

Franz Sedlak

Zuhören, Reden, Begleiten

Wie helfe ich Mitmenschen, die mit dem Tod Nahestehender konfrontiert sind?



Impressum:

Mag.DDr.Franz Sedlak,

Leiter der Abteilung V/4 - Schulpsychologie-Bildungsberatung im Bundesministerium
für Unterricht, Kunst und Kultur

Psychotherapeut, Klinischer und Gesundheitspsychologe, Supervisor

Fotos: Dipl.Ing. Richard Sedlak

ISBN 3-85031-028-0

Juni 2004

©Alle Rechte (inkl. Weiterverbreitungsrechte) liegen beim BMUKK, Abt. V/4

Die Broschüre ist nur als Download verfügbar. In begründeten Fällen
kann um die Zusendung in Papierform angefragt werden: Fr. Schreier,

Tel.: 01/531 20-2584 oder per e-mail: sandra.schreier@bmukk.gv.at

Weitere Informationen über Broschüren der Abt. V/4 unter

www.schulpsychologie.at

INHALT

DIE VIELEN GESICHTER DES TODES	6
Plötzlich sind wir konfrontiert.....	6
Wie lebt der Tod in uns?	6
Wie leben wir im Angesicht des Todes?	7
WARUM WIR HELFEN SOLLTEN	8
Hilfe ist notwendig wegen der Folgen passiver Todeskonfrontation.....	8
Die besondere Problematik im Umgang mit tatsächlichem Leiden und Sterben.....	8
WIE KÖNNEN WIR HELFEN?	8
Braucht es dazu nicht professionelle Helfer?.....	9
Welche Hilfe kann jede/r leisten?	9
Was wir füreinander und die innere Stabilisierung tun können.....	9
Wann können wir einander am besten helfen?	10
Ich wollte helfen – aber es hat nicht gewirkt!	10
ANGSTFREIE HILFE IST NUR MÖGLICH, WENN WIR UNS SELBST MIT DEM THEMA „TOD“ BEFASSEN	11
Noch nie war uns der Tod so fern – noch nie war uns der Tod so nah!	11
Wie entwickelt sich der bewusste Umgang mit dem Tod?	12
Der Tod als Trennung, als Schlaf, als Folge böser Gedanken.....	12
Der Tod als persönlicher Gegner.....	13
Totenkult, Selbstmordfantasien und Kränkung.....	13
Du bist mein Leben, Alleinsein ist wie Totsein.....	13
Den Tod durch Schöpfungen überwinden.....	14
Tod und Lebensbilanz	14
Was Expert/inn/en über den Tod, die Sterbehilfe und die Sterbebegleitung denken	15
Den Menschen im Sterben würdigen	15
Die Politik muss sich um eine kompetente Sterbebegleitung kümmern.....	15
Aktive Sterbehilfe bewirkt einen „Dammbruch“ gegen das Tötungstabu.....	15
Beurlaubung wegen Sterbebegleitung muss ein Recht werden.....	15
Gibt es Grenzen der Autonomie am Ende des Lebens?	16
Gibt es eine indirekte Sterbehilfe?	16
Einen (Schutz-)Mantel um jemanden legen statt Sterbehilfe	16
Das Fach Palliativmedizin gehört an jede medizinische Universitätsfakultät.....	16
Standards für die Sterbebegleitung.....	16
Wann ist ein Mensch noch ein Mensch? – Durch Bewahrung der essentiellen Autonomie.....	17
Zur Selbsthilfe ermächtigen: Mit dem Sterben leben lernen.....	17
Das Lebensende gestalten	17

Eine Analyse der öffentlichen Meinung: Zwei Wertpyramiden	17
Menschsein heißt: Leiden müssen!	18
WELCHE EINSTELLUNG HABEN WIR ZUM TOD?.....	18
Wie man sich zum Tod einstellen kann	18
Alle Wege der Bewältigung von Sterben und Tod führen zur Mitmenschlichkeit.....	19
Der Weg über die Sinnfindung.....	19
Der Weg über die Entscheidungsfähigkeit	19
Der Weg über die drei Welten, in denen wir leben	20
Der Weg über die Werte.....	20
Der Weg über die Säulen unserer Identität.....	21
RESÜMEE.....	21

DIE VIELEN GESICHTER DES TODES

Plötzlich sind wir konfrontiert

Pflegeheim: Ein 75 jähriger Mann liegt regungslos da, nur mehr ein pfeifendes Röcheln verät, dass noch Leben da ist. Plötzlich eine kleine Bewegung wie zum Aufrichten, die Augen weiten sich etwas oder es sind die Pupillen, die einen punktscharfen dunklen Blitz abzuschließen scheinen. Dann ein Ermatten, Speichel rinnt aus den Mundwinkeln..

Eine lange Auto-Kolonne im Freitag-Nachmittag-Stau. Ein Motorradfahrer mit silbern funkeln dem Helm schlängelt seine grün-schwarze Maschine kunstvoll zwischen den Autos durch und lässt bei erster Gelegenheit den Motor aufbrüllen und donnert davon. Der Stau erlaubt den Autos nur schrittweises Fortkommen. Alles schleppt sich träge dahin. Plötzlich ein anschwellender, höher werdender Signalton eines Rettungswagens, der auf dem Pannestreifen vorbei rast. Zehn Minuten später: Eine Signallampe warnt, auf dem Pannestreifen heben zwei Rettungsmänner eine mit schwarzer Plastikplane zugedeckte Bahre auf. Dahinter erkennt man ein umgestürztes grün-schwarzes Motorrad.

„Baby will heute überhaupt nicht wach werden,“ lacht die junge Mutter und streichelt sanft und kitzelnd seine Beinchen und Arme. Als ihre Bewegungen fordernder, stärker werden und dennoch keine Reaktion hervor rufen, erfasst die Eltern lähmendes Entsetzen.

Die alte Frau wirkt schon wie eine Mumie, die Haut ist wächsern, der Totenschädel wirkt mit geschlossenen Augen abgeklärt und zugleich erschreckend durch das schwarze Loch des offen erstarrten Mundes. Sechs Personen stehen regungslos wie Mahnmale um das Totenbett. Eine herbei geeilte Klosterschwester stammelt tröstliche Worte und verstummt.

Als der Klassenvorstand die Klasse betrifft, prallt er gegen eine Mauer des Schweigens. Obwohl er weiß, was passiert ist, spürt er wie einen Schock die hilflose Verzweiflung und ohnmächtige Ratlosigkeit unter den Schülerinnen und Schülern. Zwei davon wirken wie in Trance, sie haben sämtliche Kontakt,„antennen“ eingezogen und starren blicklos vor sich hin. Sie haben am Vortag einen Klassenkameraden wie vereinbart im Gartenhäuschen seiner Eltern besucht und erhängt aufgefunden. Er hatte noch zuletzt von einem Film geschwärmt, in dem ein zum Tode durch Erhängen Verurteilter durch einen Trick den „Galgen überlistet“ hatte.

Barbaras Augen sind rot geschwollen. Sie hat wieder begonnen, ihre Fingernägel abzukauen. Bei vielen Fingern ist das Nagelbett schon wund. Sie spricht kein Wort. „Sie müssen verstehen,“ sagt die Mutter zur Klassenvorsteherin. „Sie ist mit der Katze aufgewachsen. Und gestern hat sie sie im Wald vergraben.“

Wie lebt der Tod in uns?

Eine Episode aus einem Film des berühmten japanischen Regisseurs Kurosawa: Schon von fern hört man Trommelklang und das Schellen kleiner Glocken. Der alte Mann, der die Wassermühle im Dorf betreibt, hat sich zum Fest gerüstet: Er hat seine Arbeitsschürze abgelegt und einen Blumenzweig auf seinen breiten Strohhut gesteckt. Als sich der Festzug nähert, sieht man vorne Kinder rhythmisch zu den Trommeln wippen und hüpfen. Ein junger Mann fragt den Alten, was gefeiert werde, und erfährt, dass ein hochbetagtes Dorfmitglied zu

Grabe getragen werde. Wieso die Stimmung so ausgelassen sei, will er wissen. „Sie hat ein erfülltes Leben gelebt,“ sagt der Alte, „das feiern wir heute“.

Der Reisebus bahnt sich seinen Weg durch eine karge, sandige Landschaft, die vor Hitze flimmert. Rechts sieht man einen durch einen kleinen Zaun abgegrenzte Platz mit wilden Distelhecken, der sich aber kaum von der Umgebung unterscheidet. „Was ist hier eingezäunt?“, fragen die Touristen. „Das ist der Friedhof“, sagt der Reiseleiter.

Der Wohnungseingang ist mit langen Plastikklebebändern versiegelt. In den letzten Tagen haben sich viele Bewohner über die schlechte Kanalisation beschwert. „Sie muss vor zwei Wochen gestorben sein“, sagt der Einsatzarzt.

Wie leben wir im Angesicht des Todes?

„Wie..“, der Arzt unterbricht die ältere Frau, die sich nach ihrem Mann erkundigen will, der heute untersucht wurde. „Wie lange?“ fragt der Arzt und antwortet selbst: „Ca drei bis vier Monate noch!“ Die Frau taumelt ein wenig. „Weiß er es?“ fragt sie. „Das hängt von Ihnen ab!“ lautet die Antwort. „Manche wollen genau Bescheid wissen, die anderen ertragen es nicht!“

Der stämmige Mann schiebt seine linke Hand unter die rechte, schlaff herunter hängende, und hebt diese so weit an, dass sein Gegenüber sie ergreifen kann. Dieser schüttelt unsicher, verlegen das kalte, formlos wirkende Etwas, das ihm entgegen gehoben wird. „Fast wäre es aus gewesen!“, lallt der Stämmige und erzählt schleppend von seinem Schlaganfall.

„Oma braucht mich jetzt eben besonders“, mahnt die Frau ihre schmallende Tochter. „Du weißt, man darf sie keinen Moment allein lassen. Wenn sie wieder umstürzt wie letztes Mal, kann sie tot sein.“

Ein Platz bleibt leer in der kleinen Studentenrunde, die sich zur Vorbereitung einer größeren Prüfung getroffen hat. „Es war eine Erlösung,“ sagt eine Kollegin, „dass seine inneren Organe versagt haben. Das war doch kein Leben mehr, an diesen tausend Schläuchen.“

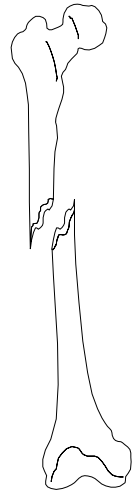
Ein kleiner Friedhof. Die brütende Hitze unter südlicher Sonne ist einem warmen Abendschatten gewichen. Überall werden Lichter angezündet, die Lampions haben grelle Farben, von manchen Grabkreuzen hängen Blumenzweige und kleine farbige Bänder herab. Vor einem Grabhügel haben sich eine alte und eine junge Frau auf kleinen Hockern nieder gelassen und breiten auf einem Holzklapptisch Speisen aus und stellen Getränke auf. Öfter fallen Worte, aber weniger zueinander als in Blickrichtung auf das Grabkreuz.

Es gibt so viele Gesichter des Schmerzes, des Leidens, des Todes. Und noch mehr Bilder tödlicher Erkrankungen und des Sterbens. Sie können uns mutlos und hilflos machen. „Es ist alles so negativ, man kann nichts dagegen machen!“ Diese Betroffenheit ist wichtig, weil sie uns mit dem Leidenden verbindet. Dadurch können wir uns in seine/ihre Lage versetzen.

WARUM WIR HELFEN SOLLTEN

Hilfe ist notwendig wegen der Folgen passiver Todeskonfrontation

Was heißt: Passiv? Passiv heißt, den Tod oder die tödliche Gefahr anderer Menschen direkt oder am Fernsehschirm bzw. auf der Filmleinwand miterleben! Der Schock ist dennoch riesig! **Die traumatische Belastung wirkt sich auch auf den Betrachter aus!**



Die Folgen einer traumatischen Erfahrung können weitreichend sein:

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Schlafstörungen
- vegetative Störungen (der ganze Körper ist in Aufruhr)
- schockbedingte **Übererregung oder Apathie** (geschockte Menschen wirken oft wie „ferngesteuert“. Der biologische Überlebensapparat schaltet auf „Bewegungssturm“ oder „Totstellreflex“.

Das sind nur einige Folgen, die traumatische Erfahrungen – auch solche aus „zweiter Hand“, als Betrachter, nach sich ziehen können.

Die besondere Problematik im Umgang mit tatsächlichem Leiden und Sterben

Den TV-Apparat können wir abschalten – und sollten dies auch, wenn eine Reizüberflutung droht. Aber das Leiden nahe stehender Menschen – davon können und dürfen wir uns nicht „ausklinken“.

Wenn wir das Leiden erleiden als Angehörige, d.h. passiv damit konfrontiert sind, dann kann dies weitere negative Folgen als die schon oben angeführten haben:

- Das **Erleben der Hilflosigkeit** (keine Kontrolle über das Leiden, den Tod bzw. über das eigene Leben besitzen) kann eine No-future-Mentalität noch verstärken.
- Der plötzliche Tod eines Angehörigen oder die Beobachtung eines sterbenskranken Verwandten, der unter unerträglichen Schmerzen oft erst nach langem Leiden stirbt, kann unseren **Lebens-Optimismus zutiefst erschüttern**.
- **Wut und Ohnmachtsgefühle** können uns überschwemmen, weil wir Nahestehende nicht vor Leid schützen können.
- Manchmal drohen wir zwischen dem Auf- und Abwogen **realistischer Einschätzung und So-tun-als-ob-alles-in-Ordnung-wäre** zu ertrinken.
- Das beobachtete Leiden löst u.U. bei uns selbst **Todesangst** aus.

Jede/n von uns trifft diese indirekte, passive Todeskonfrontation: Den Angehörigen, die Mitschülerin, die Studienkollegin, den Arbeitspartner. Wie können wir helfen, diese große Belastung besser zu bewältigen?

WIE KÖNNEN WIR HELFEN?

Wem helfen? Jedem Menschen, mit dem wir zusammen arbeiten, und der vom Sterben oder Tod eines Angehörigen, eines Freundes, einer Freundin unmittelbar betroffen ist! **Denn das Leiden und Sterben hautnah mitzuerleben kann die Mitbetroffenen in eine psychische Krise stürzen- dann brauchen sie selbst die Hilfe anderer!**

Braucht es dazu nicht professionelle Helfer?

Kein Zweifel: **Traumatherapie** (Hilfe nach außerordentlichen seelischen Erschütterungen), **Notfallpsychologie** (Unterstützung in Ausnahmesituationen), **Krisenintervention** (Stützung bei seelischem Zusammenbruch), **Sterbebegleitung** (dem sterbenden Menschen ein würdiges Erleben seiner letzten Lebenszeit ermöglichen) u.v.a.m. erfordern eine gründliche Ausbildung. Diese professionellen Helfer/innen können Therapien durchführen, krisenhafte Entwicklungen zum Abklingen bringen, die Persönlichkeit stützende Maßnahmen ergreifen. Aber der wichtigste Helfer ist der Mensch, der gerade da ist, wenn er gebraucht wird. Die erschütterte Mitschülerin, der geschockte Kollege, das versteinert wirkende Kind finden nicht gleich den Weg zum professionellen Helfer. Dennoch müssen die anderen nicht tatenlos, ohnmächtig das Leiden der Betroffenen beobachten. Jede/r kann helfen. Aber wie?

Welche Hilfe kann jede/r leisten?

Wir alle, Kolleg/inn/en, Mitschüler/innen, Angehörige, Erzieher/innen, Lehrer/innen können Menschen, die durch das Leiden oder den Tod von Freunden oder Verwandten geschockt oder bedrückt sind, helfen durch

- ✓ die Hilfe zum Abbau von Spannungen und Angst, indem man über die Gefühle, Fakten, Handlungsmöglichkeiten spricht.
- ✓ Durch freundliche, nicht zudringliche Zuwendung verringert sich das Gefühl der Isolation, d.h. die Belastung allein tragen zu müssen.
- ✓ Wenn wir ev. beim Aufbau eines Bewältigungsplans für die Gegenwart und die Zukunft mithelfen, führt das zur Verringerung von Hilflosigkeits- und Hoffnungslosigkeitsgefühlen.

Wie schaut das konkret aus?

Was wir füreinander und die innere Stabilisierung tun können

Eindrücke ohne Ausdrücke machen krank!

Das gilt auch für plötzliche (Todesereignis) oder langandauernde Belastungen (schwere Erkrankung), d.h. für akuten traumatischen Stress oder für chronisch traumatischen Stress. Wir müssen Betroffenen helfen, damit sie die Belastung „mit-teilen“, sich aussprechen.

Dazu gibt es verschiedene Ansatzpunkte:

- ✓ **ANSATZPUNKT „DENKEN“:** Wir helfen einander, indem wir über den Hergang und den Tatbestand reden und Informationen austauschen (wenn wir mit Jüngeren sprechen, müssen wir freilich immer das Alter und die Fähigkeit zur Verarbeitung der Information berücksichtigen – daher nur solche und so viel Information und Details, dass sie hilfreich sind). **Die sachlichen Mitteilungen helfen, das Erlebte einzuordnen!**
- ✓ **ANSATZPUNKT „FÜHLEN“:** Weiters ist es wichtig, die aufgewühlten Gefühle zur Sprache zu bringen, darüber zu reden, was das Erlebte in uns bewirkt! Dies hilft mit, dass die Gefühle nicht "unterirdisch" weiterarbeiten, sondern ausgedrückt werden. **Der Gefühlsaustausch hilft zu erleben, dass wir mit unseren Gefühlen nicht allein sind, dass andere unsere Gefühle verstehen und teilen.**
- ✓ **ANSATZPUNKT „HANDELN“:** Wichtig ist, Hilflosigkeits-, Haltlosigkeit- und Hoffnungslosigkeitsgefühle zu bekämpfen, indem man bespricht, was einerseits jetzt unternommen werden wird und auch, wie jeder von Mitbetroffene sich nun verhalten

kann, wie man sich gegenseitig stützen kann und **wie aus der gegebenen Situation das „Beste“ gemacht werden kann.**

Wann können wir einander am besten helfen?

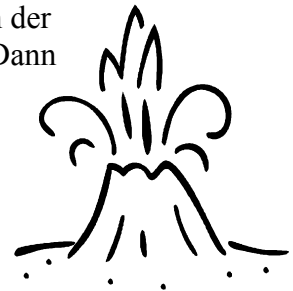
Die einfache, klare Antwort lautet: Immer! Aber auf verschiedene Weise!

Fachleute wissen, dass es mehrere Phasen geben kann:

- Im unmittelbaren Schockzustand sind Menschen nur schwer zugänglich. Sie schützen sich vor dem Erlebten, indem sie so tun, als ob nichts passiert wäre (Verleugnung), sie klammern das belastende Geschehen völlig aus (Dissoziation, d.h. Abspaltung). Es ist wie bei Unfallopfern: Sie spüren zunächst oft gar nicht, dass sie verletzt sind. Auch dann, wenn Menschen sich vor einer dauernden schweren Belastung abgeschirmt und den Kummer in sich vergraben haben, sind sie schwer zu erreichen. **Hier ist es wichtig da zu sein und mit ruhigen, wenigen Worten immer wieder das Signal setzen: Ich merke, dass du leidest. Ich bin da, wenn du mich brauchst.**
- Oft kommt es auch zu einer Übererregung und Hektik oder –im Gegenteil- zu einem Abstumpfen und scheinbarer Gleichgültigkeit. **Auch hier: Präsent sein, immer wieder mit wenigen Worten und ruhiger Haltung signalisieren: Ich bin da, wenn du mich brauchst! Ich stehe dir bei. Du bist nicht allein. Und auch ein Gegenpol sein: Gegen Apathie oder Übererregung.**
- Wenn man dem Anderen sagt und zeigt: Du entscheidest, wann du mit mir sprechen möchtest! – dann **gibt man ihm/ihr auch wieder die „verlorene“ Kontrolle zurück.**
- Wenn der betroffene Mitmensch Ansätze zeigt, dass er sich aus seiner Betroffenheit oder aus seinem inneren Versteck heraus bewegt, dann kann man die oben angeführten **Ansatzpunkte Denken, Fühlen, Handeln ansprechen, d.h. was sind die Fakten, wie sind die Gefühle, was kann man tun?**

Ich wollte helfen – aber es hat nicht gewirkt!

Oft kommt es nach einer Beruhigungsphase nochmals zu einem Ausbruch der Gefühle mit Klagen, Vorwürfen (auch gegen sich selbst), Verzweiflung. Dann scheint es, dass unsere Hilfe nichts gefruchtet hat. Aber dieses neuerliche Aufflammen, dieser nochmalige „**seelische Vulkanausbruch**“ ist nichts Ungewöhnliches. Wir können durch neuerliche Präsenz und Hilfe dazu beitragen, dass schließlich doch eine Verarbeitung möglich wird: Unser belasteter Mitmensch nimmt die gegebene Situation an, er überblickt sie nun, versucht sie neu zu interpretieren und damit zu bewältigen.



Nach einem anfänglichen Erschütterungszustand, bei dem man nicht zugänglich ist für „gescheite“ Erklärungen, sondern nur Stützung braucht, kann der Wunsch nach Wiedererlangung von Kontrolle genützt werden. Hier sind sicher auch vorhandene Ressourcen (das sind auch Freunde, Freundinnen) anzusprechen, ebenso wertvoll sind auch Ventile für unsere Trauer (z.B. sich ausweinen, ausreden können). Dann kann es wieder zu emotionalen Turbulenzen kommen und dies ist wichtig für den/die Helfer/innen: Dieser Ablauf ist erwartbar und keinesfalls ein Zeichen, dass die Hilfe nichts gefruchtet hat. Schließlich folgt eine Beruhigung und Neuorientierung, in der die Tatsachen akzeptiert werden, aber Wege zu ihrer Bewältigung gesucht werden.

ANGSTFREIE HILFE IST NUR MÖGLICH, WENN WIR UNS SELBST MIT DEM THEMA „TOD“ BEFASSEN

Noch nie war uns der Tod so fern – noch nie war uns der Tod so nah!

Vor der Tatsache des Sterbenmüssens verschließen wir gern die Augen!

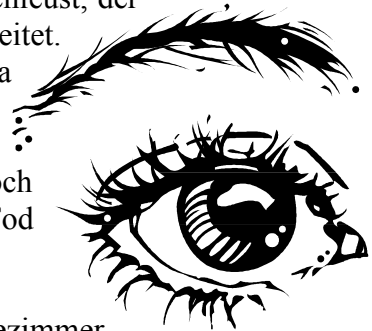
Der Tod wird aus unserem Blickwinkel gerückt: Sterbende liegen abgeschottet in eigenen Sterbezimmern. Durch diese „Geheimnistuerei“, Tabuisierung wird der Tod gruselig und zugleich unheimlich spannend.



In dem Film „Der gekaufte Tod“ ist der Ausgangspunkt eine Fernsehsendung mit dem Titel „Death Watch“! (Der Film handelt in der Zukunft. Man hat sich schon mit dem Überschreiten ethischer Grenzen abgefunden. Reality – Shows mit ihren Einblicken ins Intimleben locken keine Zuschauer mehr vor den Fernsehschirm). Menschen, die knapp vor dem Tod stehen, werden beobachtet, ihre letzten Wochen und Tage vor dem Tod werden gefilmt und dem faszinierten Publikum hautnah dargeboten!

Eine Schriftstellerin erhält von ihrem Arzt die (falsche) Mitteilung, dass sie sterbenskrank sei. Die TV-Firma „Death Watch“ meldet sich und schließt mit ihr einen Vertrag ab. Weil sich die junge Frau aber ganz zurückzieht, wird ein junger Mann eingeschleust, der sich ihr Vertrauen erschleicht und sie fast rund um die Uhr begleitet.

Was die Frau nicht weiß: In der Augenlinse ist eine Kamera installiert worden, sodass der „Live-Übertragung“ nichts im Weg steht. Der Film endet nicht nur mit der Erkenntnis der jungen Frau, dass sie nicht sterben muss (– jetzt zumindest noch nicht); das eigentlich Berührende ist die Erfahrung, dass der Tod keine Sensation ist, sondern etwas ganz Intimes, Persönliches.



Todkranke werden in ein Krankenhaus und dort ins Sterbezimmer „abgeschoben“. Aber wie im Film: **So fern das Sterben auch geworden ist, so sehr fesselt uns der Tod:** Kriminalgeschichten, Actionfilme produzieren oft ganze Leichenberge auf der Leinwand. Millionenfach wird gezeigt, wie man zu Tode kommen kann. Der Tod fasziniert - und schreckt!

Film-Untertitel locken mit Verheißungen, die so lauten könnten: Ein Orgie der Gewalt! Du bist schon tot und weißt es nicht! Nie wurde eine Schlacht aufwendiger gedreht!

Daneben gibt es die ganz reale tödliche Welt, nicht nur Reality Serien. Radio, Zeitung und Fernsehen lassen uns Zeugen von ungewöhnlichen Todesarten werden, Reality Serien führen tödliche Gefahren täglich vor Augen und Ohren. Nachrichtensendungen strotzen von Attentaten, Unfällen, Verwundeten, Sterbenden aus nächster Nähe. Alle Kinder haben schon die Verzweiflung und Panik von Menschen im TV gehört und gesehen, **das Ausmaß der Gewalt ist ungeheuerlich!** Und dennoch ist der Tod ein Tabu geblieben. Und dennoch scheuen wir den Umgang mit **Sterbenden**. Wir erleben den Tod, den Schmerz, die Panik im TV-Sessel. Als passive Beobachter. So pendeln wir zwischen den Extremen: Wir verbannen den Tod aus unserem unmittelbaren Erleben und holen ihn tausendfach auf den Bildschirm. Computerspiele, bei denen am laufenden Band Gegner getötet werden müssen (und bald darauf wieder „auferstehen“), nähren die Illusion: Der Tod trifft nur die anderen. Und er ist nur ein Spiel. Aber Abstumpfung ist nur der geringste Preis, den wir dafür zahlen!

Wie entwickelt sich der bewusste Umgang mit dem Tod?

Wir kennen die von der Schweizer Ärztin und Begründerin der Sterbeforschung Elisabeth Kübler-Ross beschriebenen Phasen, die Sterbende durchlaufen können:

1. Phase: Das "Nicht-wahr-haben-wollen", die totale Verneinung der Situation und die Flucht in die Isolation
2. Phase: Der Sterbende reagiert mit trotzigem Zorn, mit Wut und einer Auflehnung gegen sein Schicksal
3. Phase: Der Patient verhandelt mit seinem Schicksal
4. Phase: Der Patient fällt in eine tiefe Depression
5. Phase: Fügung in das Schicksal

Wie sieht es aber mit den „**Phasen der Mitbetroffenen**“ aus? Ebenso! Alle schweren Schicksalsschläge lassen uns ähnlich reagieren, auch wenn es über die einzelnen Phasen und ihre Abfolge unterschiedliche Meinungen und viele Modelle gibt.

Wie aber entwickelt sich das Verhältnis zum Tod überhaupt? Wir versuchen hier einen entwicklungspsychologischen Ansatz. Der Kunstpädagoge und Tiefenpsychologe Erik H. Erikson hat die tiefenpsychologische Entwicklungslehre von Freud in dreifacher Weise erweitert: Er nimmt auch die über die ersten Lebensjahre hinausragenden Lebensereignisse ernst. Er bezieht weiters die soziale Umwelt intensiv in die Entwicklung mit ein. Und er sieht schließlich im Menschen die Entscheidungsfähigkeit immer wieder vor die Probe gestellt. **Im Folgenden versuchen wir, die von ihm dargestellten Entwicklungsschritte mit der Entwicklung des Todesbegriffes zu verknüpfen.**

Der Tod als Trennung, als Schlaf, als Folge böser Gedanken

Die erste Phase hat Erikson **Urvertrauen versus Urmisstrauen** genannt. Erlebt der Lebensanfänger die Welt als sicher, vertrauensspendend, dann kann er sich öffnen, zuwenden, ausprobieren. Im anderen Fall erschrickt er, zieht sich zurück. In der zweiten Lebensstufe nach Erikson geht es um den Kontrast zwischen **Autonomie einerseits und Scham und Zweifel andererseits**. In dieser Phase der Autonomie versus Scham und Zweifel setzt sich das Kind mit den Autoritätsfiguren seiner nächsten Umgebung auseinander, mit den Eltern. Im dritten und vierten Lebensjahr ist das nächste Entwicklungsstadium angesiedelt, nämlich **Initiative versus Schuldgefühl**. Das Kind entwickelt sich in dieser Phase sehr stark, erweitert sein Tätigkeitsfeld, Sprachvermögen, seine Phantasie und Vorstellungsfähigkeit, hat aber Angst vor seiner eigenen Initiative und Schuldgefühle, wenn es bei seinen Erkundungsabenteuern gegen elterliche Regeln verstößt. **In diesen ersten Lebensjahren gibt es noch keine richtige Todesvorstellung. Es dominiert die Trennungsangst (d.h. von den wichtigsten Bezugspersonen getrennt zu werden). Der Tod - was immer sich das Kind darunter vorstellt - ist noch reversibel, ist wie ein Schlaf.** Es kommt noch zu einer Vermischung von Realität und Wunsch. Und es existiert noch kein präziser Zeitbegriff. Das Realität und Wunsch oder Phantasie vermischende „magische“ Denken des Kindes stellt auch ein Problem dar:

Kinder fühlen sich leicht schuldig am Leiden oder Sterben eines Angehörigen. Sie machen sich Vorwürfe, weil sie vielleicht das eine oder andere Mal „böse“ Gedanken in Bezug auf den nun „in Folge“ erkrankten Menschen hatten. **Wir müssen ihnen ganz klar sagen, dass der Tod eines Familienangehörigen nichts, aber auch gar nichts mit ihren Gedanken oder Phantasien zu tun hat**, etwa dass man auf diesen Menschen zornig war und sich auch in der Vorstellung böse Dinge ausgemalt hat.

Der Tod als persönlicher Gegner

Das nächste Stadium (Eintritt ins Schulalter) hat Erikson **Werksinn bzw. Minderwertigkeitsgefühl** genannt. Es geht um das Zusammenspiel mit anderen, um Gruppensolidarität, sowie um Leistungsfähigkeit und Kompetenz, Wettkampf mit anderen usw. **In dieser Phase wird der Tod personalisiert und als Gegner erfasst.** Der Tod als Sensenmann und Gerippe fordert heraus, der Tod wird aber auch als **Strafe** gesehen.

Leider gibt es hier negative „Vorbilder“. Manche esoterischen Lehren, insbesondere solche, die sich mit der Wiedergeburt befassen, behaupten, dass alles Leid und natürlich auch der Tod eine Folge vergangener Verfehlungen sei.

Dem gegenüber ist ganz deutlich zu sagen: **Der Tod ist ein biologisch erklärbares Geschehen. Der Tod ist keine Strafe, sondern die Folge der Zellalterung. Der Tod kann auch früher eintreten, wenn man in Gefahr leichtsinnig war, oder kein gesundes Leben geführt hat. Aber auch dann ist er keine Strafe durch einen übermächtigen Gegner, sondern eine natürliche Folge aus dem Vorhergegangenen.**

Totenkult, Selbstmordfantasien und Kränkung

Die nächste Phase beginnt mit dem Eintritt der Pubertät, das Thema lautet **Identität versus Identitätsdiffusion**. Es ist die Auseinandersetzung mit sich selbst, mit dem Selbstbild, mit den eigenen Werten, in der Auseinandersetzung mit anderen, mit Gleichaltrigen, mit Erwachsenen, in der Auseinandersetzung mit den eigenen Fähigkeiten und beruflichen Entscheidungen usw. **Das Sterbenmüssen stellt eine „Selbstwert - Kränkung“** dar, nicht von ungefähr interessieren sich die Jugendlichen in dieser Phase auch für ihre **verstorbenen Idole**, betreiben einen „**Totenkult**“, malen sich **Suizidphantasien** aus oder beziehen eine **kämpferische Oppositionshaltung**. So schreibt ein Forumsteilnehmer im Internet: „Wieso denken, dass der Tod der einzige Ausweg ist? Ich meine, was ist, wenn der Tod noch schlimmer ist als das Leben? ...Was macht man, wenn man nach einem missglückten Selbstmordversuch als Krüppel im Rollstuhl sitzt und dann damit weiter leben muss...Bringt man sich selber um, dann verliert man.“ Und ein anderer: „Ja, wir verneigen uns nicht vor dem Tod, wir hauen ihm eins in die Fresse und sagen – es geht weiter!“

In der Auseinandersetzung mit dem Erwachsenwerden ist das Selbstwertgefühl leicht zu verletzen: Zu vieles wird erst ausprobiert, nicht nur das Gewand passt nicht mehr, sondern auch bisherige Überzeugungen werden einer kritischen Prüfung unterzogen. Wo das Leben selbst noch eine offene Gestaltungsfrage ist, ist auch der Tod ein großes Fragezeichen. **Trotzige Gefahrensuche („ich beuge mich nicht der Todesangst“), Schwärmereien vom Weiterleben Verstorbener („Elvis ist nicht tot“)** – solche und andere **Reaktionen auf das Erleben von Sterben und Tod in nächster Nähe erfordern eine ruhige, ausgleichende Begleitung. Und eine grundsätzliche Offenheit: Wir wissen nicht, wie es weiter geht nach dem Tod. Das hat etwas Beunruhigendes, aber auch etwas Spannendes an sich.**

Du bist mein Leben, Alleinsein ist wie Totsein

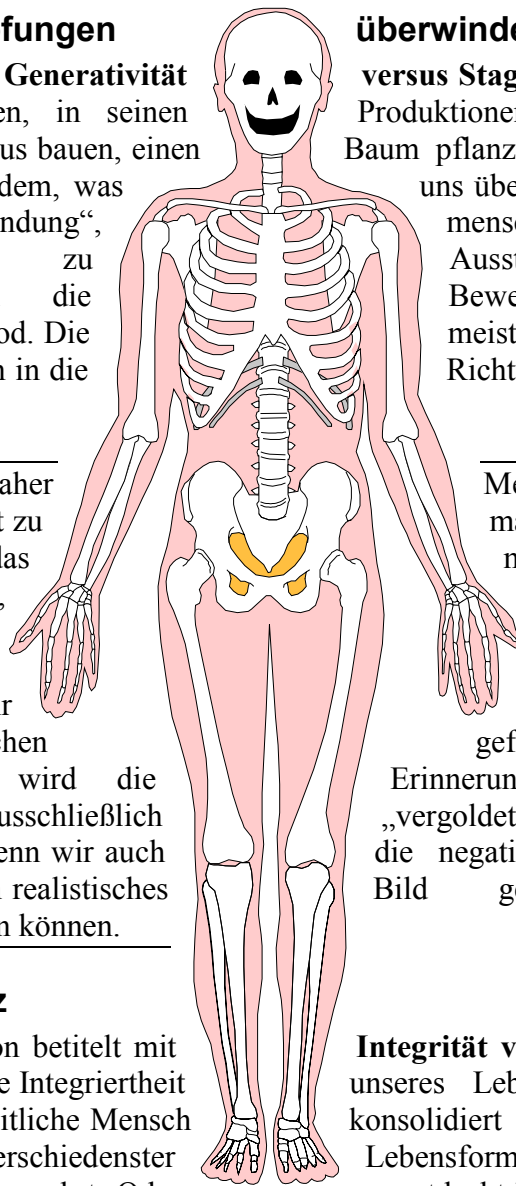
In der nächsten Entwicklungsphase wird **Intimität versus Isoliertheit** zur Aufgabe bzw. zum Lebensthema. Es geht in dieser Phase um die Fähigkeit zur Hingabe und Partnerschaft, eines Übersteigens der eigenen Ich-Grenzen in einem Wir-Erleben. Der Bezug zum Thema Tod ist indirekt gegeben: Allein sein heißt sich nichtig fühlen, der/ die Andere wird als Bestätigung der eigenen Existenz angesehen.

Stirbt ein Mensch, der uns ganz nahe ist, dann stirbt etwas in uns mit ihm. Manchmal erscheint uns sogar das eigene Leben nicht mehr lebenswert. Wir brauchen dann selbst eine **hilfreiche Hand, die uns festhält und Mut macht zum Weiterleben.**

Den Tod durch Schöpfungen

Das nächste Thema lautet **Generativität** Urbedürfnis des Menschen, in seinen Projekte, Bauwerke, ein Haus bauen, einen Die intensive Suche nach dem, was Formen: Seit der „Erfindung“, Plastinate zu machen, mehren sich die Konservierung nach dem Tod. Die Körperspendermotive gehen in die etwas von mir!“

Wenn uns ein ganz naher ist es hilfreich, sich bewusst zu hinterlassen hat: Nicht das erster Linie gemeint, **Spuren, die er oder sie in hinterlassen hat**; was wir lernen konnten. Wie sehr verstorbenen Menschen worden sind. Freilich wird die Wochen der Trauer ausschließlich dann wirklich Abschied, wenn wir auch „verdrängen“ und somit ein realistisches „Trauerarbeit“ auch beenden können.



überwinden

versus Stagnation und es ist dies ein Produktionen weiterzuleben (Kinder, Baum pflanzen, ein Buch schreiben). uns überlebt, zeigt auch seltsame menschliche Körper als Ausstellungsgegenständen zu Bewerber für diese meisten der Richtung: „Dann bleibt noch

Mensch für immer verlässt, machen, was er oder sie uns materielle Erbe ist hier in sondern es sind **die unserem Herzen** von ihm oder ihr wir selbst durch den geformt und angeregt Erinnerung nur in den ersten „vergoldet“ sein. Wir nehmen erst die negativen Erinnerungen nicht Bild gewinnen und die

Tod und Lebensbilanz

Die letzte Phase hat Erikson betitelt mit **Ekel**. Das Thema ist hier die Integriertheit unserer Person. Der ganzheitliche Mensch die Relativität verschiedenster einen Sinn für das Ganze bewahrt. Oder seinem Leben, keinen „roten Faden“, der sich durchzieht, alles scheint chaotisch, zerrissen, ein sinnloses Puzzle. Angesichts des näher rückenden Todes wird die Frage virulent: „gelebt“ oder „nicht wirklich gelebt“ zu haben. Letzters kann zu Lebensekel und Verzweiflung führen.

Integrität versus Verzweiflung und unseres Lebens und die Integrität konsolidiert sich zunehmends, er hat Lebensformen erlebt und trotzdem er entdeckt keinen Zusammenhang in

Wenn man auf sein Leben zurück blickt, dann ist nicht immer ein „roter Faden“ erkennbar. Wichtig ist, dass wir alles, was wir erlebt haben, als Teil jener Prozesse sehen, die uns zu dem geformt haben, was wir jetzt sind. Das trifft auf den Verstorbenen ebenso zu. Auch sein/ihr Leben ist kein sinnloses Puzzle, sondern ergibt bei näherer Betrachtung ein Gesamtbild. Für die Hinterbliebenen ist der Tod eines Angehörigen auch eine neue Anfrage an die eigene Existenz: **Was hat mich bisher geformt; welchen Weg möchte ich weiter gehen, um alles bisher Erlebte zu verwerten?**

Was Expert/inn/en über den Tod, die Sterbehilfe und die Sterbebegleitung denken

Soll dem einen oder dem anderen Weg gefolgt werden: Der **Sterbebegleitung** (Leiden lindernde, die Sterbephase würdevoll gestaltende Maßnahmen) oder der aktiven **Sterbehilfe** (das vom Betroffenen empfundene unerträgliche Leben und Leiden beenden helfen)?

Diese Frage wirft eine Reihe weiterer Fragen auf:

- Wer bestimmt über sein eigenes Leben?
- Wann ist ein Leben als unerträglich zu bezeichnen?
- Was ist der oberste Wert: Die Lebenserhaltung? Die persönliche Selbstbestimmung? Ein religiöser Wert? Die Menschenwürde? Anderes? Was ist mit diesen Werten konkret gemeint?

Was sagen bekannte Persönlichkeiten bzw. Expert/inn/en dazu?

Im österreichischen Parlament fand 2001 eine Tagung zu diesem Thema statt, bei der vor allem für die Sterbebegleitung plädiert wurde.

Den Menschen im Sterben würdigen

Kardinal DDr. Franz KÖNIG plädierte für die unantastbare Würde des menschlichen Lebens und das Christentum als Vertiefung des humanistischen Ansatzes, sowie die Sinnchancen, die in der letzten Lebensphase besonders gegeben seien.

Die Politik muss sich um eine kompetente Sterbebegleitung kümmern

Dr. Reinhart WANECK, (bis Juni 2004 Staatssekretär für Gesundheit) berichtete, dass die Mehrzahl der Wiener Ärzte (89 %) gegen aktive Sterbehilfe sei. Den Umstand, dass in den Niederlanden aktive Sterbehilfe erlaubt und gesetzlich geregelt ist, führte er zurück auf die im 17. Jahrhundert seiner Meinung nach gepflegte Duldungspolitik (die niederländischen Bürger hatten sehr strenge moralische Maßstäbe und suchten immer wieder Ausnahmeregelung von ihren gesetzlichen Forderungen: So ähnlich sei es jetzt beim Sterbehilfegesetz). Er betonte weiters den §110 im Strafgesetzbuch, der ein Selbstbestimmungsrecht in der Verweigerung von lebensverlängernden Maßnahmen vorsieht.

Aktive Sterbehilfe bewirkt einen „Dambruch“ gegen das Tötungstabu

Mag. Dr. Hildegard TEUSCHL cs, Vorsitzende des Dachverbandes Hospiz Österreich (Referat: „Warum vom Sterben reden?“) wies darauf hin, dass jährlich ca. 85.000 Menschen in Österreich sterben und ca. 400.000 Menschen von diesem Sterbeprozess mittelbar betroffen seien. Sie betonte besonders den gesellschaftlichen Druck, die Abschiebung, die Gefahr der Entsorgung, die Belastung der Sterbenden durch ihr Wissen um die Kostenverursachung und schließlich auch den „Dambruch“ durch die Freigabe der aktiven Sterbehilfe.

Beurlaubung wegen Sterbebegleitung muss ein Recht werden

DDr. Michael LANDAU, Direktor der Caritas Wien (Referat: „Wer Sterbehilfe nicht will, muss für optimale Sterbebegleitung sorgen“) sprach sich für einen Rechtsanspruch aus: Kinder sollten Eltern aus dem Leben begleiten können und dadurch rechtlichen Rückhalt bekommen, wie z.B. Kündigungsschutz trotz einer sterbebegleitungsbedingter kurzfristiger Abwesenheit, Rückkehrrecht etc.

Gibt es Grenzen der Autonomie am Ende des Lebens?

Univ.Prof Dr. Jochen TAUPITZ, Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht, Intern. Privatrecht und Rechtsvergleich an der Univ. Mannheim (Referat „Sterbebegleitung im internationalen Vergleich“) stellte die beiden polaren Extrempositionen dar: Sterbebegleitung- Sterbehilfe. An anderer Stelle warf er auch die Frage auf, wo die Grenzen der Autonomie am Ende des Lebens lägen. Z.B. wenn die Weitererhaltung am Leben unverhältnismäßig große instrumentelle, personelle, finanzielle Ressourcen bindet, die anderswo fehlten.

Gibt es eine indirekte Sterbehilfe?

ao. Univ.Prof. DDr. Christian STADLER, Institut für Rechtsphilosophie und Rechtstheorie an der Univ. Wien wies auf die Rechtslage in Österreich hin, die durch die Patientenverfügung nicht aufgehoben werden kann. Der Patient kann lebensverlängernde Behandlung ablehnen. Es gäbe eine indirekte Sterbehilfe, wenn Schmerztherapie mit todesbeschleunigenden Folgen eingesetzt würde. Die Heilbehandlung wird hinsichtlich der persönlichen Autonomie respektiert, hingegen stelle die aktive Sterbehilfe keine Heilbehandlung dar und daher auch kein Feld persönlicher Autonomie. Es wurde auch Bezug genommen auf die Sorgfaltsregelung für die Ausnahmen im niederländischen Sterbehilfegesetz, diese sei nicht präzise genug (welcher Arzt mit welcher Fachdisziplin würde gewählt, welche Regelung bestünde für die Kommissionsmitglieder, wie komme die Überzeugungsbildung des Arztes zu Stande?)

Einen (Schutz-)Mantel um jemanden legen statt Sterbehilfe

Univ.Prof. Dr. Eberhard KLASCHIK, Palliativmedizin Universität Bonn trat für Palliativmedizin statt Sterbehilfe ein, dafür, Leiden zu lindern und Würde und Autonomie zu bewahren. (das Ziel palliativer Medizin ist die Symptomkontrolle und Beschwerdefreiheit bei weitgehender Bewusstseinsklarheit. Palliare heißt wörtlich: Einen Mantel um jemanden legen) Er zeigte auf, dass die aktive Sterbehilfe überwiegend bei organischen Leiden aufgesucht würde (80 % der Fälle bei Krebserkrankungen, 4 % bei Erkrankungen des Nervensystems). Es gäbe eine hohe Dunkelziffer (60 %). Er verwehrte sich gegen die vorhin von STADLER beschriebene indirekte Sterbehilfe, da bei guter Medikation die Schmerzbefreiung auch ohne Todesbeschleunigung möglich sei.

Das Fach Palliativmedizin gehört an jede medizinische Universitätsfakultät

Univ.Prof. Dr. Holger BAUMGARTNER, Medizinische Fakultät Innsbruck plädierte für eine Einführung in das Thema an den Universitäten: Es sollte an jeder medizinischen Fakultät im Bereich der Allgemeinmedizin noch zwei Abteilungen angefügt werden, nämlich eine für Geriatrie und eine für Palliativmedizin. (Nochmals: Die Palliativmedizin beschäftigt sich mit der Pflege und Betreuung unheilbar erkrankter Menschen)

Standards für die Sterbebegleitung

Dr. Harald RETSCHITZEGGER, Ärztl. Leiter der Palliativstation am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried – Hospiz St. Vinzenz sprach sich für die Erstellung von Standards für die verschiedensten mitbetroffenen Bereiche aus, z.B. auch spirituelle

Standards, strukturelle Standards, Standards für einen kompetenten Krisenumgang, für die Trauerbegleitung, für die zumutbare Belastung, für Supervision etc.

Wann ist ein Mensch noch ein Mensch? – Durch Bewahrung der essentiellen Autonomie

Univ.Prof. Prim.Dr. Paul SPORN, Vorstand der Abteilung für Anästhesie und Intensivtherapie der Krankenanstalt Rudolfstiftung wies darauf hin, dass Schmerz, Angst und Atemnot oft auf Intensivstationen unterschätzt werden. Er plädierte außerdem für die Unterscheidung von funktioneller Autonomie, die oft aufgehoben werden müsse, und essentieller Autonomie. (Mit anderen Worten: Die Fremdbestimmung darf nicht die Selbstbestimmung dort verdrängen, wo sie möglich ist). Die Intensivmedizin müsse oft auch wegen der quälenden Therapiemaßnahmen sedieren (beruhigen, dämpfen), das führe aber nicht unbedingt zu einer Einschränkung der bewussten Fähigkeiten. Eine „Sterbeverlängerung“ sollte nicht erfolgen, sondern eine Behandlungseinschränkung bei Aussichtslosigkeit kurativer Maßnahmen. Sporn brachte auch das Prinzip der Gerechtigkeit bei der Ressourcenverteilung ein: Bei begrenzten Mitteln sei die Lebensrettung wichtiger als die Sterbeverlängerung.

Zur Selbsthilfe ermächtigen: Mit dem Sterben leben lernen

Dr. Roland PAUKNER, niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin brachte den Begriff Empowerment (Stärkung zur Selbstbemächtigung, d.h. Fähigkeit zur Selbsthilfe) ein: Es gehe darum, zu lernen, wie man mit dem Sterbeprozess leben kann, der Patient müsse der Koproduzent seines Sterbeprozesses werden. Dazu seien auch Selbsthilfegruppen, Schnittstellen zwischen internen und externen Angeboten notwendig und auch Hilfe für die Helfer.

Das Lebensende gestalten

Den Abschluss der Rednerliste bildete Angelika FEICHTNER, DGKS, Pflegedienstleiterin des Hospizes Innsbruck (Referat: „Aspekte der begleitenden Pflege in der letzten Lebensphase“), mit einer konkreten Falldarstellung, in der es darum ging aufzuweisen, wie wichtig die Palliativmedizin in der letzten Lebensphase sein kann. Es wurde ein Patient dargestellt, der durch entsprechende Maßnahmen seine letzten Lebensmonate würdevoll gestalten konnte.

Eine Analyse der öffentlichen Meinung: Zwei Wertpyramiden

Analysiert man die Meinungen in der Öffentlichkeit (und wir haben oben nur die eine Seite gehört), so kristallisiert sich heraus, dass es zwei Wertpyramiden gibt:

Die eine Wertpyramide hat als oberste Spitze die Individualität, Selbstbestimmung und Freiheit, die andere Wertpyramide das Leben in seiner unantastbaren Würde. Die eine Pyramide könnte man vereinfacht als „**humanistische Wertpyramide**“ bezeichnen (der Mensch als Maß der Dinge soll auch über sein Leben und sein Lebensende verfügen können) und die andere Pyramide vereinfacht als „**transhumanistische Wertpyramide**“ (es gibt über den Menschen und seine Selbstbestimmung hinaus einen religiösen oder anders begründeten höchsten Wert. Dieser Wert verbietet es, dem Leben aktiv ein Ende zu setzen).

Wie immer und überall zeigt sich in Wert-Diskussionen die Schwierigkeit, eine Pyramide der anderen überzustülpen.

- Wer entscheidet, was der höchste Wert ist?
- Ist eine Volksabstimmung über höchste Werte sinnvoll?
- Ist der höchste Wert eine individuelle Angelegenheit?
- Muss sich eine Gemeinschaft nicht auf (höchste) Werte einigen?
- Ist die Bestimmung von höchsten Werten eine Sache von Expert/inn/en?
- Gibt es Brücken zwischen den Wertpyramiden?

Menschsein heißt: Leiden müssen!

In dem schönen Buch des österreichischen Evolutionsforschers und Biologen Rupert Riedl „Zufall-Chaos-Sinn“ gibt es einen sehr nachdenklich stimmenden Hinweis:

*„Mit dem Wechsel vom Einzeller zum Vielzellerdasein kam der Tod,
mit dem Nervensystem der Schmerz,
mit dem Bewusstsein die Angst,
mit dem Besitz die Sorge..*

Menschsein heißt Sterben, Schmerzen leiden, Angst haben und sich sorgen müssen. Die Errungenschaften der Evolution: Die Komplexität des Menschen, die ungeheuren Möglichkeiten des Denkens, Vorstellens, Entwerfens, die sich aus den Fesseln des nicht um sich wissenden Lebens befreiende Fähigkeit zur Selbstreflexion – all dies hat auch Schattenseiten: erhöhte Sterblichkeit, Schmerz, Angst, Sorge.

WELCHE EINSTELLUNG HABEN WIR ZUM TOD?

Menschen haben die unterschiedlichsten Vorstellungen darüber, wie sie mit sich selbst, mit den anderen Menschen und mit der Umwelt und schließlich auch mit ihrem Leben Frieden schließen können. Wenn es auch den Anschein hat, dass die Kirchen immer leerer werden – es gibt eine unstillbare **Sehnsucht nach einer Erklärung des Lebenssinns**, des Wissens um die großen Zusammenhänge, **vom Leben nach dem Tod** usw. Viele ideologisch orientierte Gruppen versprechen eine Antwort auf alle wichtigen Lebensfragen.

Neben diesen großen Glaubensüberzeugungen, die unsere Einstellungen zu allen wichtigen Lebensbereichen beeinflussen, deren Erörterung aber hier kein Thema darstellen kann, gibt es weniger umfassende, **alltägliche Überzeugungen, Meinungen, Annahmen**.

Wie man sich zum Tod einstellen kann

Ganz besonders wichtig sind vom psychologischen, psychotherapeutischen Standpunkt aus jene **Einstellungen, die uns glücklich oder unglücklich machen**.

Der amerikanische Psychologe Albert Ellis und noch andere haben betont, dass unsere Gefühle von unseren Einstellungen abhängen. Schon die alten Griechen (vor allem die Stoiker) haben gesagt: **Nicht die Ereignisse selbst machen uns glücklich oder unglücklich, sondern wie wir sie bewerten**.

Ellis hat ein **ABC der Gefühle** entwickelt:

Ein Ereignis - **AUSLÖSER** genannt - wird innerlich positiv, negativ oder neutral aufgenommen, je nach unserer **BEWERTUNG** und führt dann zu unterschiedlichen Folgen – englisch **CONSEQUENCES**.

Der Weg von A führt also nicht direkt zu C, sondern geht zunächst über B! Die Bewertungen entscheiden letztlich, wie wir zu einem Ereignis stehen. **Destruktive Bewertungen sind**

perfektionistisch, pauschalierend, fordernd: Z.B. „So etwas darf es nicht geben!“ Sie führen zu Auflehnung oder Verzweiflung. **Konstruktive Bewertungen sind ermutigend (aber realistisch, d.h. nicht durch die rosarote Brille betrachtet) und positiv herausfordernd, z.B. „wie kann ich mit dieser (schrecklichen, belastenden) Situation umgehen?“**

Manche Menschen beurteilen Situationen durch Nachdenken, sie versuchen hinter das Rätsel zu kommen: Warum muss man sterben? Warum trifft es gerade diesen Menschen? Warum jetzt? Was ist richtig und was ist falsch in der gegebenen Situation? **Andere Menschen urteilen mehr nach ihrem inneren Gefühl, nach der Stimmung, nach der Atmosphäre.** Je nachdem muss man auch unterschiedliche Wege zu ihnen finden.

Der Ansatz von Ellis spricht beide Funktionen, das Denken und Fühlen, an. Etwas passiert, das auslösende Ereignis, z.B. die Erkrankung eines Angehörigen, ein plötzlicher Tod. **Menschen, bei denen das Denken stark im Vordergrund steht, versuchen das Richtige und Falsche in der Situation zu analysieren, zu verstehen, was hier passiert ist, warum es passiert ist.** Kinder und Jugendliche mit dieser Prävalenz des Denkens wird man am ehesten erreichen, wenn man – auf altersentsprechende Weise – **auf ihre Fragen eingeht und die durch den Schock verwirrten Gedanken und die darauf folgenden emotionalen Reaktionen der Panik, Verzweiflung durch angemessenere ersetzt.**

Menschen, bei denen die „emotionale Intelligenz“ im Vordergrund steht, brauchen einen anderen Zugang. Sie brauchen eine Atmosphäre, in der wieder Sicherheit und Geborgenheit entstehen kann, und die daraus folgenden emotionalen Reaktionen von Unsicherheit, Entfremdung etc. korrigieren können.

Alle Wege der Bewältigung von Sterben und Tod führen zur Mitmenschlichkeit

Es gibt viele Wege, sich mit dem Tod auseinander zu setzen. Viel mehr Wege, als hier aufgezählt werden könnten. Aber alle Wege münden letztlich in die Mitmenschlichkeit. Z.B.:

Der Weg über die Sinnfindung

V. E. Frankl, der Begründer der Logotherapie-Existenzanalyse hat die Wichtigkeit der Sinnfindung im Leben betont. Er spricht von der Möglichkeit des Menschen zur Realisierung von **schöpferischen Werten (wenn wir etwas gestalten, erfinden, erschaffen)**, zum Genießen von **Erlebniswerten (die Hingabe an die Schönheit der Natur oder die Liebe zu einem/r Partner/in)** und zum Verwirklichen von heroischen **Einstellungen (die wie wir einem unabänderlichen Schicksal, Leiden gegenüber auch dann noch zeigen können, wenn alles andere nicht mehr möglich ist)**. Schöpferische Werte fallen im Siechtum weg, Erlebniswerte können vielleicht noch vermittelt werden, wenn auch im kleinen, bescheidenen Rahmen. Was aber noch möglich ist sind die **Einstellungswerte: Der Kampf um die Würde der Person (so krank sie auch sein mag) – und dazu bedarf es auch einer entsprechend eingestellten Mitmenschlichkeit in der Umgebung des kranken Menschen.**

Der Weg über die Entscheidungsfähigkeit

E. H. Erikson, der Kunstpädagoge und Tiefenpsychologe, hat die Stufen der personalen Entwicklung beschrieben: Wir schreiten voran, indem wir uns immer wieder zwischen Lebensmöglichkeiten entscheiden. Diese Entscheidungsstufen haben wir weiter oben – bei der Darstellung der Entwicklung des Todesbewusstseins – beschrieben. In jeder Lebensstufe hat das Thema Tod eine besondere Bedeutung. Ein alter Mensch z.B., der mit dem Sterben

konfrontiert ist, braucht auf der letzten Stufe die Integrität eines in sich schlüssigen Lebens (statt Lebensüberdruß und Lebensekel): **Zu wissen, dass alles, für das man sich entschieden hat, alles, was man erarbeitet hat, alles, was man erlebt hat, einen „roten Faden“ aufweist.** Dass er oder sie sich sagen kann: „Meine Entscheidungen haben mich geformt. Meine Entschlüsse haben zu meiner Persönlichkeitsentwicklung beigetragen, **so dass dieses oder jenes weiter wirken wird, auch wenn ich nicht mehr bin. Ich lebe weiter in meinen Kindern und Kindeskindern, geschaffenen Werken, Ideen.**“ Dass der alte Mensch das so sehen kann, wird auch durch die Haltung seiner Angehörigen erleichtert. Sie können dem Sterbenden zeigen, wie wichtig er für uns ist und immer war. Wie sehr seine/ihre Entscheidungen auch uns mitgeformt und beeinflusst haben. Wie sehr er/sie sich in unserem Inneren eingepägt hat.

Der Weg über die drei Welten, in denen wir leben

Wir sind Bürger dreier Welten: Der **Eigenwelt** (unsere ganz persönliche), der **Mitwelt** (die Beziehungen zu unseren Mitmenschen betreffend) und der **Umwelt**. Als Sterbenskranke werden wir auf die Eigenwelt, und auch hier vielleicht nur mehr auf das verdämmernde Selbsterleben zurück geworfen, aber auch wenn wir nicht mehr viel mit der Mitwelt kommunizieren können, so teilt sich doch auf unmerkliche Art die Atmosphäre der Geborgenheit mit. **Zwischen dem Dämmern des Bewusstseins und den scharfen Blitzen des Schmerzes spürt der/die Kranke/Sterbende das Getragensein von seiner Mitwelt.** Darüber hinaus mag manchen Sterbenden das Wissen helfen, unverlierbarer Bestandteil der Umwelt, ja des Seins überhaupt zu sein.

Der Weg über die Werte

Frankl hat drei große Wertkategorien beschrieben, der amerikanische Psychologe Reiss hat anhand vieler Untersuchungen sogar 16 konkrete Wertfelder als lebensbestimmend eruiert:

Macht: Streben nach Erfolg, Leistung, Führung und Einfluss;

Unabhängigkeit: Streben nach Freiheit, Selbstgenügsamkeit und Autarkie;

Neugier: Streben nach Wissen und Wahrheit;

Anerkennung: Streben nach sozialer Akzeptanz, Zugehörigkeit und positivem Selbstwert;

Ordnung: Streben nach Stabilität, Klarheit und guter Organisation;

Sparen: Streben, Eigentum und materielle Güter anzuhäufen;

Ehre: Streben, moralisch, loyal und charakterlich integer zu leben;

Idealismus: Streben nach Gerechtigkeit und Fairness;

Beziehungen: Streben nach Freundschaft, Freude und Humor;

Familie: Streben nach einem Familienleben und vor allem danach, eigene Kinder zu erziehen;

Status: Streben nach "social standing", nach Reichtum, Titeln und öffentlicher Aufmerksamkeit;

Rache: Streben nach Konkurrenz, Kampf, Aggressivität und Vergeltung;

Romantik: Streben nach einem erotischen Leben, Sex und Schönheit;

Ernährung: Streben nach Essen und Nahrung;

Körperliche Aktivität: Streben nach Fitness und Bewegung;

Ruhe: Streben nach Entspannung und emotionaler Sicherheit

Wie sieht es nun mit diesen Wertfeldern aus, wenn man mit dem Sterben konfrontiert ist? Es ist anzunehmen, dass die Möglichkeiten des Werterlebens generell im Kampf mit einer tödlichen Krankheit schrumpfen. Im Angesicht des Todes oder unter unerträglichen

Schmerzen verlieren Macht, Status, Anerkennung und anderes ihre Bedeutung. **Wahrscheinlich dominiert ausschließlich der Wunsch nach Ruhe und Freisein von Schmerz, nach emotionaler Sicherheit.** Damit ist aber wieder die grundsätzliche Mitmenschlichkeit angesprochen. Hier können wir versuchen zu helfen durch ruhiges Präsentsein, den Sterbenden nicht allein lassen, Schmerzen nach Möglichkeiten lindern, das Gefühl der Verbundenheit merkbar machen, das dem Kranken sagt: Ich schrecke die anderen nicht durch mein Leiden, im Gegenteil sie bleiben bei mir!

Der Weg über die Säulen unserer Identität

Was macht unsere Identität aus? Es gibt fünf Säulen der Identität, meint der Psychotherapeut Hilarion Petzold, nämlich **unsere Werte, unseren Körper, unsere finanziellen Mittel, unsere Arbeit und unser Beziehungsnetz.** Wenn eine dieser Säulen bricht, tragen uns noch immer die anderen. Im Kampf mit dem Sterben bleibt allerdings kaum eine Säule ohne Erschütterung, daher kommt es auf die eine noch stabile ganz besonders an: **das soziale Netz.**

RESÜMEE

Letztlich münden unsere Überlegungen wieder in ineinander: Was sterbende Menschen am ehesten brauchen, ist - neben der Hoffnung, die nur Religion und Philosophie geben können - spürbar gewordene Mitmenschlichkeit, ein soziales Netz, emotionale Sicherheit, Getragensein von der Geborgenheit in der Mitwelt, das Weiterleben in der Welt, mit der wir zu tun hatten, das Aufrechterhalten der persönlichen Würde durch ein respektvolles Miteinander-Umgehen, auch dann, wenn der Körper des Todkranken sich nicht mehr autonom versorgen kann.

Und Mitmenschlichkeit ist es auch, was indirekt betroffene Mitmenschen brauchen. Unsere Freund/inn/e/n, Kolleg/inn/en, die am Sterben nahe stehender Menschen schwer zu tragen haben. Wir können ihnen ihre Last nicht abnehmen. Aber neben der wahrscheinlich oft auch notwendigen professionellen Hilfe ist es unsere mitmenschliche Haltung, die hilfreich ist: Wenn wir dem Thema Sterben und Tod nicht ausweichen, es tabusieren und vermeiden, sondern betroffenen Mitmenschen zuhören, mit ihnen reden und sie begleiten..



**Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde
uns neuen Räumen jung entgegenschicken,
des Lebens Ruf an uns wird niemals enden...
wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde!"
(Hermann Hesse)**

Franz Sedlak

ZUHÖREN, REDEN, BEGLEITEN

Wie helfe ich Mitmenschen, die mit dem Tod Nahestehender konfrontiert sind?



Impressum:

Titel: Zuhören, Reden, Begleiten

Autor: *Mag.DDr.Sedlak Franz*

Leiter der Abt. Schulpsychologie-Bildungsberatung/ Psychologische Studentenberatung
im Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur.

Manuskriptkontrolle, Druckgestaltung: Susanna Herdin, BMBWK

Fotos: Dipl.Ing.Richard Sedlak

ISBN: 3-85031-028-0

Wien, Juni 2004



VORWORT

Plötzlich wirkt ein Mitschüler ganz abwesend. Plötzlich ist eine Kollegin ganz in sich versunken und kaum ansprechbar. Plötzlich macht ein Arbeitspartner einen angespannten, müden Eindruck. Plötzlich reagiert eine Kameradin mit ungewohnter Gereiztheit und Hektik. Plötzlich stehen einem Freund die Tränen in den Augen, wenn wir ihn ansprechen.

Ihnen allen ist gemeinsam, dass sie gerade an einer schweren seelischen Last zu tragen haben. Sie sind unmittelbar konfrontiert mit der tödlichen Erkrankung, mit dem Sterben oder schon mit dem Tod eines nahe stehenden Menschen.

Normalerweise flößen Tod und Sterben uns Angst ein. Am liebsten meiden wir das Thema und machen auch um Menschen, die davon indirekt betroffen sind, einen weiten Bogen. Dabei wäre es gerade jetzt wichtig, den Freund, die Kameradin nicht allein zu lassen!

Freilich können Ausnahmesituationen professionelle Hilfe - wie etwa Krisenintervention, Sterbebegleitung, Trauerhilfe, Notfallpsychologie - erfordern. Aber ebenso wichtig ist es, dass im Alltag ein Mensch da ist, der nicht vor der Auseinandersetzung davonrennt, sondern seine hilfreiche Begleitung – durch Zuhören, Miteinanderreden - anbietet.

Ich meine, dass die Grenze, die unserem Leben durch den Tod gesetzt ist, eine Herausforderung darstellt, das Beste aus unserem Leben zu machen!

Jeder von uns kann in Situationen kommen, wo eine helfende Hand, tröstende Worte oder einfach Zuhören gebraucht werden! Jeder von uns kann helfen!

Elisabeth Gehrler

Bundesministerin für Bildung, Wissenschaft und Kultur

INHALT

DIE VIELEN GESICHTER DES TODES	6
Plötzlich sind wir konfrontiert.....	6
Wie lebt der Tod in uns?	6
Wie leben wir im Angesicht des Todes?	7
WARUM WIR HELFEN SOLLTEN	8
Hilfe ist notwendig wegen der Folgen passiver Todeskonfrontation.....	8
Die besondere Problematik im Umgang mit tatsächlichem Leiden und Sterben.....	8
WIE KÖNNEN WIR HELFEN?	8
Braucht es dazu nicht professionelle Helfer?.....	9
Welche Hilfe kann jede/r leisten?	9
Was wir füreinander und die innere Stabilisierung tun können.....	9
Wann können wir einander am besten helfen?	10
Ich wollte helfen – aber es hat nicht gewirkt!	10
ANGSTFREIE HILFE IST NUR MÖGLICH, WENN WIR UNS SELBST MIT DEM THEMA „TOD“ BEFASSEN	11
Noch nie war uns der Tod so fern – noch nie war uns der Tod so nah!	11
Wie entwickelt sich der bewusste Umgang mit dem Tod?	12
Der Tod als Trennung, als Schlaf, als Folge böser Gedanken.....	12
Der Tod als persönlicher Gegner.....	13
Totenkult, Selbstmordfantasien und Kränkung.....	13
Du bist mein Leben, Alleinsein ist wie Totsein.....	13
Den Tod durch Schöpfungen überwinden.....	14
Tod und Lebensbilanz	14
Was Expert/inn/en über den Tod, die Sterbehilfe und die Sterbebegleitung denken	15
Den Menschen im Sterben würdigen	15
Die Politik muss sich um eine kompetente Sterbebegleitung kümmern.....	15
Aktive Sterbehilfe bewirkt einen „Dammbruch“ gegen das Tötungstabu.....	15
Beurlaubung wegen Sterbebegleitung muss ein Recht werden.....	15
Gibt es Grenzen der Autonomie am Ende des Lebens?	16
Gibt es eine indirekte Sterbehilfe?	16
Einen (Schutz-)Mantel um jemanden legen statt Sterbehilfe	16
Das Fach Palliativmedizin gehört an jede medizinische Universitätsfakultät.....	16
Standards für die Sterbebegleitung.....	16
Wann ist ein Mensch noch ein Mensch? – Durch Bewahrung der essentiellen Autonomie.....	17
Zur Selbsthilfe ermächtigen: Mit dem Sterben leben lernen.....	17
Das Lebensende gestalten	17

Eine Analyse der öffentlichen Meinung: Zwei Wertpyramiden	17
Menschsein heißt: Leiden müssen!	18
WELCHE EINSTELLUNG HABEN WIR ZUM TOD?.....	18
Wie man sich zum Tod einstellen kann	18
Alle Wege der Bewältigung von Sterben und Tod führen zur Mitmenschlichkeit.....	19
Der Weg über die Sinnfindung.....	19
Der Weg über die Entscheidungsfähigkeit	19
Der Weg über die drei Welten, in denen wir leben	20
Der Weg über die Werte.....	20
Der Weg über die Säulen unserer Identität.....	21
RESÜMEE.....	21

DIE VIELEN GESICHTER DES TODES

Plötzlich sind wir konfrontiert

Pflegeheim: Ein 75 jähriger Mann liegt regungslos da, nur mehr ein pfeifendes Röcheln verät, dass noch Leben da ist. Plötzlich eine kleine Bewegung wie zum Aufrichten, die Augen weiten sich etwas oder es sind die Pupillen, die einen punktscharfen dunklen Blitz abzuschließen scheinen. Dann ein Ermatten, Speichel rinnt aus den Mundwinkeln..

Eine lange Auto-Kolonne im Freitag-Nachmittag-Stau. Ein Motorradfahrer mit silbern funkelndem Helm schlängelt seine grün-schwarze Maschine kunstvoll zwischen den Autos durch und lässt bei erster Gelegenheit den Motor aufbrüllen und donnert davon. Der Stau erlaubt den Autos nur schrittweises Fortkommen. Alles schleppt sich träge dahin. Plötzlich ein anschwellender, höher werdender Signalton eines Rettungswagens, der auf dem Pannestreifen vorbei rast. Zehn Minuten später: Eine Signallampe warnt, auf dem Pannestreifen heben zwei Rettungsmänner eine mit schwarzer Plastikplane zugedeckte Bahre auf. Dahinter erkennt man ein umgestürztes grün-schwarzes Motorrad.

„Baby will heute überhaupt nicht wach werden,“ lacht die junge Mutter und streichelt sanft und kitzelnd seine Beinchen und Arme. Als ihre Bewegungen fordernder, stärker werden und dennoch keine Reaktion hervor rufen, erfasst die Eltern lähmendes Entsetzen.

Die alte Frau wirkt schon wie eine Mumie, die Haut ist wächsern, der Totenschädel wirkt mit geschlossenen Augen abgeklärt und zugleich erschreckend durch das schwarze Loch des offen erstarrten Mundes. Sechs Personen stehen regungslos wie Mahnmale um das Totenbett. Eine herbei geeilte Klosterschwester stammelt tröstliche Worte und verstummt.

Als der Klassenvorstand die Klasse betrifft, prallt er gegen eine Mauer des Schweigens. Obwohl er weiß, was passiert ist, spürt er wie einen Schock die hilflose Verzweiflung und ohnmächtige Ratlosigkeit unter den Schülerinnen und Schülern. Zwei davon wirken wie in Trance, sie haben sämtliche Kontakt,„antennen“ eingezogen und starren blicklos vor sich hin. Sie haben am Vortag einen Klassenkameraden wie vereinbart im Gartenhäuschen seiner Eltern besucht und erhängt aufgefunden. Er hatte noch zuletzt von einem Film geschwärmt, in dem ein zum Tode durch Erhängen Verurteilter durch einen Trick den „Galgen überlistet“ hatte.

Barbaras Augen sind rot geschwollen. Sie hat wieder begonnen, ihre Fingernägel abzukauen. Bei vielen Fingern ist das Nagelbett schon wund. Sie spricht kein Wort. „Sie müssen verstehen,“ sagt die Mutter zur Klassenvorsteherin. „Sie ist mit der Katze aufgewachsen. Und gestern hat sie sie im Wald vergraben.“

Wie lebt der Tod in uns?

Eine Episode aus einem Film des berühmten japanischen Regisseurs Kurosawa: Schon von fern hört man Trommelklang und das Schellen kleiner Glocken. Der alte Mann, der die Wassermühle im Dorf betreibt, hat sich zum Fest gerüstet: Er hat seine Arbeitsschürze abgelegt und einen Blumenzweig auf seinen breiten Strohhut gesteckt. Als sich der Festzug nähert, sieht man vorne Kinder rhythmisch zu den Trommeln wippen und hüpfen. Ein junger Mann fragt den Alten, was gefeiert werde, und erfährt, dass ein hochbetagtes Dorfmitglied zu

Grabe getragen werde. Wieso die Stimmung so ausgelassen sei, will er wissen. „Sie hat ein erfülltes Leben gelebt,“ sagt der Alte, „das feiern wir heute“.

Der Reisebus bahnt sich seinen Weg durch eine karge, sandige Landschaft, die vor Hitze flimmert. Rechts sieht man einen durch einen kleinen Zaun abgegrenzte Platz mit wilden Distelhecken, der sich aber kaum von der Umgebung unterscheidet. „Was ist hier eingezäunt?“, fragen die Touristen. „Das ist der Friedhof“, sagt der Reiseleiter.

Der Wohnungseingang ist mit langen Plastikklebebändern versiegelt. In den letzten Tagen haben sich viele Bewohner über die schlechte Kanalisation beschwert. „Sie muss vor zwei Wochen gestorben sein“, sagt der Einsatzarzt.

Wie leben wir im Angesicht des Todes?

„Wie..“, der Arzt unterbricht die ältere Frau, die sich nach ihrem Mann erkundigen will, der heute untersucht wurde. „Wie lange?“ fragt der Arzt und antwortet selbst: „Ca drei bis vier Monate noch!“ Die Frau taumelt ein wenig. „Weiß er es?“ fragt sie. „Das hängt von Ihnen ab!“ lautet die Antwort. „Manche wollen genau Bescheid wissen, die anderen ertragen es nicht!“

Der stämmige Mann schiebt seine linke Hand unter die rechte, schlaff herunter hängende, und hebt diese so weit an, dass sein Gegenüber sie ergreifen kann. Dieser schüttelt unsicher, verlegen das kalte, formlos wirkende Etwas, das ihm entgegen gehoben wird. „Fast wäre es aus gewesen!“, lallt der Stämmige und erzählt schleppend von seinem Schlaganfall.

„Oma braucht mich jetzt eben besonders“, mahnt die Frau ihre schmallende Tochter. „Du weißt, man darf sie keinen Moment allein lassen. Wenn sie wieder umstürzt wie letztes Mal, kann sie tot sein.“

Ein Platz bleibt leer in der kleinen Studentenrunde, die sich zur Vorbereitung einer größeren Prüfung getroffen hat. „Es war eine Erlösung,“ sagt eine Kollegin, „dass seine inneren Organe versagt haben. Das war doch kein Leben mehr, an diesen tausend Schläuchen.“

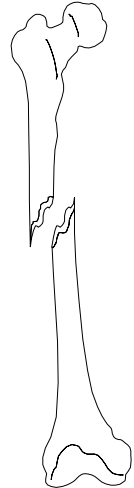
Ein kleiner Friedhof. Die brütende Hitze unter südlicher Sonne ist einem warmen Abendschatten gewichen. Überall werden Lichter angezündet, die Lampions haben grelle Farben, von manchen Grabkreuzen hängen Blumenzweige und kleine farbige Bänder herab. Vor einem Grabhügel haben sich eine alte und eine junge Frau auf kleinen Hockern nieder gelassen und breiten auf einem Holzklapptisch Speisen aus und stellen Getränke auf. Öfter fallen Worte, aber weniger zueinander als in Blickrichtung auf das Grabkreuz.

Es gibt so viele Gesichter des Schmerzes, des Leidens, des Todes. Und noch mehr Bilder tödlicher Erkrankungen und des Sterbens. Sie können uns mutlos und hilflos machen. „Es ist alles so negativ, man kann nichts dagegen machen!“ Diese Betroffenheit ist wichtig, weil sie uns mit dem Leidenden verbindet. Dadurch können wir uns in seine/ihre Lage versetzen.

WARUM WIR HELFEN SOLLTEN

Hilfe ist notwendig wegen der Folgen passiver Todeskonfrontation

Was heißt: Passiv? Passiv heißt, den Tod oder die tödliche Gefahr anderer Menschen direkt oder am Fernsehschirm bzw. auf der Filmleinwand miterleben! Der Schock ist dennoch riesig! **Die traumatische Belastung wirkt sich auch auf den Betrachter aus!**



Die Folgen einer traumatischen Erfahrung können weitreichend sein:

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Schlafstörungen
- vegetative Störungen (der ganze Körper ist in Aufruhr)
- schockbedingte **Übererregung oder Apathie** (geschockte Menschen wirken oft wie „ferngesteuert“. Der biologische Überlebensapparat schaltet auf „Bewegungssturm“ oder „Totstellreflex“.

Das sind nur einige Folgen, die traumatische Erfahrungen – auch solche aus „zweiter Hand“, als Betrachter, nach sich ziehen können.

Die besondere Problematik im Umgang mit tatsächlichem Leiden und Sterben

Den TV-Apparat können wir abschalten – und sollten dies auch, wenn eine Reizüberflutung droht. Aber das Leiden nahe stehender Menschen – davon können und dürfen wir uns nicht „ausklinken“.

Wenn wir das Leiden erleiden als Angehörige, d.h. passiv damit konfrontiert sind, dann kann dies weitere negative Folgen als die schon oben angeführten haben:

- Das **Erleben der Hilflosigkeit** (keine Kontrolle über das Leiden, den Tod bzw. über das eigene Leben besitzen) kann eine No-future-Mentalität noch verstärken.
- Der plötzliche Tod eines Angehörigen oder die Beobachtung eines sterbenskranken Verwandten, der unter unerträglichen Schmerzen oft erst nach langem Leiden stirbt, kann unseren **Lebens-Optimismus zutiefst erschüttern**.
- **Wut und Ohnmachtsgefühle** können uns überschwemmen, weil wir Nahestehende nicht vor Leid schützen können.
- Manchmal drohen wir zwischen dem Auf- und Abwogen **realistischer Einschätzung und So-tun-als-ob-alles-in-Ordnung-wäre** zu ertrinken.
- Das beobachtete Leiden löst u.U. bei uns selbst **Todesangst** aus.

Jede/n von uns trifft diese indirekte, passive Todeskonfrontation: Den Angehörigen, die Mitschülerin, die Studienkollegin, den Arbeitspartner. Wie können wir helfen, diese große Belastung besser zu bewältigen?

WIE KÖNNEN WIR HELFEN?

Wem helfen? Jedem Menschen, mit dem wir zusammen arbeiten, und der vom Sterben oder Tod eines Angehörigen, eines Freundes, einer Freundin unmittelbar betroffen ist! **Denn das Leiden und Sterben hautnah mitzuerleben kann die Mitbetroffenen in eine psychische Krise stürzen- dann brauchen sie selbst die Hilfe anderer!**

Braucht es dazu nicht professionelle Helfer?

Kein Zweifel: **Traumatherapie** (Hilfe nach außerordentlichen seelischen Erschütterungen), **Notfallpsychologie** (Unterstützung in Ausnahmesituationen), **Krisenintervention** (Stützung bei seelischem Zusammenbruch), **Sterbebegleitung** (dem sterbenden Menschen ein würdiges Erleben seiner letzten Lebenszeit ermöglichen) u.v.a.m. erfordern eine gründliche Ausbildung. Diese professionellen Helfer/innen können Therapien durchführen, krisenhafte Entwicklungen zum Abklingen bringen, die Persönlichkeit stützende Maßnahmen ergreifen. Aber der wichtigste Helfer ist der Mensch, der gerade da ist, wenn er gebraucht wird. Die erschütterte Mitschülerin, der geschockte Kollege, das versteinert wirkende Kind finden nicht gleich den Weg zum professionellen Helfer. Dennoch müssen die anderen nicht tatenlos, ohnmächtig das Leiden der Betroffenen beobachten. Jede/r kann helfen. Aber wie?

Welche Hilfe kann jede/r leisten?

Wir alle, Kolleg/inn/en, Mitschüler/innen, Angehörige, Erzieher/innen, Lehrer/innen können Menschen, die durch das Leiden oder den Tod von Freunden oder Verwandten geschockt oder bedrückt sind, helfen durch

- ✓ die Hilfe zum Abbau von Spannungen und Angst, indem man über die Gefühle, Fakten, Handlungsmöglichkeiten spricht.
- ✓ Durch freundliche, nicht zudringliche Zuwendung verringert sich das Gefühl der Isolation, d.h. die Belastung allein tragen zu müssen.
- ✓ Wenn wir ev. beim Aufbau eines Bewältigungsplans für die Gegenwart und die Zukunft mithelfen, führt das zur Verringerung von Hilflosigkeits- und Hoffnungslosigkeitsgefühlen.

Wie schaut das konkret aus?

Was wir füreinander und die innere Stabilisierung tun können

Eindrücke ohne Ausdrücke machen krank!

Das gilt auch für plötzliche (Todesereignis) oder langandauernde Belastungen (schwere Erkrankung), d.h. für akuten traumatischen Stress oder für chronisch traumatischen Stress. Wir müssen Betroffenen helfen, damit sie die Belastung „mit-teilen“, sich aussprechen.

Dazu gibt es verschiedene Ansatzpunkte:

- ✓ **ANSATZPUNKT „DENKEN“:** Wir helfen einander, indem wir über den Hergang und den Tatbestand reden und Informationen austauschen (wenn wir mit Jüngeren sprechen, müssen wir freilich immer das Alter und die Fähigkeit zur Verarbeitung der Information berücksichtigen – daher nur solche und so viel Information und Details, dass sie hilfreich sind). **Die sachlichen Mitteilungen helfen, das Erlebte einzuordnen!**
- ✓ **ANSATZPUNKT „FÜHLEN“:** Weiters ist es wichtig, die aufgewühlten Gefühle zur Sprache zu bringen, darüber zu reden, was das Erlebte in uns bewirkt! Dies hilft mit, dass die Gefühle nicht "unterirdisch" weiterarbeiten, sondern ausgedrückt werden. **Der Gefühlsaustausch hilft zu erleben, dass wir mit unseren Gefühlen nicht allein sind, dass andere unsere Gefühle verstehen und teilen.**
- ✓ **ANSATZPUNKT „HANDELN“:** Wichtig ist, Hilflosigkeits-, Haltlosigkeit- und Hoffnungslosigkeitsgefühle zu bekämpfen, indem man bespricht, was einerseits jetzt unternommen werden wird und auch, wie jeder von Mitbetroffene sich nun verhalten

kann, wie man sich gegenseitig stützen kann und **wie aus der gegebenen Situation das „Beste“ gemacht werden kann.**

Wann können wir einander am besten helfen?

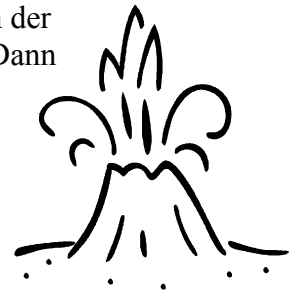
Die einfache, klare Antwort lautet: Immer! Aber auf verschiedene Weise!

Fachleute wissen, dass es mehrere Phasen geben kann:

- Im unmittelbaren Schockzustand sind Menschen nur schwer zugänglich. Sie schützen sich vor dem Erlebten, indem sie so tun, als ob nichts passiert wäre (Verleugnung), sie klammern das belastende Geschehen völlig aus (Dissoziation, d.h. Abspaltung). Es ist wie bei Unfallopfern: Sie spüren zunächst oft gar nicht, dass sie verletzt sind. Auch dann, wenn Menschen sich vor einer dauernden schweren Belastung abgeschirmt und den Kummer in sich vergraben haben, sind sie schwer zu erreichen. **Hier ist es wichtig da zu sein und mit ruhigen, wenigen Worten immer wieder das Signal setzen: Ich merke, dass du leidest. Ich bin da, wenn du mich brauchst.**
- Oft kommt es auch zu einer Übererregung und Hektik oder –im Gegenteil- zu einem Abstumpfen und scheinbarer Gleichgültigkeit. **Auch hier: Präsent sein, immer wieder mit wenigen Worten und ruhiger Haltung signalisieren: Ich bin da, wenn du mich brauchst! Ich stehe dir bei. Du bist nicht allein. Und auch ein Gegenpol sein: Gegen Apathie oder Übererregung.**
- Wenn man dem Anderen sagt und zeigt: Du entscheidest, wann du mit mir sprechen möchtest! – dann **gibt man ihm/ihr auch wieder die „verlorene“ Kontrolle zurück.**
- Wenn der betroffene Mitmensch Ansätze zeigt, dass er sich aus seiner Betroffenheit oder aus seinem inneren Versteck heraus bewegt, dann kann man die oben angeführten **Ansatzpunkte Denken, Fühlen, Handeln ansprechen, d.h. was sind die Fakten, wie sind die Gefühle, was kann man tun?**

Ich wollte helfen – aber es hat nicht gewirkt!

Oft kommt es nach einer Beruhigungsphase nochmals zu einem Ausbruch der Gefühle mit Klagen, Vorwürfen (auch gegen sich selbst), Verzweiflung. Dann scheint es, dass unsere Hilfe nichts gefruchtet hat. Aber dieses neuerliche Aufflammen, dieser nochmalige „**seelische Vulkanausbruch**“ ist nichts Ungewöhnliches. Wir können durch neuerliche Präsenz und Hilfe dazu beitragen, dass schließlich doch eine Verarbeitung möglich wird: Unser belasteter Mitmensch nimmt die gegebene Situation an, er überblickt sie nun, versucht sie neu zu interpretieren und damit zu bewältigen.



Nach einem anfänglichen Erschütterungszustand, bei dem man nicht zugänglich ist für „gescheite“ Erklärungen, sondern nur Stützung braucht, kann der Wunsch nach Wiedererlangung von Kontrolle genützt werden. Hier sind sicher auch vorhandene Ressourcen (das sind auch Freunde, Freundinnen) anzusprechen, ebenso wertvoll sind auch Ventile für unsere Trauer (z.B. sich ausweinen, ausreden können). Dann kann es wieder zu emotionalen Turbulenzen kommen und dies ist wichtig für den/die Helfer/innen: Dieser Ablauf ist erwartbar und keinesfalls ein Zeichen, dass die Hilfe nichts gefruchtet hat. Schließlich folgt eine Beruhigung und Neuorientierung, in der die Tatsachen akzeptiert werden, aber Wege zu ihrer Bewältigung gesucht werden.

ANGSTFREIE HILFE IST NUR MÖGLICH, WENN WIR UNS SELBST MIT DEM THEMA „TOD“ BEFASSEN

Noch nie war uns der Tod so fern – noch nie war uns der Tod so nah!

Vor der Tatsache des Sterbenmüssens verschließen wir gern die Augen!

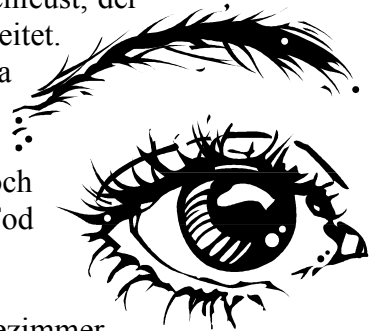
Der Tod wird aus unserem Blickwinkel gerückt: Sterbende liegen abgeschottet in eigenen Sterbezimmern. Durch diese „Geheimnistuerei“, Tabuisierung wird der Tod gruselig und zugleich unheimlich spannend.



In dem Film „Der gekaufte Tod“ ist der Ausgangspunkt eine Fernsehsendung mit dem Titel „Death Watch“! (Der Film handelt in der Zukunft. Man hat sich schon mit dem Überschreiten ethischer Grenzen abgefunden. Reality – Shows mit ihren Einblicken ins Intimleben locken keine Zuschauer mehr vor den Fernsehschirm). Menschen, die knapp vor dem Tod stehen, werden beobachtet, ihre letzten Wochen und Tage vor dem Tod werden gefilmt und dem faszinierten Publikum hautnah dargeboten!

Eine Schriftstellerin erhält von ihrem Arzt die (falsche) Mitteilung, dass sie sterbenskrank sei. Die TV-Firma „Death Watch“ meldet sich und schließt mit ihr einen Vertrag ab. Weil sich die junge Frau aber ganz zurückzieht, wird ein junger Mann eingeschleust, der sich ihr Vertrauen erschleicht und sie fast rund um die Uhr begleitet.

Was die Frau nicht weiß: In der Augenlinse ist eine Kamera installiert worden, sodass der „Live-Übertragung“ nichts im Weg steht. Der Film endet nicht nur mit der Erkenntnis der jungen Frau, dass sie nicht sterben muss (– jetzt zumindest noch nicht); das eigentlich Berührende ist die Erfahrung, dass der Tod keine Sensation ist, sondern etwas ganz Intimes, Persönliches.



Todkranke werden in ein Krankenhaus und dort ins Sterbezimmer „abgeschoben“. Aber wie im Film: **So fern das Sterben auch geworden ist, so sehr fesselt uns der Tod:** Kriminalgeschichten, Actionfilme produzieren oft ganze Leichenberge auf der Leinwand. Millionenfach wird gezeigt, wie man zu Tode kommen kann. Der Tod fasziniert - und schreckt!

Film-Untertitel locken mit Verheißungen, die so lauten könnten: Ein Orgie der Gewalt! Du bist schon tot und weißt es nicht! Nie wurde eine Schlacht aufwendiger gedreht!

Daneben gibt es die ganz reale tödliche Welt, nicht nur Reality Serien. Radio, Zeitung und Fernsehen lassen uns Zeugen von ungewöhnlichen Todesarten werden, Reality Serien führen tödliche Gefahren täglich vor Augen und Ohren. Nachrichtensendungen strotzen von Attentaten, Unfällen, Verwundeten, Sterbenden aus nächster Nähe. Alle Kinder haben schon die Verzweiflung und Panik von Menschen im TV gehört und gesehen, **das Ausmaß der Gewalt ist ungeheuerlich!** Und dennoch ist der Tod ein Tabu geblieben. Und dennoch scheuen wir den Umgang mit **Sterbenden**. Wir erleben den Tod, den Schmerz, die Panik im TV-Sessel. Als passive Beobachter. So pendeln wir zwischen den Extremen: Wir verbannen den Tod aus unserem unmittelbaren Erleben und holen ihn tausendfach auf den Bildschirm. Computerspiele, bei denen am laufenden Band Gegner getötet werden müssen (und bald darauf wieder „auferstehen“), nähren die Illusion: Der Tod trifft nur die anderen. Und er ist nur ein Spiel. Aber Abstumpfung ist nur der geringste Preis, den wir dafür zahlen!

Wie entwickelt sich der bewusste Umgang mit dem Tod?

Wir kennen die von der Schweizer Ärztin und Begründerin der Sterbeforschung Elisabeth Kübler-Ross beschriebenen Phasen, die Sterbende durchlaufen können:

1. Phase: Das "Nicht-wahr-haben-wollen", die totale Verneinung der Situation und die Flucht in die Isolation
2. Phase: Der Sterbende reagiert mit trotzigem Zorn, mit Wut und einer Auflehnung gegen sein Schicksal
3. Phase: Der Patient verhandelt mit seinem Schicksal
4. Phase: Der Patient fällt in eine tiefe Depression
5. Phase: Fügung in das Schicksal

Wie sieht es aber mit den „**Phasen der Mitbetroffenen**“ aus? Ebenso! Alle schweren Schicksalsschläge lassen uns ähnlich reagieren, auch wenn es über die einzelnen Phasen und ihre Abfolge unterschiedliche Meinungen und viele Modelle gibt.

Wie aber entwickelt sich das Verhältnis zum Tod überhaupt? Wir versuchen hier einen entwicklungspsychologischen Ansatz. Der Kunstpädagoge und Tiefenpsychologe Erik H. Erikson hat die tiefenpsychologische Entwicklungslehre von Freud in dreifacher Weise erweitert: Er nimmt auch die über die ersten Lebensjahre hinausragenden Lebensereignisse ernst. Er bezieht weiters die soziale Umwelt intensiv in die Entwicklung mit ein. Und er sieht schließlich im Menschen die Entscheidungsfähigkeit immer wieder vor die Probe gestellt. **Im Folgenden versuchen wir, die von ihm dargestellten Entwicklungsschritte mit der Entwicklung des Todesbegriffes zu verknüpfen.**

Der Tod als Trennung, als Schlaf, als Folge böser Gedanken

Die erste Phase hat Erikson **Urvertrauen versus Urmisstrauen** genannt. Erlebt der Lebensanfänger die Welt als sicher, vertrauensspendend, dann kann er sich öffnen, zuwenden, ausprobieren. Im anderen Fall erschrickt er, zieht sich zurück. In der zweiten Lebensstufe nach Erikson geht es um den Kontrast zwischen **Autonomie einerseits und Scham und Zweifel andererseits**. In dieser Phase der Autonomie versus Scham und Zweifel setzt sich das Kind mit den Autoritätsfiguren seiner nächsten Umgebung auseinander, mit den Eltern. Im dritten und vierten Lebensjahr ist das nächste Entwicklungsstadium angesiedelt, nämlich **Initiative versus Schuldgefühl**. Das Kind entwickelt sich in dieser Phase sehr stark, erweitert sein Tätigkeitsfeld, Sprachvermögen, seine Phantasie und Vorstellungsfähigkeit, hat aber Angst vor seiner eigenen Initiative und Schuldgefühle, wenn es bei seinen Erkundungsabenteuern gegen elterliche Regeln verstößt. **In diesen ersten Lebensjahren gibt es noch keine richtige Todesvorstellung. Es dominiert die Trennungsangst (d.h. von den wichtigsten Bezugspersonen getrennt zu werden). Der Tod - was immer sich das Kind darunter vorstellt - ist noch reversibel, ist wie ein Schlaf.** Es kommt noch zu einer Vermischung von Realität und Wunsch. Und es existiert noch kein präziser Zeitbegriff. Das Realität und Wunsch oder Phantasie vermischende „magische“ Denken des Kindes stellt auch ein Problem dar:

Kinder fühlen sich leicht schuldig am Leiden oder Sterben eines Angehörigen. Sie machen sich Vorwürfe, weil sie vielleicht das eine oder andere Mal „böse“ Gedanken in Bezug auf den nun „in Folge“ erkrankten Menschen hatten. **Wir müssen ihnen ganz klar sagen, dass der Tod eines Familienangehörigen nichts, aber auch gar nichts mit ihren Gedanken oder Phantasien zu tun hat**, etwa dass man auf diesen Menschen zornig war und sich auch in der Vorstellung böse Dinge ausgemalt hat.

Der Tod als persönlicher Gegner

Das nächste Stadium (Eintritt ins Schulalter) hat Erikson **Werksinn bzw. Minderwertigkeitsgefühl** genannt. Es geht um das Zusammenspiel mit anderen, um Gruppensolidarität, sowie um Leistungsfähigkeit und Kompetenz, Wettkampf mit anderen usw. **In dieser Phase wird der Tod personalisiert und als Gegner erfasst.** Der Tod als Sensenmann und Gerippe fordert heraus, der Tod wird aber auch als **Strafe** gesehen.

Leider gibt es hier negative „Vorbilder“. Manche esoterischen Lehren, insbesondere solche, die sich mit der Wiedergeburt befassen, behaupten, dass alles Leid und natürlich auch der Tod eine Folge vergangener Verfehlungen sei.

Dem gegenüber ist ganz deutlich zu sagen: **Der Tod ist ein biologisch erklärbares Geschehen. Der Tod ist keine Strafe, sondern die Folge der Zellalterung. Der Tod kann auch früher eintreten, wenn man in Gefahr leichtsinnig war, oder kein gesundes Leben geführt hat. Aber auch dann ist er keine Strafe durch einen übermächtigen Gegner, sondern eine natürliche Folge aus dem Vorhergegangenen.**

Totenkult, Selbstmordfantasien und Kränkung

Die nächste Phase beginnt mit dem Eintritt der Pubertät, das Thema lautet **Identität versus Identitätsdiffusion**. Es ist die Auseinandersetzung mit sich selbst, mit dem Selbstbild, mit den eigenen Werten, in der Auseinandersetzung mit anderen, mit Gleichaltrigen, mit Erwachsenen, in der Auseinandersetzung mit den eigenen Fähigkeiten und beruflichen Entscheidungen usw. **Das Sterbenmüssen stellt eine „Selbstwert - Kränkung“** dar, nicht von ungefähr interessieren sich die Jugendlichen in dieser Phase auch für ihre **verstorbenen Idole**, betreiben einen „**Totenkult**“, malen sich **Suizidphantasien** aus oder beziehen eine **kämpferische Oppositionshaltung**. So schreibt ein Forumsteilnehmer im Internet: „Wieso denken, dass der Tod der einzige Ausweg ist? Ich meine, was ist, wenn der Tod noch schlimmer ist als das Leben? ...Was macht man, wenn man nach einem missglückten Selbstmordversuch als Krüppel im Rollstuhl sitzt und dann damit weiter leben muss...Bringt man sich selber um, dann verliert man.“ Und ein anderer: „Ja, wir verneigen uns nicht vor dem Tod, wir hauen ihm eins in die Fresse und sagen – es geht weiter!“

In der Auseinandersetzung mit dem Erwachsenwerden ist das Selbstwertgefühl leicht zu verletzen: Zu vieles wird erst ausprobiert, nicht nur das Gewand passt nicht mehr, sondern auch bisherige Überzeugungen werden einer kritischen Prüfung unterzogen. Wo das Leben selbst noch eine offene Gestaltungsfrage ist, ist auch der Tod ein großes Fragezeichen. **Trotzige Gefahrensuche („ich beuge mich nicht der Todesangst“), Schwärmereien vom Weiterleben Verstorbener („Elvis ist nicht tot“)** – solche und andere **Reaktionen auf das Erleben von Sterben und Tod in nächster Nähe erfordern eine ruhige, ausgleichende Begleitung. Und eine grundsätzliche Offenheit: Wir wissen nicht, wie es weiter geht nach dem Tod. Das hat etwas Beunruhigendes, aber auch etwas Spannendes an sich.**

Du bist mein Leben, Alleinsein ist wie Totsein

In der nächsten Entwicklungsphase wird **Intimität versus Isoliertheit** zur Aufgabe bzw. zum Lebensthema. Es geht in dieser Phase um die Fähigkeit zur Hingabe und Partnerschaft, eines Übersteigens der eigenen Ich-Grenzen in einem Wir-Erleben. Der Bezug zum Thema Tod ist indirekt gegeben: Allein sein heißt sich nichtig fühlen, der/ die Andere wird als Bestätigung der eigenen Existenz angesehen.

Stirbt ein Mensch, der uns ganz nahe ist, dann stirbt etwas in uns mit ihm. Manchmal erscheint uns sogar das eigene Leben nicht mehr lebenswert. Wir brauchen dann selbst eine **hilfreiche Hand, die uns festhält und Mut macht zum Weiterleben.**

Den Tod durch Schöpfungen

Das nächste Thema lautet **Generativität** Urbedürfnis des Menschen, in seinen Projekte, Bauwerke, ein Haus bauen, einen Die intensive Suche nach dem, was Formen: Seit der „Erfindung“, Plastinate zu machen, mehren sich die Konservierung nach dem Tod. Die Körperspendermotive gehen in die etwas von mir!“

überwinden

versus Stagnation und es ist dies ein Produktionen weiterzuleben (Kinder, Baum pflanzen, ein Buch schreiben). uns überlebt, zeigt auch seltsame menschliche Körper als Ausstellungsgegenständen zu Bewerber für diese meisten der Richtung: „Dann bleibt noch

Wenn uns ein ganz naher ist es hilfreich, sich bewusst zu hinterlassen hat: Nicht das erster Linie gemeint, **Spuren, die er oder sie in hinterlassen hat**; was wir lernen konnten. Wie sehr verstorbenen Menschen worden sind. Freilich wird die Wochen der Trauer ausschließlich dann wirklich Abschied, wenn wir auch „verdrängen“ und somit ein realistisches „Trauerarbeit“ auch beenden können.

Mensch für immer verlässt, machen, was er oder sie uns materielle Erbe ist hier in sondern es sind **die unserem Herzen** von ihm oder ihr wir selbst durch den geformt und angeregt Erinnerung nur in den ersten „vergoldet“ sein. Wir nehmen erst die negativen Erinnerungen nicht Bild gewinnen und die

Tod und Lebensbilanz

Die letzte Phase hat Erikson betitelt mit **Ekel**. Das Thema ist hier die Integriertheit unserer Person. Der ganzheitliche Mensch die Relativität verschiedenster einen Sinn für das Ganze bewahrt. Oder seinem Leben, keinen „roten Faden“, der sich durchzieht, alles scheint chaotisch, zerrissen, ein sinnloses Puzzle. Angesichts des näher rückenden Todes wird die Frage virulent: „gelebt“ oder „nicht wirklich gelebt“ zu haben. Letzters kann zu Lebensekel und Verzweiflung führen.

Integrität versus Verzweiflung und unseres Lebens und die Integrität konsolidiert sich zunehmends, er hat Lebensformen erlebt und trotzdem er entdeckt keinen Zusammenhang in

Wenn man auf sein Leben zurück blickt, dann ist nicht immer ein „roter Faden“ erkennbar. Wichtig ist, dass wir alles, was wir erlebt haben, als Teil jener Prozesse sehen, die uns zu dem geformt haben, was wir jetzt sind. Das trifft auf den Verstorbenen ebenso zu. Auch sein/ihr Leben ist kein sinnloses Puzzle, sondern ergibt bei näherer Betrachtung ein Gesamtbild. Für die Hinterbliebenen ist der Tod eines Angehörigen auch eine neue Anfrage an die eigene Existenz: **Was hat mich bisher geformt; welchen Weg möchte ich weiter gehen, um alles bisher Erlebte zu verwerten?**

Was Expert/inn/en über den Tod, die Sterbehilfe und die Sterbebegleitung denken

Soll dem einen oder dem anderen Weg gefolgt werden: Der **Sterbebegleitung** (Leiden lindernde, die Sterbephase würdevoll gestaltende Maßnahmen) oder der aktiven **Sterbehilfe** (das vom Betroffenen empfundene unerträgliche Leben und Leiden beenden helfen)?

Diese Frage wirft eine Reihe weiterer Fragen auf:

- Wer bestimmt über sein eigenes Leben?
- Wann ist ein Leben als unerträglich zu bezeichnen?
- Was ist der oberste Wert: Die Lebenserhaltung? Die persönliche Selbstbestimmung? Ein religiöser Wert? Die Menschenwürde? Anderes? Was ist mit diesen Werten konkret gemeint?

Was sagen bekannte Persönlichkeiten bzw. Expert/inn/en dazu?

Im österreichischen Parlament fand 2001 eine Tagung zu diesem Thema statt, bei der vor allem für die Sterbebegleitung plädiert wurde.

Den Menschen im Sterben würdigen

Kardinal DDr. Franz KÖNIG plädierte für die unantastbare Würde des menschlichen Lebens und das Christentum als Vertiefung des humanistischen Ansatzes, sowie die Sinnchancen, die in der letzten Lebensphase besonders gegeben seien.

Die Politik muss sich um eine kompetente Sterbebegleitung kümmern

Dr. Reinhart WANECK, (bis Juni 2004 Staatssekretär für Gesundheit) berichtete, dass die Mehrzahl der Wiener Ärzte (89 %) gegen aktive Sterbehilfe sei. Den Umstand, dass in den Niederlanden aktive Sterbehilfe erlaubt und gesetzlich geregelt ist, führte er zurück auf die im 17. Jahrhundert seiner Meinung nach gepflegte Duldungspolitik (die niederländischen Bürger hatten sehr strenge moralische Maßstäbe und suchten immer wieder Ausnahmeregelung von ihren gesetzlichen Forderungen: So ähnlich sei es jetzt beim Sterbehilfegesetz). Er betonte weiters den §110 im Strafgesetzbuch, der ein Selbstbestimmungsrecht in der Verweigerung von lebensverlängernden Maßnahmen vorsieht.

Aktive Sterbehilfe bewirkt einen „Dambruch“ gegen das Tötungstabu

Mag. Dr. Hildegard TEUSCHL cs, Vorsitzende des Dachverbandes Hospiz Österreich (Referat: „Warum vom Sterben reden?“) wies darauf hin, dass jährlich ca. 85.000 Menschen in Österreich sterben und ca. 400.000 Menschen von diesem Sterbeprozess mittelbar betroffen seien. Sie betonte besonders den gesellschaftlichen Druck, die Abschiebung, die Gefahr der Entsorgung, die Belastung der Sterbenden durch ihr Wissen um die Kostenverursachung und schließlich auch den „Dambruch“ durch die Freigabe der aktiven Sterbehilfe.

Beurlaubung wegen Sterbebegleitung muss ein Recht werden

DDr. Michael LANDAU, Direktor der Caritas Wien (Referat: „Wer Sterbehilfe nicht will, muss für optimale Sterbebegleitung sorgen“) sprach sich für einen Rechtsanspruch aus: Kinder sollten Eltern aus dem Leben begleiten können und dadurch rechtlichen Rückhalt bekommen, wie z.B. Kündigungsschutz trotz einer sterbebegleitungsbedingter kurzfristiger Abwesenheit, Rückkehrrecht etc.

Gibt es Grenzen der Autonomie am Ende des Lebens?

Univ.Prof Dr. Jochen TAUPITZ, Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht, Intern. Privatrecht und Rechtsvergleich an der Univ. Mannheim (Referat „Sterbebegleitung im internationalen Vergleich“) stellte die beiden polaren Extrempositionen dar: Sterbebegleitung- Sterbehilfe. An anderer Stelle warf er auch die Frage auf, wo die Grenzen der Autonomie am Ende des Lebens lägen. Z.B. wenn die Weitererhaltung am Leben unverhältnismäßig große instrumentelle, personelle, finanzielle Ressourcen bindet, die anderswo fehlten.

Gibt es eine indirekte Sterbehilfe?

ao. Univ.Prof. DDr. Christian STADLER, Institut für Rechtsphilosophie und Rechtstheorie an der Univ. Wien wies auf die Rechtslage in Österreich hin, die durch die Patientenverfügung nicht aufgehoben werden kann. Der Patient kann lebensverlängernde Behandlung ablehnen. Es gäbe eine indirekte Sterbehilfe, wenn Schmerztherapie mit todesbeschleunigenden Folgen eingesetzt würde. Die Heilbehandlung wird hinsichtlich der persönlichen Autonomie respektiert, hingegen stelle die aktive Sterbehilfe keine Heilbehandlung dar und daher auch kein Feld persönlicher Autonomie. Es wurde auch Bezug genommen auf die Sorgfaltsregelung für die Ausnahmen im niederländischen Sterbehilfegesetz, diese sei nicht präzise genug (welcher Arzt mit welcher Fachdisziplin würde gewählt, welche Regelung bestünde für die Kommissionsmitglieder, wie komme die Überzeugungsbildung des Arztes zu Stande?)

Einen (Schutz-)Mantel um jemanden legen statt Sterbehilfe

Univ.Prof. Dr. Eberhard KLASCHIK, Palliativmedizin Universität Bonn trat für Palliativmedizin statt Sterbehilfe ein, dafür, Leiden zu lindern und Würde und Autonomie zu bewahren. (das Ziel palliativer Medizin ist die Symptomkontrolle und Beschwerdefreiheit bei weitgehender Bewusstseinsklarheit. Palliare heißt wörtlich: Einen Mantel um jemanden legen) Er zeigte auf, dass die aktive Sterbehilfe überwiegend bei organischen Leiden aufgesucht würde (80 % der Fälle bei Krebserkrankungen, 4 % bei Erkrankungen des Nervensystems). Es gäbe eine hohe Dunkelziffer (60 %). Er verwehrte sich gegen die vorhin von STADLER beschriebene indirekte Sterbehilfe, da bei guter Medikation die Schmerzbefreiung auch ohne Todesbeschleunigung möglich sei.

Das Fach Palliativmedizin gehört an jede medizinische Universitätsfakultät

Univ.Prof. Dr. Holger BAUMGARTNER, Medizinische Fakultät Innsbruck plädierte für eine Einführung in das Thema an den Universitäten: Es sollte an jeder medizinischen Fakultät im Bereich der Allgemeinmedizin noch zwei Abteilungen angefügt werden, nämlich eine für Geriatrie und eine für Palliativmedizin. (Nochmals: Die Palliativmedizin beschäftigt sich mit der Pflege und Betreuung unheilbar erkrankter Menschen)

Standards für die Sterbebegleitung

Dr. Harald RETSCHITZEGGER, Ärztl. Leiter der Palliativstation am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried – Hospiz St. Vinzenz sprach sich für die Erstellung von Standards für die verschiedensten mitbetroffenen Bereiche aus, z.B. auch spirituelle

Standards, strukturelle Standards, Standards für einen kompetenten Krisenumgang, für die Trauerbegleitung, für die zumutbare Belastung, für Supervision etc.

Wann ist ein Mensch noch ein Mensch? – Durch Bewahrung der essentiellen Autonomie

Univ.Prof. Prim.Dr. Paul SPORN, Vorstand der Abteilung für Anästhesie und Intensivtherapie der Krankenanstalt Rudolfstiftung wies darauf hin, dass Schmerz, Angst und Atemnot oft auf Intensivstationen unterschätzt werden. Er plädierte außerdem für die Unterscheidung von funktioneller Autonomie, die oft aufgehoben werden müsse, und essentieller Autonomie. (Mit anderen Worten: Die Fremdbestimmung darf nicht die Selbstbestimmung dort verdrängen, wo sie möglich ist). Die Intensivmedizin müsse oft auch wegen der quälenden Therapiemaßnahmen sedieren (beruhigen, dämpfen), das führe aber nicht unbedingt zu einer Einschränkung der bewussten Fähigkeiten. Eine „Sterbeverlängerung“ sollte nicht erfolgen, sondern eine Behandlungseinschränkung bei Aussichtslosigkeit kurativer Maßnahmen. Sporn brachte auch das Prinzip der Gerechtigkeit bei der Ressourcenverteilung ein: Bei begrenzten Mitteln sei die Lebensrettung wichtiger als die Sterbeverlängerung.

Zur Selbsthilfe ermächtigen: Mit dem Sterben leben lernen

Dr. Roland PAUKNER, niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin brachte den Begriff Empowerment (Stärkung zur Selbstbemächtigung, d.h. Fähigkeit zur Selbsthilfe) ein: Es gehe darum, zu lernen, wie man mit dem Sterbeprozess leben kann, der Patient müsse der Koproduzent seines Sterbeprozesses werden. Dazu seien auch Selbsthilfegruppen, Schnittstellen zwischen internen und externen Angeboten notwendig und auch Hilfe für die Helfer.

Das Lebensende gestalten

Den Abschluss der Rednerliste bildete Angelika FEICHTNER, DGKS, Pflegedienstleiterin des Hospizes Innsbruck (Referat: „Aspekte der begleitenden Pflege in der letzten Lebensphase), mit einer konkreten Falldarstellung, in der es darum ging aufzuweisen, wie wichtig die Palliativmedizin in der letzten Lebensphase sein kann. Es wurde ein Patient dargestellt, der durch entsprechende Maßnahmen seine letzten Lebensmonate würdevoll gestalten konnte.

Eine Analyse der öffentlichen Meinung: Zwei Wertpyramiden

Analysiert man die Meinungen in der Öffentlichkeit (und wir haben oben nur die eine Seite gehört), so kristallisiert sich heraus, dass es zwei Wertpyramiden gibt:

Die eine Wertpyramide hat als oberste Spitze die Individualität, Selbstbestimmung und Freiheit, die andere Wertpyramide das Leben in seiner unantastbaren Würde. Die eine Pyramide könnte man vereinfacht als „**humanistische Wertpyramide**“ bezeichnen (der Mensch als Maß der Dinge soll auch über sein Leben und sein Lebensende verfügen können) und die andere Pyramide vereinfacht als „**transhumanistische Wertpyramide**“ (es gibt über den Menschen und seine Selbstbestimmung hinaus einen religiösen oder anders begründeten höchsten Wert. Dieser Wert verbietet es, dem Leben aktiv ein Ende zu setzen).

Wie immer und überall zeigt sich in Wert-Diskussionen die Schwierigkeit, eine Pyramide der anderen überzustülpen.

- Wer entscheidet, was der höchste Wert ist?
- Ist eine Volksabstimmung über höchste Werte sinnvoll?
- Ist der höchste Wert eine individuelle Angelegenheit?
- Muss sich eine Gemeinschaft nicht auf (höchste) Werte einigen?
- Ist die Bestimmung von höchsten Werten eine Sache von Expert/inn/en?
- Gibt es Brücken zwischen den Wertpyramiden?

Menschsein heißt: Leiden müssen!

In dem schönen Buch des österreichischen Evolutionsforschers und Biologen Rupert Riedl „Zufall-Chaos-Sinn“ gibt es einen sehr nachdenklich stimmenden Hinweis:

*„Mit dem Wechsel vom Einzeller zum Vielzellerdasein kam der Tod,
mit dem Nervensystem der Schmerz,
mit dem Bewusstsein die Angst,
mit dem Besitz die Sorge..*

Menschsein heißt Sterben, Schmerzen leiden, Angst haben und sich sorgen müssen. Die Errungenschaften der Evolution: Die Komplexität des Menschen, die ungeheuren Möglichkeiten des Denkens, Vorstellens, Entwerfens, die sich aus den Fesseln des nicht um sich wissenden Lebens befreiende Fähigkeit zur Selbstreflexion – all dies hat auch Schattenseiten: erhöhte Sterblichkeit, Schmerz, Angst, Sorge.

WELCHE EINSTELLUNG HABEN WIR ZUM TOD?

Menschen haben die unterschiedlichsten Vorstellungen darüber, wie sie mit sich selbst, mit den anderen Menschen und mit der Umwelt und schließlich auch mit ihrem Leben Frieden schließen können. Wenn es auch den Anschein hat, dass die Kirchen immer leerer werden – es gibt eine unstillbare **Sehnsucht nach einer Erklärung des Lebenssinns**, des Wissens um die großen Zusammenhänge, **vom Leben nach dem Tod** usw. Viele ideologisch orientierte Gruppen versprechen eine Antwort auf alle wichtigen Lebensfragen.

Neben diesen großen Glaubensüberzeugungen, die unsere Einstellungen zu allen wichtigen Lebensbereichen beeinflussen, deren Erörterung aber hier kein Thema darstellen kann, gibt es weniger umfassende, **alltägliche Überzeugungen, Meinungen, Annahmen**.

Wie man sich zum Tod einstellen kann

Ganz besonders wichtig sind vom psychologischen, psychotherapeutischen Standpunkt aus jene **Einstellungen, die uns glücklich oder unglücklich machen**.

Der amerikanische Psychologe Albert Ellis und noch andere haben betont, dass unsere Gefühle von unseren Einstellungen abhängen. Schon die alten Griechen (vor allem die Stoiker) haben gesagt: **Nicht die Ereignisse selbst machen uns glücklich oder unglücklich, sondern wie wir sie bewerten**.

Ellis hat ein **ABC der Gefühle** entwickelt:

Ein Ereignis - **AUSLÖSER** genannt - wird innerlich positiv, negativ oder neutral aufgenommen, je nach unserer **BEWERTUNG** und führt dann zu unterschiedlichen Folgen – englisch **CONSEQUENCES**.

Der Weg von A führt also nicht direkt zu C, sondern geht zunächst über B! Die Bewertungen entscheiden letztlich, wie wir zu einem Ereignis stehen. **Destruktive Bewertungen sind**

perfektionistisch, pauschalierend, fordernd: Z.B. „So etwas darf es nicht geben!“ Sie führen zu Auflehnung oder Verzweiflung. **Konstruktive Bewertungen sind ermutigend (aber realistisch, d.h. nicht durch die rosarote Brille betrachtet) und positiv herausfordernd, z.B. „wie kann ich mit dieser (schrecklichen, belastenden) Situation umgehen?“**

Manche Menschen beurteilen Situationen durch Nachdenken, sie versuchen hinter das Rätsel zu kommen: Warum muss man sterben? Warum trifft es gerade diesen Menschen? Warum jetzt? Was ist richtig und was ist falsch in der gegebenen Situation? **Andere Menschen urteilen mehr nach ihrem inneren Gefühl, nach der Stimmung, nach der Atmosphäre.** Je nachdem muss man auch unterschiedliche Wege zu ihnen finden.

Der Ansatz von Ellis spricht beide Funktionen, das Denken und Fühlen, an. Etwas passiert, das auslösende Ereignis, z.B. die Erkrankung eines Angehörigen, ein plötzlicher Tod. **Menschen, bei denen das Denken stark im Vordergrund steht, versuchen das Richtige und Falsche in der Situation zu analysieren, zu verstehen, was hier passiert ist, warum es passiert ist.** Kinder und Jugendliche mit dieser Prävalenz des Denkens wird man am ehesten erreichen, wenn man – auf altersentsprechende Weise – **auf ihre Fragen eingeht und die durch den Schock verwirrten Gedanken und die darauf folgenden emotionalen Reaktionen der Panik, Verzweiflung durch angemessenere ersetzt.**

Menschen, bei denen die „emotionale Intelligenz“ im Vordergrund steht, brauchen einen anderen Zugang. Sie brauchen eine Atmosphäre, in der wieder Sicherheit und Geborgenheit entstehen kann, und die daraus folgenden emotionalen Reaktionen von Unsicherheit, Entfremdung etc. korrigieren können.

Alle Wege der Bewältigung von Sterben und Tod führen zur Mitmenschlichkeit

Es gibt viele Wege, sich mit dem Tod auseinander zu setzen. Viel mehr Wege, als hier aufgezählt werden könnten. Aber alle Wege münden letztlich in die Mitmenschlichkeit. Z.B.:

Der Weg über die Sinnfindung

V. E. Frankl, der Begründer der Logotherapie-Existenzanalyse hat die Wichtigkeit der Sinnfindung im Leben betont. Er spricht von der Möglichkeit des Menschen zur Realisierung von **schöpferischen Werten (wenn wir etwas gestalten, erfinden, erschaffen), zum Genießen von Erlebniswerten (die Hingabe an die Schönheit der Natur oder die Liebe zu einem/r Partner/in) und zum Verwirklichen von heroischen Einstellungen (die wie wir einem unabänderlichen Schicksal, Leiden gegenüber auch dann noch zeigen können, wenn alles andere nicht mehr möglich ist).** Schöpferische Werte fallen im Siechtum weg, Erlebniswerte können vielleicht noch vermittelt werden, wenn auch im kleinen, bescheidenen Rahmen. Was aber noch möglich ist sind die **Einstellungswerte: Der Kampf um die Würde der Person (so krank sie auch sein mag) – und dazu bedarf es auch einer entsprechend eingestellten Mitmenschlichkeit in der Umgebung des kranken Menschen..**

Der Weg über die Entscheidungsfähigkeit

E. H. Erikson, der Kunstpädagoge und Tiefenpsychologe, hat die Stufen der personalen Entwicklung beschrieben: Wir schreiten voran, indem wir uns immer wieder zwischen Lebensmöglichkeiten entscheiden. Diese Entscheidungsstufen haben wir weiter oben – bei der Darstellung der Entwicklung des Todesbewusstseins – beschrieben. In jeder Lebensstufe hat das Thema Tod eine besondere Bedeutung. Ein alter Mensch z.B., der mit dem Sterben

konfrontiert ist, braucht auf der letzten Stufe die Integrität eines in sich schlüssigen Lebens (statt Lebensüberdruß und Lebensekel): **Zu wissen, dass alles, für das man sich entschieden hat, alles, was man erarbeitet hat, alles, was man erlebt hat, einen „roten Faden“ aufweist.** Dass er oder sie sich sagen kann: „Meine Entscheidungen haben mich geformt. Meine Entschlüsse haben zu meiner Persönlichkeitsentwicklung beigetragen, **so dass dieses oder jenes weiter wirken wird, auch wenn ich nicht mehr bin. Ich lebe weiter in meinen Kindern und Kindeskindern, geschaffenen Werken, Ideen.**“ Dass der alte Mensch das so sehen kann, wird auch durch die Haltung seiner Angehörigen erleichtert. Sie können dem Sterbenden zeigen, wie wichtig er für uns ist und immer war. Wie sehr seine/ihre Entscheidungen auch uns mitgeformt und beeinflusst haben. Wie sehr er/sie sich in unserem Inneren eingepägt hat.

Der Weg über die drei Welten, in denen wir leben

Wir sind Bürger dreier Welten: Der **Eigenwelt** (unsere ganz persönliche), der **Mitwelt** (die Beziehungen zu unseren Mitmenschen betreffend) und der **Umwelt**. Als Sterbenskranke werden wir auf die Eigenwelt, und auch hier vielleicht nur mehr auf das verdämmernde Selbsterleben zurück geworfen, aber auch wenn wir nicht mehr viel mit der Mitwelt kommunizieren können, so teilt sich doch auf unmerkliche Art die Atmosphäre der Geborgenheit mit. **Zwischen dem Dämmern des Bewusstseins und den scharfen Blitzen des Schmerzes spürt der/die Kranke/Sterbende das Getragensein von seiner Mitwelt.** Darüber hinaus mag manchen Sterbenden das Wissen helfen, unverlierbarer Bestandteil der Umwelt, ja des Seins überhaupt zu sein.

Der Weg über die Werte

Frankl hat drei große Wertkategorien beschrieben, der amerikanische Psychologe Reiss hat anhand vieler Untersuchungen sogar 16 konkrete Wertfelder als lebensbestimmend eruiert:

Macht: Streben nach Erfolg, Leistung, Führung und Einfluss;

Unabhängigkeit: Streben nach Freiheit, Selbstgenügsamkeit und Autarkie;

Neugier: Streben nach Wissen und Wahrheit;

Anerkennung: Streben nach sozialer Akzeptanz, Zugehörigkeit und positivem Selbstwert;

Ordnung: Streben nach Stabilität, Klarheit und guter Organisation;

Sparen: Streben, Eigentum und materielle Güter anzuhäufen;

Ehre: Streben, moralisch, loyal und charakterlich integer zu leben;

Idealismus: Streben nach Gerechtigkeit und Fairness;

Beziehungen: Streben nach Freundschaft, Freude und Humor;

Familie: Streben nach einem Familienleben und vor allem danach, eigene Kinder zu erziehen;

Status: Streben nach "social standing", nach Reichtum, Titeln und öffentlicher Aufmerksamkeit;

Rache: Streben nach Konkurrenz, Kampf, Aggressivität und Vergeltung;

Romantik: Streben nach einem erotischen Leben, Sex und Schönheit;

Ernährung: Streben nach Essen und Nahrung;

Körperliche Aktivität: Streben nach Fitness und Bewegung;

Ruhe: Streben nach Entspannung und emotionaler Sicherheit

Wie sieht es nun mit diesen Wertfeldern aus, wenn man mit dem Sterben konfrontiert ist? Es ist anzunehmen, dass die Möglichkeiten des Werterlebens generell im Kampf mit einer tödlichen Krankheit schrumpfen. Im Angesicht des Todes oder unter unerträglichen

Schmerzen verlieren Macht, Status, Anerkennung und anderes ihre Bedeutung. **Wahrscheinlich dominiert ausschließlich der Wunsch nach Ruhe und Freisein von Schmerz, nach emotionaler Sicherheit.** Damit ist aber wieder die grundsätzliche Mitmenschlichkeit angesprochen. Hier können wir versuchen zu helfen durch ruhiges Präsentsein, den Sterbenden nicht allein lassen, Schmerzen nach Möglichkeiten lindern, das Gefühl der Verbundenheit merkbar machen, das dem Kranken sagt: Ich schrecke die anderen nicht durch mein Leiden, im Gegenteil sie bleiben bei mir!

Der Weg über die Säulen unserer Identität

Was macht unsere Identität aus? Es gibt fünf Säulen der Identität, meint der Psychotherapeut Hilarion Petzold, nämlich **unsere Werte, unseren Körper, unsere finanziellen Mittel, unsere Arbeit und unser Beziehungsnetz.** Wenn eine dieser Säulen bricht, tragen uns noch immer die anderen. Im Kampf mit dem Sterben bleibt allerdings kaum eine Säule ohne Erschütterung, daher kommt es auf die eine noch stabile ganz besonders an: **das soziale Netz.**

RESÜMEE

Letztlich münden unsere Überlegungen wieder in ineinander: Was sterbende Menschen am ehesten brauchen, ist - neben der Hoffnung, die nur Religion und Philosophie geben können - spürbar gewordene Mitmenschlichkeit, ein soziales Netz, emotionale Sicherheit, Getragensein von der Geborgenheit in der Mitwelt, das Weiterleben in der Welt, mit der wir zu tun hatten, das Aufrechterhalten der persönlichen Würde durch ein respektvolles Miteinander-Umgehen, auch dann, wenn der Körper des Todkranken sich nicht mehr autonom versorgen kann.

Und Mitmenschlichkeit ist es auch, was indirekt betroffene Mitmenschen brauchen. Unsere Freund/inn/e/n, Kolleg/inn/en, die am Sterben nahe stehender Menschen schwer zu tragen haben. Wir können ihnen ihre Last nicht abnehmen. Aber neben der wahrscheinlich oft auch notwendigen professionellen Hilfe ist es unsere mitmenschliche Haltung, die hilfreich ist: Wenn wir dem Thema Sterben und Tod nicht ausweichen, es tabusieren und vermeiden, sondern betroffenen Mitmenschen zuhören, mit ihnen reden und sie begleiten..



**Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde
uns neuen Räumen jung entgegenschicken,
des Lebens Ruf an uns wird niemals enden...
wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde!"
(Hermann Hesse)**