Maßnahmen. Zur Entlastung benötigen Angehörige wie die Sterbenden selbst das beratende Gespräch. So können sie in der Kotherapeuten-Rolle an der Pflege teilhaben und dem Sterbenden nahe sein. Nur so sind sie ansatzweise in der Lage, eine Sterbebegleitung zu leisten. Hierbei kommt der Vorbereitung auf schwer zu bewältigende Patientenreaktionen wie Wut, Verzweiflung und exzessive Trauerreaktionen große Bedeutung zu.

Letzte Bedürfnisse von Sterbenden: Der Wunsch des Kranken nach körperlicher Unversehrtheit und nach höchstmöglicher verbleibender Lebensqualität bleibt trotz eines in der Schwerkrankheit eingeeengten oder durch die Lebensbedrohung risikoreicher gewordenen Lebens eine wichtige Hoffnung. Die Abwesenheit von Schmerzen, das Aufhalten des körperlichen Niedergangs, auch wenn das medikamentös hergestellt werden muß, wenigstens Schmerzlinderung, sind dominierende Motive Sterbender.

Verletzungen persönlicher Integrität im Verlaufe einer schweren Erkrankung mit Lebensbedrohung kommen vor, wenn Kranke an Attraktivität einbüßen und körperliche Beeinträchtigungen oder Entstellungen erleiden. Unter Umständen schämen sie sich wegen von ihnen selbst ausgehenden abstoßenden Wirkungen (z.B. Gerüchen). Oder sie sorgen sich wegen eines möglichen Ekels der Angehörigen vor ihrer Veränderung. Die Scham spielt die Rolle eines Grenz- oder Schwellenwertes, der, wenn er überschritten wird, Intimität verletzt oder Peinlichkeit auslöst. Zentrale Bedürfnisse, die hinter diesen Zusammenhängen stehen, sind die Bewahrung von Würde und der Schutz vor Verletzung von Intimität. Im ungünstigen Falle kommt dem Sterbenskranken die Selbstachtung abhanden. Dieser Gefahr kann eine geeignete Begleitung entgegenwirken, indem eines ihrer ethisch-psychologischen Ziele der Erhalt der Menschenwürde des Kranken darstellt.

Ein kognitives Bedürfnis von Lebensbedrohten ist die Selbstaktualisierung. Der Mensch in der Krise thematisiert seine Lage mithilfe eigener Mittel und Wege. Das Gespräch über die Sterbeproblematik kann dem Sterbenden helfen, die Bewältigung eigenen Ablebens nicht auf ein isoliert stattfindendes Grübeln oder auf latente Tagträume zu beschränken. Von den Betroffenen können existentielle Visionen wie über den eigenen Tod oft besser fokussiert werden als von manchem Sterbebegleiter, der daraufhin selbst verändert aus der Betreuung hervorgeht.

Viele Schwerkranke müssen beklommen erleben, wie die Bedrohung ihres Lebens von der Umgebung erkannt und intensiv erörtert wird, noch bevor sie das Geschehen selbst bearbeiten konnten. Hier wird der Kranke zu wenig ernst genommen. Die Kränkung des Selbstgefühls

("wieviel bin ich noch wert?"), die Unterbindung von Selbststeuerungsmöglichkeiten geben dem Sterbenden in ungünstigen Fällen das Gefühl von Persönlichkeitsverlust. Ein wichtiges Bedürfnis Sterbender ist daher der Erhalt oder die Stärkung des Selbstwertgefühls gerade vor dem Hintergrund der Krise. Dahinter stehen die Motive des Selbsterhalts, der Selbstachtung und nach Autonomie.

In der Sterbebegleitung wirkt vor allem die menschliche Nähe und Wärme. In der Krankheitsbewältigungsforschung wird dies versachlicht als soziale Unterstützung bezeichnet. Ihr wirksamstes Mittel ist der Erhalt von Kommunikation mit Sterbenden und eine Intensivierung der Begegnung als wichtige Befriedigung vorhandener sozialer Bedürfnisse. Es wäre zu wünschen, daß im Sterbeprozess Körperkontakt oder symbolische Formen von Nähe hergestellt würden, daß die Verfügbarkeit einer Person mit Bindungsalenz bestünde, also nicht alleine gestorben werden muß.

Betreuer, die in der Praxis mit Sterbenden Erfahrungen gemacht haben, wissen um das Bedürfnis, letzte Dinge zu erledigen. Es sind die unerledigten Dinge, die besonders drängen (Zeigarnik-Effekt). Andererseits kann es sich dabei um eine überwertige Beschäftigung mit der Nachwelt handeln, wegen der Abfassung eines Testamentes oder in Sorge um die Lebensaufgaben der Hinterbleibenden. Motivational stehen dahinter der Wunsch nach Weitergabe eigener Lebensinhalte, das Bedürfnis nach Fortwirken und ein symbolisches Festhalten - ein Stück Abschied und Bekenntnis. Letzte Erledigungen zu ermöglichen, kann in einer ritualisierten Sterbebegleitung eine wichtige Voraussetzung für das Loslassen schaffen.

Trotz der Verpflichtung zur Wahrheit und trotz eines erkennbaren nahen Todes ist das Bestehenlassen von Hoffnung ausschlaggebend. Wenigstens die Begrenzung von Hoffnungslosigkeit ist zu versuchen. Das kommt den Bedürfnissen Sterbender entgegen, in denen ambivalente Wünsche bestehen: einem erlösenden Ende zwar näher zu kommen, aber den noch verbleibenden Weg würdig durchleben zu dürfen.

Sterbephasen: Das Sterben findet häufiger im Krankenhausmilieu statt und es ist eine soziologische Entwicklung, daß die Familienverbände zu sehr aufgesplittert leben, als das sie eine häusliche Sterbepflege emotional und organisatorisch verkräfteten. Es ist ein medizin-ethisches Problem, daß die Krankenversorgung mit ihren Serviceleistungen inzwischen auf den Sterbegleitungsprozess noch nicht wesentlich besser vorbereitet ist; Ausnahmen bilden die Einrichtung von Palliativstationen und die Verbreitung der Hospizbewegung. Ein großer Teil der Patienten ist in der letzten Stunde ihres Lebens noch gut ansprechbar. Daraus erwächst schlüssig die Forderung, die Sterbebegleitung durch Angehörige und durch Fachpersonal zu intensivieren. Dazu werden Kenntnisse über den typischen Phasenverlauf des Sterbeprozesses benötigt.

Die Einteilung des Phasenverlaufs bei unheilbarer Krankheit von Weismann setzt früh schon bei der Wahrnehmung von Krankheit ein. Er postuliert lange Phasenabschnitte. Die erste Phase dauert "vom Gewahrwerden beunruhigender Symptome bis zur Diagnose"; hier bestehen die Risiken von Selbsttäuschung, Aufschub und Negation. In der zweiten Phase "von der Diagnoseeröffnung bis zum Beginn der terminalen Phase" wird das Verhalten durch Sensibilisierung, durch "ungewisse" Gewißheit und durch beginnendes Akzeptieren charakterisiert. In der dritten und letzten Phase "von der Aufgabe therapeutischer Maßnahmen bis zum Eintritt des Todes" entstehen Erschöpfungsgefühle, psychophysischer Verfall und es setzen Autonomie- und Kontrollverluste ein.

Die Beschreibungen des Verlaufes bis hin zum Ableben nach Kübler-Ross setzten im Krankheitsverlauf deutlich später an und stellen eine von der Autorin selbst in der Sterbebegleitung erfahrene typisierende Kette von Erlebens- und Verhaltensmustern dar, die als Handreichung für die Arbeit mit Sterbenden gelten soll.

Phasen des Sterbeprozess nach Kübler Ross:

- Nichtwahrhabenwollen (Abwehr)
- Sich Aufbäumen (Zorn, Auflehnung)
- Verhandeln (Feilschen)

- Depression (Trauern)
- Zustimmung (Einwilligung)

Bei der Bezeichnung der Phasen und den ihnen zugeordneten Verhaltensmerkmalen kam es leider zu sprach- und übersetzungsbedingten Ungenauigkeiten bei den Fachtermini: Wir wollen versuchen, die Abläufe phänomenologisch weiter zu präzisieren. Der im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch geläufige negativ konnotierte Begriff von "Depression" ist unbedingt von unserem positiv zu verstehenden "Trauern" zu unterscheiden. Während Depression Krankheitswert aufweist, ist Trauer ein zur Bewältigung geeigneter und zur Reifung beitragender Prozeß. "Verhandeln" setzt souveräne Handlungsmacht voraus. Die tatsächliche Hilflosigkeit im Handeln angesichts des Sterbens ist daher durch den Begriff "Feilschen" besser repräsentiert. "Zustimmung" geschieht bewußt und freiwillig und setzt von ihrem sprachlichen Assoziationshof die Möglichkeit der Ablehnung voraus. Dagegen läßt der Begriff der "Einwilligung" die Fremdbestimmung in der Bedrohung durch den Tod deutlicher werden.

Sterbebegleitung. Todesnähe und Erfahrungen im Umgang mit dem Tode Nahestehender führen offenbar eher zur Milderung von Todesängsten bei den Betroffenen. Auf der anderen Seite beobachten wir Ärzte und Pflegekräfte etwa in der Onkologie, die über Jahre hinweg derart intensiven Sterbeerfahrungen ausgesetzt waren, denen es offenbar nicht mehr gelingt, die Todesnähe zur Immunisierung und damit zu einer Reduktion eigener Belastung zu nutzen. Stattdessen werden sie eher dünnhäutiger, depersonalisieren oder erkalten und scheitern an ihrer Aufgabe seelisch (burn-out-Syndrom).

Wenn wir im Umgang mit Sterbenden auf irrationale Verarbeitungsmuster, auf Abwehr wie Verleugnung oder Nicht-Wahr-Haben-Wollen treffen, so ist es als Beitrag zur Krankheitsverarbeitung und zu gelungener Sterbebewältigung ausschlaggebend, diese Abwehrmechanismen zunächst zu respektieren und nicht vorschnell aufbrechen zu wollen. Günstiger ist es, die neurotische Konfliktverarbeitungsstrategie nachzuvollziehen und mit aller gebotenen Zurückhaltung und psychotherapeutischen Empathie die bisher verweigerte Bewältigung in eine einwilligendere Sicht zu verwandeln.

Für das Begleiten Sterbender ist es unerläßlich, selbst antizipatorisch getrauert zu haben. Es wird nicht an Anlässen gefehlt haben, in denen wir gezwungen waren, uns einzugestehen, selber verletzlich zu sein. In der Versöhnung mit dieser traurigen Tatsache und mit dem kognitiven Loslassen-Können von diesem Leben reift eine Persönlichkeitsstärke heran, die Voraussetzung ist, dem tatsächlich drohenden Tod fester ins Auge zu sehen. So entwickelt sich eine affektive Kompetenz für die Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden und angemessene Strategien im Umgang mit existentiell bedrohlichen Berufssituationen. Daraus schließen wir, daß es letztlich wenig helfen kann, den Tod noch weiter zu versachlichen oder noch ängstlicher zu meiden, sondern daß der Tod und das Sterben wieder Teil unseres Lebens werden sollten. Das ist für eine verantwortliche Sterbebegleitung Voraussetzung ist.

Literatur

Adler, M.: Tod als Notwendigkeit, Töten als Alltäglichkeit. In: Winau, Rosemeier: Tod und Sterben. Berlin 1984, 262

Aries, Ph.: Studien zur Geschichte des Todes im Abendland. München 1976

Blumenthal-Barby, K.: Betreuung Sterbender. Verlag Gesundheit Berlin 1991

Choron, J.: Der Tod im abendländischen Denken. Stuttgart 1967

Habermas, T., Rosemeier, H.P.: Kognitive Entwicklung des Todesbegriffes. In: Seiffge-Krenke, I.: Krankheitsverarbeitung von Kindern und Jugendlichen. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie Bd. 4 1990 S. 263-279

Koch, U., Schmelting, Ch.: Betreuung von Schwer- und Todkranken. München 1982

Kastenbaum, R., Aisenberg, R.: The Psychology of Death. New York 1972

Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden. Gütersloh 1969

Kunz, Ph., Summers, J.: Time to Dy: A Study of the Relationship of Birthdays and Time of Death.

J.of Death & Dying 10 1980 p.281-289

Nagy, M.: The Child's View of Death. Journal of Genetic Psychology. 73 1948 p. 3-27

Potthoff, P.: Der Tod im medizinischen Denken. Stuttgart 1980

- Rosemeier, H.P.: Psychologie der Todeskonzepte. In: Winau, R., Rosemeier, H.P.: Tod und Sterben. Berlin 1984, 217
- Rosemeier, H.P.: Begegnung des Kindes mit dem Tode In: Winau, R., Rosemeier, H.P.: Tod und Sterben. 1984, 291
- Rosemeier, H.P.: Zur Psychologie des Sterbens und des Todes. Zeitschr. F. ärztl. Fortbildung. Band 87 1993 S. 76-83.
- Rosemeier, H.P.: Ärztliche Aufklärung bei infauster Diagnose. Psychomed. Bd. 6/2 1994 S. 76-81
- Rosemeier, H.P.: Das Dilemma der Sterbehilfe. Psychomed. Bd. 6/2 1994 S. 93-102
- Weismann, A.D.: On Dying and Denying. New York 1972
- Winau, R., Rosemeier, H.P.: Tod und Sterben. Berlin 1984**
- Wittkowski, J.: Psychologie des Todes. Darmstadt 1990

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Hans Peter Rosemeier
Abteilung für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Charité und
Fachbereich Humanmedizin der Freien Universität Berlin
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin

Mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. Hans Peter Rosemeier 1999 Lübeck. Sudium Generale