

**Was können Individualpsychologie
und Formative Psychologie
zu einer würdigen Sterbebegleitung beitragen?**

Diplomarbeit

von

Gisela Meinicke, 5200 Brugg

Zur Erlangung des Diploms als Individualpsychologische Beraterin,
eingereicht am Alfred Adler Institut, Zürich;

und

zur Erlangung des Diploms als Beraterin OIP,
eingereicht am Zentrum für Form und Wandlung, Zürich

Referentin: Frau PD Dr. Irène Kummer

Korreferentin: Annerös Zwahlen

Zürich, den 16. März 2009

© bei der Verfasserin

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Einleitung.....	1
2.	Wichtige Literatur.....	5
2.1.	Elisabeth Kübler-Ross.....	5
2.2.	Verena Kast.....	6
2.3.	Monika Renz.....	7
2.4.	Christine Longaker.....	8
2.5.	Konsequenzen für die Begleitung.....	11
3.	Beiträge aus Individualpsychologie und Formativer Psychologie.....	14
3.1.	Menschenbild aus individualpsychologischer Sicht.....	14
3.2.	Menschenbild aus formativer Sicht.....	16
3.3.	Beispiel zu Lebensstil.....	22
3.3.1.	Charakterisierung von Ralfs Lebensstil aus individualpsychologischer Sicht.....	26
3.3.2.	Ergänzungen aus formativer Sicht.....	28
3.4.	Sterben aus individualpsychologischer Sicht.....	29
3.5.	Sterben aus formativer Sicht.....	30
3.6.	Wie bereite ich mich auf die Begegnung mit einem sterbenden Menschen vor, und wie gestalte ich den Übergang zurück in den Alltag.....	33
3.6.1.	Vorbereitung.....	33
3.6.2.	Übergang in den Alltag.....	35
4.	Schlussbetrachtungen.....	38
4.1.	Literatur.....	38
4.2.	Beiträge aus Individual- und Formativer Psychologie oder: Was sind gute Voraussetzungen für eine unterstützende Sterbebegleitung?.....	39
5.	Literaturverzeichnis.....	44

1. EINLEITUNG

Das erste Erlebnis mit endgültigem Abschied hatte ich mit etwa 3 Jahren: Meine heissgeliebte Katze verschwand über Nacht spurlos. Meine Mutter versuchte mir beizubringen, dass sie wohl nicht mehr auftauchen würde. Grossvater, der gerade bei uns in den Ferien weilte, behauptete, sie beim Wandern auf dem nahen Berg gesehen zu haben. Auf diesem Berg war es sehr schön, ich liebte und genoss die Ausflüge dorthin immer. Die Vorstellung, dass es der Katze dort auch gefiel, es ihr gut ging und sie deshalb nicht mehr zu mir kam, tröstete mich und half mir, mit dem Schmerz und der Trauer des Abschieds fertig zu werden.

Eine weitere Begegnung mit dem Thema Tod waren die Leichenzüge von der Kirche zum Friedhof. Sie führten durch unser Quartier, und wir Kinder rannten jeweils an den Strassenrand um zuzuschauen, wie der schwarze Kastenwagen mit den dunklen Scheiben im Schrittempo durch die Strasse fuhr, dahinter die Trauernden, alle schwarz gekleidet, stumm, mit gesenkten Köpfen. Manche schnäuzten ins Taschentuch und weinten. Es hatte etwas Geheimnisvolles an sich, still und gedämpft zogen die vielen Leute vorbei. Die Atmosphäre war feierlich und würdevoll, aber auch etwas unheimlich, wenn ich mir vorstellte, was wohl mit den Toten geschah oder wenn ich mich an Gruselgeschichten von Friedhöfen erinnerte. Die trauernden Angehörigen waren am Trauerknopf, den sie am Revers trugen, oder an der schwarzen Bekleidung auch weiterhin zu erkennen, und alle wussten, dass sie eine schwere Zeit durchlebten.

In der Pubertät belastete mich die Frage des Nachher – dessen, was nach dem Tod sein wird. Die Vorstellung, dass da gar nichts mehr sein könnte, ängstigte mich. Ich versuchte, mir dieses „Nichts“ vorzustellen und fühlte eine unendliche Leere, Gefühle der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Verlassenheit, Sinnlosigkeit, Einsamkeit, Haltlosigkeit. Die Vorstellung, dass mein Körper abgebaut würde in einzelne Moleküle, die wieder in andere Strukturen, Formen eingebaut würden, tröstete mich nicht wirklich. Ich definierte mein Selbst weniger über meinen Körper als über meine Gedanken. Mein wahres Ich stellte ich mir gedanklich, spirituell und nicht körperlich vor. Was passierte wohl mit meinen Gedanken beim Sterben?

Als ich 22 Jahre alt war, starb meine Grossmutter, der ich mich innig verbunden gefühlt hatte. Sie hatte mich die ersten Lebensjahre mit aufgezogen, da meine Mutter berufstätig war. Leider hatte sie kein schönes Lebensende: Sie wurde nach mehreren leichten Schlaganfällen zunehmend dement, später pflegebedürftig, da ihr beide Beine abgenommen werden mussten. Meine Mutter nahm sie bei uns zu Hause auf und pflegte und versorgte sie hingebungsvoll mehrere Jahre lang. Zu erleben, wie meine starke Grossmutter geistig und körperlich zerfiel, war sehr schmerzhaft für mich. Ich bewunderte und liebte meine Mutter für ihre aufopfernde Hingabe. Gleichzeitig sorgte ich mich um sie, da ich sah, wie sie sich überforderte und keine Entlastung/Hilfe hatte oder annehmen konnte.

Es entspricht sicher dem Wunschdenken vieler Menschen, den Lebensabend in der eigenen Familie verbringen zu können, begleitet und umsorgt von liebenden Angehörigen. Nur ist dies heute schwierig, weil sich die gesellschaftlichen Strukturen verändert haben: Wir leben nicht mehr in Grossfamilien zusammen, die Menschen sind viel mehr ausser Haus aktiv, sei es weil sie berufstätig sind oder auch weil sie

ihren Freizeitvergnügungen vornehmlich auswärts nachgehen. Sterben und Tod sind Themen, die in der modernen westlichen Kultur ausgeblendet werden. Im Vordergrund steht die Leistungsfähigkeit: Je erfolgreicher jemand im Beruf ist, desto höher ist sein Ansehen, sein Wert in der Gesellschaft. Es werden alle Möglichkeiten ausgeschöpft, um jugendlich und aktiv zu bleiben und das Alter(n) so weit wie möglich hinauszuzögern, weil es nur noch defizitär gewertet wird.

Seit einigen Jahren zeichnet sich jedoch eine Wende ab. Immer häufiger werden alte und kranke Menschen, Sterben und Tod zu Themen in den Medien. Im Zusammenhang vor allem mit Sterbehilfeorganisationen stellt sich die Frage nach einem menschenwürdigen Sterben. Durch diese Diskussionen angeregt, wächst die Bereitschaft, sich grundsätzlich der Frage zu stellen, wie und wo möchte ich meinen Lebensabend verbringen: In einem Spital mit bestmöglicher medizinischer Versorgung oder daheim in vertrauter Umgebung? Für die zweite Variante stehen verschiedene Organisationen zur Verfügung, die auch zu Hause zu einer guten pflegerischen und medizinischen Versorgung beitragen können.

In meiner nächsten Lebensphase trat das Thema rund um den Tod für mich in den Hintergrund. Ich schloss mein Studium ab, heiratete und gebar zwei Kinder. Der Tod brach brutal wieder in mein Leben ein, als sich mein Mann das Leben nahm. Er war drei Monate lang wegen Depressionen arbeitsunfähig gewesen und lebte meist zu Hause. Ich begleitete ihn in dieser Zeit intensiv. Für mich war es eine Begleitung durch die Depression zurück ins Leben, ich hatte nie geglaubt, dass er tatsächlich Suizid begehen würde.

Dieses Ereignis veränderte mein Leben grundlegend. Die Auseinandersetzung mit dem Schmerz und der Trauer war sehr intensiv, gleichzeitig fühlte ich aber wunderbarerweise auch eine Kraft und Stärke in mir wie nie zuvor.

Im Rahmen meiner psychologischen Weiterbildung am ZFW (Zentrum für Form und Wandlung, Zürich) las ich das Buch von C. Longaker: *Dem Tod begegnen und Hoffnung finden* (2005). Viele Stellen darin berührten und beeindruckten mich so sehr, dass in mir der Wunsch wuchs, selber die Erfahrung zu machen, Sterbende auf ihrem letzten Weg zu begleiten.

Meine Motivation hat verschiedene Wurzeln:

- Angst vor meinem eigenen Sterben/Neugier: Ich möchte möglichst viel wissen über Sterben und Tod, um meine Angst davor zu verkleinern. Die Erfahrung zeigt, dass Angst vor dem Ungewissen, Unbekannten hilflos macht. Je mehr ich über etwas weiss, desto konkreter wird meine Angst. Wenn ich genau weiss, wovor ich mich fürchte, kann ich gezielt dagegen angehen, wo möglich Hilfe, Unterstützung holen und wo nötig auch aushalten, Angst umwandeln in eine Herausforderung, dieses Ungewisse auszuhalten. Indem ich Sterbende begleite, erfahre ich direkt, wie Sterbeprozesse ablaufen können. Einerseits durch Beobachten, was körperlich passiert, andererseits im Kontakt mit Betroffenen. Ich kann Erfahrungen sammeln, welche Handlungen, welche Verhaltensweisen hilfreich sein können. Neugierig sein heisst für mich, mich der Tatsache des Todes offen zu stellen und für mich immer wieder zu überprüfen, wie ich mich fühle, was ich gerne hätte. Dies ist eine wichtige Vorbereitung auf mein eigenes Sterben. Die Auseinandersetzung mit meinem

eigenen Sterben vertieft mein Leben, gibt ihm Sinn. Wir werden geboren und das einzig Sichere in unserem Leben ist, dass wir sterben werden.

- Sterben meiner Eltern: Noch sind meine Eltern rüstige Senioren, aber eines Tages werden sie alt und vielleicht bedürftig sein. Ich möchte sie gerne in ihrer letzten Lebensphase begleiten und ihnen nahe sein. Ich hatte aber keine Vorstellung, wie ich dies angehen und bewältigen könnte. Durch meine Erfahrungen als Sterbebegleiterin bei fremden Menschen bin ich viel ruhiger und gelassener geworden, und ich kann es mir mittlerweile auch bei meinen eigenen Eltern vorstellen.
- Dem Leben Sinn geben: Ich möchte gerne ein sinnvolles Leben führen. Sinn ergibt sich für mich, wenn ich etwas für mich, für andere, für ein grösseres Ganzes tun kann.

Als ich das Buch von Longaker las, wurde mir klar, dass Sterbebegleitung eine Chance für mich sein könnte. Ich stellte mir die Fragen, ob ich die Fähigkeiten habe, Sterbende zu begleiten und wo es Möglichkeiten gibt, dies zu tun. Durch meine psychologischen Ausbildungen traue ich mir zu, mit Menschen in schwierigen Lebensphasen umgehen zu können und sie zu begleiten. Aus den Erfahrungen mit dem Tod meines Mannes wusste ich, dass ich wenig Schwierigkeiten habe, über dieses Thema zu sprechen.

So stiess ich auf den AHBS (Aargauer Hospiz-Verein zur Begleitung Schwerkranker), bei dem ich seit November 2006 als ambulante freiwillige Begleiterin arbeite. Ambulant bedeutet, dass ich zu den Patienten nach Hause gehe, um die Angehörigen zu entlasten. Diese sind oft an der Grenze ihrer psychischen und physischen Belastbarkeit. Wieder einmal eine Nacht ungestört/unbesorgt schlafen oder einen halben Tag Zeit für sich selber nehmen zu können, gibt ihnen frische Kraft für die schwere Aufgabe.

Im AHBS sind wir rund 30 Freiwillige, die solche Einsätze leisten und jede/r tut es auf ihre/seine eigene Art und Weise. Wir treffen uns mehrmals pro Jahr zur Supervision, wo Erfahrungen ausgetauscht und reflektiert werden können.

Ich merkte schnell, wie viel ich aus meiner Ausbildung zur IP-Beraterin (Individualpsychologischen Beraterin) profitieren konnte und auch, wie hilfreich die Konzepte aus der Formativen Psychologie sind.

Ziele

Was möchte ich mit dieser Arbeit erreichen?

- In einem ersten Teil fasse ich die für mich prägendste Literatur zum Thema Sterbebegleitung zusammen. Welche Werke enthalten die wichtigsten Informationen und Hilfestellungen für angehende SterbebegleiterInnen?
- Was für einen Beitrag können einerseits die IP, andererseits die Formative Psychologie für die Sterbebegleitung leisten, inwiefern können die beiden

Richtungen zu einer Verbesserung der Umsorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase beitragen?

- Eine wichtige Frage ist auch, was für Voraussetzungen ein Mensch mitbringen sollte, der sich in der Sterbebegleitung engagieren will. Wenn ich andern von meiner Beschäftigung erzähle, höre ich oft die Befürchtung, ob diese Arbeit nicht zu belastend sei, ob ich dabei nicht schwermütig werde. Wichtig sind für mich dabei zwei Faktoren, einerseits die Vorbereitung auf einen Einsatz und andererseits die grundsätzliche Lebenshaltung eines Menschen, die ihm erlaubt, auch die leichten Seiten des Lebens zu erkennen und zu genießen.
- Mit dieser Arbeit möchte ich Menschen, die Sterbende begleiten oder sich mit dem Gedanken daran tragen, ermutigen, sich dieser Tätigkeit hin zu geben, ihnen unterstützende Informationen vermitteln und ihnen helfen, mit Unsicherheit und schwierigen Situationen besser umgehen zu können. In den kursiven Texten füge ich meine eigenen Erfahrungen als Sterbebegleiterin ein, um den theoretischen Teil auch praktisch zu veranschaulichen.

Formelles

Die Namen der erwähnten Personen und gewisse Umstände habe ich verändert, so dass die Identität der Sterbenden und die ihrer Angehörigen geschützt bleiben. In den Formulierungen habe ich nicht konsequent beide Geschlechter erwähnt, es sind aber implizit grundsätzlich sowohl Männer wie Frauen gemeint.

2. WICHTIGE LITERATUR

2.1. Elisabeth Kübler-Ross

Die grosse Pionierin auf dem Gebiet der Sterbebegleitung war die Schweizerin Elisabeth Kübler-Ross. 1926 in Zürich geboren, studierte sie Medizin, heiratete einen amerikanischen Arzt, den sie während des Studiums kennen gelernt hatte und übersiedelte mit ihm 1958 in die USA. Sie arbeitete in mehreren grossen Krankenhäusern und war entsetzt darüber, wie Sterbende ausgegrenzt wurden. Sie begann, sich für die Enttabuisierung der Themen Sterben und Tod einzusetzen: Mit Vorträgen und Workshops trug sie dazu bei, dass Sterben als wichtiger Lebensabschnitt wieder ins Bewusstsein der Öffentlichkeit trat. Vor allem in der damaligen Zeit, aber auch heute noch, wurden Ärzte dazu ausgebildet, Leben zu retten und zu erhalten und erwiesen sich im Umgang mit „hoffnungslosen Patienten“ meist als hilflos und überfordert. Als grosse Ausnahme unter den Ärzten und Pflegenden setzte sich Kübler-Ross zu Sterbenden ans Bett, hörte ihnen zu und sprach mit ihnen über ihre Ängste und Wünsche. 1969 veröffentlichte sie ihr erstes Buch *Interviews mit Sterbenden*, das ein Bestseller wurde. Sie war die Begründerin der Hospizbewegung in den USA und machte sich stark dafür, dass Menschen wieder zu Hause in ihren Familien und der gewohnten Umgebung „bis zuletzt in Würde leben“ konnten. (www.elisabethkublerross.com, Kübler-Ross 2003)

Die fünf psychologischen Phasen des Sterbens (s. unten), die sie beschrieb, sind heute als Allgemeinwissen weltweit anerkannt. In den 80er Jahren setzte sich Kübler-Ross intensiv mit Themen der Mystik, mit dem, was uns nach dem Tod erwartet, auseinander. Diese Erkenntnisse sind allerdings umstritten, da es dafür keine streng wissenschaftlichen Beweise gibt.

Kübler-Ross veröffentlichte zahlreiche Bücher und erlangte weltweite Anerkennung. 1995 zog sie nach Arizona in die Nähe ihres Sohnes, nachdem ihr Bildungszentrum durch einen Brand zerstört worden war und sie selbst mehrere Schlaganfälle erlitten hatte. Sie fürchtete sich nicht vor ihrem eigenen Tod, wünschte ihn sich in den letzten Jahren herbei, musste aber erleben, dass sie den Zeitpunkt nicht selbst bestimmen konnte. Sie starb am 24. August 2004.

Sterbephasen nach Kübler-Ross

Kübler-Ross (1981) unterscheidet 5 Stadien, die Schwerkranke/Sterbende von der Diagnose bis zu ihrem Tod durchlaufen. Diese Stadien werden nicht linear durchlebt und abgeschlossen, sondern sind als Phasen zu verstehen, in denen sich die Patienten gerade befinden. Die Stadien wechseln sich ab und überschneiden sich. Schön, wenn Sterbende bis zum letzten Stadium kommen und friedlich und im Reinen mit sich und der Umgebung den grossen Übertritt begehen können. Die Zeit, die jemand braucht, um sich mit den verschiedenen Phasen auseinander zu setzen, ist individuell verschieden und auch von den Umständen, wie zum Beispiel der Nähe des Todes, dem Alter, dem Lebensstil abhängig.

Das **1. Stadium des Schockes und Nicht-wahrhaben-Wollens** tritt meist bei der Diagnose einer unheilbaren Krankheit auf. Die Patienten können und wollen es nicht glauben, wechseln vielleicht den Arzt für eine 2. Diagnose oder glauben an ein Wunder, dass sie trotz aller Prognosen wieder gesund werden.

Im **2. Stadium der Wut und des Zorns** hadern die Menschen: „Warum ich? Warum jetzt?“ Es ist schwierig, mit ihnen umzugehen, weil sie anklagen und alles und jeden kritisieren.

Im **3. Stadium des Verhandeln**s scheinen die Patienten ihr Schicksal akzeptiert zu haben. Häufig ordnen sie in dieser Phase ihre Angelegenheiten, schreiben vielleicht ihr Testament, organisieren, wie es mit dem Geschäft oder den Kindern weitergehen soll. Kübler-Ross beschreibt aber, dass die Kranken in dieser Phase meist mit Gott oder sonst einer höheren Macht einen Aufschub ausgehandelt haben, im Sinne von: „Wenn du mich noch 1 Jahr leben lässt, dann...“ Sie leben also in dieser Phase stark von der Hoffnung, dass sie noch Zeit haben.

Im **4. Stadium** sind die Menschen **depressiv**, gedrückt. Sie trauern um vergangene Verluste und leiden an den kommenden.

Die letzte Stufe im Sterbeprozess führt zum **5. Stadium des Annehmens**. In dieser Phase sind die Menschen mit ihrem Schicksal versöhnt, sie haben ein Gefühl des inneren und des äusseren Friedens. Meist wünschen sie dann keine Besuche mehr und sprechen nicht mehr viel.

2.2. Verena Kast

Nicht nur die Sterbenden, auch ihre Angehörigen setzen sich mit dem nahenden Tod auseinander und erleben verschiedenen Phasen des Abschied-Nehmens. Sie setzen sich in ihrem eigenen Rhythmus mit den Stadien auseinander, der nicht immer synchron mit dem der Sterbenden verläuft.

Die bekannte Schweizer Psychotherapeutin und Lehranalytikerin am C. G. Jung-Institut in Zürich, Verena Kast beschreibt in Anlehnung an die Sterbephase von Kübler-Ross vier Trauerphasen, die Menschen beim Verlust einer geliebten Person oder ganz allgemein nach einem schwerwiegenden Verlust durchleben (Kast 1999):

1. Phase des **Nicht-wahrhaben-Wollens**: Die Trauernden fühlen sich erstarrt, glauben nicht an den Tod des geliebten Menschen.
2. Phase der **aufbrechenden Emotionen**: Die Trauernden werden von unterschiedlichen Gefühlen erfasst: Wut, Trauer, Freude, Zorn, Erleichterung, Angst, Ruhelosigkeit, Ohnmacht, Schuld...
3. Phase des **Suchens und Sich-Trennens**: In dieser Phase erleben die Trauernden immer wieder Begegnungen mit dem Verstorbenen: Sei es im Traum oder dass sie ihn auf der Strasse mit jemandem verwechseln. Jedes Mal wird den Trauernden erneut der Verlust schmerzlich bewusst.

4. In dieser Phase des **neuen Selbst- und Weltbezugs** hat der Trauernde die Tatsache des Verlustes akzeptiert, hat den Verstorbenen verinnerlicht, gewisse Aspekte seiner Persönlichkeit vielleicht zu eigenen Qualitäten umwandeln können, die eigene Rolle im Leben neu definiert und ist bereit, neue Beziehungen einzugehen.

2.3. Monika Renz

Die Theologin, Psycho- und Musiktherapeutin erforscht seit 1998 am St. Galler-Kantonsspital das Erleben und die Wandlung sterbender Menschen. Sie hat mehrere Bücher zu diesen Themen veröffentlicht.

In ihrem Buch *Zeugnisse Sterbender* (2005) unterscheidet sie im Übergang vom Leben zum Tod vier verschiedene Bewusstseinsstadien. Hatte Kübler-Ross (1981) den Sterbeprozess als Weg beschrieben, mit den fünf oben erwähnten Stadien, die durchlaufen werden, so versteht Renz diesen Übergang dagegen als Wandlung. Sie beschreibt dies so: „Das Ich stösst in einem solchen Ausmass an Grenzen, dass es aufhören muss zu denken und zu verstehen. Der Sterbende kommt in einen Zustand, wo nicht mehr er bestimmt, sondern wo ihm geschieht.“ (p. 76)

Renz versteht den Sterbeprozess als Loslassen, als Durchgang durch vier verschiedene Bewusstseinschichten und zwar in umgekehrter Reihenfolge als bei der Geburt. Dabei geht die Ich-Präsenz nach und nach verloren, das Ich löst sich auf in etwas Grenzenloses, Numinoses, in ein Sein ausserhalb von Raum und Zeit.

1. Die **Präsenz im Ich wird brüchig**, verliert sich. An die Stelle von Autonomie tritt zunehmend Abhängigkeit. Eine Erfahrung von Demütigung bis hin zu seelischer Nacktheit. Gelingt dem Sterbenden das Ja zum Leben, wie es war und jetzt vergeht, so tritt er ins 2. Stadium, er fühlt sich nicht mehr nackt und leidend, sondern behütet und aufgehoben.
2. **Ambivalentes Drin-Sein**. Ein Bewusstseins-Durchgang, bei dem der Sterbende den Eindruck hat, zu versinken, zu fallen, verfolgt zu werden oder verloren zu gehen. Ein unangenehmer Zustand, doch es ist ein Durchgang in einen rettenden Zustand:
3. **Bekömmliches Drin-Sein**: Ein vertrauensvoller Zustand mit den Erfahrungen von Barmherzigkeit und Verzeihen.
4. **Sein jenseits von Zeit und Individuum**: Ein kosmisches Gefühl, es gibt kein Ich mehr, ein Gefühl des All-eins-Seins.

Wenn Sterbende Bewusstseinszustände von 3 und 4 erlebt haben, löst sich ihre Angst vor dem Sterben. Die Hoffnung auf Friede, Freiheit und Liebe ist konkret geworden. Der Sterbende ist versöhnt und strahlt Frieden aus. Dieser Zustand der letzten Entäusserung tritt vor dem endgültigen Tod auf.

2.4. Christine Longaker

Die Amerikanerin wurde mit dem Sterben und dem Tod konfrontiert, als ihr Ehemann mit 25 Jahren unheilbar an Krebs erkrankte. Was sie während der Begleitung ihres Mannes und im Verlauf ihres eigenen Trauerprozesses erlebte, veränderte ihr Leben von Grund auf: Sie wurde Schülerin des Buddhisten Sogyal Rinpoche, dem Verfasser des *Tibetischen Buches vom Leben und vom Sterben* (2006) und wurde als Pionierin in der amerikanischen Hospizbewegung aktiv. Sie leitet in Nordamerika und Europa seit Jahren Ausbildungsseminare zur Betreuung Sterbender.

In ihrem Buch *Dem Tod begegnen und Hoffnung finden* (2005) lehnt sie sich stark an die buddhistische Tradition an. Sie beschreibt die **Vier Aufgaben des Lebens und des Sterbens**, mit denen sich der Mensch befassen muss:

1. Leid verstehen und verwandeln:

Was macht das Sterben so leidvoll? Da sind körperliche Beschwerden und Schmerzen. Die Befürchtung, dass die Schmerzen mit nahendem Tod immer unerträglicher werden ist heute häufig unnötig. Schmerzen können aber auch emotionale, soziale, finanzielle oder spirituelle Gründe haben. Die Abhängigkeit von der Pflege durch andere, der Verlust von Kontrolle über Körperfunktionen, über das eigene Leben, belasten Sterbende stark. Es ist eine unausweichliche Tatsache, dass wir sterben werden. In unserem Alltag sterben wir viele „kleine Tode“: Verlust der Arbeitsstelle, des Partners, der Gesundheit, der Jugend, des gewohnten Wohnortes, um nur einige zu nennen. All das sind Gelegenheiten zu üben, in Würde loszulassen, sich mit dem emotionalen Prozess des Verlustes auseinander zu setzen. Oft ist die Angst vor der Trauer grösser, als die Angst vor dem Tod. Trauern ist in unserer Kultur gleichbedeutend mit Sterben, Hoffnungslosigkeit und Schwäche. Wir haben keine Vorbilder, die uns zeigen, wie man trauert und über Verlust und Kummer hinweg kommt. Häufig leugnen wir die Tatsachen oder lenken uns ab, indem wir uns verkriechen oder Drogen konsumieren oder uns in Arbeit und Vergnügen stürzen.

Longaker schreibt, dass Schmerzen manchmal unvermeidlich sind, Leiden jedoch ist selbst gewählt. Leiden ist gross, wenn

- niemand glaubt, wie gross die Schmerzen sind, man sie abstreitet oder sich ihrer schämen muss
- wir uns oder anderen nicht die Erlaubnis geben zu trauern
- Reaktionen verurteilt werden oder wenn erwartet wird, die Beherrschung zu behalten
- wir uns ins Schneckenhaus ziehen
- man sich als hilfloses Opfer fühlt
- man die Tatsachen abstreitet, aufgibt, nach einem Ausweg zu suchen

Durch diese Fakten wird Schmerz verlängert, und wir werden dem Sterben hilflos gegenüber stehen.

Im buddhistischen Verständnis versucht man, Leid auf positive Weise auszulegen. Dabei helfen die *Vier edlen Wahrheiten*:

- Leid durchzieht unsere Existenz, auch andere leiden, Leid ist keine Bestrafung
- Ursache des Leides entdecken: Gedanken, Haltung, Verhaltensweisen können Leid verstärken, sind aber beeinflussbar

- Verstehen, wie wir Leiden beenden können. (Ursache ist ein „nach dem Selbst greifendes Ich“, diese Ursache können wir beseitigen.)
- Den Pfad betreten, der uns vom Leiden befreit: Täglich über die Vergänglichkeit kontemplieren, positive Handlungen sammeln, Meditation nach innen.

2. Eine Verbindung aufnehmen, Beziehung heilen und loslassen

Menschliche Beziehungen sind im ganzen Leben wichtig und sollten gepflegt werden. Bei Sterbenden ist es hilfreich, wenn es gelingt, eine echte Verbindung herzustellen. Dies beinhaltet, dem anderen offen, ohne Erwartungen gegenüber zu treten, ihm wirklich zuzuhören, um ihn kennen zu lernen, die Bereitschaft, selber echt und ehrlich zu sein und sich selbst zu zeigen. In dieser respektvollen Atmosphäre können Gespräche möglich werden, in denen Belastendes geklärt und aufgelöst werden kann, Unerledigtes kann zu Ende gebracht werden, über Sterben und Tod und die zugehörigen Ängste kann gesprochen werden. Den Angehörigen ermöglicht dies, dem Sterbenden noch das zu sagen, was sie ihm unbedingt mitteilen wollen und ihn los zu lassen, was heisst, ihm zu sagen, dass er sterben darf und die Angehörigen es ohne ihn schaffen werden.

SterbebegleiterInnen sind nicht nur für die Sterbenden da, sondern genauso für die Angehörigen. Die Pflege und Betreuung eines Sterbenden zu Hause ist sehr anstrengend und intensiv. Die Angehörigen sind rund um die Uhr im Einsatz, verzichten auf ihre Freizeitgewohnheiten und auf Urlaub, verlieren vorübergehend ihre sozialen Kontakte. Sie wissen um den nahenden Tod des geliebten Menschen. Mal werden Tod und Verlust akzeptiert, dann werden sie wieder geleugnet, mal steht der Schmerz im Vordergrund, dann kommt wieder Wut auf. Es gehört zu den Aufgaben der Sterbebegleiterin, den Stress der Angehörigen anzuerkennen und ihnen die Botschaft zu vermitteln, dass sie normal sind, dass alle Betroffenen von vergleichbaren Emotionen überfallen werden und dass es eine extreme Belastung ist, Sterbende zu begleiten, sie zu ermuntern, sich Hilfe und Unterstützung im weiteren Familienkreis aber auch bei Aussenstehenden zu holen und anzunehmen.

Dazu ein Beispiel: Frau Müller pflegt und versorgt ihren 35jährigen Sohn, dessen Knochen und Körper voller Metastasen sind. Seit Monaten ist er arbeitsunfähig, lebt in seiner kleinen Wohnung. Die Krebsbehandlungen sprechen nicht mehr an und wurden aufgegeben. Er will aber nichts von seinem Zustand wissen, weicht den Gesprächen mit den Ärzten aus. Er leidet vor allem nachts, aber auch tagsüber unter Schmerzen, die offenbar schwer zu bekämpfen sind. Die Mutter sorgt sich rührend um ihn, ist immer für ihn da. Auch wenn andere Menschen für ihn sorgen, ist sie per Handy für ihn erreichbar. Mittlerweile ist sie aber ziemlich am Ende ihrer Kräfte. Der Sohn erkennt nicht, welcher Belastung seine Mutter ausgesetzt ist, er ist der Meinung, ihr gehe es gut, sie habe keine Schmerzen und er sei doch keine Last, sie müsse ja nur ab und zu etwas für ihn tun. Er macht ihr oft Vorwürfe, wenn sie nicht schnell genug reagiert oder etwas nicht nach seinem Willen klappt. Ausserdem beklagt er sich bei seinem Vater, dass die Mutter manchmal schlecht gelaunt sei. In dieser Begleitung war es sehr wichtig, dass sich immer wieder eine Gelegenheit fand, mit Frau Müller allein zu reden. Mit mir konnte sie darüber sprechen, wie ungerecht, ja undankbar, sie sich von ihrem Sohn behandelt fühlt, dass sie manchmal insgeheim wütend wird. Ich konnte ihr versichern, dass ich dies sehr wohl verstehe, dass ihre Reaktionen natürlich und „normal“ seien, ohne ihren Sohn dabei zu verurteilen, sondern sein Verhalten den Umständen entsprechend einzuordnen,

dass er ja dauernd unter Schmerzen leide, hohe Morphindosen zu sich nehme. Ausserdem konnte ich ihren Einsatz und ihre Aufopferung anerkennen und ihr vermitteln, wie wertvoll das für ihren Sohn sei, auch wenn er sich in seinem momentanen Zustand nicht dafür bedanken könne. Es gelang mir auch, sie zu überzeugen, weitere Personen in die Betreuung ihres Sohnes mit einzubeziehen um sich selbst so etwas zu entlasten.

Loslassen ist nicht ein einmaliger Entscheid, sondern ein Prozess, der viel Zeit braucht und gekennzeichnet ist durch ein Hin- und Herschwanken. Nach einem innigen Gespräch mit dem Sterbenden, bei dem über Tod, Schmerz und Trauer gesprochen wird, kann es sein, dass die Betroffenen wieder in eine Phase der Anklammerung zurück fallen.

Was dem Sterbenden immer hilft, ist die Versicherung, dass er sterben darf, dass man in Liebe an ihn denken wird und dass er sich keine Sorgen um die Hinterbliebenen machen muss.

3. Sich spirituell auf den Tod vorbereiten

Das gesamte Leben sollte genutzt werden, sich in sinnvoller Weise auf den Tod vorzubereiten. Diese Aufforderung ist allen religiösen Traditionen gemeinsam. SterbebegleiterInnen müssen den spirituellen Glauben des Sterbenden zu verstehen versuchen und ihn in seinem Glaubenssystem unterstützen. Menschen, die nicht an spirituelle Dinge glauben, können in Liebe begleitet werden. Es ist für alle einfacher, mit friedlichem Herzen und Geist zu sterben, als voller problematischer Emotionen. In Gesprächen die positiven Erinnerungen hervorholen und die guten Eigenschaften des Sterbenden betonen, gibt seinem Dasein Sinn (s. 4. Aufgabe) und kann ihm das Sterben erleichtern.

Zur Illustration das Beispiel von Rosa, 65 jährig. Sie litt seit vielen Jahren an einer Krebserkrankung und ihr Zustand hatte sich sehr verschlechtert, so dass sie bald sterben würde. Ich begleitete sie mehrere Wochen und erlebte sie in verschiedenen Stimmungslagen. Einmal war sie sehr gedrückt und litt darunter, dass es nur noch Verluste gab. Sie war sehr besorgt um ihren Mann, ob er es auch ohne sie schaffen würde. Im Verlaufe des Gespräches fragte ich sie, wie sie ihn eigentlich kennen gelernt hatte. Sie begann zu erzählen und ihre Stimmung besserte sich, je mehr sie sich an die Zeit der Verliebtheit erinnerte. Sie wirkte nach der Erzählung ruhig, entspannt und zufrieden.

Über die Erinnerung kam sie in Kontakt mit der jungen Frau, die sie einmal gewesen war. Dies half ihr aus der Opferhaltung, wo ihr alles hilflos geschah und sie nur noch das Verlorengegangene sah, heraus. In dieser gestärkten Stimmung konnte sie den unveränderten Tatsachen, dass ihr Leben zu Ende ging, dass ihr Mann allein zurückbleiben würde, mutig in die Augen sehen und sie spürte das Vertrauen, dass er es schon schaffen werde.

Die Haltung der Sterbebegleiterin, idealerweise aufrichtige Hingabe, klare Präsenz und furchtlose Liebe, überträgt sich auf den Sterbenden und beruhigt ihn. Im Buch sind verschiedenen Meditationen beschrieben, die Begleitende praktizieren können, um eine friedvolle Atmosphäre zu schaffen.

4. Einen Sinn im Leben finden

In unserer Gesellschaft herrscht die Überzeugung, dass der Sinn des Lebens von der Leistung abhängt, die wir erbringen. Dies führt direkt dazu, dass Sterbende sich nur noch als Last vorkommen und die verbleibende Zeit für sinnlos halten. Die Erfahrung vieler Nahtoderlebnisse zeigt jedoch, dass es nicht auf Materielles ankommt, sondern dass menschliche Beziehungen und das Geben wichtig sind. Wir können bis zum letzten Atemzug versuchen, vergangene Fehler gut zu machen und Dinge zu bedauern, was dem Ende des Lebens Sinn verleiht.

Longaker (2005, p. 212) zitiert Pfarrer Mwalimu Imara, der drei Dinge aufzählt, zu denen wir uns verpflichten müssen, um einen Sinn im Leben und im Sterben zu finden:

- Sich seiner selbst bewusst werden und sich selber akzeptieren
- Sich um einen authentischen Dialog mit andern bemühen
- Sich für eine positive Wachstumsrichtung entscheiden.

2.5. Konsequenzen für die Begleitung

Je nachdem in welcher Phase (nach Kübler-Ross) sich ein Schwerkranker befindet, sind andere Verhaltensweisen von der begleitenden Person gefragt. Als Begleiterin ist es wichtig, den Patienten dort abzuholen, wo er ist und ihn in seinem momentanem Befinden ernst zu nehmen.

Im **1. Stadium**, wo er nicht glauben kann und will, dass sein Leben bald zu Ende geht, heisst dies für die Betroffenen, ihm diese Illusion zu lassen, ihm nicht zu widersprechen. Denn es bedeutet für ihn Hoffnung, und die Verdrängung hilft ihm, seinen Selbstwert zu erhalten. Er muss sich psychisch erst an diesen Schock gewöhnen, braucht Zeit, ihn zu verarbeiten. Indem er Alternativen und andere Antworten sucht, bleibt er aktiv, kann etwas tun. Ihn dieser Hoffnung nicht berauben, sondern ihn begleiten, soweit seine Suche vernünftig bleibt. Wichtig ist, die Entscheidungsfreiheit dem Patienten zu lassen. Ob er zum Beispiel diese Therapie machen möchte oder nicht, ob er diesen Heiler aufsuchen möchte usw. Dabei ehrlich bleiben und dem Patienten die Konsequenzen seiner Entscheidung aufzeigen. Falls er beispielsweise diese Therapie nicht macht, wie die Krankheit dann fortschreiten kann, oder dass es ihn ein Vermögen kosten kann, falls er diesen Heiler aufsuchen will.

Befindet sich ein Patient im **2. Stadium**, ist es die grösste Herausforderung in der Begleitung, die aggressiven Gefühle, die er äussert, nicht persönlich zu nehmen. Der Patient nörgelt und kritisiert vielleicht an allen und allem in seiner Umgebung, nichts ist ihm recht. Dahinter steckt sein Unverständnis, dass er diese unheilbare Krankheit hat. Die negativen Gefühle gelten eigentlich der Krankheit, nur kann er sie ja ihr gegenüber nicht äussern, die Umgebung wirkt sozusagen als Blitzableiter für seine Aggression.

Im **3. Stadium** kann man den Patienten helfen, ihre Dinge zu ordnen. Der emotionale Aufruhr hat sich scheinbar gelegt, die Patienten sind aber sehr verletzlich. Sie

verstehend begleiten, wahrhaftig bleiben und keine Versprechungen machen, die man nicht halten kann.

Das **4. Stadium** ist schwierig auszuhalten, weil Patient und Begleiter mit der eigenen Ohnmacht und Hilflosigkeit konfrontiert werden. *Patient Stefan sagte: „Es wird nicht mehr besser.“* Ja, das stimmt, er wird nie mehr gehen, wandern, reisen können. Und auf die Frage, wann der Tod wohl und wie er eintreten wird, gibt es keine Antwort. Die Unsicherheit, Ungewissheit miteinander aushalten, gemeinsam trauern um das Verlorene und das, was noch kommen wird, die Versicherung, dass er nicht allein gelassen wird auf seinem Weg, sind das einzig Tröstliche.

Im **5. Stadium** haben die Patienten Frieden gefunden. Sie sind oft schon in einem Zustand jenseits unserer Realität. Hier ist stilles Da-Sein gefragt, eine Atmosphäre der Ruhe und der Andacht sind das, was Sterbenden hilft, ihren Weg zu gehen. Diesen letzten Übergang müssen sie alleine wagen, die Begleiter bleiben im Diesseits. Ob die Sterbenden im Jenseits von Engeln oder Geistwesen empfangen werden ist nicht beweisbar.

Für Begleiterinnen kann es schwierig sein, wenn Angehörige den geliebten Menschen noch nicht gehen lassen können, wenn sie noch in einem früheren Stadium stecken und der Meinung sind, der Patient sollte um sein Leben kämpfen oder viel trinken, damit er nicht verdurstet. Hier besteht die Hilfe der Begleitperson darin, sich um die Angehörigen zu kümmern, für sie da zu sein, mit ihnen darüber zu sprechen, dass der Tod des Geliebten unabwendbar ist, dass sie ihm aber helfen können, indem sie ihm die Botschaft vermitteln: „Du darfst gehen. Wir werden es ohne dich schaffen.“ Diese Haltung zeugt von einer grossen Reife eines Menschen und wenn Angehörige nicht so weit kommen, habe ich viel Verständnis für sie, denn keiner weiss, wie viel Zeit und Auseinandersetzung/Ringen mit sich selbst und Gott und der Welt er braucht, um zu dieser grosszügigen und selbstlosen Haltung/Einstellung zu kommen.

Ich erinnere mich an die Begleitung einer 40jährigen Frau, die an einem Hirntumor litt. Während zehn Wochen besuchte ich sie regelmässig und bewunderte sie für ihre Gelassenheit, mit der sie dem nahenden Tod entgegenblickte (Stadium 5). Ein Jahr lang hatte sie gekämpft, alternative Methoden ausprobiert. Sie konnte nicht geheilt werden, ein Wunder geschah insofern, als sich ihre Persönlichkeit wandelte. Nach dem letzten Besuch bei ihrem Heiler wurde sie ganz ruhig und sanftmütig. Ihr Mann bewunderte sie sehr für diese tapfere Haltung, und er wirkte auch sehr gefasst. Als der Tod immer näher kam, die Frau nicht mehr ansprechbar war und Atemaussetzer hatte, versicherte er ihr, dass sie gehen dürfe, dass er hoffe, sie werde bald erlöst. Dabei hielt er sie aber fest umklammert und seine Körpersprache sagte etwas anderes aus. Die Frau brauchte dann noch einige Stunden, bis sie gehen konnte. Es war eine meiner ersten Begleitungen, und ich hatte noch zu wenig Erfahrung. Heute würde ich dem Mann helfen, mit sanften Berührungen (statt Festklammern) seine Botschaft zu unterstreichen und die Frau auch wirklich mit den Händen und Gesten los zu lassen.

Ein anderes Beispiel: Ein 57jähriger Mann mit Metastasen im ganzen Körper. Er hatte sein Sterbebett im Haus seiner Tochter, die für seine letzten Wochen unbezahlten Urlaub genommen hatte. Die beiden hatten einen sehr liebevollen, respektvollen Umgang miteinander. Immer wenn ich in dieses Haus trat, umfing mich

eine Atmosphäre von Ruhe und Frieden. Die Tochter pflegte ihren Vater, schaute aber auch sich selber gut. Sie hatte verschiedene Betreuungspersonen organisiert, die sie stundenweise ablösten, damit sie sich ihren Hunden und Pferden widmen konnte. Der Mann schlief nachts bis zum Schluss friedlich durch. Patienten, die nachts unruhig sind und viel Aufmerksamkeit brauchen, belasten ihre Angehörigen natürlich viel stärker. In diesem Fall hatte ich den Eindruck, dass die liebevolle und friedliche Atmosphäre im Haus in direktem Zusammenhang mit der Beziehung der beiden (die andern Familienangehörigen hatte ich nie angetroffen) und der psychischen Verfassung des Patienten stand. Die Tochter versicherte ihrem Vater mit zärtlichen Berührungen, dass er gehen dürfe. Sie hatten zusammen mit den andern Angehörigen und dem Pfarrer in den letzten Tagen auch das Begräbnis und sonst alles Nötige organisiert. Der Mann wünschte, die ganze Familie noch einmal zu sehen und entschlief kurz darauf friedlich.

In diesem Beispiel wurde die Botschaft, dass der Vater gehen darf, in Liebe mit Worten und Gesten vermittelt.

3. BEITRÄGE AUS INDIVIDUALPSYCHOLOGIE UND FORMATIVER PSYCHOLOGIE

3.1. Menschenbild aus individualpsychologischer Sicht

(vgl. Brunner/Titze 1995, Ansbacher/Ansbacher 1995)

Im individualpsychologischen Verständnis wird der Mensch als Mängelwesen geboren: Ein Baby ist allein nicht überlebensfähig, es ist auf Pflege, Versorgung und Zuwendung durch Erwachsene angewiesen. In seinen Erbanlagen sind jedoch die Informationen für die Entwicklung zu einem erwachsenen Menschen angelegt. Von Geburt an sucht ein Baby Kontakt mit andern Menschen und reagiert auf sie (Stern 1992, p. 64ff.). Es lernt einerseits durch Nachahmung, andererseits durch Versuch und Irrtum. Von Anfang an ist es von Wesen umgeben, die mehr können als es. Deshalb schreibt Adler, jeder Mensch strebe nach Überwindung der Minderwertigkeit. Diese „Bewegung von unten nach oben“ oder „vom Minus zum Plus“ ist der Motor der Entwicklung und des Fortschritts und hat die Menschheit so weit gebracht, wie sie heute ist. Dieses Streben ist nach vorwärts gerichtet, hat ein Ziel, das je nach Mensch verschieden sein kann: Geltung, Überlegenheit, Sicherheit, Macht, Vervollkommnung. In den ersten Lebensjahren eines Menschen zeigt sich, welches Ziel er für erstrebenswert hält. Als unteilbares Ganzes (*In-dividuum*) strebt er mit allen seinen Persönlichkeitsanteilen, als Leib-Seele-Ganzheit zur Verwirklichung dieses Ziels. Er tut dies in einer Art und Weise, die für ihn typisch ist, gemäss seinem persönlichen Bewegungsgesetz, seinem **Lebensstil**. Dieser wird in den ersten Lebensjahren geprägt und bestimmt sein In-der-Welt-Sein ein Leben lang, bis in den Tod. Der Lebensstil des Einzelnen wird beeinflusst von den genetischen Voraussetzungen (z. B. Konstitution, Temperament), der Umgebung (Beziehungspersonen, Gesellschaft, Kultur, wirtschaftliche Verhältnisse, Krisen wie Krieg, Hungersnöte, Naturkatastrophen usw.) und der persönlichen Stellungnahme dazu. Dieser letzte Punkt ist in der Individualpsychologie von entscheidender Bedeutung. Es gibt keine ursächliche Bestimmtheit (Kausalität, Determinismus), sondern die **schöpferische Kraft** des Einzelnen bestimmt den Lebensstil: Wie jemand die Gegebenheiten interpretiert, was er sich für eine Meinung dazu bildet, beeinflusst seine Lösungssuche, sein weiteres Vorgehen und damit sein Verhalten und seine Handlungsweise. Mit den Worten Adlers: „Das Individuum ist mithin sowohl Bild wie Künstler. Es ist Künstler seiner eigenen Persönlichkeit.“

Adler beurteilte den Lebensstil eines Menschen anhand zweier Kriterien:

- Der Grad an **Aktivität**, ob jemand sich eher passiv verhält oder ob er aktiv ist, sich mutig dem Leben stellt und Aufgaben und Herausforderungen anpackt. Menschen, die sich passiv verhalten charakterisiert Adler als entmutigte, neurotische Menschen, „die eine Niederlage mehr fürchten, als sie Erfolg wünschen“.
- Der Grad an **Gemeinschaftsgefühl**. Gemäss Adler befindet sich auf der nützlichen Seite des Lebens, wer mit viel Gemeinschaftsgefühl handelt, wem es an Gemeinschaftsgefühl fehlt, steht auf der unnützlichen Seite des Lebens und handelt nur im eigenen Interesse, ohne Rücksicht auf andere.

Das Mass an Gemeinschaftsgefühl zeigt sich auch in der Stellungnahme des Individuums zu den drei **Lebensaufgaben**. Diesen Begriff wählte Adler deshalb, weil jeder Mensch im Verlauf seines Lebens mit diesen Themen konfrontiert wird und sich mit ihnen auseinandersetzen muss:

1. Soziale Beziehung zu anderen Menschen, zur Menschheit als Ganzes
2. Tätigkeit, Beruf: Wie stellt jemand seine Kräfte in den Dienst der Allgemeinheit
3. Liebe, Sexualität: Damit die Menschheit überhaupt weiter existieren kann, müssen Kinder gezeugt werden. Nach Adler geht es aber bei dieser Aufgabe vor allem auch um die Stellungnahme zum andern Geschlecht. Das wahre Wesen der Liebe ist die un-bedingte Annahme des andern

Gemeinschaftsgefühl im individualpsychologischen Sinn ist weit mehr als ein Gefühl, es ist eine Lebenshaltung, eine Einstellung, die dem Menschen nicht gegeben ist, sondern die er sich erwirbt. Es ist die Aufgabe der erziehenden Personen, zuerst auch heute noch meist der Mutter, das Kind zur Gemeinschaft zu führen, ihm andere Menschen nahe zu bringen (die Dyade zu erweitern). Bei einem Kleinkind zeigt sich Gemeinschaftsgefühl als Zärtlichkeitsbedürfnis und als Bezogenheit auf andere Menschen. Im Verlauf der Entwicklung lernt es, sich in andere Menschen einzufühlen, Rücksicht zu nehmen, sich als Teil eines grösseren Ganzen zu verstehen und so zu handeln, zu kooperieren, dass es zum Wohl der Gemeinschaft ist. Als Gemeinschaft versteht Adler nicht eine gegenwärtige Gesellschaft, sondern eine Gesamtheit *sub specie aeternitatis*, also unter dem Blickwinkel der Ewigkeit. Ein anzustrebendes Idealziel, das durchaus auch spirituell verstanden werden kann.

Gleichwertigkeit: Das Grundlegendste einer zwischenmenschlichen Beziehung ist die Begegnung auf Augenhöhe. Auch wenn ein Mensch alt oder schwerkrank ist, bleibt er ein Mensch und als solcher hat er Würde, unabhängig von Hautfarbe, Religion oder Leistung, die er erbringt (Menschenrechtskonvention). Einer sterbenden Person mit Respekt begegnen, sie in ihrem Sosein (krank, schwach, bedürftig, hilflos) fraglos akzeptieren und ihre Wünsche, wo immer möglich zu erfüllen suchen. Es ist nicht an mir zu urteilen, ob der Wunsch Sinn macht oder der Person gut tut. Dies wäre ein Übergriff in die Selbstbestimmung der Person und würde ihre Lebensqualität herabsetzen.

Frau V. war langjährige Alkoholikerin, litt an schwerer Leberzirrhose und Hepatitis. Regelmässig verlangte sie nach einem Glas Whiskey, was sie von uns BegleiterInnen auch erhielt.

Herr T. war im Endstadium einer Krebserkrankung, bettlägerig. Seine Schwiegertochter hatte ihn aufgenommen und pflegte ihn zu Hause. Herr T. war starker Raucher, hatte jetzt aber nicht mehr oft das Bedürfnis nach einer Zigarette. Wenn er aber Lust danach hatte, trugen wir ihn zu zweit ins Badezimmer, denn nur dort war rauchen erlaubt.

In beiden Fällen waren es Wünsche, deren Erfüllung den PatientInnen aus „vernünftigen“ Gründen hätte verweigert werden können, für sie waren sie aber wichtig und trugen zur Lebensqualität bis zuletzt entscheidend bei. Das zweite Beispiel finde ich besonders bemerkenswert, weil da auf die Bedürfnisse aller Betroffenen Rücksicht genommen wurde. Oft gehen Angehörige vor lauter Fürsorge über ihre eigenen Grenzen hinweg, was auf längere Sicht zur Belastung und zur

Überlastung wird. Hier wurde einerseits die Nichtraucher Wohnsphäre respektiert und andererseits dem Patienten das Rauchen der Zigarette vorurteilsfrei ermöglicht.

3.2. Menschenbild aus formativer Sicht

(vgl. Keleman 2002, 2004, Kummer 2006)

Die Organismisch-integrative formative Psychologie, wie sie von Irène Kummer und Elisabeth Schlumpf gelehrt wird, basiert auf der Individualpsychologie nach Alfred Adler und integriert die Formative Psychologie nach Stanley Keleman. Hatte bereits Adler die Ganzheitlichkeit seiner Lehre betont, so wird dies durch die formative Sichtweise noch untermauert: Körper, Geist und Seele sind nicht unabhängig zu sehen, sondern bilden eine somatisch-emotionale Einheit. Die biologische, körperliche Entwicklung eines Menschen verläuft untrennbar und verschränkt mit seiner psychischen. Von der Befruchtung der Eizelle bis zum Tod des Individuums geht es um Form-Werdung und Form-Wandlung (Morphogenese und Metamorphose). Der Mensch wird als Säugling geboren, besitzt aber alle genetischen Anlagen zur Entwicklung einer erwachsenen Person. Jedes gesunde Kleinkind lernt zum Beispiel sitzen und gehen. Diese Entwicklung ist vorgegeben. Durch gezielte Förderung kann der Lernprozess beschleunigt werden, genauso wie es Umstände geben kann, die hemmend wirken. In welcher Art und Weise ein Mensch aber geht, seine Gangart, ist individuell verschieden, hier zeigt sich sein **verkörperter Lebensstil**. Dies gilt für alle Verhaltensweisen, die als Muster genetisch angelegt sind (z. B. Ausgreifen, Empfangen, Bitten, Weinen) oder der Umgang mit Gefühlen, die auch gegeben sind, aber jeder Mensch zeigt auf seine eigene charakteristische Art z. B. Wut, Freude, Trauer oder Schmerz.

Der somatisch-emotionale Organisationsprozess

Die kleinsten organismischen Einheiten unseres Körpers sind die Zellen. Sie stehen miteinander in Kontakt und interagieren miteinander. Sie reagieren mit einer angeborenen Beweglichkeit auf Stimuli, die Bewegungsrichtungen sind Kontraktion und Expansion. Wenn sich ganze Zellverbände zusammen ziehen und wieder ausdehnen entsteht eine Pulsation oder eine Erregungswelle, die sich im ganzen Körper ausbreitet. So zirkuliert z. B. das Blut durch unsern Körper, angetrieben durch den Zellverband des Herzens, das sich rhythmisch etwa 70mal pro Minute zusammen zieht und so das Blut durch die Adern pumpt. Weitere Pulsationen finden sich auch im Rückenmark, im Magen-Darm-Trakt oder in den Lungen; Erregungswellen können durch Hormonausschüttung ausgelöst werden. Diese körperlichen (somatischen) Vorgänge sind direkt mit dem Gefühlserleben (emotional) gekoppelt. So pulsiert das Blut schneller, wenn wir erregt sind oder langsamer, wenn wir depressiv sind.

Im menschlichen Körper finden sich also viele Pulsationen mit verschiedenen Frequenzen, die unsere Lebendigkeit ausmachen: Herzschlag, Atmung, Verdauung, Hirnflüssigkeit, hormonelle und emotionale Schwankungen, aber auch Skelett- und

Muskelapparat, so sind wir abends etwas kleiner als am Morgen, wenn wir aufstehen, beim Liegen nachts verlängert sich unsere Körpergrösse wieder. Intensität und Frequenz der Pulsation sind von unserer genetischen **Konstitution** abhängig, die rhythmische Expansion und Kontraktion kann **somatypisch** eingeschränkt sein (s. nächster Abschnitt).

Konstitutions- und Somatypen

Die **Konstitution** eines Menschen ist genetisch gegeben. In der Embryonalentwicklung unterscheidet man 3 verschiedenen Zellschichten, sogenannte Keimblätter, die sich später zu verschiedenen Organen differenzieren:

- Aus dem äussersten Keimblatt, dem Ektoderm entstehen die Sinnesorgane und das Nervensystem.
- Aus dem Mesoderm entwickeln sich Herz, Skelett und Muskulatur
- Aus dem Endoderm entstehen die Verdauungsorgane.

Nach William Sheldon gibt es einen Zusammenhang zwischen der dominierenden Ausprägung eines dieser Organsysteme und Körperbau und Temperament eines Menschen. Keleman (2002) hat diese Typologie übernommen und weiter verfeinert:

- **Ektomorphe:** Menschen mit langen Extremitäten und langem Hals, einem kleinen, kompakten Kopf und kurzem Rumpf. Ihr Erleben ist vorwiegend von Sinneseindrücken geprägt, sie sind reaktiv, leicht erregbar und aufmerksam. Ihre Pulsationen sind leicht erregbar, flackernd.
- **Mesomorphe:** Menschen mit kurzen Armen und Beinen, von vierschrötiger Gestalt. Sie sind hauptsächlich am Handeln orientiert, begeisterungsfähig, optimistisch und kampfeslustig. Ihre Erregungsmuster sind kräftig und intensiv.
- **Endomorphe:** Menschen mit einem grossen Bauch, von birnenförmiger Gestalt, vorwiegend in der Eingeweideschicht lebend. Sie sind eher bedächtig, geduldig, gesellig, warme Extrovertierte. Ihre Erregungsmuster sind ruhig und stetig.

Im Gegensatz zur genetisch gegebenen Konstitution, entstehen die **Somatypen** erst im Verlauf der ersten Lebensjahre: Die einzelnen Zellen reagieren auf Stimuli, was sich auf den Gesamtorganismus überträgt. Die äusseren Umstände, unter denen ein Mensch aufwächst und sein emotionales Erleben haben einen Einfluss auf seine Körperfunktionen, wirken auf die natürlichen Pulsationen ein, so dass es zu Einschränkungen oder Verletzungen dieser Grundrhythmen kommen kann.

Die Entwicklung eines Menschen findet immer in Beziehung statt. Im Buch *Formen der Liebe* (2002) hat Keleman den Zusammenhang zwischen der Bindungsqualität des Kindes zu den Bezugspersonen und der Ausbildung dieser charakteristischen Körpermerkmale, der Somatypen, beschrieben. Er unterscheidet vier Phasen des Beziehungsgeschehens in denen verschiedene Bedürfnisse gestillt werden müssen. Verläuft die Entwicklung in einer Phase gestört durch ein Zuwenig an Zuwendung oder auch durch ein Zuviel, entstehen die Verformungen/Symptome des entsprechenden Somatyps:

- Stadium der **Fürsorge**: In der ersten Lebensphase braucht ein Säugling neben der Nahrungsversorgung vor allem Schutz, Wärme, Kontakt, Geborgenheit, das Gehalten-Sein von anderen. Erhält er das nicht in ausreichender Masse, entsteht der **poröse** Somatypus: Menschen mit eingesunkener, schwacher Körperhaltung; sie sind anspruchslos, mitfühlend; ihre charakteristische Aussage ist: „Ich kann nicht.“ Sie haben Mühe mit der Pulsationsphase der Expansion, es fällt ihnen schwer, (Muskel-)Spannung aufzubauen.
- Im Stadium der **Anteilnahme** wollen Kinder in ihrer Einzigartigkeit gesehen und anerkannt werden. Bei Nichtbeachtung, aber genauso bei einer Verwöhnung im Sinne von Vergötterung, entsteht der Somatypus des **Motilen**: Aufgeblähte, weiche Menschen; sie stehen gerne im Mittelpunkt, sind überschwänglich, gesellig, manipulierend; ihre charakteristische Aussage ist: „Stoss mich zurück, damit ich meine Grenzen spüren kann.“ Motile Menschen sind geübt im Expandieren, wie die Porösen haben sie aber Schwierigkeiten im Halten von Spannung.
- Stadium des **Austausches**: Das Kind braucht den Austausch über seine Gefühle und Wahrnehmungen, es möchte seine innere Welt mit andern teilen. Gelingt dies nicht in ausgewogener Masse, entsteht der **verdichtete** Typus: Menschen mit kompaktem Rumpf und eingezogenem Nacken; sie sind äusserlich angepasst und zurückhaltend, zeigen nicht, was in ihnen vorgeht, stehen unter innerem Druck; ihre Aussage ist: „Demütige mich nicht.“ Kontraktion ist ihre Stärke, sie sind sehr gut im Spannung aushalten, haben Schwierigkeiten, weicher zu werden.
- Im Stadium der **Kooperation**, das im Schulalter erreicht wird, wollen die Jugendlichen Teil eines grösseren Ganzen sein und dazu auch selber etwas beitragen. Andernfalls entsteht der **rigide** Typus: Menschen mit hochgezogener, steifer Gestalt; sie sind kontrolliert, regelbewusst, wettkämpferisch und dominieren gerne; eine typische Aussage lautet: „Ich bin grösser als du.“ Ihre Stärke ist die Expansion, wie die Verdichteten können sie gut Spannung aufbauen und halten, haben Mühe, weicher zu werden.

Der Schreckreflex

Im Verlauf der Entwicklung eines Menschen vom Kind zum Erwachsenen können schreckhafte Ereignisse zu Einschränkungen in der Pulsation und somit in der Körperorganisation und im Erleben führen. Der sogenannte **Schreckreflex** ist ein Muster, das im Menschen genetisch angelegt ist. Der Reflex kann durch innere (zum Beispiel Angst vor dem Alleinsein oder im Dunkeln) oder äussere Reize (laute Geräusche, körperliche Bedrohung usw.) ausgelöst werden. Keleman (2004) beschreibt sechs Stadien mit den typischen Körperorganisationen und zugehörigen Veränderungen im Denken, Fühlen und Empfinden. Der Schreckreflex ist eine natürliche Reaktion auf Bedrohungen verschiedenen Grades und dient dem Überleben des Organismus in Gefahren. Ist die Gefahr vorbei, lösen sich die Muster wieder auf. Unter gewissen Umständen, abhängig von Dauer, Schwere oder Häufigkeit, können sie jedoch chronifizieren und werden nicht mehr rückgängig

gemacht. Keleman spricht dann von verkörperten Stressmustern. Diese Muster überlagern die somatypischen Organisationen.

Die sechs Stadien lauten: (Abbildungen aus Keleman 2004, p.96 f.)

Startle 1 (Abb. 1): Innehalten, Erforschen der Situation. Die bisherige Aktivität wird eingestellt, der ganze Körper spannt sich etwas an, ein Zustand hoher Konzentration.

Startle 2 (Abb. 2): Die Anspannung im Körper steigt, der Bauch zieht sich nach innen, der Oberkörper plustert sich etwas auf. Eine Imponierhaltung, die ausdrückt: "Bleib mir vom Leib oder ich greife an!"

Startle 3 (Abb. 3): Hat sich der Körper in den ersten beiden Stadien nach oben vergrößert, so erscheint hier etwas Neues: Angst. Der Körper geht in eine Drehung, bereit, notfalls zu fliehen oder sich zusammen zu rollen. Alles zieht weiter nach oben, weg vom Boden, die Organe im Bauchraum werden zusammen gepresst, der Kopf wird von Blut überschwemmt. Wir verlieren den Kontakt zur Umgebung, beginnen uns abzuspalten, erstarren immer mehr.

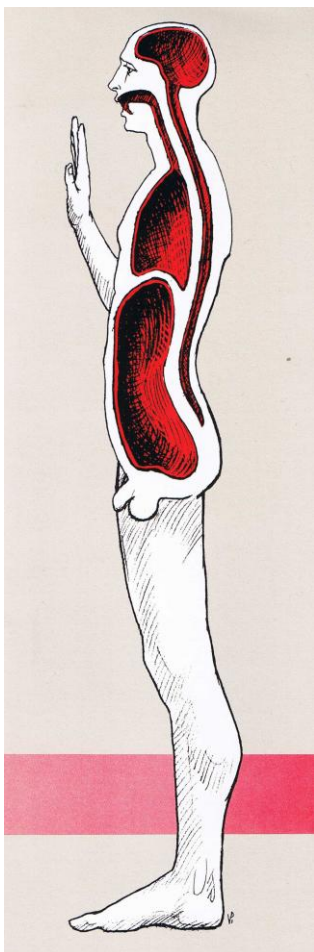


Abb. 1: Innehalten.

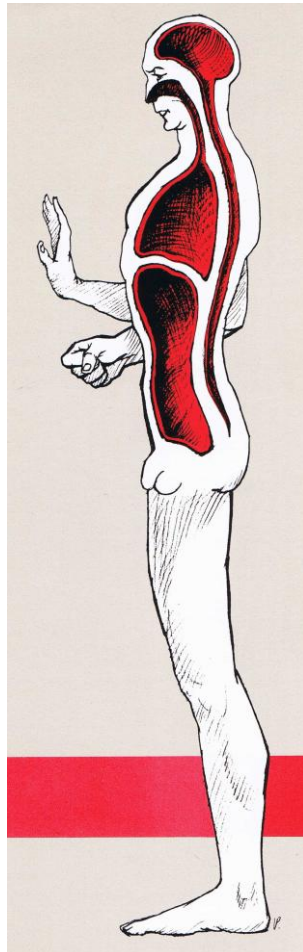


Abb. 2: Bleib weg!

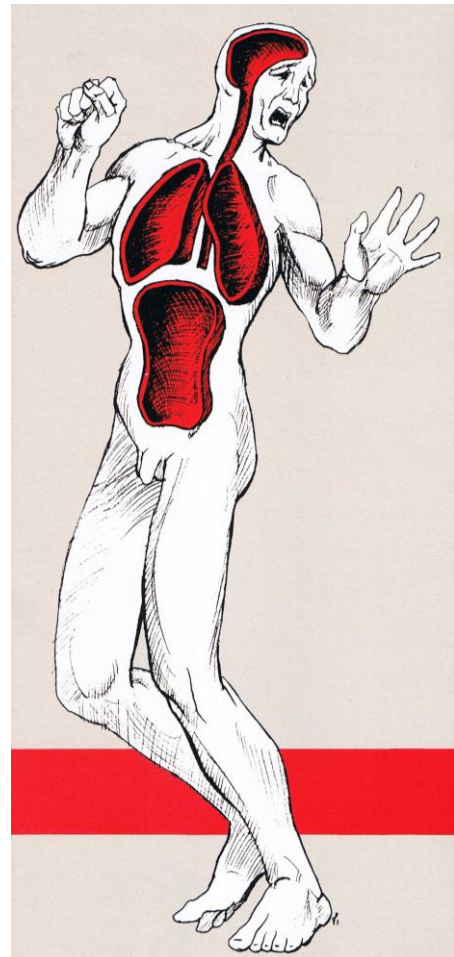


Abb. 3: Angst.



Abb. 4: Erstarrung.

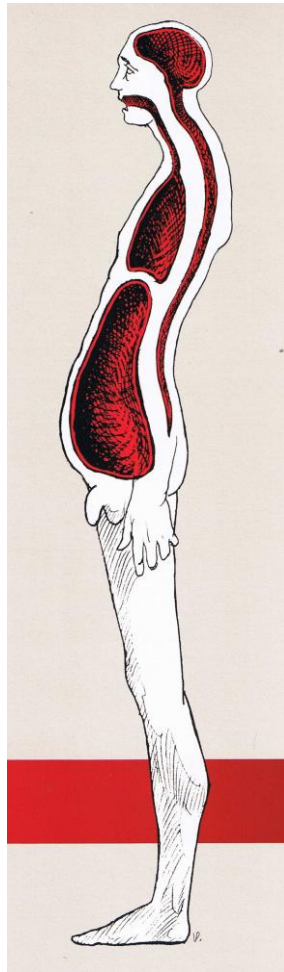


Abb. 5: Erschlaffen.



Abb.6: Apathie.

Startle 4 (Abb. 4): Dieses Stadium entspricht dem Totstellreflex der Tiere, der Körper ist erstarrt, unbeweglich, der Kopf beugt sich zurück (die Kehle wird dem Feind ungeschützt gezeigt). Eine Haltung der Unterwerfung verbunden mit Gefühlen von Hilflosigkeit, Erstarrung, Verkrampfung. Es sind keine gezielten Handlungen mehr möglich, nur Panik und unkontrolliertes Weinen.

Startle 5 (Abb. 5): Der Körper beginnt Spannung aufzulösen, zu erschlaffen. Der Brustraum fällt zusammen, der Bauch wölbt sich nach aussen, die inneren Organe versacken. Die Erregung, die bis hierher zugenommen hat, versickert. Gefühle des Nicht-mehr-Könnens, des Verschwindens tauchen auf.

Startle 6 (Abb. 6): Der Körper fällt weiter in sich zusammen, die Erregung verschwindet fast gänzlich. Ein Zustand der Verzweiflung, des Aufgebens, der Hoffnungslosigkeit, der Apathie.

Verkörperter Lebensstil

Unter dem verkörperten Lebensstil eines Menschen versteht man seine somatisch-emotionale Konfiguration aus vererbtem, vorherrschendem Konstitutionstypus und dem im Verlauf der Kindheit erworbenen Somatypus. Es gibt aber keinen Typus in Reinkultur. Bei der Konstitution ist ein Typus dominierend ausgebildet und einer am schwächsten. Bei den Somatypen kann in verschiedenen Körperschichten (Innen- oder Aussenschichten) und Körperräumen (Kopf-, Brust-, Bauchraum) ein anderer Typ vorherrschen, so dass eine komplexe, individuell ganz verschiedenartige aber typische Kombination an Körperorganisationen entsteht.

Unser In-der-Welt-Sein ist ein dynamischer Prozess, beeinflusst von den genetischen Gegebenheiten und der persönlichen emotionalen Geschichte. Wir denken, handeln und empfinden in unserem typischen Lebensstil. Entwicklung und Veränderung ist in dem Sinne möglich, als wir lernen können, uns der Muster, die unwillkürlich ablaufen, bewusst zu werden und sie willentlich zu regulieren. So gewinnen wir Einfluss auf unser Leben, auf unseren Gestaltungsprozess.

Selbstebenen

Nach Keleman ist unsere Gestalt eine Realität, die aus verschiedenen Schichten geformt ist (1994. S. 54 f.):

- **Präpersonales** Selbst: Der Anteil unseres Selbst, der genetisch vorgegeben ist und nicht unserem Willen untersteht. Dazu gehören unsere Anatomie, Triebe und Instinkte.
- **Postpersonales** Selbst: Was wir an Regeln und Traditionen gelernt haben in Familie, Schule, Beruf, Gesellschaft, Kultur.
- **Personales** Selbst: Die Art und Weise, wie wir uns verkörpern. Diese Schicht ist subjektiv und dem Willen zugänglich. Sie entspricht dem verkörperten Lebensstil, beinhaltet, wie wir mit der präpersonalen und der postpersonalen Schicht umgehen, wie wir diese interpretieren.

Diese drei Schichten bilden „unser Selbst“, sie stehen miteinander in Kontakt und beeinflussen sich. Je nach Situation und emotionaler Verfassung, kann eine andere Schicht dominieren und die andern kontrollieren, was sich auf unser Verhalten und Empfinden auswirkt. Ist unsere postpersonale Schicht vorherrschend, werden wir roboterhaft, steif und förmlich, ist diese Schicht schwach, können wir von unseren Impulsen überrannt werden. Ist das personale Selbst schwach, kann es sein, dass wir nur den gesellschaftlichen Anforderungen genügen wollen und uns selbst nicht spüren, oder wir werden von unseren Trieben und Instinkten gelebt.

Keleman (1994) hat eine Methode entwickelt, die „Fünf Schritte“ oder die „Wie-Methode“, mit der die Wechselwirkungen der verschiedenen Schichten bewusst gemacht werden können. Dies ist die Voraussetzung, dass wir durch willentlichen kortikal-muskulären Einsatz unser In-der-Welt-Sein beeinflussen, unser personales Selbst differenzieren und stärken können.

3.3. Beispiel zu Lebensstil

So wie das ganze Leben eines Menschen von seinem Lebensstil geprägt ist, zeigt sich dieser auch im Sterben, der letzten Phase eines Lebens. Um dies zu verdeutlichen, schildere ich hier ausführlich eine meiner längeren Begleitungen.

Ralf ist ein 70jähriger Mann, den ich während sieben Wochen begleitet habe. Wir waren zwei Betreuerinnen vom AHBS, die abwechselnd je ein bis zwei Mal pro Woche bei ihm waren, damit seine Frau Agnes ihre Arbeitsstelle nicht aufgeben musste. Vor 16 Jahren wurde bei Ralf Krebs diagnostiziert. Mittlerweile hatte er im ganzen Körper Metastasen, vor allem seine Lungen wurden stark vom Krebs bedrängt, so dass sein Atemvolumen eingeschränkt war und er meist zusätzlich mit Sauerstoff versorgt wurde.

Ich wurde von Agnes und Ralf sehr freundlich empfangen, und wir duzten uns von Anfang an. Bei meinem ersten Besuch lag Ralf zwar im Bett, konnte aber noch aufstehen und in der Wohnung umhergehen, allerdings nur in Begleitung, weil er kürzlich gestürzt war. Er wirkte auf mich ruhig, bescheiden und zufrieden, und wir unterhielten uns schnell angeregt. Er erzählte, dass jetzt verschiedene fremde Menschen bei ihm verkehrten (Spitex, AHBS), dass ihn das verunsichere, dass er manchmal leider die Namen nicht mehr wisse, dass er es aber sehr schätze, von diesen Menschen so freundlich und wohlwollend begleitet zu werden. Er äussert sein Erstaunen darüber, dass er jetzt als kranker, bettlägeriger Mann mit so vielen andern Menschen noch eine nahe Beziehung aufbauen könne.

Interpretiert man diese Aussagen unter dem formativen Aspekt, bedeutet es, dass Ralf hier Liebe in Form von Anteilnahme (s. S. 18) erlebt, was ihm somatisch ermöglicht, weicher zu werden, seine Rigidität etwas abzubauen und anzuschwellen (motil).

Dann erzählt er von seiner Krankheit, dass es sich jetzt schon so lange hinziehe. Er hatte verschiedene Operationen, aber jetzt könne man nichts mehr machen, er nehme nur noch Medikamente zur Schmerzbekämpfung. Die wirkten gut, an Schmerzen leide er nicht. Manchmal habe er Angst, vor allem nachts, wenn er allein sei oder meine, allein zu sein. Hier werde ich hellhörig, Agnes ist ja nachts immer neben ihm. Ich frage nach, wovor er denn Angst habe. Er antwortet ausweichend, vor dem, was komme, aber es bringe ja nichts, darüber zu grübeln. Seine Stimme wird bei diesem Thema viel leiser und zerbrechlich, er wirkt bedrückt, das Atmen fällt ihm schwer, er bittet mich zu kontrollieren, ob der Sauerstoffapparat noch gut funktioniere. Das Gespräch bricht ab, er gibt nur noch einsilbige Antworten.

Ich habe den Eindruck, dass seine Angst mit ganz schwierigen Themen verbunden sein könnte, denn sein Stimmungsabfall und seine nervöse Reaktion übertragen sich auf mich und ich merke, dass ich selber beunruhigt und angespannt bin, was aber nicht durch die momentane Situation begründet ist. Vielmehr fühle ich mit Ralf empathisch mit oder formativ ausgedrückt, ich körpere mit ihm mit (co-bodying) und nehme seine Körperorganisation zumindest zum Teil in meiner auf.

Da wir uns erst kurz kennen und ich nicht annehmen kann, dass er schon genügend Vertrauen zu mir hat, spreche ich das Thema nicht an.

Um ihn wieder etwas aufzumuntern frage ich ihn, ob er in den langen Jahren seiner Krankheit auch Schönes erlebt habe. Er antwortet zuerst zurückhaltend, ja schon, vor allem auch, wenn er es mit dem Schlimmen vergleiche, das er schon erlebt habe. Hat seine Angst damit zu tun? Ich merke es mir für später. Dann sagt er, jetzt sei zum Beispiel so ein schöner Moment, die Sonne scheine so warm (Es ist März, das Fenster ist geöffnet und sie scheint direkt auf sein Bett.) und er werde so wohltuend

umsorgt, er lächelt mich glücklich an und sinkt entspannt in seine Kissen. Es ist ein spezieller, erfüllter Moment. Wir sprechen nicht weiter, und er schläft ein.

Später erhält er Besuch von einer guten Bekannten, die früher Gemeindeschwester war und ihn häufig betreut. Sie fragt ihn, wie es ihm heute gehe, was er gegessen habe, ob er nachmittags schon aufgestanden sei. Nachdem sie wieder weg ist, möchte er aufstehen und in der Wohnung umhergehen. Obwohl er noch gut gehen kann, klammert er sich fest an meinen Arm. Wir schauen aus dem Fenster den Meisen zu, die am Nest bauen sind. Er war immer gerne in der Natur und erzählt von einer Wanderung, die er vor ein paar Jahren mit Agnes gemacht hat. Ich war auch schon an dem Ort, und wir tauschen lebhaft unsere Eindrücke aus. Das Umhergehen ermüdet ihn, und er schläft nachher bis Agnes abends heim kommt. Mit Schalk in den Augen erzählt er ihr von unserer „Wanderung“ und dass ich es fast nicht geschafft hätte.

Mein Eindruck von Ralf nach diesem ersten Besuch ist der eines freundlichen, bescheidenen Mannes. Er beklagt sich nicht und scheint dankbar für alles Gute, das ihm widerfährt, freut sich am Frühling mit der warmen Sonne, den nistenden Meisen, genießt die Gesellschaft anderer Menschen. Als er von seinen nächtlichen Ängsten erzählt, frage ich mich, ob er unter Angstanfällen leidet, weil er doch stark reagierte (er wollte, dass ich den Sauerstoffapparat kontrolliere). Hängt dies mit dem „Schlimmen“ zusammen, das er kurz darauf erwähnte? Ich frage mich auch, ob es Zufall ist, dass er nach dem Besuch der Bekannten, die ihn gefragt hatte, ob er schon aufgestanden sei, in der Wohnung umhergehen wollte. Oder wollte er es ihr recht machen, tun, was man von ihm erwartet? Hatten wir eine angeregte Unterhaltung, weil er nett zu mir sein wollte?

Bei meinem zweiten Besuch eine Woche später geht es Ralf deutlich schlechter. Er war vormittags im Bett geblieben, weil er sich zu schwach und schwindelig fühlte. Nachts hatte er unruhig geschlafen. Es stellt sich heraus, dass er wirklich unter Angstattacken leidet: Er wacht auf und denkt, er sei allein, dann bekommt er keine Luft mehr. Ich kann ihn etwas beruhigen, indem ich ihm erkläre, dass es wichtig sei, langsam aus zu atmen (er wusste nicht, ob er mehr Luft /Sauerstoff erhält wenn er hastig oder wenn er langsam atmet), und ich versichere ihm, dass er nicht ersticken werde. (Diese Frage hatte ich nach meinem letzten Besuch mit der Spitexverantwortlichen geklärt.) Seine Angst vor dem Alleinsein bleibt und wird im Verlauf der Zeit immer grösser.

Auf mein Nachfragen antwortet er, dass er genau wisse, wovor er Angst habe, aber er will offensichtlich nicht darüber sprechen. Ich vermute, dass er traumatische Situationen erlebt hat. Er lebte als Kind in einer Gegend, die im 2. Weltkrieg schwer bombardiert wurde, flüchtete mit seiner Mutter und den Geschwistern und lebte in den Nachkriegsjahren in einer Gegend im Osten, wo es an allem fehlte. Diese Informationen erhielt ich nur in Bruchstücken, denn Ralf wollte nicht von seiner Kindheit erzählen und wich Fragen danach immer aus.

Die schlimmen Kindheitserfahrungen prägten seinen Lebensstil, und Ralf entwickelte ein starkes Sicherheitsbedürfnis. Sein Bestreben, die Dinge durch Kontrolle als erste Priorität (Brunner/Titze 1995, S. 373) in Griff zu halten nahm fast schon zwanghafte Züge an. Dies zeigte sich immer deutlicher, je besser ich ihn kennen lernte. Er schaute zum Beispiel immer häufiger auf die Uhr, je näher die Feierabendzeit von Agnes rückte. Sie erzählte mir einmal, dass Ralf mit den Kindern Velotouren unternahm, auf die sie nicht mitkommen durfte, weil es zu gefährlich sei. Was sollte

er tun, falls ihr etwas passierte und er allein mit den Kindern bliebe? Dies war seine Begründung.

Einmal kam Ralfs Sohn vorbei, um einen verklemmten Rollladen zu reparieren. Es erstaunte mich, mit welchem Befehlston Ralf, der auf mich immer so sanft und genügsam wirkte, seinen Sohn, der immerhin ein Mann von 40 Jahren war, herumkommandierte. Er sagt ihm, den Schraubenzieher habe Agnes auf den Tisch gelegt. Der Sohn findet ihn aber nicht und will in der Werkstatt einen holen gehen. Ralf gerät ausser sich, will nicht, dass der Sohn in die Werkstatt geht, traut ihm nicht zu, den passenden Schraubenzieher zu finden und überhaupt die Reparatur auszuführen. Er schickt mich immer wieder los nachzusehen, was sein Sohn gerade mache und minutiös zu rapportieren. Am Schluss lässt er sich vom Sohn das ausgewechselte Stück zeigen, um *sicher* zu sein, dass es *richtig* gemacht ist.

Eindrücklich war, wie Ralf sich verwandelte, wenn er mit Autoritätspersonen sprach. Ich erlebte dies zweimal, einmal besuchte ihn der Pfarrer, ein anderes Mal kam sein Arzt auf Hausvisite. Ralf nahm unwillkürlich Haltung an (richtete sich auf), seine Stimme wurde lauter und bestimmter. Er sazte mich plötzlich ganz förmlich. Auch inhaltlich sprach er anders als mit mir allein oder mit seinen Familienangehörigen: Themen waren nicht mehr die Unsicherheit über das Ungewisse der nahen Zukunft, seine Angst, sondern dass er den Tatsachen ins Auge schaue, sich in sein Schicksal ergebe, dass er sich um das Wohl seiner Frau und seiner Familie sorge. Er repräsentierte den tapferen Mann, der sich den Herausforderungen stellt. Dabei war er sehr nervös, suchte immer wieder meinen Blick und meine Bestätigung, wenn es um organisatorische Fakten ging. Es war ihm sehr wichtig, die gesellschaftlichen Anforderungen zu erfüllen.

Um auf meinen ersten Besuch zurück zu kommen: Er verhielt sich damals viel förmlicher mir gegenüber als bei meinen späteren Besuchen, als er Vertrauen zu mir gefasst hatte, wir unterhielten uns nie mehr so lange am Stück und seine Unsicherheit, seine Trauer über die Verluste von Gesundheit und Körperkräften, das stufenweise Abschiednehmen vom Leben erhielten viel mehr Raum, es blieben die offenen Fragen, die wir zusammen aushielten. Dass er damals nach dem Besuch der Bekannten aufstehen wollte, nachdem sie danach gefragt hatte, sehe ich jetzt in einem direkten Zusammenhang. Ich denke, er wollte erfüllen, was von ihm erwartet wurde.

Auch Ralfs Berufswahl war passend für seinen Lebensstil: Er lernte Feinmechaniker, wo Eigenschaften wie Ordnung und Präzision gefragt sind und blieb 40 Jahre lang, bis zu seiner Pensionierung, im gleichen Betrieb angestellt. Von den Angehörigen erfuhr ich später, dass Ralf die unmöglichsten Dinge wieder reparierte. Er gab nie auf, legte die Gegenstände zur Seite, wenn er nicht mehr weiter wusste und nahm sie sich später wieder vor.

Ralfs Gemeinschaftsgefühl war gut entwickelt. Er lebte sehr naturverbunden, hatte sich vor seiner Erkrankung mit Hingabe dem Garten gewidmet. Wenn er davon erzählte, begannen seine Augen zu leuchten. Er liebte Tiere, sorgte sich bis zuletzt um sein Hündchen und beobachtete interessiert die Vögel im Garten.

Für seine Familie fühlte er sich in starkem Masse verantwortlich. Er machte sich grosse Sorgen, ob die Belastung für seine Frau Agnes nicht zu gross sei, ihn zu Hause zu pflegen – es war sein Wunsch, zu Hause, in der gewohnten Umgebung, sterben zu dürfen – und weiterhin Teilzeit zu arbeiten. Er war sehr dankbar für die

Unterstützung, die sie bekamen, war aber auch froh, dass nicht mehr Personen involviert waren, so blieb es für ihn überschaubar. Er sorgte sich zudem sehr um seine Kinder und Enkel. Einmal rief seine Schwiegertochter an – Ralf schlief gerade, ich nahm den Anruf entgegen – und berichtete, der Enkel habe gerade selber gehen gelernt. Als ich es Ralf erzählte, wollte er sofort zurück rufen und alles bis ins Detail wissen.

Es war ihm wichtig, vorausblickend zu planen (typisch für Priorität *Kontrolle*). So traf sich die Familie (Eltern und die erwachsenen Kinder) jeweils, wenn eine neue Situation eintrat, und sie diskutierten und planten die anstehenden Schritte. Sie hatten auch die Abdankung und Beerdigung miteinander organisiert. Ralf hatte seinen Lebenslauf selber verfasst.

Für die Art von Krebs, an der Ralf litt, war es erstaunlich, wie viele Jahre er damit leben konnte. Das weist darauf hin, dass er über einige Ressourcen und Resilienzen verfügte. Da ist zum Beispiel seine Kämpfernote erwähnenswert, seine Beharrlichkeit, die sich ja auch beim Reparieren von Gegenständen gezeigt hatte. Andererseits stelle ich mir auch vor, dass er sich korrekt und peinlich genau an ärztliche Verordnungen hielt. Mir fiel auf, wie lange er sich trotz Schluckbeschwerden bemühte, etwas zu essen und er weigerte sich nie, seine Pillen zu schlucken, auch wenn sie ihm sehr widerstrebten und er sie fast nicht hinunter brachte. Dieses Nicht-aufgeben-Wollen oder -Können, Alles-kontrollieren-Wollen hat ihm sicher noch einige Jahre Leben verschafft in denen er auch gute Phasen hatte. Es hat aber auch seinen Sterbeprozess und am Ende seinen Leidensweg verlängert. Angesichts des nahenden Todes steigt die Unsicherheit. Kein Mensch kann wissen, wann und wie genau er sterben wird. Ralf wollte bis zuletzt nicht darüber sprechen, was ihm Sorgen bereitet oder Angst macht. Er wich diesen Fragen aus, was ich als Sterbebegleiterin zu akzeptieren habe, seine Selbstbestimmung zu achten bis zuletzt heißt, ihm seine Würde zu zugestehen. Einmal antwortete er auf die Frage nach Schmerzen, er habe keine körperlichen Schmerzen. Ich konnte ihm nur meine Bereitschaft anbieten, ihm zu zuhören, ihn zu verstehen suchen. Letztlich weiss ich nicht, was ihn daran hinderte, mein Angebot anzunehmen. Glaubte er, es mir nicht zumuten zu dürfen? War es vielleicht Selbstschutz, damit er selber nicht von den schrecklichen, traumatischen Erinnerungen überflutet wurde?

Die Angst allein (gelassen) zu sein, wurde gegen sein Lebensende zu immer stärker. Wenn er eingenickt war und beim Aufwachen niemanden im Blickfeld sah, rief er aufgeschreckt nach Agnes, beruhigte sich aber sofort, wenn jemand da war.

Es fiel Ralf zunehmend schwerer, Abschied zu nehmen. Er drängte Agnes immer, wenn sie zur Arbeit ging, ja wieder zu kommen und beklagte sich, dass sie schon wieder wegginge und so lange fort bleibe. Kaum war sie weg, fühlte er sich aber mit mir wohl und aufgehoben.

In der letzten Zeit klagte er auch, wenn die Spitexfrau wieder gehen musste. Einmal war eine Aushilfe da, und er bekundete beim Abschied Mühe, wie wenn sie seine Hauptbezugsperson wäre.

Bei meinem letzten Besuch, 10 Tage vor seinem Tod, wurde ich von seiner Tochter abgelöst, und er schluchzte als ich mich verabschiedete. Dabei hatte er offensichtlich eine sehr gute Beziehung mit seiner Tochter.

Es war nicht Abschiedsschmerz, weil er sich von Liebgewonnenem trennen musste, sondern ein grundlegendes Nicht-los-lassen-Können. In den Zusammenhang passt vermutlich auch, dass er unbedingt alles reparieren musste (Mühe hatte, etwas wegzuerwerfen), oder dass er ein Leben lang an der gleichen Arbeitsstelle ausharrte.

Wie sollte er so den Abschied vom Leben zulassen können?

Bei meinen letzten Besuchen 10 -14 Tage vor seinem Ableben war er nur noch Haut und Knochen. Wenn er schlief, hatte er Atemaussetzer, und sein Herz schlug sehr schwach und unregelmässig. Sein Körper war am Gehen, sein Überlebensdrang oder vielmehr seine Angst hielten ihn zurück. Den Übergang vom Leben in den Tod geht jeder Mensch alleine, die Begleitenden bleiben im Diesseits zurück, und er konnte so schwer zurück lassen.

In seiner letzten Nacht schrie er mehrmals um Hilfe, war meist verwirrt, durchlebte Kriegsszenen mit Bombardements und wurde auch von körperlichen Krämpfen geplagt. Am folgenden Vormittag war er wieder klar orientiert. Während der morgendlichen Pflege hauchte er sein Leben aus, im Bewusstsein, dass er nicht allein war.

In seiner Todesanzeige standen die treffenden Worte: Gekämpft – gehofft – verloren. Die kämpferische Einstellung hat ihm sicher viel geholfen, und er hat es im Leben weit gebracht. Aber den Sterbeprozess konnte er nur verlieren, diesen Kampf kann man nicht gewinnen.

In der letzten Zeit, als ich ihn begleitete, konnte er sich dem Lebensende noch nicht fügen, er kämpfte noch. Was Kübler-Ross (1981) als letzte Phase, Annehmen, beschreibt oder die Wandlung, wie sie Renz (2005) schildert, ist auch in den allerletzten Momenten noch möglich und nicht an einen zeitlichen Rahmen gebunden. Vielleicht hat er dieses Stadium doch noch erreicht. Mit Agnes hatte er darüber gesprochen, dass er manchmal „woanders“ sei, wo es schön sei.

3.3.1. Charakterisierung von Ralfs Lebensstil aus individualpsychologischer Sicht

Die Art und Weise, sich selber, die andern und die Welt wahrzunehmen, ist für jeden Menschen individuell verschieden und kristallisiert sich in den ersten Lebensjahren heraus. Anhand dieser Wahrnehmung (tendenziöse Apperzeption) bildet sich eine Person ihre private Meinung, setzt sich (unbewusste) Ziele und wählt entsprechend Mittel und Methoden, diese zu erreichen. Mit diesen Parametern lässt sich der Lebensstil einer Person, also ihre typische Verhaltens- und Erlebensweise, charakterisieren.

Private Meinung

Ich (Selbstbild):

- Ich gebe nicht auf (Reparaturen, Todesanzeige)
- Ich muss alles im Griff haben (Rollladenreparatur)
- Ich muss alles kontrollieren (gibt Sicherheit): Gefühle unterdrücken, organisieren, vorausplanen (Todesanzeige, Lebenslauf)

Die Andern (Fremdbild):

- Die Familie hält zusammen

- Die Andern sind wichtig, man ist freundlich und zuvorkommend zu ihnen (gesellschaftlicher Aspekt)
- Die Andern können bedrohlich sein
- Freunde sind verlässlich
- Autoritätspersonen haben Macht (zeigt keine Schwäche vor Pfarrer und Arzt)

Das Leben (Weltbild):

- ist hart, viel Arbeit
- Die Welt ist gefährlich, unberechenbar und (lebens-)bedrohlich (Kriegs- und Nachkriegserfahrungen)

Privat-logische Folgen

Unbewusste Ziele:

- Ich muss vorsichtig sein
- Ich brauche Sicherheit

Methoden:

- Ich muss Ordnung halten
- Ich muss kämpfen, viel arbeiten

Preis:

- Wenig Freunde, soziale Isolation (Ralf hatte keinen grossen Freundeskreis, war vor allem in seiner Familie sehr engagiert)
- Furcht vor Neuem
- Viel Verantwortung
- Hat Mühe, geschehen zu lassen (Kontrolle abgeben)
- Darf nicht über Gefühle und Angst sprechen

Ressourcen:

- Humor: Sein feiner Humor, der sich immer wieder zeigte („Wanderung“ bei meinem ersten Besuch). Menschen mit Humor können sich über die Sache stellen und Probleme und Mängel distanziert betrachten, dadurch fallen sie weniger in eine Opferhaltung (Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefert-Seins).
- Gutes Selbstwertgefühl (er traut sich etwas zu, hat den Krieg mit seiner Herkunftsfamilie überlebt)
- Gut entwickeltes Gemeinschaftsgefühl (s. nächste Punkte)
- Glaube/Religion: Obwohl wir nie darüber sprachen, denke ich doch, dass er viel Kraft aus dem Glauben schöpfte (ich weiss, dass er mit andern betete)
- Natur: Ralf war ein sehr naturverbundener Mensch, der Tiere liebte (Meisen, sein Hündchen). Wenn er von seinen Wanderungen oder seinem Garten erzählte, blühte er jedes Mal auf. Naturverbundene Menschen haben ein tiefes Verständnis für die Prozesse von Werden und Vergehen.
- Familie, Freunde: Die wenigen Menschen, zu denen er Vertrauen gefasst hatte, gaben ihm Sicherheit und Geborgenheit.

3.3.2. Ergänzungen aus formativer Sicht

Ralf war von ektomorpher Konstitution. Dies zeigte sich an seinen feinen, langen Gliedmassen und vor allem an seinen wachen Sinnen. Es erstaunte mich immer wieder, wie er die kleinsten Geräusche wahrnahm und darauf reagierte. (Dies könnte auch mit dem Schreckmuster Startle 1 zusammenhängen: Innehalten, Aufmerksamkeit auf Gefahr richten. Ich denke, dass bei Ralf beides zusammen kam, d. h. seine ektomorphe Veranlagung durch das Stressmuster verstärkt wurde.) In Anbetracht der fortgeschrittenen Erkrankung war es beachtlich, wie flexibel er geistig war. Typisch auch, wie schnell er erregt wurde und diese Erregung fast nicht halten konnte (als sein Sohn den Rollladen reparierte und Ralf so herrisch aufbrauste), sich genau so schnell aber auch wieder beruhigte. Seine Erregung verpuffte förmlich, wenn er sich sicher fühlte.

Sein Somatypus war rigid: Er war sehr leistungsorientiert, hielt sich strikt an Regeln, war konservativ, eine Kämpfernatur, die nicht aufgibt, war Einzelkämpfer, dominierte seine Familie. Er hielt andere auf Abstand, hatte aber etwas Eindringendes seinen Familienangehörigen gegenüber. Körperlich zeigte sich die Rigidität auch deutlich, seine Haltung war steif, hochgezogen im Brust- und Schulterbereich, er litt am Schluss zunehmend unter Muskelkrämpfen in den Beinen.

Es ist anzunehmen, dass er aufgrund seiner traumatischen Kindheitserfahrungen (Flucht, Bombardements) chronische Stressmuster verkörperte, was seine Rigidität noch verstärkte oder aber, dass er besonders schnell die Stressmuster aufbaute. Hörte er ein Geräusch, das er nicht gerade einordnen konnte, war er sofort alarmiert (z.B. das Brummen des Kühlschranks, das er hörte als die Sauerstoffmaschine nicht lief, ich musste mehrmals kontrollieren gehen, ob nicht irgendwo Wasser überlief. Startle 2) oder seine panischen Reaktionen, wenn er erwachte und sich allein fühlte (Startle 4).

Wenn wir über seine Unsicherheiten und Ängste sprachen, passierte es auch, dass er in eine kindliche Schicht seines Selbst wechselte und porös wurde. Zum Beispiel bei meinem ersten Besuch, als er erzählte, er habe Angst vor dem, was komme, vor dem Ungewissen. Hier fiel er sichtlich in sich zusammen, seine Stimme wurde schwach, sein Brustraum fiel zusammen, so dass er keine Luft mehr bekam (und ich den Sauerstoffapparat kontrollieren musste). Ich half ihm indirekt, wieder Spannung aufzubauen, indem ich ihn nach Ressourcen fragte, nach Schönem, das er erlebt hatte. Indem er sich am Moment freuen konnte, über die Erinnerung wieder mit seiner erwachsenen Schicht in Kontakt kam, weitete sich sein Brustkorb (er „öffnete“ sich), und er gewann wieder genügend Form zum Atmen. Ein anderes Mal, als er in sehr gedrückter Stimmung war (poröse Körperhaltung), konnte ich ihm zu Fassung verhelfen, indem ich ihn fragte, wie er eigentlich seine Frau kennen gelernt habe. Beim Erzählen dieser ersten Begegnung, erschien im sterbenskranken Mann der junge, unternehmenslustige Ralf, der die attraktive Frau ansprach, sichtbar in der veränderten Körperhaltung (er richtete sich auf, mehr Körperspannung, mehr „Halt“) und den strahlenden Augen.

Beim Besuch der Respektpersonen Pfarrer und Arzt verkörperte Ralf blitzartig sein postpersonales Selbst: Ein verantwortungsvolles Familienoberhaupt, das sich um seine Angehörigen sorgt, der kämpferische Mann, der sich tapfer seinem Schicksal stellt, und dass er mich plötzlich förmlich siezte – gesellschaftlich angepasster geht es fast nicht mehr.

3.4. Sterben aus individualpsychologischer Sicht

Alfred Adler klammerte den Themenkreis Sterben und Tod weitgehend aus seinem Bewusstsein aus. Als Kind war er mehrere Male dem Tode sehr nahe gewesen: Er litt unter Stimmritzenkrämpfen, die beim Weinen auftraten. Die damit verbundene Atemnot erlebte er als sehr beängstigend und beunruhigend. Er fand jedoch ein Mittel dagegen, indem er sich im Alter von drei Jahren das Weinen untersagte. Etwa zur selben Zeit starb auch sein jüngerer Bruder. Adler war bei ihm, als er starb, und er war sich nach eigenen Angaben der Endgültigkeit dieses Abschieds bewusst. Im Verlauf des nächsten Jahres wurde er zweimal von einem Wagen angefahren und erwachte mit Schmerzen aus der Bewusstlosigkeit. Zudem erkrankte er an einer schweren Lungenentzündung, die ihn beinahe das Leben gekostet hatte. Aufgrund dieser Vorfälle entschied er sich damals, Arzt zu werden und so den Tod zu bekämpfen. (Adler 2001, p. 182 f.)

In einem Gespräch mit dem jungen Farau sagte Adler, er sei Arzt geworden, um den Tod abzuschaffen. Auf dessen Frage, ob der Gedanke an den persönlichen Tod nicht etwas Furchtbares sei, antwortete Adler, er habe sich damit ausgesöhnt. Er könne die Tatsache des Todes nicht aus der Welt schaffen, es gebe so viel, was man tun könne und es sei wichtig, dies nicht zu versäumen! (Farau/Cohn 1984, p. 153 f.) Wer weiss, ob sich Adler noch mit der letzten Lebensphase auseinander gesetzt hätte, wenn er nicht unverhofft mit 67 Jahren mitten aus einer aktiven Schaffensphase gestorben wäre.

Da in der Individualpsychologie so viel Gewicht auf die Aktivität eines Menschen gelegt wird, auf die Bewegung vom Minus zum Plus, auf das mutige Angehen der Lebensaufgaben, ist es nachvollziehbar, dass Sterben und Tod nicht im Fokus der Forschenden liegt. So gibt es auch in neuerer Zeit nur ganz vereinzelte individualpsychologische Publikationen zu diesen Themen:

- Schmidt (1982, p. 212 f.) bezeichnet das Alter und die Phase vor dem Tod als extreme Organminderwertigkeit. In unserer Leistungs-Gesellschaft, die so sehr auf Nützlichkeit und Zweck ausgerichtet ist, fallen alternde Menschen aus der Gemeinschaft der aktiven Mitmenschen heraus, sie werden zu Objekten der Fürsorge. Diese Entmutigung führt dazu, dass misstrauische und ängstliche Einstellungen des Lebensstils verstärkt werden. Dabei hätten die alternden Menschen so viel an Erfahrungen zu bieten!
- In einem späteren Artikel fragt Schmidt ((1985, p.80 f.), was für Hilfe die Individualpsychologie für Sterbende bieten könne und antwortet: „ Befreiung aus der Gefangenschaft der Angst und der Einsamkeit.“ Sterbende auf ihrem letzten Wegstück begleiten, an ihrem Leben Anteil nehmen, verhilft ihnen zur Selbstannahme. Nicht an das Gemeinschaftsgefühl des Sterbenden muss appelliert werden, sondern ihm soll von seiner Umgebung das Gefühl des Eingebettet-Seins in die Gemeinschaft, des Angenommen-Seins mit seiner Angst und seiner Trauer vermittelt werden.
- Bethkowsky und Steckel (1989) schreiben, dass die meisten Menschen die Tatsache des Sterbens aus ihrem Leben verdrängen oder durch Kunst, Philosophie oder Religion den Tod zu kompensieren suchen (p. 194). Es gelte nicht, den Tod zu überwinden, sondern auf ihn hin zu leben, sich von Geburt

an damit auseinander zu setzen. Die menschliche Existenz erfahre durch den Tod die Vervollkommnung. Praktisch bedeutet dies, dass wir schon als Kinder lernen, Abschied zu nehmen und Leiden als zum Leben gehörig zu betrachten, das heisst, bereits Kinder sollen trauern dürfen mit allen zugehörigen Gefühlen. Das Leben spielt sich zwischen Minus und Plus ab, es ist nicht möglich, das Minus auszublenden, aber man kann lernen, es auszuhalten (p.195). Zum Schluss stellen die Autoren die Frage, ob der Tod nicht als vierte Lebensaufgabe ins individualpsychologische Konzept aufzunehmen wäre. Dies erübrigt sich aber meiner Meinung nach, wenn man den Tod ins Leben integriert und die ersten drei Lebensaufgaben unter diesem Aspekt betrachtet (wie die Autoren dies selber auch diskutiert haben, pp.196-198).

- Lueb-Pietron (1999) begleitet als Seelsorgerin in einem Krankenhaus Tumorpatienten. Sie erachtet drei Werthaltungen als wichtig:
 1. Trösten: Unter Trösten versteht sie, die Sterbenden nicht allein zu lassen, mit ihnen zu sein, ohne ihnen etwas vom Leiden abnehmen zu können. Dies erfordert viel Kraft von der begleitenden Person, beim Patienten kann es aber eine Ich-Stärkung bewirken.
 2. Die Wahrheit mit-teilen, im Sinne von, mit den Betroffenen einen Weg zu gehen, hinzuhören, ihre Gefühle wahrzunehmen, dies ermöglicht ihnen, ihre Wahrheit leben zu können.
 3. Die „guten Seiten“ der Patienten stärken: ihre „guten Geschichten“ zu hören und zu benennen. Es ist ein Akt gegen den Tod des Vergessens und gibt den Betroffenen ein Stück ihrer Würde zurück indem sie wahr-genommen werden.

3.5. Sterben aus formativer Sicht

Eines der ersten veröffentlichten Bücher von Stanley Keleman trägt den Titel *Living your Dying* und wurde 1974 in den USA veröffentlicht (deutsch: *Lebe dein Sterben*, 2003).

Darin schreibt Keleman (p. 15): „Unser Körper weiss, wie er stirbt.“

Auf der zellulären Ebene gibt es täglich tausend Tode. Unsere Hautzellen werden innerhalb von 27 Tagen komplett neu ersetzt, unsere roten Blutkörperchen innerhalb von 100 Tagen. Das bedeutet, dass täglich Milliarden von Zellen sterben. Unser Stoffkreislauf baut die toten Strukturen ab und daraus neue wieder auf. Auf der biologischen, zellulären Ebene, in der präpersonalen Schicht, ist Sterben also kein bedrohlicher Vorgang sondern ein Prozess, der immer läuft. Es gibt eigentlich keinen Tod, kein Verschwinden, sondern es ist ein Umorganisieren, Umstrukturieren auf molekularer Ebene.

Ängste vor dem Sterben gründen also nicht in der präpersonalen Schicht, sondern in der sozialen (postpersonalen) und der persönlichen. In diesen beiden Schichten kommt es zu einem Ende, ist die Existenz bedroht (vgl. Keleman 1986). Auf der sozialen Ebene sind es die Rollen, die wir in der Gesellschaft und in der Familie innehaben mit den zugehörigen Fragen wie „Kann ich noch arbeiten?“, „Kann ich noch für meine Familie sorgen?“, „Kann ich mich noch selbst versorgen?“. Auf der

persönlichen Ebene geht es um die Existenz meiner Identität, dessen was ich bin in meinem ganz individuellen, einzigartigen Sein. Es ist mein Denken, Fühlen, Handeln, das ausgelöscht wird.

Das Leben als solches ist ein ewiger Prozess von Formbildung (Morphogenese) und Wandlung (Metamorphose). Das menschliche Leben beginnt mit der Befruchtung der Eizelle: Zwei Zellen (Eizelle und Spermium) verschmelzen zu einer einzigen. In dieser „Geburt“ der befruchteten Eizelle sind das Ende, der Tod der unbefruchteten Eizelle und des Spermiums enthalten. Die Entstehung einer neuen Form beginnt immer mit der Auflösung (dem Tod) der alten, bestehenden Form. Die befruchtete Eizelle wächst und teilt sich, es entstehen zwei Zellen, dann vier und so weiter, bis sich der hochkomplexe Organismus des Embryos und später des Fötus entwickelt. Nach der Geburt schreitet die Formveränderung ein Leben lang fort: Das Baby entwickelt sich zu einem Kleinkind, das sitzen, gehen und sprechen kann, zu einem Schulkind, zu einem Pubertierenden. Und immer weiter differenzieren sich die Fähigkeiten, die Gestalt verändert sich fortlaufend, bis sich ein ausgewachsener Mensch geformt hat. Diese menschliche Metamorphose geht weiter: Der junge Erwachsene unterscheidet sich gestaltlich von einem Erwachsenen mittleren Alters oder von einem alten Menschen. Keleman (www.oip-zfw.com/html/Stanleykeleman.htm) beschreibt in seinem Lebensphasenmodell die somatische Realität in der Entwicklung vom ungeformten Erwachsenen (Kind) über den wenig geformten Erwachsenen (Jugendlichen), den jungen Erwachsenen (um die 20-40 Jahre), den mittleren oder reifen Erwachsenen (40-60 Jahre) zum alten Erwachsenen. Der Übergang von einer Phase in die andere erfolgt nicht schlagartig sondern ist ein langwieriger Prozess, der ausgehalten werden will und den man bewusst (willentlich) mitgestalten kann.

Kummer nennt diese grossen, bedeutenden Übergänge „Wendezzeiten“ (vgl. Kummer 1989 und 2005, p.10f.):

Eine bekannte und bewährte Körperorganisation (Form) muss aufgelöst werden, es gibt eine Phase des Überganges, wo die alte Form nicht mehr „hält“, die neue noch nicht gefunden ist, bis sich dann langsam die neue Form festigt. Jede dieser Phasen ist von typischen Gefühlszuständen begleitet: Die altbekannte Form vermittelt Vertrautheit, Gewohnheit und Sicherheit. Die Auflösung dieser Organisation geht einher mit dem Verlust der genannten Empfindungen. Es ist ein Zustand des Abschieds von Gewohntem, ein Risiko, ein Loslassen von halt-gebenden Strukturen. Die nächste Phase ist ein Hin- und Herschwanken zwischen Vergangenenem und noch nicht Gefundenem, verbunden mit Gefühlen der Fremdheit, des Suchens, der Unsicherheit, eine eigentliche Krisensituation. Wenn die alte Form in ihrer Starre aufgeweicht und als Gestalt geschlossen werden kann, ist es möglich, eine neue Form zu finden, die es zu festigen gilt. Dazu braucht es eine Zeit der Einübung, der Gewöhnung bis wieder eine vertraute halt-gebende Organisation erreicht ist.

Wir durchleben tagtäglich unzählige kleine Übergänge, ohne dass es uns bewusst wird: Das Aufwachen oder das Einschlafen wären Beispiele, oder banale Dinge wie vom Sitzen ins Stehen zu wechseln und dann ins Gehen. Übergänge, die wir schon oft „geübt“ und praktiziert haben, sind uns wohlbekannt (banal), die zugehörigen Formen vertraut, wir haben sie automatisiert, wir müssen sie nicht mehr willentlich hervorrufen, sie tauchen unwillkürlich auf, wenn sie benötigt werden. Bei einem Kleinkind, das stehen lernt, sind die Übergangsphasen aber deutlich zu beobachten: Es kennt die Körperorganisation von Stehen noch nicht, versucht immer wieder, sich

aufzurichten, verliert das Gleichgewicht, fällt auf seinen Hintern, bis es nach unzähligen Versuchen einen festen Stand gefunden hat und diese Form halten kann. Es muss diese verschiedenen „Haltungen“ noch willentlich organisieren.

Keleman (2003, p.15) unterscheidet zwischen „kleinem Sterben“ und „grossem Sterben“. Mit „kleinem Sterben“ meint er die vielen Abschiede und Verluste, die wir täglich erleben: „Von Altem lösen und Neues verwirklichen.... Unser kleines Sterben ist dazu da, uns zu lehren, wie unser grosses Sterben sein könnte.“ Der Übergang in eine neue Form beginnt immer mit dem Auflösen des Altbekannten. Dies ist begleitet von Gefühlen wie Traurigkeit, Kummer, Verlust. Diese Gefühle entstehen im Zusammenhang mit der endenden Form/Körperorganisation und sie wirken als Brücke zwischen dem, was endet und dem, was sich ankündigt zu werden (Keleman 1986). Sie haben einen Einfluss auf unsere zwischenmenschliche Kommunikation (soziale, postpersonale Ebene), aber sie haben auch eine innerorganismische Bedeutung (präpersonale Ebene), sie bewirken etwas in unseren Körperzellen (Hormonausschüttung, Neurotransmitter, Erregung von Nerven- und Muskelzellen) und beeinflussen dadurch die Organisation der neuen Form.

Das Beenden der gesellschaftlichen Rollen beim Sterben hat über die Gefühle Verbindung zu einer tieferen Ebene, bis hinunter auf die Zellebene und weiter auf die molekulare/atomare Ebene. Auf dieser Stufe gibt es kein Sterben, sondern alles ist Formen und Umformen, ein ewiger Prozess. Für Keleman (1986) wird aus dieser Sicht Transzendenz verstehbar.

Auf der postpersonalen, sozialen Ebene haben wir ein Leben lang verschiedene Rollen, die wir übernehmen und per-formen. Diese Rollen sind vorübergehend, sterbend, unserem Alter, der Lebensphase, dem momentanem Status angemessen. In unserer Spassgesellschaft sind Sterben und Tod tabu. Die gängige Vorstellung des Todes ist die vom Nichts. Wir haben unsere Sterbekultur verloren und müssen erst eine neue gewinnen. Im Mittelalter war das anders: Sterben war eine öffentliche Angelegenheit, die Tür zum Sterbezimmer war offen, es „gehörte sich“ für Sterbende, den Zurückbleibenden zu verzeihen, eigene Fehler und Sünden zu gestehen, die Sakramente zu erhalten. Diese letzten Rollen wurden öffentlich, in der Gemeinschaft zelebriert. Heute werden Sterbende aus der Öffentlichkeit ausgegrenzt, sie sollen möglichst kein Aufheben erregen, am liebsten schnell und still sterben. Manchmal findet nicht einmal ein öffentliches Begräbnis statt.

(vgl. Keleman 1986)

In unserem heutigen gesellschaftlichen Verständnis fehlt also die Herausforderung, als Sterbende eine Rolle gestalten zu können. Das Verschwinden, das Nichts beginnt so schon vor dem Tod, mit dem Sterben. Wir müssen uns diesen Vorstellungen aber nicht einfach unterwerfen, wir können einen andern Weg wählen: Indem wir unsere täglichen kleinen Übergänge zur Kenntnis nehmen, uns überlegen, wie wir sie gerne leben möchten und nicht einfach den gesellschaftlichen Anforderungen genügen wollen, haben wir die Möglichkeit, unser grosses Sterben, den letzten Übergang, mitzugestalten, persönlich Einfluss auf das Enden der Rollen zu nehmen und auf die letzte Handlung, das „Ent-körpern“, das Auflösen unserer leiblichen Gestalt.

Dazu kommt mir eine Imaginationsübung aus der formativen Weiterbildung in den Sinn: *Die Aufgabe war, aus meiner Mitte die alte Frau aufsteigen zu lassen, die ich einmal sein werde. In mir stieg das Bild und das Körpergefühl einer uralten Frau auf. Ich spürte meine Haut durchlässig und spröde (nicht mehr so elastisch) werden, meinen Schwerpunkt fühlte ich im Beckenraum, im Oberkörper sank ich etwas ein (poröse Organisation). Dann überfiel mich der Gedanke: Nein, das wirst du nicht erleben, dann bist du schon lange tot! Spontan zog ich meine Schultern etwas hoch, blähte meinen Brustraum auf (rigid, Schreckmuster). Doch da sagte die alte Frau in mir: „Dann ist es halt so, ich werde es zulassen und annehmen.“ In mir stieg ein Gefühl auf, das ich „wahre Gelassenheit“ nenne: Ich ruhte in mir, in meinem Beckenraum, legte die Hände in den Schoß. Dann wurde es einen Moment ganz dunkel (mit geschlossenen Augen) und ich war wie weg – „tot“. Danach war ich ganz ruhig, im Becken fühlte ich Schwere, Kraft, Halt, Wärme, Dunkel. Meine Pulsation war ganz langsam, „es“ dachte fast nicht mehr (Endoqualität): ein Zustand der Ruhe, Gelassenheit, friedlicher Erwartung.*

Dies war für mich eine intensive, tröstliche Erfahrung! Mein Körper, meine Zellen wissen, wie alt werden, sogar uralt und wie sterben. Und es war für mich nicht ein „Gedankenspiel“, sondern ich habe diese Erfahrung ganz reell, körperlich erlebt, ohne Angst zu spüren, in Ruhe, Frieden und Gelassenheit.

Wie Keleman schreibt (2003, p. 84), kommt die Angst nicht aus dem Gefühl des Sterbens sondern aus den Bildern und Ideen, die wir vom Sterben haben. Wenn wir ans Sterben denken, haben wir meist schlimme Vorstellungen, sei es von einem Unfalltod oder davon, allein gelassen zu werden. Wir denken, dass wir unter Schmerzen, Ersticken, Krämpfen leiden müssen und davor haben wir Angst, nicht vor dem eigentlichen Prozess des Sterbens.

3.6. Wie bereite ich mich auf die Begegnung mit einem sterbenden Menschen vor und wie gestalte ich den Übergang zurück in den Alltag?

3.6.1. Vorbereitung

Der Wechsel vom normalen, meist betriebsamen Alltag zur Begegnung mit einem schwerkranken Menschen ist ein Übergang, der bewusst gestaltet werden will. Andernfalls kann es sein, dass die Hektik des Alltags oder persönliche Angelegenheiten, Schwierigkeiten, schlechte Stimmungen in die Begegnung mitgenommen werden und die Beziehung belasten oder stören. In der Begleitung Sterbender möchte ich ganz für sie da sein, auf ihre Bedürfnisse eingehen, sie akzeptieren, so wie sie sind. Die Atmosphäre sollte ruhig und friedlich sein, um den Patienten ein Gefühl des fürsorglich Eingebettet-Seins zu vermitteln. Mit dem Begriff *Palliative Care* wird dies sehr schön ausgedrückt: *Pallium* kommt aus dem Lateinischen und bedeutet: Mantel, (Bett)decke. *Care*, aus dem Englischen, ist die

Pflege, Fürsorge. Unter *Palliative Care* versteht man die ganzheitliche, lindernde Behandlung und Begleitung schwerkranker Menschen, also sowohl die medizinische Versorgung inklusive Schmerzbekämpfung, als auch die Begleitung durch warmherzige Mitmenschen.

Von mir als Begleiterin ist eine empathische, wohlwollende Präsenz gefragt. Um diese Haltung zu erreichen, nehme ich mir vor einem Einsatz Zeit und bereite mich mental und körperlich vor:

Von meiner Konstitution her bin ich stark in meinen Sinnesorganen und im Kopf organisiert (ektomorph). Ich bin schnell im Aufnehmen einer Situation und dank meinen Mesoqualitäten (meine am zweitbesten ausgebildete Konstitution) und meiner Rigidität kann ich auch entschlossen handeln. Ich weiss, dass ich blitzschnell (zum Beispiel auch aus dem Schlaf) das Muster „Aufmerksamkeit“ (Startle 1) organisiere. Für mich besteht die Aufgabe darin, eine ruhige, beruhigende und Sicherheit vermittelnde Präsenz zu bilden. Um ein präsent, empfangendes Da-Sein zu formen, setze ich mich bewusst hin, nehme über Füße und Sitzhöcker den Kontakt zur Unterlage wahr (Erdung), richte mich in der Senkrechten auf, kippe mein Becken nach hinten und gehe mit meiner Aufmerksamkeit in den Bauchraum. Ich gebe mir Festigkeit im Becken indem ich den Beckenboden etwas anspanne und den Bauch leicht nach aussen drücke. Zur Unterstützung forme ich mit den Händen auf Hüfthöhe einen Kreis, wie wenn ich einen Ballon halten würde. Dann konzentriere ich mich auf meinen Atem, lasse den Ausatem nach unten strömen, bis in den Boden hinein. So verlangsamt sich meine Pulsation, ich bin konzentriert, ruhe in mir. In einem zweiten Schritt organisiere ich Empfangen: Ich kippe meine Hände, so dass die Handflächen nach oben zeigen, und strecke sie ein bisschen von mir weg. Meinen Brustraum weite ich, indem ich das Brustbein etwas stelle, meinen Blick richte ich auf ein imaginäres Vis-à-vis. So öffne ich mich, werde empfänglich für ein Gegenüber. Meinen Schwerpunkt fühle ich im Beckenraum. Dies ist mein empfangendes Da-Sein: Ich ruhe im Becken, bin präsent und offen für das, was kommt, bereit, den andern zu empfangen, mich auf ihn einzuschwingen.

Oft ist die Atmosphäre in einer Familie mit einem/r Sterbenden aufgereggt und hektisch, die Angehörigen sind nervös, angespannt und überlastet (in einem Schreckmuster). Meine Anwesenheit in oben geschilderter Qualität bewirkt meist schon eine Beruhigung der Situation, die Betroffenen schöpfen Vertrauen, sie gewinnen an Sicherheit und können etwas aus ihrem Alarmmuster herunter kommen. Man darf nicht vergessen, dass sie einen Menschen, der ihnen sehr nahe ist und am Herzen liegt, dem sie sehr viel Fürsorge und Engagement entgegen bringen, in die Obhut einer fremden Person geben. Nur wenn sie gewiss sein können, dass gut für ihre Liebsten gesorgt wird, können sie sich zurück ziehen und sich selbst etwas Ruhe und Erholung gönnen.

Die Bedürfnisse Sterbender und damit die Aufgaben oder Herausforderungen für die Sterbebegleitung sind verschieden (vgl. auch S. 11ff):

- Es kann sein, dass der/die Patient/in den nahenden Tod nicht wahrhaben will und auch nicht übers Sterben sprechen will. Dies ist unbedingt zu respektieren. In dem Fall gilt es herauszufinden, was die Person interessiert, was sie von mir erwartet, erhofft, was ihr Freude bereiten würde, sei es als Gesprächsthema oder als mögliche Tätigkeit.

- Es kann sein, dass Zuhören gefragt ist, das Aushalten all der schmerzlichen Tatsachen und Erlebnisse und der damit verbundenen Gefühle.
- Manchmal, vor allem in der letzten Phase, ist einfach die Anwesenheit einer/s wohlwollenden Begleiterin/s gefragt. Es macht dabei einen grossen Unterschied, wie jemand da ist: Eine wohlwollende, liebevolle, wache und zugewandte Präsenz bildet ein ganz anderes Beziehungsfeld, als ein unkonzentriertes oder geistig abwesendes Dasein. Dabei können Meditationen hilfreich sein, wie sie Longaker (2005) schildert oder bewusst gestaltetes somatisches Da-Sein (wie oben geschildert).

3.6.2. Übergang in den Alltag

Wie ist es möglich, längere Zeit Sterbende zu begleiten, ohne selbst schwermütig zu werden? Diese Frage ist durchaus berechtigt. Ich möchte auf ein paar wichtige Punkte näher eingehen:

- Die wichtigste Grundvoraussetzung ist, dass ich mich selber mit dem Thema Sterben auseinandergesetzt habe und dies auch immer wieder reflektiere. Was sind meine Befürchtungen, Ängste, Gefühle? Diese zulassen und anschauen. Wie kann ich selber damit umgehen? Was verstärkt meine Unsicherheit, was ist hilfreich, ermutigend, stärkend? Diese Erfahrungen helfen mir, mich in eine sterbende Person einfühlen zu können. Dabei muss ich mir aber immer bewusst sein, dass jedes Individuum einzigartig in seiner Erlebensweise ist und deshalb unter anderen Ängsten und Gefühlen leiden kann. Adler huldigte dem Grundsatz: „Alles kann auch anders sein.“ (1978, p.22) und wies darauf hin, dass man sich als BeraterIn (oder hier als BegleiterIn) wohl in einen Menschen einfühlen, Hypothesen über sein Verhalten und Erleben aufstellen kann, dass aber immer durch Rückfragen überprüft werden muss, ob dies auch zutreffend ist. Den Sterbenden mit seinen Gefühlen annehmen und mit ihm aushalten, herausfinden, was ihn stärkt und ermutigt, dies kann nur gelingen, wenn ich mein eigenes Erleben kenne und von dem des Patienten unterscheiden kann.

Dies führt zum nächsten Stichwort:

- Die Gratwanderung der Abgrenzung: Grenzt sich eine begleitende Person zu wenig ab, ist sie zu stark mit dem Empfinden des Sterbenden identifiziert und überfordert sich selbst. Sie kann das Leiden und die Nöte dem andern nicht abnehmen. Es kann zu einer Entmündigung des Sterbenden führen, wenn die Begleitperson meint, ihm alles abnehmen zu müssen, ihn umsorgt und bemuttert. Er kann sich immer mehr hilflos, schwach und unnützlich vorkommen. Es ist ein grundsätzlicher Unterschied in der Haltung zwischen Mit-leid und Mit-gefühl: Ersteres führt zu einer Entwertung des Gegenübers, es wird zum ausgelieferten Opfer. Wo bleiben da Respekt und Würde des sterbenden Menschen? Im zweiten Fall wird das Gegenüber als gleichwertig anerkannt und respektiert, ein Mensch, der für sein eigenes Leben auch im Sterben und in Schwäche verantwortlich ist, es wird ihm zugemutet, dass er diesen Weg

gehen kann, durch die mitfühlende Begleitung erlebt er sich als zur Gemeinschaft der Menschen zugehörig. Gleichwertigkeit, Zugehörigkeit, Verantwortungsgefühl sind wichtige Parameter in der Individualpsychologie. Grenzt sich eine Begleitperson zu stark ab, kann sie zwar freundlich sein, sie wirkt aber kühl und unbeteiligt, gefühllos.

Das erste Muster, kann man als Extrem der Körperorganisation Zuwendung betrachten. Die Begleitperson verliert sich selbst, ist ganz beim andern. Sie entkörperlicht sich sozusagen, fühlt ihre eigenen Bedürfnisse nicht mehr, geht ganz in der Fürsorge für den andern auf. Sie läuft Gefahr, sich zu überfordern, über ihre Kräfte hinauszugehen, sich zu erschöpfen.

Im zweiten Fall ist die körperliche Abgrenzung zu stark. Es ist kein warmes Mitgefühl mehr möglich, die Dienstleistungen werden unpersönlich, geschäftig erledigt. Der sterbende Mensch fühlt sich wie ein Gegenstand versorgt, nicht als Individuum erkannt, unwichtig und vielleicht lästig. Die versorgende Person ist in ihrer Körperorganisation so steif (rigid), dass sie sich selber auch nicht mehr wahrnimmt, vielleicht einfach funktioniert. Auch sie läuft Gefahr, sich zu überanstrengen. Es braucht einen hohen Einsatz, viel Kraft, so eine starke Körperorganisation über längere Zeit aufrecht zu erhalten.

Die Körperorganisation der empathischen Präsenz (vgl. S.34) hilft mir bei diesem Balanceakt zwischen zuviel oder zuwenig Abgrenzung. Die Geste aufgreifend, die Hände etwas mehr von mir weg zum Gegenüber streckend oder mehr zu mir zurück nehmend, erlaubt mir eine Regulation in ganz feinen Schritten.

Longaker (2005, p.329) zitiert zum Thema wirkliches Mitgefühl das Gelassenheitsgebet:

„ Herr, gib mir die Gelassenheit, die Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann,
den Mut, die Dinge zu ändern, die ich ändern kann
und die Weisheit, das eine vom andern zu unterscheiden.“

- Die Beendigung eines Einsatzes sollte genauso bewusst gestaltet werden wie die Vorbereitung. Es besteht sonst die Gefahr, dass ich belastende Anteile, Gedanken, Gefühle, mit zu mir nach Hause nehme und sie mich nachhaltig beschäftigen.

Ich nehme mir auch hier immer Zeit, inne zu halten, den Besuch zu überdenken: Was habe ich als gut und stimmig erlebt, was würde ich ein nächstes Mal anders machen, wo gibt es Schwierigkeiten oder Unstimmigkeiten. Meist notiere ich mir in ein paar Sätzen das Wichtigste des Besuches. Das Vertrauen, das mir von den Patienten und den Angehörigen geschenkt wird, weiss ich zu würdigen. Mir wird immer wieder bewusst, dass es nicht selbstverständlich ist, gesund und selbständig sein Leben gestalten zu dürfen, dafür empfinde ich eine tiefe Dankbarkeit.

Dieses Innehalten ist für mich ein Ritual, mit dem ich einen Besuch abschliesse und mich wieder den Alltagsdingen zuwende.

- Gespräche und Supervision: Nicht immer verläuft ein Sterbebesuch harmonisch. Manchmal gelingt es nicht, die Betroffenen zu stärken oder es geschieht etwas Unvorhergesehenes, das nicht zufriedenstellend verläuft. Dann genügt oben erwähntes Ritual nicht zum Abschliessen des Einsatzes. In diesen Fällen ist es wichtig, Menschen zu haben, die einem beistehen, mit denen man über Zweifel und Unsicherheiten sprechen kann und die einem

verständnisvoll zuhören. Im AHBS sind Gespräche mit andern SterbebegleiterInnen des Teams jederzeit möglich.

Ausserdem finden jeden zweiten Monat Supervisionen statt, die für alle BegleiterInnen obligatorisch sind. Hier werden Erfahrungen ausgetauscht und eigene Schwierigkeiten und Unsicherheiten besprochen. Dieser Austausch im Team ist sehr wichtig. Zu merken, dass andere Vergleichbares erleben und jede/r sein/ihr Bestes gibt, das aber nicht immer gleich ankommt, weil auch die zu Begleitenden individuell verschieden reagieren, wirkt beruhigend und macht Mut, es weiter zu versuchen. Gegenseitig können sich die Teammitglieder in ihrer Arbeit wertschätzen und den Fokus auch auf Gelungenes legen.

- Die Begleitung eines sterbenden Menschen und seiner Angehörigen kann sehr befriedigend sein, weil es im Gespräch um wirklich Wesentliches geht und man sich gegenseitig vertrauensvoll und warmherzig begegnet, wie es sonst im Alltag nicht der Fall ist. Andererseits gibt es auch die schwierigen Seiten, wie die eigene Hilflosigkeit gegenüber schweren Schicksalen, die mit Schmerz, Trauer und Leiden verbunden sind. Dies auszuhalten verbraucht Lebens-Energie, die aus andern Quellen wieder aufgefüllt werden muss. Welche Tätigkeiten machen mir Spass und vermitteln mir Freude? Vielleicht etwas Kreatives wie Musik hören, Malen, Gartenarbeit, Aufenthalt in der Natur, sportliche Betätigung oder geselliges Zusammensein mit Freunden usw. Wer diese Seiten des Lebens auch pflegt und geniessen kann, wird in der Arbeit als SterbebegleiterIn Befriedigung finden.

4. SCHLUSSBETRACHTUNGEN

4.1. Literatur

Die von Kübler-Ross (1981) beschriebenen fünf Stadien, die Sterbende durchleben, und die vier Trauerphasen, die Kast (1999) schildert, gelten für Sterbende und ihre Angehörigen gleichermaßen. Beide müssen mit einem endgültigen Verlust, Abschied fertig werden. Für die Angehörigen geht das Leben weiter, aber ein wichtiger Teil davon wird fortan fehlen, und es braucht Zeit und Kraft, um diese Lücke anders wieder auszufüllen und neue Lebensenergie zu gewinnen (Trauerphase 4). Diese Phasen werden von den Betroffenen aber nicht gleichzeitig und schon gar nicht linear durchlaufen, sondern zyklisch oder hin- und herschwankend. Die Kenntnis der verschiedenen Zustände ist für SterbebegleiterInnen wichtig, weil sie so die Betroffenen besser verstehen und sie entsprechend unterstützen können (s. Kapitel 2.5., S. 11). Es kann sehr belastend für die Beziehung zwischen Sterbenden und ihren Angehörigen sein, wenn sie sich in verschiedenen Phasen des Prozesses befinden: Eine Person ist vielleicht noch am Verdrängen, am Nicht-wahrhaben-Wollen, die andere Person wird von Emotionen wie Wut und Schuld erfasst. Unter diesen Umständen kann es schwierig sein, eine liebevolle Fürsorge aufrecht zu erhalten, weil das gegenseitige Verständnis fehlt. Hier können Begleitpersonen eine hilfreiche Rolle einnehmen, weil sie als Aussenstehende und nicht emotional Aufgewühlte auf beide Parteien dem Stadium gemäss eingehen können und so zur Entlastung einer zugespitzten Situation und zur Vermittlung beitragen können.

Im Gegensatz zu Kübler-Ross und Kast, beschreibt Renz (2005) Bewusstseinszustände, die nicht nur psychologisch, sondern ganzheitlich zu verstehen sind und sehr gut mit dem Übergangskonzept der Formativen Psychologie zusammen passen. In der ersten Bewusstseinschicht wird das Ich brüchig, was im formativen Konzept der Auflösung der alten, bekannten Form entspricht (sie wird porös). Der zweite Bewusstseinszustand mit den Gefühlen des Versinkens und Fallens beschreibt das Übergangsstadium, wo die alte Form nicht mehr hält, weil sie schon aufgelöst ist, die neue aber noch gesucht wird. Durch Erfahrungen der neuen Form, dem Eingebunden-Sein in ein grösseres Ganzes, gewinnt der Patient formativ an Festigkeit und somit auch psychisch an Sicherheit und der Wechsel, die Wende in den dritten Zustand wird möglich. Die vierte Bewusstseinschicht hat eine transzendente Qualität wie sie auch Keleman (1986) in der präpersonalen Selbstschicht beschrieben hat.

In den Büchern von Longaker und Renz werden die spirituellen oder transzendenten Aspekte und Erfahrungen stark gewichtet. Renz vertritt als Theologin die christliche Tradition, Longaker bringt mit der buddhistischen Sichtweise eine andere Dimension von Gelassenheit zum Tragen. Beiden gemeinsam ist das Aufgehoben-Sein in einem grösseren Ganzen, das Sterbebegleitung in liebevoller Hingabe und aufmerksamer Präsenz ermöglicht.

Die beiden Werke enthalten viele praktische Hinweise und Fallbeispiele, die für SterbebegleiterInnen sehr hilfreich sind und die theoretischen Ansätze verdeutlichen.

4.2. Beiträge aus Individual- und Formativer Psychologie oder: Was sind gute Voraussetzungen für eine unterstützende Sterbebegleitung?

Die Hospizbewegung/Sterbebegleitung hat zum Ziel, dem Menschen ein **Leben in Würde bis zuletzt** zu ermöglichen. Die Grundvoraussetzung dazu liegt in der Haltung der begleitenden Person. Die innere Einstellung dem Patienten gegenüber, das Menschenbild, beeinflusst unmittelbar die Qualität der Beziehung, und die macht eine gelungene Sterbebegleitung aus. Sowohl das individualpsychologische, als auch das formativ-psychologische Konzept gründen auf einem ganzheitlichen Menschenbild, sind klientenzentriert und gehen davon aus, dass es in der menschlichen Natur liegt, sich weiterentwickeln zu wollen. Dies sind ideale Voraussetzungen für eine respektvolle Sterbebegleitung. Was in der Individualpsychologie unter dem zentralen Begriff des Gemeinschaftsgefühls verstanden wird, ist das A und O einer guten Begleitung. Adler definiert sein Verständnis von Gemeinschaftsgefühl an einer Stelle folgendermassen: „Mit den Augen eines anderen zu sehen, mit den Ohren eines anderen zu hören, mit dem Herzen eines anderen zu fühlen. ...diese Gabe fällt teilweise zusammen mit einer anderen, die wir Identifikation, Einfühlung...nennen.“ (vgl. Brunner/Titze, 1995, p.189)

Ein weiterer Schlüsselbegriff in der Individualpsychologie ist *Ermutigung*. Alles was das Gemeinschaftsgefühl eines Menschen stärkt, wirkt auch ermutigend. Die Frage ist nicht, *ob* ich sterben werde, sondern *wie* ich sterben werde. Den Kampf *gegen* den Tod kann der Mensch nur verlieren. Diese Sichtweise schafft entmutigte Menschen, die von Unsicherheit, Hilflosigkeit und Angst geprägt sind. Ein mutiger Mensch kann sich dagegen der Herausforderung stellen, seinen letzten Lebensabschnitt (mit) zu gestalten, auf sein Sterben Einfluss zu nehmen.

Gemeinschaftsgefühl kann mit den Aspekten *Gleichwertigkeit*, *Zugehörigkeit*, *Selbstwertgefühl* und *Verantwortlichkeit* beschrieben werden:

- Gleichwertigkeit: Der Wert eines Menschen ist unabhängig von seiner Leistung, seinem Status oder seiner Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe, er wohnt ihm von Geburt an inne. Unter dieser Voraussetzung kann eine Begegnung mit dem Du nur auf Augenhöhe statt finden. Das Gegenüber in seinem Sein ohne Kritik annehmen. Seine Stimmungslagen und Gefühle mit aushalten, ohne sie beschönigen zu wollen, was einem falschen Trost gleich käme, dazu stehen, dass man selber auch nicht weiter weiss, dass es auf gewisse Fragen keine Antworten gibt, dies vermittelt dem Kranken das Gefühl, mit seinen Schwierigkeiten und Schwächen geschätzt und ernst genommen zu werden. Eine sterbende Person ist meist auf die Versorgung durch andere angewiesen. Gerade durch die körperliche Abhängigkeit, kann es für die Betroffenen wichtig sein, in gewissen (für Aussenstehende vielleicht belanglosen) Dingen selbst zu bestimmen.
Für die Begleitenden heisst Gleichwertigkeit aber auch, sich selber, die eigenen Grenzen wahr zu nehmen und zu berücksichtigen. Indem jemand einen andern bis zur Erschöpfung pflegt, schafft er in der Beziehung ein Ungleichgewicht, eine unnötige Abhängigkeit. Wer mit sich selber nicht respektvoll umgeht, wirkt diesbezüglich auf sein Umfeld nicht glaubwürdig.

- Zugehörigkeit: Die empathische, wertschätzende Begegnung (wie oben geschildert), vermittelt dem Sterbenden die Sicherheit, zur Gemeinschaft dazu zu gehören. Er fühlt sich nicht unverstanden und ausgegrenzt, sondern aufgehoben und begleitet. Schmidt (1985, p.81) formuliert es so: „ Der Therapeut appelliert nicht vorwiegend an das Gemeinschaftsgefühl des Patienten, sondern er kommt ihm mit seinem Gemeinschaftsgefühl zu Hilfe.“
- Selbstwertgefühl: Alle Wertschätzung, die der Patient erlebt, steigert sein Selbstwertgefühl. Die Ermunterung, Erinnerungen oder Ausschnitte aus seiner Lebensgeschichte zu erzählen, ermöglicht dem Sterbenden, einen anderen Blickwinkel zu gewinnen: Nicht seine momentanen Erfahrungen des Abbaus und des Verlustes stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit, sondern positiv erlebte Episoden, er kommt mit seinen Ressourcen in Kontakt. Als Sterbebegleiterin bin ich Zeugin dieser Lebensphasen. Indem ich Anteil nehme und wertschätze, was gelungen ist, werden die persönlichen Erinnerungen und Erlebnisse in einen grösseren Rahmen gestellt, sie erlangen auch für die Gemeinschaft Bedeutung, dadurch gewinnt der Erzählende Würde zurück, sein Selbstwert steigt.

Erlebt sich ein Patient als gleichwertig und zugehörig, schafft dies Nähe und Verbundenheit. Es werden Gespräche möglich über Gefühle wie Unsicherheit, Ängste, Verlassenheit, Verzweiflung, Enttäuschung, und aus diesen Gesprächen kann der/die Sterbende weiter Kraft schöpfen.

- Verantwortlichkeit: Jede Entscheidung, die dem Patienten überlassen wird (in seiner Verantwortlichkeit gelassen wird), stärkt ihn, gibt ihm Mut, weitere Entscheidungen zu treffen und sollte deshalb respektiert werden. Schon kleine Details können wichtig sein, zum Beispiel, was und wie viel ein Patient essen oder trinken möchte. Eine sterbende Person muss nicht zum Essen oder Trinken überredet werden, wie viele Betreuende dies wohlmeinend versuchen. Die Lebensqualität steigt, je mehr jemand selbst bestimmt. Wieso jemandem die Freude verweigern, nach dem Lustprinzip, oft nur häppchenweise, Nahrung zu sich zu nehmen? Manchmal erlebe ich es, dass Angehörige einer Bitte des Sterbenden nicht nachkommen, weil sie denken, es tue ihm nicht gut. In ihrer Fürsorglichkeit vergessen sie, dass sein Leben kurz vor dem Ende ist. Der Sterbende fühlt sich nicht ernst genommen und bevormundet, dabei ist es so wichtig, dass er die Verantwortung für sein Leben und somit auch für sein Sterben selbst tragen kann. Mutige Menschen gehen selbstbestimmt durchs Leben und übernehmen die Verantwortlichkeit für die Gestaltung des Sterbens. Nicht gesellschaftliche Vorstellungen sollten das letzte Wegstück im Leben bestimmen, sondern jeder Mensch für sich. Manche möchten behütet und begleitet werden, möchten sich mit gewissen Personen noch versöhnen und/oder von ihnen verabschieden, andere sind vielleicht lieber allein, möchten Ruhe und Stille. Manche möchten übers Sterben und die Fragen darum herum reden und sich austauschen, andere nicht, oder nur mit ganz bestimmten Menschen. Dies sollte dem Einzelnen in seiner Verantwortlichkeit gelassen werden, es steht mir als Sterbebegleiterin nicht zu, jemandem ein Gespräch, ein Thema oder eine Verhaltensweise aufzuzwingen.

Schmidt (1985, pp. 80/81) stellte die Frage: „ Was kann das sein, individualpsychologische Hilfe für den alternden und den sterbenden Menschen?“

Seine Antwort enthält für mich alle wesentlichen Aspekte und sei hier als Zusammenfassung ausschnittsweise zitiert: „Da geht es um Wegbegleitung, um Ermutigung zur Teilnahme, was voraussetzt, dass wir selber Teilnehmende sind. Es geht um Ermutigung zur Selbstannahme, was voraussetzt, dass wir ihn (*den Sterbenden*) annehmen in seiner Angst und in seiner Trauer, was wiederum voraussetzt, dass wir selbst unsere Ängste angenommen haben und in uns die Fähigkeit zu trauern nicht verschüttet haben. ... Gelingen und Misslingen... (*der Sterbebegleitung*) sind abhängig vom Gelingen und Misslingen der Beziehung überhaupt.“

Ich trage die Verantwortung dafür, wie ich da bin, wie ich meine psychisch-mentale und somatische (körperliche) Präsenz organisiere. Für die innere Einstellung hilft mir das individualpsychologische Beziehungs-Verständnis. Zur Gestaltung meiner körperlichen Haltung verhelfen mir die Kenntnisse der Formativen Psychologie. Die Quintessenz ist einem Vortrag von Keleman (1999) mit dem Titel *Da-Sein ist Mit-Sein* zu entnehmen. Er referierte über die Begegnung von Therapeut und Klient (was genauso für Sterbebegleiter und Sterbenden gilt): Der Therapeut (oder Sterbebegleiter) ist körperlich einerseits mit sich selbst und mit seinen Kräften präsent, andererseits ist er empfänglich für den andern da, nimmt ihn mit seinem Da-Sein, seinen Reaktionen und Verhaltensweisen in sich auf, ohne ihn sich einzuverleiben. Er ist für seine eigenen Reaktionen empfänglich und gleichzeitig für die des Gegenübers. Der Therapeut versucht, seine eigenen Reaktionen zu halten, „ein Gefäss zu bilden“. Dies vermittelt dem Klienten das Gefühl „gehalten“ zu sein, er erlebt, dass er erkannt und anerkannt wird. Dieses Da-Sein als Mit-Sein schafft Wert und Sinn.

In diesem formativen Verständnis die eigene Präsenz zu gestalten ermöglicht mir, dem Sterbenden sozusagen meinen Körper zu leihen: Ich nehme ihn auf, ohne ihn mir einzuverleiben, ich halte meine Reaktionen in mir, vermittele ihm so, gehalten zu sein. Dies ist das formative Verständnis von Empathie, Mitkörpern, Co-bodying, ich fühle in meinem Körper mit dem andern, meine Reaktionen auf ihn und auf alles, was im Beziehungsfeld geschieht. Dadurch, dass ich meine Präsenz bewusst organisiert habe, mich geerdet habe und mit mir in Kontakt bin, kann ich dieses Gefäss bilden, kann halten und dem Sterbenden Gehalten-Sein vermitteln. Ich bleibe geerdet, bleibe bei mir, bin gleichzeitig empfänglich, warmherzig, für den andern da, ohne mich in seine schrecklichen Bilder, Vorstellungen hineinreissen oder davon überfluten zu lassen. Indem ich geerdet bleibe, mit ihm mitfühle (aber nicht mitleide!) vermittele ich ihm, dass er angenommen ist und wert geschätzt wird. Im Sterbeprozess scheinen die Beziehungsstadien in umgekehrter Reihenfolge als bei der Geburt abzulaufen: Der Sterbende zieht sich zunehmend von der Aussenwelt zurück, versinkt in einen inneren Prozess. Als erstes verliert die Kooperation, das Beitragen in einer grösseren Gemeinschaft, an Bedeutung, wichtig bleiben wenige ausgewählte Bezugspersonen. Nach einer Phase des Austausches, wo vielleicht über Ängste vor dem Sterben und Sorgen um die Zurückbleibenden gesprochen wird, zieht sich der Sterbende weiter zurück. Die Anteilnahme der Begleitenden bleibt wichtig, den Patienten sehen und anerkennen, so wie er bisher gelebt hat und jetzt ist. Ganz am Schluss, wenn der Sterbende immer schwächer wird, vielleicht nicht mehr bei Bewusstsein ist, bleibt das Bedürfnis nach Fürsorge, nach Wärme, Kontakt und Schutz. Gelingt es mir, meine Präsenz dem Bedürfnis des Patienten gemäss zu gestalten, bin ich als Sterbebegleiterin auf gutem Weg.

Zusammenfassend verstehe ich meine Aufgabe als Sterbebegleiterin folgendermassen:

Da sein, den sterbenden Menschen auf seinem letzten Wegstück begleiten, ihn in seinem individuellen Prozess unterstützen, Zeugin sein – achtsam, wertschätzend, empathisch, kongruent und authentisch.

Zum Schluss der Arbeit komme ich auf die auf Seite 3 und 4 formulierten **Ziele** zurück:

- Literatur: Die im 2. Kapitel (S. 6 ff.) zusammengefassten Bücher enthalten viele wertvolle Informationen und bilden eine gute Grundlage für angehende SterbebegleiterInnen.
- Das Menschenbild und die Grundhaltung dem Mitmenschen gegenüber, wie sie in Individualpsychologie und Formativer Psychologie gepflegt werden, bilden ideale Voraussetzungen, um sterbende Menschen zu begleiten und verhelfen zu einem tiefen, respektvollen, wertschätzenden Beziehungsaufbau. Mit den methodischen Kenntnissen wird der Sterbende nicht therapiert, was völlig fehl am Platze wäre, sondern die begleitende Person wendet sie an sich selber an, um eine unterstützende Präsenz zu gestalten.
- Die Frage, was für Voraussetzungen ein Mensch mitbringen muss, um durch die Sterbebegleitung nicht zu stark belastet zu werden, lässt sich nicht abschliessend beantworten. Ich habe in Kapitel 3.6.2. eine Auswahl an Ressourcen erwähnt, die helfen, sich wieder zu regenerieren. Sterbebegleitung erfordert physisches und psychisches Engagement, sie macht betroffen, sie berührt emotional am „Lebensnerv“. Die Auseinandersetzung mit meinem eigenen Sterben, das Wissen, dass ich diesen Prozess mitgestalten kann, ist für mich ein Gewinn, vertieft mein Leben. Wichtig ist für mich, dass ich den Übergang in den Alltag bewusst gestalte und mich immer wieder den Freuden und leichten Seiten des Lebens hingeebe. Gefühle der Unsicherheit und Hilflosigkeit treten in der Begleitung Sterbender immer wieder auf. Dies sind aber nicht Gefühle, die negativ bewertet werden und vermieden werden sollen, sondern sie helfen mir, vorsichtig, kritisch und achtsam zu bleiben. Zur gesunden Verarbeitung des Erlebten sollten regelmässig Gespräche im Team und Supervision stattfinden. Je nachdem in was für Lebensumständen sich jemand befindet, kann es vorkommen, dass die Arbeit zu belastend wird. Dann gehört es in die Verantwortlichkeit des Einzelnen, sich eine Auszeit zu nehmen, um sich selber zu schauen und zu stärken.
- In der Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen werde ich immer wieder reich beschenkt. Das Vertrauen, das mir von diesen vorerst fremden Personen entgegengebracht wird, erstaunt mich immer wieder. Es ist nicht selbstverständlich für unsere schnelllebige und oberflächliche Welt, so schnell in so tiefen Kontakt mit andern zu kommen und Gespräche über

wesentliche Dinge zu führen. Meist gehe ich nach einem Besuch erfüllt und voller Dankbarkeit nach Hause.
Falls sich die eine oder andere Leserin durch diese Arbeit angesprochen fühlt, selber Sterbende begleiten zu wollen, hätte ich mein letztes, anfänglich formuliertes Ziel erreicht!

5. LITERATURVERZEICHNIS

- Adler, A.: Der Sinn des Lebens. Frankfurt a. Main 1978
- Adler, A.: Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Frankfurt a. Main 2001
- Ansbacher, H.L./Ansbacher R.R.: Alfred Adlers Individualpsychologie. München/Basel 1995
- Bethkowsky, D./Steckel, J.: Der Tod als Lebensaufgabe. In: Zeitschrift für Individualpsychologie 3, pp. 189-199. München 1989
- Brunner, R./Titze, M.(Hrsg.): Wörterbuch der Individualpsychologie. München/Basel 1995
- Farau A., Cohn R.C.: Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Stuttgart 1984
- Kast, V.:Trauern. Stuttgart 1999
- Keleman, S.: Living Your Dying. In: The Psychotherapy Patient, Vol. 2/1, pp.129-133. New York 1986
- Keleman, S.: Forme dein Selbst. München 1994
- Keleman, S.: DaSein ist MitSein. 1999. <http://formative-psychologie.de/daseinf.htm>
- Keleman, S. : Formen der Liebe. Berlin 2002
- Keleman, S.: Lebe dein Sterben. Salzhausen 2003
- Keleman, S.: Verkörperte Gefühle. München 2004
- Kübler-Ross, E.: Verstehen was Sterbende sagen wollen. Düsseldorf 1981
- Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden. München 2001
- Kummer, I.: Wendezeiten im Leben der Frau. München 1989
- Kummer, I.: Lebensphasen-Übergänge-Wendezeiten. Skript zum 4. Jahreszirkel OIP. Zürich 2005
- Kummer, I.: Der verkörperte Lebensstil. Skript zum 1. Jahreszirkel OIP. Zürich 2006
- Longaker, C.: Dem Tod begegnen und Hoffnung finden. München/Zürich 2005
- Lueb-Pietron, C.: Erfahrungen mit Leben-Sterben-Tod. In: Zeitschrift für Individualpsychologie 24, pp. 172-185. München/Basel 1999
- Renz, M.: Zeugnisse Sterbender. Paderborn 2005
- Schmidt, R.: Die IP Alfred Adlers. Stuttgart 1982
- Schmidt, R.: Probleme des Alters und des Todes als therapeutische Aufgabe in der Individualpsychologie. In: Beiträge zur Individualpsychologie, Bd. 6, pp. 73-81. München/Basel 1985
- Sogyal Rinpoche: Das tibetische Buch vom Leben und vom Sterben. Frankfurt a. Main 2006
- Stern, D.N.: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart 1992
- www.elisabethkublerross.com
- www.oip-zfw.com/html/Stanleykeleman.htm