

Die Sterbephasen Informationen und Hinweise für Helferinnen und Helfer

© 2006, Christoph Student¹

Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht,
sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht
(Václav Havel)

Zu den entscheidenden Meilensteinen auf dem Weg zu einem menschlicheren Umgang mit sterbenden und trauernden Menschen gehört die Publikation des Buches „On Death and Dying“ im Jahr 1969, das unter dem Titel „Interviews mit Sterbenden“ 1971 auch erstmals in Deutschland erschien. Seine Autorin war die in den USA lebende Schweizer Psychiaterin und Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross (08.07.1926 – 24.08.2004).

Diese Veröffentlichung war einerseits deshalb so bedeutsam, weil sie einer breiten Öffentlichkeit auf eine fast provozierende Weise zeigte, dass man mit sterbenden Menschen sprechen kann, sie wahrnehmen kann und muss und dass Sterben eine wichtige Lebensphase ist. Das Buch war ein Tabubruch – und hat damit entscheidend dazu beigetragen, das Tabu-Thema Tod in die Öffentlichkeit zu bringen.

Andererseits machte Elisabeth Kübler-Ross mit diesem Buch auf Gesetzmäßigkeiten aufmerksam, die in dieser Weise vor ihr noch nicht beschrieben worden waren und den Helfenden ein wenig Sicherheit im Umgang mit den ängstigenden, oftmals unverständlichen Verhaltensweisen von sterbenskranken Menschen gaben. Damit bekamen insbesondere Pflegende aber auch Ärzte und andere helfende Berufe den Mut, auf sterbenskranken Menschen zuzugehen, sie damit aus ihrer Isolation zu befreien.

Wer das bahnbrechende Buch von Elisabeth Kübler-Ross heute liebt, stellt vielleicht überrascht fest, dass sich darin noch immer Wichtiges entdecken lässt. Andererseits ist manches von den damaligen Gedanken heute für uns – zum Glück – ganz selbstverständlich geworden.

Tatsächlich sind die „Sterbephasen“ gar nicht ein so „exotisches“ Phänomene, die nur Sterbende betreffen. Die von Kübler-Ross erstmals beschriebenen Phasen können wir an uns und anderen auch im Alltag – wenngleich in abgeschwächter Form – immer wieder beobachten: Schon bei jedem relativ banalen Verlust wie dem Verlust des Geldbeutels oder der Hausschlüssel erleben wir in geraffter Form die „Sterbephasen“. Aber auch bei den großen Verlusten in unserem Leben, z. B. dem Verlust von nahestehenden Menschen durch Tod oder Trennung, dem Verlust der Arbeitsstelle u. Ä. erleben wird sie als „Trauerphasen“. Und so wird es Sie nicht wundern, wenn dieses Phasenmodell immer wieder (oftmals unausgesprochen) aufgegriffen wurde, um die Trauer zu beschreiben. Die Kenntnis der Trauerphasen kann uns also dabei unter-

¹ Professor Dr. med. Dr. h.c. Christoph Student, Gesamtleiter des HOSPIZ STUTT GART, www.christoph-student.de

stützen, uns selbst und andere ganz allgemein in Lebenskrisen besser zu verstehen (Kübler-Ross u. Kessler 2006).

Kübler-Ross beschreibt fünf Phasen der seelischen Entwicklung schwerkranker Menschen:

Die erste Phase: Nichtwahrhabenwollen

Die zweite Phase: Zorn

Die dritte Phase: Verhandeln

Die vierte Phase: Depression

Die fünfte Phase: Zustimmung

Allerdings darf dies nicht so verstanden werden, als durchliefen schwer kranke Menschen diese Phasen „einfach“ nacheinander vom Nichtwahrhabenwollen aus bis sie schließlich zur Zustimmung kommen. Kübler-Ross hat schon immer nachdrücklich darauf hingewiesen, dass hier zwar ein möglicher Weg aufgezeichnet ist, der aber viele Abweichungen kennt (Kübler-Ross 1971, Seite 120): Länge und Dauer der Phasen variieren von Mensch zu Mensch – vor allem aber auch die Reihenfolge, in der sie durchlaufen werden. Ist ein Mensch z. B. bei der „Zustimmung“ angekommen, kann wenig später wieder tiefe Depression, Verhandeln, Zorn oder Nichtwahrhabenwollen einsetzen. Manchmal bestehen verschiedene Phasen sogar gleichzeitig nebeneinander.

Im Folgenden sollen nun die fünf Phasen skizziert werden:

Die erste Phase: Nichtwahrhabenwollen

Wenn wir Menschen eine schreckliche Nachricht bekommen, sind wir zunächst einmal „schockiert“: Wir stellen uns sozusagen tot. „Das kann doch nicht sein.“ „Doch nicht bei mir.“ Wir wehren uns gegen das Furchtbare und wollen es nicht wahr haben. Der kranke Mensch, der die Diagnose Krebs bekommt, hält das vielleicht für einen Irrtum. „Ich fühle mich doch völlig gesund. Die haben sich bestimmt geirrt.“ Er sucht dann vielleicht den Rat anderer Ärzte in der Hoffnung, ja fast inneren Gewissheit, dass das ja gar nicht sein kann. „Ich merke doch gar nichts.“ – Manche frisch Erkrankte leben ihr Leben einfach so weiter, als sei gar nichts geschehen. Sie signalisieren mit jeder Faser ihres Seins: „Die Sache betrifft mich nicht.“

Dieser Schutz, den unsere Seele hier für uns bereit hält, ist hilfreich, um uns vor emotionaler Überlastung zu schützen. Verdrängung kann ein erster hilfreicher Schritt sein, um schließlich – nach oftmals langem, langem Ringen – das „Undenkbare“ denkbar zu machen.

Diese Phase kann immer wieder auftreten – insbesondere dann, wenn neue erschreckende Nachrichten über das Fortschreiten der Krankheit oder über einen Rückfall den kranken Menschen treffen.

Für uns Helferinnen und Helfer ist es an dieser Stelle entscheidend, dieses Nichtwahrhabenwollen zuzulassen, es als „normal“ zu akzeptieren. Manchmal möchten wie die Kranken in dieser Phase am liebsten schütteln, wachrütteln: Sieh doch, wie es um dich wirklich steht. „Vertu' keine Zeit mit unnötigen weiteren Untersuchungen.“ „Fang

endlich mit der Behandlung an“ möchten wir dem betroffenen Menschen vielleicht zurufen. Aber das ist unsere Sicht. Sie mag für uns richtig sein. Aber das zählt jetzt nicht. Anderes ist gefragt: Dabei zu bleiben, dir Kranken nicht alleine zu lassen und (aktiv) zuzuhören. – Es gibt nur ganz wenige Kranke, die bis zu ihrem Lebensende in dieser Phase verharren.

Die zweite Phase: Zorn

Diese Phase ist vielleicht für uns Helfende die unangenehmste aller fünf Phasen. Der kranke Mensch ist in dieser Zeit schlicht unerträglich – für uns! Er selbst kann sich vielleicht ganz wohl dabei fühlen: Er „lässt Dampf ab“, schreit seine Wut und Verzweiflung laut hinaus, hat endlich ein Ventil gefunden, um sich zu entlasten. Das kann gut tun.

„Warum gerade ich?“ heißt die Frage, die hier häufig gestellt wird oder „Warum ist Gott so ungerecht? Hat er mir nicht schon ein Leben lang mehr als anderen aufgebürdet?“. Solange wir den Zusammenhang zwischen der Krankheit und der wütenden Reaktion erkennen können, lässt sich das alles vielleicht ganz gut aushalten. Schwieriger wird es, wenn der kranke Mensch einfach nur „nörgelig“ ist, wir es ihr oder ihm in keiner Weise recht machen können, wenn uns die Kranken durch ständiges Klingeln auf Trab halten, wenn viele unterschwellige kleine Nadelstiche uns zur Weißglut bringen. – Wie alle großen Gefühle so wirkt auch diese Phase, gerade wenn sie eher unterschwellig gelebt wird, auf uns Helfende ansteckend. Vielleicht kennen Sie das: Sie betreten morgens gut gelaunt ein Krankenzimmer und irgendwie ist es, als zöge da eine dunkle Wolke auf. Die gute Laune verfliegt, Sie fühlen sich unwohl, genervt, verärgert – noch ehe der kranke Mensch selbst sich äußert. „Wenn ich dieses Gesicht sehe, ist es schon aus mit meiner guten Laune!“

Für uns Helfende ist es in solchen Situationen besonders wichtig, uns selbst zu schützen. Nicht, indem wir uns vom kranken Menschen abwenden, sondern indem wir gut lernen, zwischen unseren Gefühlen und denen anderer zu unterscheiden. Das sollten wir allerdings nicht erst üben, wenn wir Menschen in der Krise begegnen, sondern als ständige Aufgabe in unserem Alltag wahrnehmen. Wenn wir mit der aktuellen Krise eines kranken Menschen angemessen umgehen wollen, hilft uns eher die Außenkontrolle durch Kolleginnen und Kollegen, helfen uns Teambesprechungen und Supervision. Entscheidend ist, dass wir uns vom kranken Menschen in dieser Situation nicht abschütteln lassen. Ihm nahe zu bleiben und sich dennoch emotional so weit abzugrenzen, dass wir sie oder ihn ertragen können. – Und natürlich ist es wichtig, die berechtigten Klagen (z. B. über Schmerzen und andere Beschwerden) ernst zu nehmen.

Die dritte Phase: Verhandeln

Kübler-Ross beschreibt, dass diese Phase meist nur recht flüchtig sei. Als Helfende haben wir jetzt den Eindruck, der kranke Mensch habe sich ein gutes Stück weit mit seinem Schicksal abgefunden. Sie oder er wirkt vielleicht sogar ruhiger, entspannter, wieder aktiver und umgänglicher. „Ich weiß, dass ich Sterben muss – aber ich würde doch so gerne noch die Taufe meines Enkelkinds erleben.“ Der kranke Mensch verhandelt „mit Gott und der Welt“. Vielleicht formuliert er innerlich oder auch laut:

„Wenn ich nur noch die Hochzeit meines Sohnes erleben darf...“ und verspricht Gott dann vielleicht ein gutes Werk oder den behandelnden Ärzten, dass er sich auch einer belastenden Chemotherapie noch unterziehen will „...wenn ich es nur noch bis dahin schaffe.“

Ist das Ziel dann erreicht, tauchen unweigerlich noch weitere attraktive Ziele und Wegmarken auf, die der kranke Mensch erreichen möchte. Und natürlich ist ein sterbenskranker Mensch auch nicht besser als wir andern auch: Das gegebene Gelübde ist womöglich rasch wieder vergessen.

Als Helfende sollten wir uns vor Bewertungen hüten. Hilfreich ist es dabei, uns selbst an der eigenen Nase zu packen und an eigene vergleichbare Gelübde und Versprechen zu erinnern. Hier gibt es nichts, was wir bei den Kranken zu korrigieren oder zu bewerten hätten. Wir können und sollen ruhig ein Stück weit mitgehen. Die Hoffnung zulassen – allerdings ohne Hoffnungen, die wir für unrealistisch halten, zu schüren. Aber unsere Meinung ist in dieser Phase sowieso nicht sehr gefragt.

Die vierte Phase: Depression

Auch die Depression gehört zu den großen und außerordentlich ansteckenden Gefühlen, mit denen wir Helfenden achtsam umgehen müssen. Der kranke Mensch wirkt in dieser Zeit traurig, klagsam, deprimiert. Vielleicht zieht sie oder er sich auch zurück, hat Angst, wirkt starr oder weint viel. Vielleicht ist es diese Phase, die uns als Außenstehenden am „angemessensten“, „verständlichsten“ vorkommt, angesichts schwerer Krankheit oder bevorstehendem Tod. Aber es genügt ja nicht, uns selbst zu verstecken. Wir müssen vor allem den behutsam-erkundenden Weg zum Anderen suchen, wenn wir hier förderlich sein wollen.

Kübler-Ross unterscheidet zwei Aspekte, sozusagen zwei Blickwinkel dieser Phase der Depression:

- a) Zunächst ist da die Depression als Reaktion auf die wahrgenommenen Verluste: Der Verlust körperlicher Integrität, der Verlust an persönlichen wie beruflichen Chancen, der durch die Krankheit hingenommen werden muss – aber auch der Verlust an nicht Nachholbarem, das „Versagen“ in gesunden Tagen. Wie oft verschieben wir Dinge auf später: Reisen in der Rente, mehr mit den Kindern leben, wenn endlich mal weniger zu tun ist...

Kranke Menschen haben in dieser Zeit oft ein großes Mitteilungsbedürfnis. Sie möchten ihre Trauer ausdrücken, sie möchten, dass wir ihre Klagen hören. Es tut ihnen gut, wenn wir ihnen intensiv zuhören (s. S. [aktives Zuhören]) – das also, was wir bei Trauernden ganz allgemein praktizieren sollten (s. S. [Trauer]). Wenn der kranke Mensch einen Teil seiner Last formuliert hat, ist er vielleicht diesen Teil der Last losgeworden, ist erleichtert. Wenn wir dagegen versuchen, zu „trösten“, stopfen wir ihm sozusagen den Mund. – Manche, gerade jüngere Schwerkranke schließlich profitieren jetzt auch davon, wenn die Pflegenden sie bei der wichtigen Frage unterstützen, wie das Leben ihrer Familie ohne sie weitergehen kann.

- b) Es gibt aber noch eine andere Wurzel der Depression: Die vorbereitende Depression, wie Kübler-Ross sie nennt. Dabei geht es um die noch drohenden Verluste – letztlich also um den Verlust der irdischen Existenz. Es ist eine ruhigere Form des Trauerns. Oft ist der kranke Mensch jetzt stärker in sich gekehrt, weniger mitteilhaft. Diese Phase stellt ganz andere Ansprüche an die Helfenden: Noch stärker ist das ruhige Dasein jetzt gefordert, das gemeinsame Aushalten der Tränen und das geduldige Hinhören auf das, was jetzt gut tut.

Kübler-Ross beschreibt die Konflikte, die in dieser Zeit zwischen kranken Menschen und ihren Angehörigen und Ärzten aufbrechen können: Der kranke Mensch möchte jetzt vielleicht nicht mehr um sein Leben kämpfen, obgleich die Angehörigen und die Ärzten noch Möglichkeiten sehen. Helfende können hier dazu beitragen, dass gerade der Familie bewusst wird, dass jetzt andere Fragen im Vordergrund stehen und kranke Menschen diese Phase des depressiven Rückzugs brauchen, um sich auf die nächsten emotionalen Schritte vorbereiten zu können.

Die fünfte Phase: Zustimmung

Viele, aber keineswegs alle todkranken Menschen erreichen diese Phase irgendwann. Es ist auch nicht unsere Aufgabe als Helfende, hier etwas von ihnen zu verlangen. – Wenn der kranke Mensch diese Phase erreicht hat, beginnt die „letzte Ruhe vor der langen Reise“. Der Kampf ist vorbei. Der kranke Mensch hat zugestimmt, dass das Leben nun zu Ende geht. Ein fast „gefühlloser“, ruhiger Zustand ist erreicht. Das Verlangen, noch Besucher zu sehen, ist oftmals erloschen. Der Blick ist innerlich schon in andere Richtungen gewandt. Der kranke Mensch ist kaum noch gesprächsbereit. Als Helfende sind wir nur noch als stille Teilnehmer gefordert, die ohne Angst wahrnehmen können, dass jetzt Schweigen die sinnvollste Art der Kommunikation ist.

Die Angehörigen sind es, die jetzt in ganz besonderer Weise unsere Aufmerksamkeit benötigen: Als Helfende können wir ihnen behutsam dabei helfen, zu verstehen, dass dieser Rückzug des kranken Menschen nicht bedeutet, dass sie abgelehnt oder zurückgewiesen werden, sondern sie oder er jetzt einfach ganz bei sich ist und sich wünscht, gehen zu dürfen. Es kommt jetzt nicht darauf an, dass die Angehörigen den sterbenden Menschen „loslassen“ ihn „gehen lassen“. Das ist meistens zu viel verlangt und stellt eine unnötige Überforderung dar. Aber vielleicht gelingt es den Angehörigen – wenn auch unter Schmerzen – so etwas wie eine Erlaubnis zu erteilen, dass sterbenskranker Mensch jetzt gehen darf.

Hoffnung

In allen Phasen ist fast immer – manchmal trotz allem – auch Hoffnung präsent. „Wider alle Vernunft“ hofft der kranke Mensch vielleicht noch auf Heilung, auf ein Wunder. Das ist für uns Helfende, die wir es doch besser zu wissen meinen, manchmal schwer auszuhalten. Es geht an dieser Stelle auch nicht darum, den kranken Menschen in seiner Hoffnung zu bestärken, sondern schlicht darum, seine Hoffnung zuzulassen, sie stehen zu lassen. Oft ist diese Hoffnung aber auch nur auf die Erleichterung von Beschwerden gerichtet – oder schließlich die Hoffnung auf das, was

nach dem Tod kommt. – In jedem Fall ist Hoffnung nie ganz eindeutig und diese Mehrdeutigkeit sollten wir Helfenden auszuhalten lernen. Das ist es, was den kranken Menschen nützt.

Bisweilen sind wir auch als Vermittler gefragt. Dann nämlich, wenn die Hoffnungen der Angehörigen in ganz andere Richtungen gehen, als die der Sterbenden: Vielleicht ist der sterbende Mensch schon zum Gehen bereit, während die Angehörigen sich noch an eine Hoffnung auf ein Wunder klammern. Vermitteln heißt hier nicht, ein Schiedsrichteramt einzunehmen, sondern beiden Seiten durch unser aufmerksames Zuhören (und nicht mehr!) dabei behilflich zu sein, die jeweils andere Seite ein klein wenig besser zu verstehen. Bisweilen können beide Seiten dann einen Wandel der Hoffnung zulassen: Von der Hoffnung darauf, dass etwas doch noch gut ausgeht, hin zur (spirituellen) Hoffnung, dass etwas Sinn macht.

Literatur:

Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden. Kreuz Verlag, Stuttgart 1971

Kübler-Ross, E., Kessler, D.: Dem Leben neu vertrauen. Den Sinn des Trauerns durch fünf Stadien des Verlusts finden. Kreuz-Verlag, Stuttgart 2006

Student, J.-C. (Hrsg.): Sterben, Tod und Trauer – Handbuch für Begleitende. 2. Aufl., Herder, Freiburg 2006