

DIE BEGLEITUNG  
VON SCHWERKRANKEN UND STERBENDEN  
UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DES COPINGMODELLS  
VON RICHARD S. LAZARUS  
UND DESSEN BEDEUTUNG  
FÜR DIE SEELSORGEARBEIT

(Pastoral counselling of seriously ill and dying humans  
with regard to the "coping model" by Richard S. Lazarus  
and its significance for spiritual guidance)

by

GERHARD MENN

submitted in accordance with the requirements  
for the degree of

DOCTOR OF THEOLOGY

in the subject

PRACTICAL THEOLOGY

at the

UNIVERSITY OF SOUTH AFRICA

PROMOTER: DR CALLIE J HUGO

JOINT PROMOTER: DR OSKAR FÖLLER

THESIS ACCEPTED ON 7 DECEMBER 2007



**Statement by the candidate:**

I declare that "Die Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden unter Berücksichtigung des Copingmodells von Richard S. Lazarus und dessen Bedeutung für die Seelsorgearbeit" (Pastoral counselling of seriously ill and dying humans with regard to the "coping model" by Richard S. Lazarus and its significance for spiritual guidance) is my own work and all the sources that I have used or quoted have been indicated and acknowledged by means of complete references.

Lübeck (Germany), 5th March 2007, Gerhard Menn

## **Summary**

### **Die Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden unter Berücksichtigung des Copingmodells von Richard S. Lazarus und dessen Bedeutung für die Seelsorgearbeit**

Pastoral Counselling of Seriously Ill and Dying Humans with regard to the "Coping Model" by Richard S. Lazarus and its Significance for Spiritual Guidance.

By Gerhard Menn, Lübeck, Germany

Degree: Doctor of Theology (DTh)

Subject: Practical Theology

Promoter: DR C J Hugo

Joint Promoter: Dr O Föller

Object of research of this thesis is the specific behaviour of seriously ill and dying humans coping with their impending death and being members of a society having an ambivalent attitude towards death. People's different and individual ways of coping cannot always be sufficiently explained by the current use of phasing models. In this context the "Coping Model" by Richard S. Lazarus and his stress research group seems to be helpful in understanding dying humans. In how far this comprehension model from a secular branch of research can be supportive of pastoral counselling is the objective of this thesis. Counselling dialogues with different persons who show a wide range of coping form the basis of this research. The challenge of this paper was to observe and sense humans in their death experiences from a broader point of view in order to identify as much as possible kinds of impulses crucial to their coping behaviour. Analysing the behaviour of dying humans led to new perspectives on spiritual guidance. Tantamountly, this has its consequences for spiritual dealing with dying humans. The comprehension of the biblical Christian idea of man and a detailed knowledge of coping research can, by all means, be interactive and thus show positive results as both respond to a person's individuality and support them in their own ways of approach to life and death. Finally, this leads to an intensive dialogue between patient and pastor who can have the courage and the confidence in letting the person find his own way of coping. The different kinds of approach of the coping model research offer far-reaching impulses to various pastoral questions going even beyond terminal care.

**Key Words:**

Defence/Repulsion, General Adaption Syndrome, Fear, Angst, Resurrection, BeFo, Counselling, Coping Models, Coping, Distress, Positive Stress, Healing Dimension, Cognitive Assessment, Communication, Cancer Patients, Elisabeth Kübler-Ross, Richard S. Lazarus, Idea of Man, Terminal Ill, Counselling, Terminal Care, Dying, Phases of Dying, Stress, Death, Transactional Stress Concept, Perception

## **Zusammenfassung**

### **Die Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden unter Berücksichtigung des Copingmodells von Richard S. Lazarus und dessen Bedeutung für die Seelsorgearbeit"**

(Pastoral counselling of seriously ill and dying humans with regard to the "coping model" by Richard S. Lazarus and its significance for spiritual guidance)

by Gerhard Menn

Degree: Doctor of Theology (DTh)

Subject: Practical Theology

Promoter: DR CJ Hugo

Joint Promoter: DR O Föller

Forschungsgegenstand dieser Arbeit ist das Bewältigungsverhalten von schwer kranken und sterbenden Menschen, die in einer Gesellschaft ihren bevorstehenden Tod bewältigen müssen, die ambivalent mit dieser Thematik umgeht. Die unterschiedlichen menschlichen Bewältigungsformen können mit den bisher gängigen Zugangswegen über Phasenmodelle nicht immer befriedigend erklärt werden. Hilfreich erscheint hier das aus der Stressforschung stammende Copingmodell von Richard S. Lazarus und seiner Forschungsgruppe, um Menschen verstehen zu lernen. In wieweit dieses Verstehensmodell aus einem säkularen Forschungszweig für die Seelsorgearbeit unterstützend sein kann, soll in dieser Arbeit geklärt werden. Als Grundlage dienen Seelsorgegespräche mit unterschiedlichen Menschen, die eine große Bandbreite an Bewältigungsverhalten demonstrierten. Die Herausforderung lag darin, Menschen in ihrem Sterben umfassend wahrzunehmen, um möglichst viele Impulse zu erkennen, die ihr Bewältigungsverhalten beeinflussten. Aus der Aufarbeitung dieses Verhaltens ergaben sich Perspektiven für die Begleitung sterbender Menschen. Dies hat gleichbedeutend Konsequenzen für den seelsorgerlichen Umgang mit Sterbenden. Das Wissen um das christlich-biblische Menschenbild und die umfassende Kenntnis der Copingforschung können sich durchaus gegenseitig befruchten, denn beide gehen auf die Individualität des Menschen ein und unterstützen ihn seinen eigenen Zugang zu seinem Leben und seinem Tod finden zu lassen. Dies führt letztlich zu einer intensiven Kommunikation zwischen Patient und Seelsorger, der den Mut und das Vertrauen haben darf, dem Sterbenden eigenständig sein Leben bewältigen zu lassen. Die Ansätze der Copingforschung bieten weitreichende Impulse für vielfältige seelsorgerliche Fragestellungen auch außerhalb der Sterbebegleitung.

**Schlüsselbegriffe:**

Abwehr, Allgemeines Adaptionssyndrom, Angst, Auferstehung, BeFo, Begleiten, Bewältigungsformen, Coping, Distress, Eustress, Heilsdimension, kognitive Bewertung, Kommunikation, Krebskranke, Elisabeth Kübler-Ross, Richard S. Lazarus, Menschenbild, Schwerkranken, Seelsorge, Sterbebegleitung, Sterben, Sterbephase, Stress, Tod, transaktionales Stresskonzept, Wahrnehmung.

## **Curriculum vitae**

Gerhard Menn was born on the 18th of June in 1965 in Waldbroel, Germany. He attended primary and secondary school and did his A-levels at the "Siegtal Gymnasium" in Eitorf, Germany. Then he did his community service at the "Waldkrankenhaus Rosbach" for sixteen months. After that, he became a trained male nurse over a period of three years in Cologne, followed by an occupation in the unit of anaesthesia of the University of Cologne.

From 1990 to 1995 Gerhard Menn studied theology at the "Theologisches Seminar Mariehoehe" in Darmstadt and at the "Theologische Hochschule Friedensau/b. Magdeburg" and graduated as "Diplom Theologe".

During 1995 and 1997 he was a pastor of the Seventh-Day-Adventist Church in Moelln and Ratzeburg until 2001 in order to do counselling with serious ill and dying persons. During these years he worked as a counsellor at the "Roepersbergklinik Ratzeburg" and as a head in an ambulant nursing service. Furthermore, he grounded a house for old people, which he also led as supervisor. Since 2001 he has been again a pastor in several churches in Mecklenburg-Vorpommern and in Schleswig-Holstein. He is responsible for his parish in Luebeck in the first place.

Besides his occupation, Gerhard Menn teaches counselling of dying persons and since 2003 practical theology, partly as guest-lecturer at the "Theologische Hochschule Friedensau/b. Magdeburg".

Gerhard Menn lives in Luebeck and is married to Eva, a painter, and has two children, David aged 15 and Ruth Eva 14.



# **Inhaltsverzeichnis**

<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>9</b>
<b>Verzeichnis der Abbildungen</b> .....	<b>14</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>14</b>
<b>Vorwort</b> .....	<b>15</b>
<b>0 Einleitung</b> .....	<b>17</b>
0.1 Anlass und Motivation zu dieser Arbeit.....	17
0.2 Aufbau und Methodik dieser Arbeit.....	19
<b>I Theoretischer Teil</b> .....	<b>22</b>
<b>1 Sterben und Tod in der gegenwärtigen Diskussion</b> .....	<b>22</b>
1.1 Erleben von Sterben und Tod in der westlichen Gesellschaft.....	23
1.1.1 Ambivalente Einstellungen	23
1.1.2 Sterben im sozialen Umfeld	26
1.1.2.1 Selten erlebtes Sterben	27
1.1.2.2 Langes Sterben	28
1.1.2.3 Hospitalisierung des Sterbens	28
1.1.3 Angst vor Sterben und Tod	29
1.1.3.1 Angst vor dem eigenen Tod	30
1.1.3.2 Angst vor dem Tod anderer Menschen	31
1.1.3.3 Angst vor dem eigenen Sterben	32
1.1.3.4 Angst vor dem Sterben anderer Menschen	32
1.1.3.5 Angst unterstützende beeinflussende Faktoren	32
1.1.3.6 Annäherung an die Angst	34
1.1.4 Gleichgültigkeit gegenüber Sterben und Tod	34
1.1.5 Akzeptanz von Tod und Sterben	35
1.1.6 Zusammenfassung	35
1.2 Sterben in phasenartigen Verläufen.....	36
1.2.1 Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross und Paul Sporken	37
1.2.2 Weitere Phasenmodelle	39
1.2.3 Würdigung der Phasentheorie	39

1.2.4 Kritik der Phasentheorie	40
1.2.5 Sterbephasen in der Seelsorge	44
<b>2 Das transaktionale Stresskonzept: Coping</b> .....	<b>47</b>
2.1 Das Stresskonzept.....	48
2.1.1 Die Geschichte des Stresskonzeptes	48
2.1.2 Das "Allgemeine Adaptionssyndrom"	49
2.1.3 Stressauslöser	51
2.1.4 Theoretische Grundzüge der Stresskonzeptionen	52
2.1.4.1 Stress und biologische Aspekte	52
2.1.4.1.1 Humorale Mechanismen	53
2.1.4.1.2 Neurale Mechanismen	55
2.1.4.2 Psychologische Aspekte	56
2.1.4.3 Stress und subjektive Situationsbewertung	58
2.1.4.4 Stress und Anpassungsversuche	59
2.1.4.5 Stress und Leistung	60
2.1.4.6 Stressanfälligkeit	61
2.1.4.7 Stress und sozialpsychologisch-soziologische Aspekte	61
2.1.4.8 Stress in Beziehung zu Krankheit und Gesundheit	64
2.1.5 Zusammenfassung	65
2.2 Coping.....	66
2.2.1. Das transaktionale Bewältigungsmodell	67
2.2.1.1 Transaktion und Interaktion	67
2.2.1.2 Das Stresskonzept nach Lazarus	68
2.2.1.2.1 Stress als Reiz	68
2.2.1.2.2 Stress als Reaktion	69
2.2.1.2.3 Stress als Beziehungsphänomen	70
2.2.2 Das Copingmodell nach Lazarus	71
2.2.2.1 Die kognitive Bewertung	71
2.2.2.1.1 Primäre Bewertung (primary appraisal)	72
2.2.2.1.2 Sekundäre Bewertung (secondary appraisal)	73
2.2.2.1.3 Neubewertung (reappraisal)	74
2.2.2.2 Die Bewältigungsprozesse	75
2.2.2.2.1 Die Klassifikation von Bewältigungsprozessen	75
2.2.2.2.2 Die Wahl der Bewältigungsform	78
2.2.2.3 Zusammenfassung	80
2.2.3 Coping bei Konflikten und in Krisen	83
2.2.4 Neurobiologische Grundlagen des Coping	84
2.2.5 Weitere Theorien des Coping	85
2.3 Theoretische Ansätze von Stress und Coping bei Sterben und Tod.....	87
2.3.1 Stress im Kontext von Sterben und Tod	87

2.3.2 Coping im Kontext Sterben und Tod	88
2.3.2.1 Bewältigung des Sterbens	90
2.3.3 Soziale Unterstützung im Sterbeprozess	91
2.4 Zusammenfassende Anmerkungen.....	93
2.5 Kritische Würdigung.....	93
2.5.1 Die naturwissenschaftlichen Wurzeln	94
2.5.2 Der kognitive Ansatz	95
2.5.3 Zusammenfassende Kritik	96
<b>3 Seelsorge in der Entwicklung – von der Phasenlehre zum Coping....</b>	<b>98</b>
<b>4 Sterben und Tod als Krisenerfahrung des Menschen.....</b>	<b>101</b>
<b>II Empirischer Teil.....</b>	<b>104</b>
<b>1 Die Untersuchungen.....</b>	<b>105</b>
1.1 Die Aufgabe und Vorannahmen.....	105
1.2 Die Fragestellung und Methodik der Arbeit.....	106
1.3 Die Umgebung der Untersuchungen.....	109
1.4 Das Copingkonzept.....	110
<b>2 Die Gespräche.....</b>	<b>112</b>
2.1 Vorbemerkung.....	112
2.2 Die Untersuchungssituation.....	113
2.3 Die Gesprächspartner im Gespräch.....	115
2.3.1 Die Gespräche mit Frau V	116
2.3.1.1 Die Situation als Krebskranke	122
2.3.1.2 Die Beziehungen der Gesprächspartner zu Frau V	123
2.3.1.3 Die Bewältigung von Frau V	124
2.3.2 Die Gespräche mit Herrn W	125
2.3.2.1 Die Situation als Krebskranker und Sterbender	132
2.3.2.2 Die Beziehungen der Gesprächspartner zu Herrn W	133
2.3.2.3 Die Bewältigung von Herrn W	134
2.3.3 Die Gespräche mit Herrn H	135
2.3.3.1 Die Situation als Multimorbider	146
2.3.3.2 Die Beziehungspersonen von Herrn H	147
2.3.3.3 Die Bewältigung von Herrn H	148
2.3.4 Die Gespräche mit Frau M	150

2.3.4.1 Die Situation als sterbende Krebskranke	155
2.3.4.2 Die Beziehungen der Gesprächspartner zu Frau M	156
2.3.4.3 Die Bewältigung von Frau M	157
2.3.5 Die Gespräche mit Frau St	158
2.3.5.1 Die Situation als krebskranke und sterbende Frau	164
2.3.5.2 Die Beziehungen der Gesprächspartner zu Frau St	165
2.3.5.3 Die Bewältigung von Frau St	166
2.3.6 Die Gespräche mit Frau D	167
2.3.6.1 Die Situation als krebskranke und sterbende Frau	178
2.3.6.2 Die Beziehungen der Gesprächspartner zu Frau D	180
2.3.6.3 Die Bewältigung von Frau D	182
2.3.7 Die Gespräche mit Herrn B	184
2.3.7.1 Die Situation als krebskranker und sterbender Mann	198
2.3.7.2 Die Beziehungen der Gesprächspartner zu Herrn B	198
2.3.7.3 Die Bewältigung von Herrn B	200
2.3.8 Die Gespräche mit Frau G und Herrn G	203
2.3.8.1 Die Situation des Ehepaares als krebskranke und sterbende Menschen	218
2.3.8.2 Die Beziehungen der Gesprächspartner zu Frau G und Herrn G	219
2.3.8.3 Die Bewältigung von Frau G	221
2.3.8.4 Die Bewältigung von Herrn G	222
2.4 Beschreibung des Coping der Gesprächspartner.....	224
2.4.1 Integration von Coping und Abwehr	224
2.4.1.1 Die Entwicklung des Abwehrbegriffs	225
2.4.1.2 Die Bedeutung der Abwehr im Copingprozess	226
2.4.2 Wahrgenommenes Bewältigungsverhalten	227
2.4.2.1 Informationsbezogenes Coping	229
2.4.2.2 Handlungsbezogenes Coping	230
2.4.2.3 Intrapsychisches Coping	238
2.4.2.4 Beziehungsorientiertes Coping	251
2.5 Bewältigungsverhalten als adaptiver Prozess an die Krankheit.....	255
2.6 Reflexion des Seelsorgers als Gesprächspartner.....	257
2.7 Die Begleitung unter der Perspektive von Coping.....	257
2.7.1 Die Dimension des Begleitens im Umgang mit Sterbenden	258
2.7.2 Die Dimension von Antwort und Deutung in der Begleitung	260
2.7.3 Die Dimension des Sorgens in der Begleitung	263
<b>3 Die Bedeutung des Coping in der seelsorgerlichen Begleitung.....</b>	<b>267</b>
3.1 Seelsorge an Kranken und Sterbenden als christlicher Auftrag.....	269
3.2 Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod im biblischen Kontext.....	271
3.2.1 Alttestamentlicher Umgang	273

3.2.1.1 Die Sphäre des Todes	273
3.2.1.2 Der Tod in der Beziehung des Menschen zu Gott	276
3.2.2 Die Sorge Jesu um leidende Menschen	278
3.3 Bewältigung im Hinblick auf die Heilsdimension des Glaubens.....	281
3.3.1 Der Tod, der letzte Feind	284
3.3.2 Sterbebegleitung in der Hoffnung auf Auferstehung	287
3.4 Der Beitrag des Coping für die Seelsorge.....	289
3.4.1 Die Wahrnehmungsschule	290
3.4.2 Die Sorge um die Seele	292
3.4.3 Biblisch-theologische Reflexion	297
3.4.4 Das Menschenbild	303
3.5 Möglichkeiten und Grenzen des Coping in der Seelsorgearbeit.....	307
3.6 Kommunikation in der Seelsorge unter dem Einfluss von Coping.....	311
3.7 Zusammenfassung.....	315
<b>4 Schlussfolgerungen.....</b>	<b>317</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>321</b>

## Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Zentralnervensystem und die endokrinen Drüsen nach Nitsch.....	52
Abbildung 2: Das transaktionale Stresskonzept.....	82

## Abkürzungsverzeichnis

<i>A.A.S</i>	Allgemeines Adaptionssyndrom
Anm.	Anmerkung
<i>AT</i>	Altes Testament
<i>BeFo</i>	Berner Bewältigungsformen
<i>G.M.</i>	Gerhard Menn
<i>HIV</i>	Humanes Immundefizienz-Virus
<i>LTHK</i>	Lexikon für Theologie und Kirche
<i>NT</i>	Neues Testament
<i>S</i>	Seelsorger
<i>TRE</i>	Theologische Realenzyklopädie
<i>VELKD</i>	Vereinigte Evangelisch-Lutherische Kirche Deutschlands

### Benutzte Bibelausgabe:

Alle Bibelzitate und Stellenangaben sind der *Luther-Bibel 1984* entnommen. Die Abkürzungen für die biblischen Bücher wurden nach den Loccumer Richtlinien durchgeführt.

## Vorwort

Es ist nun schon über 20 Jahre her, dass ich erstmals im Zivildienst mit sterbenden Menschen unmittelbar in Kontakt trat. Mich interessierte fortan, was in ihnen vorging, wie sie die Bedrohung ihres Lebens wahrnahmen. Gleichzeitig wollte ich helfen und unterstützen, doch sehr schnell wurde ich an meine Grenzen herangeführt und erkannte meine eigene Ohnmacht. In all den folgenden Jahren in der Krankenpflege oder als Pastor wurden mir die Menschen, mit denen ich Kontakt hatte, zu Lehrmeistern.

Nach vielen persönlichen und beruflichen Begegnungen mit schwer kranken und sterbenden Menschen hatte ich erstmals mit meiner Diplomarbeit an der Theologischen Hochschule Friedensau die Gelegenheit mich wissenschaftlich mit der Begleitung Sterbender zu beschäftigen. Doch einen tieferen Zugang bekam ich über viele Gespräche mit Sterbenden im Zusammenhang mit meiner Dissertation. Hier gilt vor allen jenen mein Dank, die ich bis zu ihrem Tod begleiten durfte und die sich bereit erklärten, mit mir zu sprechen, sei es in verschiedenen Kliniken, Pflegeheimen, Hospizen oder in ihren Heimen zu Hause.

Danken möchte Dr. Callie J. Hugo, der diese Arbeit als Erstbetreuer begleitete und mit seinen Hinweisen mich in die Tiefe führte. Mein besonderer Dank gilt Bruder Dr. Oskar Föller, der mich stets und unmittelbar mit hilfreichen Impulsen unterstützte und die Arbeit immer wieder gegenlas.

Weiter möchte ich Prof. Dr. Johann Gerhardt danken, der mir auch während meiner Promotion hilfreiche Hinweise gab. Dr. Monika Czypionka danke ich für ihre kritische Begleitung der medizinischen und psychotherapeutischen Aspekte dieser Arbeit. Für die außerordentliche finanzielle Unterstützung dieser Arbeit möchte ich der Hansa-Vereinigung der Gemeinschaft der Siebenten-Tags-Adventisten danken und hier stellvertretend dem Vorsteher Heinz-Ewald Gattmann für seine motivierende Begleitung. Für die orthografischen und grammatikalischen Korrekturen danke ich Alexandra Marx, Sabine Graumann und ganz besonders Gabriele Ermert, die mich darüber hinaus in unermüdlichen Gesprächen immer wieder auf die Schönheit der deutschen Sprache aufmerksam machte und damit den Gesprächsprotokollen Leben gab. Ebenfalls gilt mein Dank Jutta Hüller-Dieterich für ihre englischsprachige Beratung.

Ein außerordentlicher Dank gilt meinen Eltern, die mich mein Leben lang begleiten und mit ihren Gebeten unterstützen.

Schließlich möchte ich meinen Kindern Ruth Eva und David danken, die mich als Vater oft entbehrten. Vor allen gilt mein herzlicher und liebevoller Dank meiner Frau Eva, ohne deren Motivation, Mittragen, Mitleiden und Erdulden diese Arbeit niemals vollendet worden wäre.

Der größte Dank gilt jedoch meinem Herrn Jesus Christus.

Die vorliegende Arbeit folgt den maßgeblichen Regeln der Deutschen Rechtschreibung (vgl. Dudenredaktion (Hg.) 2006. *Duden – Band 1: Die deutsche Rechtschreibung*, 24. völlig neu bearbeitete und erweiterte Aufl. Mannheim: Dudenverlag).

Beim Nachweis von Zitaten und Literatur verwende ich die von der UNISA vorgeschriebene Harvard-Methode und folge dabei den Regeln von: Sauer, Christof 2004. *Form bewahren: Handbuch zur Harvard-Methode*. (GBFE-Studienbrief 5). Lage: Gesellschaft für Bildung und Forschung in Europa e.V.



## **0 Einleitung**

### **0.1 Anlass und Motivation zu dieser Arbeit**

Es gehört zu den essentiellen Aufgaben der christlichen Seelsorge, sich Kranker und Sterbender anzunehmen und bei ihnen zu sein. Doch was geht in Menschen vor und wie gehen sie mit ihrem Leben um, das von Sterben und Tod bedroht ist? Diese Fragen beschäftigen mich, seitdem ich im Familienumfeld, später im Zivildienst, dann als examinierter Krankenpfleger unter anderem auf einer onkologischen Station und später als Pastor mit sterbenden Menschen konfrontiert wurde.

Ich bin für viele Erlebnisse dankbar, die ich mit Menschen hatte, die mich einfühlsam und behutsam an Personen heranführten, deren Leben bedroht war. Sie waren nicht immer professionell geschult, sie hatten aber ein Herz, um Sterbenden zu begegnen und sie zu begleiten. Doch vor allem waren die Kranken und Sterbenden in all den Jahren meine größten Lehrer. Gleichfalls lernte ich auch von Menschen, die mich ermutigten, es anders zu machen, als sie es mir vorlebten. Unvergessen bleibt mir die Aufforderung einer Krankenschwester, nicht mit einem sterbenden Krebspatienten zu sprechen, da sich dieser in der Verhandlungsphase befände. Es könne nichts für ihn getan werden, er müsse selbst da hindurch kommen, um zur Phase der Annahme seines Todes zu gelangen, man dürfe nicht mit ihm über seine Erkrankung und erst recht nicht über seinen bevorstehenden Tod sprechen. Sie verbreitete Hilflosigkeit, und ich fühlte mich in Zeiten versetzt, die ich glücklicherweise nur aus Erzählungen alter Krankenschwestern kannte, als Menschen zum Sterben in Abstellkammern oder Bäder geschoben wurden, da Sterbende eine Bedrohung für die Lebenden darstellten. Hier wurde indirekt die Angst vor dem Tod, der nach den Lebenden griff, ausgedrückt. Ein anderes erschütterndes Erlebnis hatte ich mit einem Patienten nach einem Abendmahlsgottesdienst am Krankenbett. Als ich das Krankenzimmer betrat, nachdem der Geistliche es verlassen hatte, hörte ich den Patienten nur noch röcheln, um ihm die Atmung zu erleichtern, saugte ich ihn ab. Die Ursache war die Hostie, die seine Atemwege versperrte.

Unsensibilität und Ignoranz gegenüber sterbenden Menschen erlebte ich allzu oft, obwohl Krankenhausseelsorger, Ärzte, Schwestern und Pfleger es mittlerweile besser wissen müssten. Diese Erlebnisse prägen mich bis heute und sind ausschlaggebend dafür, dass ich

mich verstärkt mit dem Bewältigungsverhalten kranker und sterbender Menschen beschäftige, deren Leben durch den bevorstehenden Tod beendet werden soll. Gemeinsam bin ich mit diesen Menschen unterwegs und suche nach Wegen, wie ihnen beigestanden oder geholfen werden kann die letzten Jahre, Monate, Wochen, Tage, Stunden, Minuten und Sekunden ihres Lebens so zu leben, wie sie es sich wünschen, so dass es ihnen dabei gut geht.

Die Publikationen über Sterben und Tod sind unübersichtlich geworden und in den letzten Jahrzehnten ist immer wieder das Phasenmodell von Elisabeth Kübler-Ross der Inhalt dieser Literatur, die dieses Modell über alle weltanschaulichen Grenzen hinweg thematisieren. Elisabeth Kübler-Ross starb im August 2004. Ihr Werk muss gewürdigt werden, denn mittels ihrer Ansätze wurde in der westlich geprägten Welt begonnen Tod und Sterben zu enttabuisieren. Ihr Engagement für Sterbende zeigt sich in den fast zwei dutzend Büchern, die sie schrieb und die in viele Sprachen übersetzt wurden, darüber hinaus rief sie hunderte Hospize ins Leben. Dass heute sterbende Menschen würdevoll betreut werden und sich auf ihren Tod vorbereiten können, ist ihrem Werk zu verdanken.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Theologischen Hochschule Friedensau stieß ich auf neue Zugangswege, um Sterbende zu begleiten. Hier fiel erstmals mein Blick auf das Copingmodell von Richard S. Lazarus. In vielen Wissenschaftszweigen wird mit diesem gearbeitet. Nur in den verschiedenen theologischen Disziplinen ist es bisher noch nicht recht gewürdigt worden. Als Randthema wird Coping z.B. von Klaus Winkler erwähnt, denn ihm erscheint der neue Ansatz,

"(der sich vor allem mit dem Modell des Streßforschers Richard S. Lazarus verbindet und dabei sowohl psychodynamische als auch neuere lern- und entscheidungstheoretische Konzepte integrieren möchte) [...] in sich schlüssig und damit sehr bedenkenswert und anregend. Das trifft vor allem dann zu, wenn er nicht alternativ, sondern ergänzend zum Tragen kommt, neue Fragestellungen eröffnet und damit das poimenische Anliegen innovativ vertritt." (Winkler 1997:444).

In der Krankenpflege oder als Seelsorger u.a. in einer Krebsnachsorgeklinik bin ich immer wieder mit sterbenden Menschen ins Gespräch gekommen, die auch zufrieden starben, selbst wenn sie nicht bis zur Annahme ihres Todes und zur letzten Sterbephase vorgedrungen waren, aber von einem Glauben erfüllt waren, der ihnen Trost und Zuversicht gab.

Wie gehen nun Menschen tatsächlich mit ihrem Tod und Sterben um und was kann Seelsorge in diesem Prozess beitragen? Welchen Einfluss haben die Umgebung und beispielsweise Angehörige? Mit Hilfe des Copingmodells, das ich mit dieser Arbeit in die Seelsorgearbeit einführen möchte, nähere ich mich dieser schon oft besprochenen Thematik von

einer Seite, die dem sterbenden und kranken Menschen die benötigte Freiheit lässt, um seinen Weg zu gehen und die ihr oder ihm die Angebote macht, die der christliche Glaube bereithält.

Dieses in der Theorie abstrakte Modell versuche ich mit dieser praktisch-theologischen Dissertation für die alltägliche Seelsorgearbeit fruchtbar zu machen. Die Pastoraltheologie, für die ich hier in dieser Arbeit schreibe, braucht Modelle und Theorien, die sie unterstützen und ihrer Praxis ein Fundament geben kann.

## **0.2 Aufbau und Methodik dieser Arbeit**

Diese praktisch-theologische Arbeit besteht aus einem theoretischen und einem empirischen Teil. Im ersten Teil werde ich zunächst eine gesellschaftliche Bestandsaufnahme vornehmen, um den Umgang mit Tod und Sterben zu beschreiben. Ich werde anschließend theoretische Modelle zum Prozess des Sterbens darstellen und diskutieren, um darauf ausführlich das Copingmodell zu besprechen und kritisch zu würdigen, dem folgt eine Annäherung zwischen dem Copingmodell und der Seelsorge. Im nächsten empirischen Teil werde ich anhand von geführten Gesprächen das Copingmodell vorführen und seine Bedeutung und Praktikabilität für die Seelsorgearbeit herausstellen. Es interessierte mich hierbei auch wie vielfältig Menschen mit ihrer Situation umgehen, um dann zu fragen, ob Coping im Rahmen der Seelsorgearbeit berücksichtigt werden kann. Hier wird eine theologische Reflexion nötig sein, die biblische und theologische Aspekte betrachten wird.

Es geht mir in dieser Arbeit darum, einen wissenschaftlich begründeten Rahmen für eine Seelsorge an schwer kranken und sterbenden Menschen zu finden, wobei christliche Werte und Traditionen nicht unberücksichtigt bleiben dürfen.

Es stellen sich nun Fragen an die Methodik dieser Arbeit, ob dieses Ziel in einer Seelsorge überhaupt zu erreichen ist? Gerade der Umgang mit kranken und sterbenden Menschen macht deutlich, dass heute die Seelsorge von psychologisch orientierten Therapeuten und Laien beinahe abgelöst worden ist und sie nach meiner persönlichen Beobachtung nur noch eine nebensächliche Rolle besonders im Alltag derjenigen spielt, die mit Krankheit oder Tod Umgang haben. Es sind nicht mehr Seelsorger, sondern Pflegepersonal, Ärzte, Klinikpsychologen oder sonstige Betreuer, die helfen Sinn zu finden, um das Leben mit all seinem Leid besser verstehen zu können. Es haben Werteverstärkungen stattgefunden, die

sich nicht leugnen lassen. Das wird deutlich, wenn die diesbezügliche Literatur betrachtet wird. Theologische Inhalte finden in der breiten Diskussion eher weniger Widerhall, wohl aber Äußerungen anderer Weltanschauungen, was zur Beliebigkeit führt und Menschen in ihrer existentiellen Bedrohung nicht hilft und unterstützt, sondern sie nur ins Chaos führt, statt "Glaubens- und Lebenshilfe" (Veese 1994:1817) zu sein. Trotzdem dürfen andere Wissenschaften nicht außer Acht gelassen werden, sondern müssen m.E. ergänzend hinzugenommen werden, so wie es Thurneysen schon vor über 50 Jahren machte, als er Seelsorge als "Wortverkündigung an den Einzelnen" (Thurneysen 1946:183) definierte. Für ihn ist Psychologie lediglich eine Hilfswissenschaft, die der Seelsorge zuarbeitet. "Die Seelsorge bedarf der Psychologie als einer Hilfswissenschaft, die der Erforschung der inneren Natur des Menschen dient, und die diese Kenntnis vermitteln kann." (:182). Mit anderen Worten dienen andere Wissenschaftszweige der Theologie, um die Mutter zu unterstützen, wobei sie ihr Profil behalten muss, um nicht als ein Angebot auf dem Markt der Möglichkeiten zu verkommen. Dies führt gegenwärtig zu einem gegenseitig befruchtenden integrativen Dialog<sup>1</sup> zwischen Psychologie und Theologie, was ich mit dieser Arbeit ergänzen möchte. Gleichzeitig gehe ich damit über Thurneysen hinaus, denn ich degradiere andere Zweige nicht als Hilfswissenschaften, um sie als Mittel zum Zweck zu benutzen, sondern ich möchte in einen gleichwertigen Dialog eintreten. An dieser Stelle werde ich von Hurding unterstützt, dessen Buch im englischsprachigen Raum weite Beachtung findet. Er ermutigt "to test out the claims of both secular and Christian methodologies – as well as to establish personal thought and practice in the sphere of counselling and psychotherapy." (Hurding 2003:405).

Seelsorge kann ihr eigenes Profil darin finden, wenn sie sich im Gegensatz zum Einzelsetting der Psychotherapie dem gesamten Umfeld zuwendet und den Blick für das Ganze nicht verliert. Der Seelsorger hat die Möglichkeit weiterzugehen, wie ich es in einer Gruppensitzung mit neuen Patienten der Rehabilitationsklinik, in der ich viele meiner Gespräche führte, von einem Psychologen hörte, der empfahl Gespräche mit dem Seelsorger zu nutzen, um eine Welt zu kennen zu lernen, die seiner immanenten Wissenschaft nicht immer zugänglich sei. Hier ist es aber notwendig in einen kreativen und offenen Dialog zu treten, der sich der Vielfalt der Methoden stellt und sich nicht auf einzelne Schulen einschränken lässt.

---

<sup>1</sup> Ich verweise hier beispielsweise auf das Buch: Schlagheck, Michael (Hg) 2001. *Theologie und Psychologie im Dialog über Sterben und Tod*. Paderborn: Bonifatius. Hier diskutieren Wissenschaftler und suchen nach Wegen.

So muss man gleichfalls auch nach dem Proprium der Seelsorge fragen, die sich Anleihen aus der psychologischen Arbeit holt, um solide zu arbeiten und ihr Handeln auch methodisch zu reflektieren.

"Seelsorge geschieht immer auch im Vertrauen auf die für den konkreten Menschen relevante heilende Gegenwart Gottes. Darin mag sie einerseits weniger als Psychotherapie sein, denn Gottes Gegenwart ist letztlich nicht an unsere Methodenbeherrschung gebunden. Aber darin ist sie doch auch mehr als Psychotherapie. Sie ist nicht am Ende, wo therapeutisches Vorgehen sinnlos zu werden scheint." (Ziemer 2000:143)

Bei aller Hilfe, die der Seelsorge geboten wird, ist das Entscheidende der Seelsorge das, was im Glauben liegt.

Mit dieser Arbeit möchte ich den Umgang mit kranken und sterbenden Menschen in einen wissenschaftlichen Diskurs stellen, der an die praktische Arbeit vor Ort angebunden ist. Gleichzeitig stelle ich ein theoretisches Modell vor und biete es an auszuprobieren. "Praktische Theologie ist Werkstattarbeit" (Steck 2001:88), die in eine "Reflexionsarbeit – mit Schleiermacher Worten – 'eine unentbehrliche Praxis durch Theorie ... sicher zu fundieren'" (:89) mündet. Mit anderen Worten es braucht ein reflektiertes theoretisches Gerüst, um praktisch theologisch arbeiten zu können, wobei gerade im Umgang mit Sterbenden und Kranken die bisher bekannten und populären Theorien auf den Prüfstand gestellt werden müssen.

Ich werde mit dieser Arbeit keine grounded theory erstellen, wohl aber aus dem Vollzug der Praxis ein Modell untersuchen, das sich anbietet, um Menschen individuell zu begleiten. Meines Erachtens wird dem Phasenmodell von Elisabeth Kübler-Ross ein solches Gewicht beigemessen, so dass es mir nötig scheint, es zu diskutieren und gleichzeitig über Alternativen nachzudenken, um kranken und sterbenden Menschen Beistand und Begleitung anzubieten. Darüber hinaus möchte ich einen Weg vorstellen, der auf dem theoretischen Hintergrund Menschen praktisch in ihrer existentiellen Lebenssituation unterstützen soll.

In dieser praktisch-theologischen Arbeit untersuchte ich zunächst kritisch das Copingmodell, um es dann ausführlich empirisch zu erproben und herauszufinden, ob und wie es für den pastoralen Dienst nützlich sein kann. So hat diese Arbeit einen ausführlichen theoretischen und praktischen Teil, der in seelsorgerliche Gedankengänge mündet. So soll eine Homogenität zwischen Theorie und pastoraler Praxis aufgezeigt werden.

# **I Theoretischer Teil**

## **1 Sterben und Tod in der gegenwärtigen Diskussion**

Seinem Sterben kann kein Mensch aus dem Weg gehen. Sterben und Tod machen deutlich, dass der Mensch sein Leben nicht festhalten kann und es niemanden abgeben kann. Selbst wenn jemand bereit ist, für einen anderen Menschen zu sterben, so muss der Überlebende einmal selbst sterben. Das Leben und Sterben eines Menschen geht zwangsläufig auf ein Ende zu, das in den Tod mündet. In seinem Buch "Geschichte des Todes" beschreibt Philippe Ariès den "Wandel der zeitgenössischen Einstellungen" (Ariès 1996: 760) und macht darauf aufmerksam, dass sich die Einstellung zu Sterben und Tod im Laufe der Menschheitsgeschichte (:381ff) änderte. Doch nach wie vor ist das eigene Sterben und der eigene Tod ein höchst personaler Akt und fordert uns Menschen heraus, mit diesem bevorstehenden Ereignis umzugehen, es zu bewerten und Entscheidungen zu treffen.

Angehörige, Freunde und die verschiedenen Professionen, die mit einem schwer kranken, sterbenden Menschen zu tun haben, versuchen zwar mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln in das Leben eines Menschen einzugreifen, doch letztlich können sie als Beobachter nur zuschauen, wie sich der gesundheitliche Zustand verschlechtert, der Puls schwächer wird, das Herz zu schlagen aufhört und wie einem letzten Atemzug nur noch ein Aushauchen folgt. Ein Mensch hört auf zu leben.

Der Tod macht zwar alle Menschen gleich, doch was bedeutet das für einen Menschen, um seinen eigenen Tod, sein Vergehen und Nicht-mehr-sein zu wissen bzw. es zu ahnen? In dieser Arbeit soll beschrieben werden, wie Menschen im allgemeinen in der gegenwärtigen westlich geprägten Gesellschaft mit ihrem Sterben und bevorstehenden Tod umgehen, was in ihnen vorgeht, wie sie handeln und reagieren. Verstehensmodelle sollen betrachtet und hinterfragt werden, wobei gleichzeitig Alternativen untersucht werden, die helfen sollen, Sterbende zu verstehen, um eine adäquate seelsorgerliche Begleitung anzubieten. Ich möchte kein Modell gegen ein anderes ausspielen, sondern die Individualität eines jeden Sterbeprozesses aufzeigen und deutlich machen, dass die Sterbebegleitung nicht simplifiziert werden kann. Dazu werde ich gerade das Phasenmodell von Elisabeth Kübler-Ross mit dem

Copingmodell, das Richard S. Lazarus mit seinem Team konstatierte, diskutieren und zunächst die gesellschaftliche Situation analysieren.

In dieser Arbeit soll vor allem danach gefragt werden, wie Menschen Sterben und Tod erleben und wie sie damit umgehen, d.h. wie sie diese existentielle Bedrohung bewältigen. Gibt es folglich ein oder mehrere Modelle oder Hinweise, um Menschen in dieser Situation zu verstehen und sie dabei zu begleiten? Gleichzeitig stellt sich damit die Frage, was ein Begleiter erleben und ob er sich auf bestimmte Verhaltensweisen einstellen kann, um eine Begleitung zu ermöglichen. Diesen Fragen soll im Folgenden nachgegangen werden.

## **1.1 Erleben von Sterben und Tod in der westlichen Gesellschaft**

Sterben und Tod konfrontieren Menschen mit der größten existenziellsten Bedrohung, weshalb unsere Gesellschaft nicht selbstverständlich damit umgeht. Der Tod ist der Feind, der das Sein eines Menschen auslöscht, das Sterben der Weg dorthin.

Lebensbedrohliche Erkrankungen, Sterben und Tod "stören das psychische Gleichgewicht nicht nur der Person, die davon direkt betroffen wird, sondern gleichermaßen das der Gruppe, in der sie lebt." (Huthmacher 1991:7). Menschen gehen mit dieser Bedrohung ambivalent um. Das zeigen die unterschiedlichen emotionalen Äußerungen, wenn sie sich betroffen zeigen, mit Angst reagieren oder ihnen der Tod und das Sterben egal zu sein scheinen. Verschiedene Ausgangspunkte zeigt unsere Gesellschaft, diese heißt es wahrzunehmen, um schließlich Betroffene besser verstehen und begleiten zu können.

### **1.1.1 Ambivalente Einstellungen**

Der Umgang mit der Thematik dieser Arbeit zeigt ein pluriformes Bild. "Das Tabu des Todes ist die letzten Jahre in der Öffentlichkeit gebrochen." (Katona 1996:64), so lautet es einerseits und andererseits wird der Tod tabuisiert "und als etwas Unpassendes möglichst versteckt" (Theis 1996:266). Diese sich scheinbar widersprechenden Aussagen stellen die Lebenssituation dar, in der Menschen ihrem Tod mit ihrem Sterben in unserer Gesellschaft begegnen.

Zeitungen, Zeitschriften, Film und Fernsehen sind voll von Sterbenden und Leichen, um durch den allerletzten Kick Menschen an sich zu binden. Der Tod und das Sterben prominenter Persönlichkeiten, besonders außergewöhnliche Sterbefälle oder Katastrophen werden aufreißerisch verarbeitet. Kinder können ohne Probleme Tausende Morde erleben<sup>2</sup>. Die "Lebenswirklichkeit" (Sporken 1976:12) des Todes wird zu einem dem Leben entfremdeten und verfremdenden Geschehen.

Distanz zu Sterben und Tod wird auch durch die Sprache geschaffen. "Man benutzt schonende Begriffe wie 'entschlafen', 'heimgehen' oder 'dahinscheiden' bzw. vulgär 'verrecken', 'abkratzen'." (Theis 1996:266).

Sterben und Tod werden in unserer Gesellschaft nicht mehr unmittelbar an- und ausgesprochen, sondern auch nicht mehr selbst direkt erlebt, so wurde der Tod aus dem Bewusstsein der Gesellschaft herausgetrennt und in Institutionen verlagert. Der aufgebahrte Tote, von dem die Familie, die Nachbarschaft, Freunde und Verwandte Abschied nehmen, gehört längst der Vergangenheit an. Beerdigungen finden nicht mehr in der Mitte des Dorfes statt, sondern in ausgegrenzten und begrüntem Zonen, die "den Eindruck vermitteln, das Sterben sei Auflösen, Zurückgehen in den Urgrund, Heimgang in den Schoß der Mutter Erde." (Klein 1983:21). Tote dürfen das Leben nicht stören. Sie werden in die Ferne an den Stadtrand überführt und in parkähnlichen Anlagen immer öfter anonym beerdigt und zunehmend auch ohne Trauerfeiern beigesetzt, was ich persönlich im norddeutschen Raum zunehmend erlebe. Tod und Sterben werden heute nach wie vor verdrängt, tabuisiert, banalisiert, bagatellisiert, kommerzialisiert, privatisiert und aus der Öffentlichkeit entfernt, weil der Tod Grenzen aufzeigt und das Machbare der modernen Industriegesellschaft einschränkt (Schmied 1983: 33-41).

"Dem steht auf der anderen Seite ein Zur-Schau-Stellen des Todes in den Medien gegenüber. Verdrängt, privatisiert oder in eine weite Distanz verwiesen und zugleich dem Voyeurismus preisgegeben – ein Widerspruch, der für unser Verhältnis zum Tod bezeichnend ist. Die gängige Meinung ist, man solle sich mit dem Tod nicht einlassen; sonst würde das Leben unerträglich werden. Dagegen steht die christliche Botschaft, die den Tod nicht verleugnet. Für sie ist das Reden vom Tod Reden vom Leben." (Theis 1996:266).

Das Ziel dieser gesellschaftlichen Ausrichtung ist es weniger, neue Tabus aufzustellen oder den allgegenwärtigen und dargestellten Tod zu verdrängen, sondern "sich auf die Unabdingbarkeit des eigenen Sterben-Werdens [...] nicht einzustellen." (Klein 1983:22). Dem

---

<sup>2</sup> "5.000 Fernsehtote sieht der Durchschnitts-Deutsche jedes Jahr. Mehr denn je wird im Fernsehen erschossen, erschlagen, gelyncht und verbrannt. Kinder und Jugendliche sehen vor ihrem 14. Lebensjahr im Fernsehen durchschnittlich 18.000 Menschen sterben" (Hurth 2005).



steht der christliche Glaube gegenüber, der den Tod wahrnimmt und darüber hinausblickt und ihn als zum Leben dazugehörend betrachtet. Der Tod ist für das Christentum, das Werte vermitteln kann, nicht die endgültige Auslöschung des Lebens, sondern Schlusspunkt eines Neubeginns.

Die Scheu gegenüber Tod und Sterben liegt m.E. möglicherweise in mangelnden Erfahrungen und einer gleichzeitig fehlenden emotionalen Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, "d.h. es gehen sowohl quantitative Todeskontakte wie qualitative Todeskontakte verloren, weil die Erfahrung des Sterbens weniger intensiv ist." (Klein 1983:23), was hilflos, wortlos und gefühllos machen kann. Trotz des Bewusstseins um Tod und Sterben wird dieser Komplex nahezu vollkommen ignoriert, weil "Jugendkult und Leistungszwang, in übertriebener Konsumorientierung und hedonistischer Lebenseinstellung, in dem Versuch einer totalen Auslöschung von Leid als Kehrseite des Drangs nach narzisstischer Omnipotenz" (:23) durch Sterben und Tod gestoppt werden können.

Im Gegensatz zu unserer säkularen Gesellschaft hatten die Menschen der vorsäkularen Zeit durch ihren Glauben Raum für das eigene Sterben und für das Sterben anderer, weil sie einen Blick für das Danach hatten, für ein Leben im Jenseits (Schweidtmann 1991:23). Dieser Blick war für sie umso leichter, je schwerer ihr diesseitiges Los war.

Die Diesseitsbezogenheit des säkularen Menschen findet in der Gegenwart ihr Glück. Eine über den Tod hinausgehende Dimension wird negiert oder diffus umschrieben. "Das Interesse der Öffentlichkeit konzentriert sich fast ausschließlich auf das Sterben, auf die Möglichkeit, es ohne Angst, ohne schreckliche Schmerzen als einen natürlichen Vorgang zu akzeptieren oder doch hinzunehmen." (Meyer 1981:4).

Die unwiderrufbare Trennung von einem geliebten Menschen durch den Tod ist ein großes Problem zwischen den Sozialpartnern und wird so sehr gefürchtet, "daß sie im Falle seiner lebensbedrohlichen Erkrankung frühzeitig die Kommunikation mit ihm abbrechen [...]. Deshalb vereinsamen Sterbende oft [...] und fürchten gerade den sozialen Tod in der Regel mehr als den physischen [...]." (Huthmacher 1991:7). Dies betrifft den Teil unserer Gesellschaft, der Sterben und Tod ausklammert und tabuisiert.

Ein anderer Teil der Öffentlichkeit interessiert sich sehr stark für die Thematik. Eine Fülle von Radio-, Fernsehproduktionen und weiteren medialen Publikationen flutet in und durch unsere Gesellschaft, wobei vor allem die Problematik der Sterbehilfe und die Fragen nach den Grenzen der modernen Medizin in den Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion gestellt werden.

Entscheidenden Einfluss für das öffentliche Bewusstsein hatte Elisabeth Kübler-Ross mit ihren Büchern seit Ende der 60er in den USA und zu Beginn der 70er Jahre in Deutschland. Es entstand eine Bewegung kreuz und quer durch alle sozialen Schichten, Wissenschaften und Parawissenschaften. Ihnen geht es darum, den Tod und das Sterben zu enttabuisieren oder zu besiegen (Engelke 1980:16) und dem Menschen beim Verstehen der Todes- und der Sterbeproblematik behilflich zu sein. Darüber hinaus entstand aus den bedrückenden Mängeln in Pflegeheimen und Krankenhäusern im Umgang mit Sterbenden die Hospizbewegung, die sich an dem Vorbild der Sterbekliniken und Hospize orientierten, die in England von Cicely Saunders initiiert wurden.

Unsere Gesellschaft scheint sich ambivalent zwischen der Beschäftigung, Tabuisierung und Verdrängung mit Tod und Sterben zu bewegen. "Durch die gegenwärtigen Formen im Umgang mit dem Tod ist ein kulturelles und religiöses Vakuum entstanden. Die Sinngebung durch religiöse Rituale, Symbole und soziales Verhalten, die als Antwort auf Sterben und Tod [...] dienen, verliert immer mehr an Bedeutung." (Theis 1996:273) und setzt m.E. Betroffene der Hilflosigkeit aus.

Das beschriebene ambivalente Verhalten unserer Gesellschaft erstreckt sich auf das gesamte Lebensumfeld eines kranken und sterbenden Menschen und beeinflusst auch sein soziales Umfeld.

### **1.1.2 Sterben im sozialen Umfeld**

Sterben ist ein allumfassendes Geschehen, das den Menschen körperlich, geistlich, geistig und sozial betrifft. Dem körperlichen Tod geht oft der soziale Tod voraus. Körperliche und geistige Fähigkeiten lassen durch zunehmendes Alter oder Krankheit nach. Dies desintegriert Menschen von der Arbeitswelt, dem Freundeskreis und weiteren bisherigen Kontakten. Die soziale Situation ist "durch Einsamkeit und Isolation gekennzeichnet" (Pastoors 1992:67). Der Verlust der Arbeit durch Arbeitsunfähigkeit, der abnehmende gesundheitliche Zustand oder die Pflegebedürftigkeit stehen als Wegweiser zum sozialen Tod. "Durch die Lösung aus sozialen Bindungen wird der einzelne zum isolierten und auf sich zurückgeworfenen 'homo clausus' [...], stirbt ebenso allein und fremdbestimmt, wie er gelebt hat." (Huthmacher 1991:8).

### 1.1.2.1 Selten erlebtes Sterben

Sterben wird heute selten persönlich miterlebt, so dass kein persönlicher Kontakt zu sterbenden Menschen mehr gepflegt wird oder selbst direkte Berührungen von Toten ausbleiben. Die Entwicklungen in der Industrie, der Landwirtschaft, der höhere medizinische Standard (Senkung der Säuglingssterblichkeit, erfolgreiche Bekämpfung von Infektionskrankheiten), bessere Wohnverhältnisse, Ernährung, Hygiene, besserer Umweltschutz und Unfallschutz sind wohl die wichtigsten Parameter, die das Durchschnittsalter seit der Mitte des vorletzten Jahrhunderts steigen ließen und das Sterben selten gemacht haben. Die Sterblichkeit gerade jüngerer Menschen sinkt durch die erwähnten Faktoren, die "ein längeres Leben ermöglichen bzw. das Sterbealter immer mehr in Richtung des 'biologischen Maximums' von 95 bis 100 Jahren verschieben." (von Laer 1992:46).

Aus drei Gründen erleben Menschen erst im Erwachsenenalter Sterben und Tod durch eigene Erfahrungen:

"Erstens werden die Menschen immer älter [...]. Zweitens sind die Verwandtschaftskontakte durch die moderne Lebensform der Klein- oder Kernfamilie, inzwischen durch noch weitergehende individualisierte Lebensformen (Singletum) so weit verringert, daß die Erfahrungsmöglichkeiten von Sterben und Tod schon allein dadurch weniger geworden sind. [...]Der dritte Grund für die geringe Erfahrbarkeit des Sterbens und des Todes im Leben ist ein medizinisch-organisatorischer. Das Sterben wurde im Laufe der letzten Jahrzehnte zunehmend in die Klinik verlagert. Die Hälfte bis Zweidrittel der heutigen Todesfälle ereignen sich im Krankenhaus [...]. Und das Sterben in der Klinik ist weitgehend anonym und einsam, findet immer seltener im Kreis der Angehörigen statt." (Schwarz 1988:274).

In unserer heutigen Gesellschaft werden immer weniger Kinder geboren, die aber ein höheres Lebensalter erreichen werden. Dies führt zu seltenerem Erleben von Sterben in einer Familie. In den gegenwärtigen Strukturen wird nur noch alle 10 bis 15 Jahre ein Sterbefall in einer Familie erlebt. Wenn Krankheit, Sterben und Tod häufiger das eigene Erleben konfrontierten, könnten Menschen eher auf Sterben und Tod – möglicherweise auch auf das eigene Sterben – einer ihnen nahe stehenden Person vorbereitet werden. "Je weniger indes Angehörige auf Sterben und Tod einer nahestehenden Person vorbereitet sind, desto größer ist die Gefahr, daß sie mit Angst und Ablehnung darauf reagieren." (Huthmacher 1991:12). Das ist ein Fakt, der auch den Umgang mit dem eigenen Sterben beeinflusst.

### **1.1.2.2 Langes Sterben**

"Das Krankheitsspektrum in den Industrienationen verschiebt sich zunehmend von den akuten zu den chronischen Krankheiten." (Huthmacher 1991:9). Die zunehmenden verbesserten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der modernen Medizin lassen den Tod bei progredienten und unheilbaren Krankheiten hinauszögern. Seuchen, Epidemien oder der Hungertod treten in den modernen Industrienationen immer seltener auf. Eine weitere Bedingung für ein langes Sterben ist eine Pflege, die dem Leben und seiner Verlängerung eine hohe Wertschätzung gegenüber vertritt.

"Galt in früheren Zeiten die Seelsorge als die angemessene Reaktion auf die Feststellung des Sterbens, so ist es heute mehr und mehr die 'Leibsorge'. [...] Selbst bei Patienten, die man aufgegeben hat, werden alle technischen Möglichkeiten eingesetzt, um sie möglichst lange am Leben zu erhalten." (Schmied 1988:23).

Unsere Gesellschaft hat Institutionen geschaffen, in denen das lange Sterben gelebt und gepflegt wird, womit die Konfrontation mit dem Tod hinausgeschoben, verzögert und in Institutionen verschoben wird.

Menschen fürchten sich immer mehr vor einem langen Sterben, denn mit langem Sterben werden Schmerzen, Einsamkeit und langes Leiden verbunden (Schmied 1988:21).

### **1.1.2.3 Hospitalisierung des Sterbens**

Sozioökonomische Faktoren haben in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass die Hospitalisierung von Sterbenden zugenommen hat. "Der Tod im Krankenhaus ist sowohl eine Konsequenz des Fortschritts der ärztlichen Techniken der Leidenslinderung als auch der materiellen Unmöglichkeit, sie unter den heute üblichen Bedingungen zu Hause anzuwenden." (Ariès 1996:748). Ein in der Bundesrepublik umfassendes Sozialversicherungssystem mit der Kranken- und der Pflegeversicherung machen Sterbenden eine Klinik als auch einen Heimaufenthalt möglich und finanzierbar.

Die Verlagerung des Sterbens in Krankenhäuser und Heimen bedingt eine Vereinsamung und Verheimlichung des Sterbenden. Sterben wird aus der Lebensgemeinschaft herausgetrennt. Angehörige sind auf Grund der Konstellationen der Kleinfamilie und persönlicher Kompetenzen mit der Betreuung Sterbender überfordert und delegieren diese an professionelle Helfer.

Der Wunsch, zu Hause sterben zu können, wird den meisten Sterbenden leider nicht gewährt. "In Nordrhein-Westfalen starben zwischen 1990 und 1992 im ländlichen Bereich ca. 60%, im städtischen Bereich bis zu 90% (städtischer Ballungsraum) der Verstorbenen in klinisch-pflegerischen Einrichtungen." (Rest 1992:75). Die zunehmend entstehenden Hospize, die speziell Sterbende als Gäste aufnehmen, erweisen sich als kostspielig, so dass meine Erfahrung zeigte, dass häufig finanziell potente Gäste sich einen solchen Pflegeplatz leisten konnten. In Hospizen zu sterben, könnte sich durch den finanziellen Druck der Einrichtungen als Sterben erster Klasse entwickeln.

Verschärfend kommt nach meinen persönlichen Erfahrungen hinzu, dass Ärzte zwar Verwandte über den Krankheitszustand informieren, die Sterbenden aber aus fürsorglichen Gründen über ihre Situation und ihren Zustand unzureichend aufgeklärt bleiben, obwohl sie über ihre infauste Prognose informiert sein möchten bzw. bereits erahnen, was mit ihnen geschieht. Solche Sprachlosigkeit, die durch die Umgebung gefördert wird, und die Ungewissheiten unterstützen Ängste, die ein Mensch vor seiner Lebensbedrohung erlebt und bringen manchmal für die Umwelt unverständliche Reaktionsweisen hervor.

### **1.1.3 Angst vor Sterben und Tod**

Der Tod bedroht den Menschen in seiner gesamten Existenz vor dem Ausgelöschtsein. Die Konfrontation mit ihm und dem Sterben mahnt unser Leben an, dass mit dem Tod unseren Möglichkeiten unser Leben zu gestalten, zu genießen, Ziele zu setzen und zu erreichen, ein Ende gesetzt wird.

"Die Konfrontation mit dem bevorstehenden Tod ist eine extreme Streßsituation, in denen Patienten gleiche oder ähnliche Reaktionen zeigen wie in anderen streßvollen Lebenssituationen; erworbene Bewältigungsmechanismen für Verlusterlebnisse spielen hier eine entscheidende Rolle [...]" (Schmelting-Kludas 1988:784) und stellen den Menschen seinen Ängsten gegenüber.

"Auch wenn wir den Tod verdrängen oder verleugnen, er ist da und unser Fühlen, Denken und Handeln wird von ihm beeinflusst." (Ochsmann 1993:115). Ein tabuisierter und Angst machender Umgang mit dem Sterben und dem Tod wird durch das Bewusstsein des eigenen Todes angetrieben. "Die Idee des Todes und die damit verbundene Angst treibt den Menschen an; sie motiviert ein Verhalten, das hauptsächlich der Verleugnung des Todes dient. Die Angst vor dem Tod liegt in der existentiellen Situation des Menschen begründet."

(:115) und unterscheidet ihn vom Tier, wenn er die Vernichtung seiner Lebensziele realisiert und das Ende aller Möglichkeiten zu empfinden, zu denken, zu lieben und zu leben wahrnimmt und gleichfalls sich mit der Frage nach seiner Zukunft auseinandersetzt. Darüber hinaus wurzelt die Angst u.a. auch darin, dass das Leben und dessen Integrität beeinträchtigt werden von "unstillbarem körperlichen Leiden, das dem Tod vorausgeht, [...] dem Verlust an Würde und Selbstwert in dieser Zeit oder auch vor der Isoliertheit und Abhängigkeit." (Student 2004a: 36). Ohne das Sterben selbst erlebt zu haben, nimmt der denkende Mensch die Zukunft vorweg und setzt sich mit seinem Sterben auseinander. Einerseits will der Mensch leben und führt einen enormen Überlebenskampf, andererseits wird er immer wieder mit seinem und dem Tod anderer konfrontiert.

"Dies geschieht insbesondere immer dann, wenn wir im Alltag mit dem Themenbereich von Sterben, Tod und Trauer konfrontiert werden. – Und dann prallen diese beiden Kräfte mit enormer Gewalt aufeinander [...] Der Aufeinanderprall dieser gegensätzlichen Impulse erzeugt in uns eine abgrundtiefe Angst – eine Angst, die bisweilen so groß ist, dass sie sich nur bewältigen lässt, indem wir sie tief in unserem Inneren vergraben." (Student 2004a: 37)

Diese Angst setzt den Menschen unter einen enormen Druck, den es zu bewältigen gilt. Bevor es nun darum geht mit der Angst umzugehen, muss diese wahrgenommen werden.

In der Literatur wird Angst differenziert betrachtet. Es wird die Angst vor dem eigenen Tod, die Angst vor dem Tod anderer Menschen, die Angst vor dem eigenen Sterben, die Angst vor dem Sterben anderer Menschen unterschieden.<sup>3</sup>

### **1.1.3.1 Angst vor dem eigenen Tod**

Die Angst vor dem eigenen Tod bezieht sich darauf, dass die eigene Person irreversibel ausgelöscht und vernichtet wird, dass alle innerweltlichen Beziehungen beendet werden und es unmöglich ist, das eigene Leben mit Aktivitäten zu füllen und zu gestalten. Sie ist bestimmt von der Invitalität des Menschen.

Diese Angst kann sich auch auf ein Danach oder Nachher beziehen: "die Angst vor der Bestrafung durch Gott (Jüngstes Gericht) [oder Abweisung durch Gott und damit die Vernichtung des Menschen durch Gott, Anm. G.M.], die Angst vor dem Unbekannten, auch die

---

<sup>3</sup> Vgl. Wittkowski 1978 und Wittkowski 1990. In beiden Büchern stellt Wittkowski empirische Beiträge zusammen und sehr ausführlich und übersichtlich dar, wobei in seiner Darstellung ein allgemein gesellschaftlicher und kultureller Überblick zu kurz kommt, sein Überblick wurde von anderen Autoren übernommen. Lückert 1981:7-9; Rest 1989: 78-79.

Angst bzw. Sorge um das Schicksal zurückgebliebener Angehöriger" (Lückert 1981:7) und als Angst vor dem kommenden Unbekannten. Hinzu kommen Schuld und Unerledigtes zur Angst vor Strafe im Jenseits durch die Vorstellung, dass Unbereinigtes bestraft wird.

Die Angst vor dem Tod ist auch eine Trennungsangst des Betroffenen von den Weiterlebenden allein gelassen bzw. vergessen zu werden. "Der größte Schmerz und zugleich die größte Angst bei Sterbenden richtet sich oft auf das Alleinsein; deshalb ist Sterbensangst manchmal ein Abwehrmechanismus gegenüber den vielen Trennungen des Lebens, also *Trennungsangst*." (Rest 1989:78). Der Tod trennt den Menschen von Beziehungen, Dingen, Ideen, Vertrautem, Lieb gewordenem, Materiellem und Ideellem, die los- und zurückgelassen werden müssen. Diese Trennungen machen einsam, isolieren und ängstigen.

Die Angst vor dem eigenen Tod ist eine absolut existentielle Angst, die das Leben in höchstem Maße bedroht und die der Verlust- und Vernichtungsangst aus frühester Kindheit als Reaktion auf extreme Bedrohungen entspricht, wenn keine genügenden Erfahrungen der mütterlichen Verlässlichkeit gemacht wurden (Pastoors 1992:72).

### **1.1.3.2 Angst vor dem Tod anderer Menschen**

Diese Angst richtet sich auf den Tod anderer Menschen und den Verlust persönlicher Bindungen und Beziehungen zu diesen anderen Menschen. Diese sterbenden oder verstorbenen Menschen gaben Impulse, Anregungen, von ihnen gingen Aktivitäten aus. Ihr Tod kann im Zusammenhang mit dem Fortfall eigener Ziele und Lebensinhalte stehen.

Die Angst vor dem Tod anderer Menschen steht auch im Zusammenhang mit der Angst vor Toten allgemein. Der Anblick einer Leiche verweist den Betrachter auf seinen möglichen eigenen Tod. Tote erinnern an die individuelle persönliche Auslöschung (Wittkowski 1978:64-65). Tote können auch mit mystischen und mythischen Vorstellungen in Verbindung gebracht werden, die durch Medien, Filme und Bücher wieder en vogue sind.

Ferner können Erfahrungen, die einmal mit dem Tod gemacht worden sind, traumatisch sein, so dass ein solches Erlebnis, um es zu bewältigen, verdrängt oder unterdrückt wird. So kann der ausgegrenzte Tod auch gerade im Angesicht des Todes beängstigen.

### **1.1.3.3 Angst vor dem eigenen Sterben**

Angst vor dem eigenen Sterben kann seinen Auslöser in der Vorstellung des eigenen Leidens, der eigenen Verwirrtheit, Bewusstlosigkeit, der eigenen Schmerzen und der Prozesse, die im Verlauf des wirklichen Sterbens erlebt werden können, finden. Hilflosigkeit, Abhängigkeit und der Verlust an Würde spielen eine Rolle. Es ist eine Angst nicht mehr Herr seines Lebens zu sein und auf andere Menschen angewiesen zu sein, nicht mehr sein eigenes Leben selbstbestimmt zu gestalten, sondern fremdbestimmt gestaltet zu werden.

### **1.1.3.4 Angst vor dem Sterben anderer Menschen**

In der Angst vor dem Sterben anderer Menschen ist die Angst vor dem stellvertretenden Leiden bzw. Mitleiden und der Unsicherheit und Hilflosigkeit im Umgang mit sterbenden, schwer kranken und alten Menschen zu finden (Wittkowski 1978:66).

Die Bedeutung dieser Angst liegt in den Beziehungen zwischen Sterbenden und Begleitenden, d.h. Seelsorgern, Pflegenden und Ärzten.

### **1.1.3.5 Angst unterstützende beeinflussende Faktoren**

Ängste machen Menschen hilflos, weil sie sich der bewussten Steuerung entziehen, weshalb ein Mensch einen Weg finden muss, um mit den Ängsten umgehen zu können.

Die Angst vor dem Tod und Sterben ist ein "multidimensionales Konstrukt" (Wittkowski 1990:78) und kann durch verschiedenste Ängste auftreten: als Angst vor Demütigung und Erniedrigung im Prozess des sozialen Sterbens; als Angst vor Verlust persönlicher Würde durch Verletzung der Intimsphäre und die Abhängigkeit von Dritten bei Verrichtungen und Entscheidungen; als Angst vor Einsamkeit; als Angst vor Aufgabe wichtiger Ziele im Familiären, Beruflichen oder Gesellschaftlichen; als Angst vor den Folgen des eigenen Todes für die Angehörigen im sozialen und wirtschaftlichen Gefüge der Familie; als Angst vor Bestrafung im Jüngsten Gericht; als Angst vor dem Unbekannten und der Nichtexistenz für Menschen ohne Glaube an ein Weiterleben; als Angst vor der Vernichtung des eigenen



Körpers; als Angst vor dem Tod anderer Menschen; als Angst vor Toten bzw. den Merkmalen einer Leiche (: 79).<sup>4</sup>

Diese Merkmale lassen den Menschen zu unterschiedlichen Abwehrformen greifen, um seine Lebenssituation bewältigen zu können.

Die Angst vor Tod und Sterben ist von verschiedenen Faktoren abhängig (Lückert 1981:7-9; Wittkowski 1990:90-100).<sup>5</sup>

### **1. Biologische Merkmale:**

Alter (zwischen 50 und 60 erhöhte Angstbereitschaft; bei Kindern, Jugendlichen und Betagten weniger).

Geschlecht (Männer befassen sich intensiver mit Tod und Sterben und haben weniger Angst als Frauen, die sich aber emotional mit der Thematik beschäftigen).

Gesundheitszustand (bei längerer Krankheit werden Lebenskräfte und Angstintensität geschwächt).

### **2. Sozio-demographische Merkmale:**

Beruf (auch Risikotätigkeiten), Hobby, Ausbildungsniveau, Einkommen, Wohngegend spielen eine untergeordnete Rolle.

### **3. Psychische Merkmale und Persönlichkeitsmerkmale:**

Psychopathologische Faktoren, erhöhte Angstbereitschaft, verminderte Lebenszufriedenheit und emotionale Labilität erhöhen die Angst vor Sterben und Tod.

### **4. Christliche Religiosität:**

Personen mit einem mittleren Intensitätsgrad religiöser Überzeugung zeigen starke Angst vor Tod und Sterben, Personen mit schwacher oder starker religiöser Überzeugung zeigen weniger Angst.

Religiöse Menschen zeigen die gleichen Ängste wie nicht-religiöse. "Wir können uns dies damit erklären, daß Todesangst sehr Verschiedenes bedeuten kann: Verlustangst, Trennungsangst, Angst vor dem Unbekannten." (Lückert 1981:8)

---

<sup>4</sup> Diese Darstellung von Ängsten, die mit dem Tod zusammenhängen soll lediglich eine intuitive nicht abgeschlossene Darstellung von Merkmalen des Bereiches Tod und Sterben sein.

<sup>5</sup> Hier sind mehrere Untersuchungen zusammengefasst, die Angst vor Tod und Sterben in Kategorien einordnen und katalogisieren. Dies verschafft einen Überblick, doch werden diese Kategorien der Wirklichkeit nicht immer gerecht. Deshalb erfolgt hier der Ruf nach weiteren, notwendigen, differenzierten und gesicherten Erhebungen, die die Individualität des vom Tod bedrohten Menschen sichern und ihn auf seinem Lebensweg begleiten, was diese Arbeit leider nicht umfassend leisten kann. Solche Einordnungen sind lediglich als Hilfsmittel zu betrachten.

### **1.1.3.6 Annäherung an die Angst**

Sterbebegleitung muss die beschriebenen Konflikte wahrnehmen und lernen in angemessener Art und Weise damit umzugehen. Zu diesem Verständnis soll diese Arbeit einen Beitrag leisten, wenn es darum geht, schwer kranken und sterbenden Menschen beizustehen und deren Ängste zuzulassen und ernstzunehmen, worauf im letzten Teil dieser Arbeit spezifisch eingegangen wird. Ängste werden den Tod oder eine Krankheit nicht aufhalten, hingegen halten sie das Leben eines Menschen auf und hindern ihn, sich zu entfalten.

Es darf und kann nicht das Ziel einer Begleitung sein, angstfrei zu werden oder zu machen, wohl aber kann der Begleiter lernen mit seiner Angst vor dem Tod umzugehen. Dadurch wird er einen respektvollen und gelassenen Umgang mit den Gefühlen und Reaktionen des Sterbenden lernen.

Vor der Zuwendung der Angst anderer steht deshalb zu allererst die Begegnung mit den eigenen Ängsten, um diese kennen zu lernen und sie ins eigene Leben zu integrieren, d.h. die Angst anzunehmen, um ihre Muster aufzudecken und ihr keine Macht im Leben einzuräumen. Deshalb ist eine sorgfältige Vorbereitung und Ausbildung für die Sterbebegleitung unerlässlich, um sich selbst zu erkennen und zu verstehen, wie Menschen mit der Lebensbedrohung durch den Tod umgehen.

### **1.1.4 Gleichgültigkeit gegenüber Sterben und Tod<sup>6</sup>**

Neben der Angst gegenüber Sterben und Tod lässt sich auch Gleichgültigkeit erkennen. Menschen nehmen weder positiv noch negativ Stellung, sie versuchen neutral zu bleiben.

Eine solche Reaktionsweise lässt sich als "passives Akzeptieren" (Wittkowski 1978:147) bezeichnen bzw. als Ignoranz dem Sterben und Tod gegenüber. Hier stellt sich die Frage, ob diese Gleichgültigkeit nicht als Flucht, Verdrängung oder Vermeidung vor der Realität des Todes zu sehen ist, somit wäre Gleichgültigkeit ein "Ausdruck von Abwehr" (:148).

---

<sup>6</sup> Diese Reaktionsweise ist bisher kaum untersucht worden. Sie scheint mir aber von Menschen auszugehen sein, die den Tod zwar als unvermeidbare Größe betrachten, sich aber nicht beunruhigen lassen möchten. Die vorliegenden Untersuchungen bedürften noch weiterer und genauerer Messmethoden.

### **1.1.5 Akzeptanz von Tod und Sterben**

Akzeptanz von Sterben und Tod ist ein "aktiver Vorgang, der entweder in rational-determiniertem, meist pessimistisch-depressivem Bejahen oder in positiv erlebtem Herbeisehnen bestehen kann, stets aber Zustimmung ohne Beteiligung von Ignorieren oder Negieren bedeutet." (Wittkowski 1978:149). Der Tod wird hierbei als eine Notwendigkeit hingenommen durch depressives oder durch emotions- und affektfreies Akzeptieren, oder als angenehm positiv akzentuierte Befindlichkeit erlebt (Kübler-Ross 1992:77-93), z.B. als Ende eines schmerzhaft, beschwerlich und qualvoll durchlebten Lebens.<sup>7</sup>

Ein Mensch kann bei seinem Erleben von Tod und Sterben akzeptieren und gleichzeitig Angst haben, das werden die später folgenden Gespräche zeigen, somit werden die Aussagen von Wittkowski und Kübler-Ross ein Stück weit relativiert.

Soziodemographische Faktoren spielen eine wichtige Rolle, so scheinen ältere Menschen gegenüber Tod und Sterben eher eine bejahendere Haltung einzunehmen als relativ junge Menschen (Wittkowski 1990:116). Ebenso wirken sich Glaube und Alter auf die Akzeptanz von Tod und Sterben aus, genauso wie der Faktor Lebenszufriedenheit. "Personen im mittleren Lebensalter, die in starkem Maße an Gott glaubten, neigten eher zu einer bejahenden Haltung gegenüber Tod und Sterben; Personen, die sich als schwach religiös schilderten, ließen eher fehlendes oder schwach ausgeprägtes Akzeptieren erkennen." (:113). Ältere Personen mit einer religiösen Ausrichtung nähern sich eher akzeptierend Tod und Sterben. "Jene Betagten, die sich in ihren Lebensumständen wohl fühlten, äußerten häufiger eine bejahende Haltung mit Blick auf die Endlichkeit ihres Daseins." (:115).

Ein Gleichgewichtszustand von Akzeptanz und Ablehnung, d.h. eine Koexistenz gegensätzlicher Reaktionen, könnte eine Möglichkeit sein, um das Anpassungsvermögen Schwerkranker zu erhöhen, damit sie ihr Leben positiver gestalten könnten.

### **1.1.6 Zusammenfassung**

Das Verhältnis des Menschen in unserer Zeit zu Sterben und Tod ist ambivalent und vielfältig. Sterben und Tod sind allgegenwärtig und begegnen uns täglich an vielen Orten. Es wur-

---

<sup>7</sup> An dieser Stelle sollte auch das Märtyrertum oder der Suizid erwähnt werden, die den Tod akzeptierend hinnehmen.

de wohl selten über den Tod und das Sterben soviel gesprochen wie in unserer Zeit, dabei wird jedoch die Lebenswirklichkeit des Todes verzerrt dargestellt.

Trotzdem scheinen Sterben und Tod aus dem Bewusstsein der modernen Gesellschaft weitestgehend ausgeklammert, denn der Mensch wird durch sie, in seiner Lust zu leben, gestoppt und in Frage gestellt, weil sie ihm seine eigene Endlichkeit vor Augen halten. Andererseits entstehen Hospize, beschäftigen sich Menschen mit der Thematik und stellen sich dem Sterben und dem Tod anderer Menschen.

Das Sterben löst den Menschen aus seinem sozialen Umfeld heraus, und er stirbt einen sozialen Tod vor seinem physischen Tod. Menschen erleben den Tod heute nur noch sehr selten und wenn er miterlebt wird, dann ist dieser Tod ein langer Tod, der in Institutionen verlagert worden ist.

Der Tod bedroht Menschen nicht nur körperlich, sondern auch geistig, geistlich und sozial. Diese Bedrohung liegt in einer existentiellen Trennungs-, Verlust-, und Vernichtungsangst. Traumatische Erfahrungen mit dem Tod, dem Leiden und dem Verlust anderer Menschen rufen Ängste vor dem Tod und dem Sterben hervor, die den Menschen unter sehr großen Stress stellen.

Neben der Angst gegenüber dem Sterben und dem Tod kann auch Ignoranz vor Sterben und Tod erlebt werden, die aber eher Ausdruck von Abwehr ist.

Ein Mensch, der seinen Tod und sein Sterben akzeptiert und bejaht, kann auch gleichzeitig Angst verspüren. Die Akzeptanz ist dabei ein aktiver Vorgang, der von soziodemographischen Faktoren beeinflusst werden kann.

Sterben und Tod stellen Menschen unter eine große Belastung und Bedrohung, womit sie umgehen müssen. Wie Menschen diese Gefühle, Ängste und auch Akzeptanz bewältigen und bearbeiten, soll in den nächsten Kapiteln differenziert dargestellt werden.

## **1.2 Sterben in phasenartigen Verläufen**

Wer mit Sterbenden zu tun hat, macht neben den oben beschriebenen Faktoren viele Beobachtungen. Der Versuch diese zu strukturieren und zu systematisieren, führte zu den unten beschriebenen Modellen. Mit diesen Möglichkeiten versuchte man schwer kranke und sterbende Menschen verstehen zu lernen, statt fassungs- und hilflos neben ihnen zu verweilen oder lediglich medizinisch, pflegerisch oder anderweitig professionell an ihnen zu agieren.

Diese Modelle und gerade das von Elisabeth Kübler-Ross fand in helfenden Menschen einen großen Widerhall, die nach den Katastrophen des 20. Jahrhunderts und der Konfrontation mit tausendfachen Sterben in den 60er Jahren begannen, sterbende Menschen wahrzunehmen. Elisabeth Kübler-Ross, die zur "»Stammutter« der modernen Sterbebegleitung" (Cardinal 2005:69) hochstilisiert wurde, stieß auf das Bedürfnis einer Öffentlichkeit, "die darunter litt, dass Sterben immer mehr anonymisiert und in Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen verbannt wurde." (:69). Sie bot mit ihrem Phasenmodell ein einfaches Hilfsmittel an, mit dem Sterbende begleitet werden sollten, wobei Sterbebegleitung zur damaligen Zeit noch weitestgehend ein Tabuthema war.

Heute gehört es zum Ausbildungsstandard von in der Medizin, Pflege, Psychotherapie und Seelsorge Tätigen die verschiedenen Phasenmodelle rezipieren zu können. Weshalb mir ein kritischer Dialog unerlässlich erscheint, um auch Raum für weitere Möglichkeiten anzubieten, um Kranke und Sterbende verstehen zu lernen und sich nicht nur einseitig auf ein populäres Modell zu stützen.

### **1.2.1 Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross und Paul Sporken**

Die 2004 im Alter von 78 Jahren verstorbene Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross formulierte erstmals Gesetzmäßigkeiten, die halfen den vielschichtigen Sterbeprozess in Worte zu fassen und den Menschen, die Sterbende begleiten, vor allem Pflegepersonal in Krankenhäusern und Heimen ein Hilfsmittel an die Hand gab, das das Verständnis für sterbenden Menschen unterstützte. Dies machte sie mit einer einfachen und allseits verständlichen Sprache, was die Popularität des Modells unterstützte, so dass auch psychiatrisch ungebildete Menschen sich an der Hand von Elisabeth Kübler-Ross sicher fühlen durften, wenn sie Sterbende begleiteten.

**Elisabeth Kübler-Ross** schaffte es, das öffentliche und wissenschaftliche Interesse auf die Situation und die Bedürfnisse Sterbender zu lenken und das Thema Sterben aus einer Tabuzone herauszuholen. In diesem Zusammenhang sind ihre Verdienste unbestritten und hoch zu würdigen.

Die Sterbephasen sollen als Grundlage für die psychosoziale Unterstützung des Sterbenden dienen und verlaufen in fünf Phasen<sup>8</sup>:

Nichtwahrhabenwollen und Isolierung

Zorn

Verhandeln

Depression

Zustimmung

Elisabeth Kübler-Ross betont, dass diese Phasen der Mensch "durchzumachen hat" (Kübler-Ross 1992a:94). Die von ihr dargestellten Erlebnis- und Verhaltensweisen wirken unterschiedlich lange "lösen einander ab, existieren aber auch nebeneinander" (:94). Zu diesen Phasen gehört für sie ebenfalls Hoffnung z.B. auf ein neues heilbringendes Medikament. Diese kann während jeder Phase den Patienten begleiten, hilft ihm über schwierige Zeiten hinweg und versetzt ihn in die Lage, sein schwaches Leben aufrechtzuerhalten und "bei Verstand zu bleiben" (:95).

**Paul Sporken**, ein niederländischer Theologe, schließt sich den Phasen von Elisabeth Kübler-Ross an und erweitert diese. Er vermeidet es, von Phasen zu sprechen, stattdessen redet er von Gefühlen und ist der Ansicht, "daß die Phasen oft völlig durcheinander, aber manchmal tatsächlich in der erwähnten Reihenfolge verlaufen." (Sporken 1992:65). Die Phasen sind für ihn lediglich Hilfen, um Reaktionsweisen Sterbender besser verstehen und angemessener darauf reagieren zu können. Sporken erweitert die fünf Phasen um drei weitere, die er diesen voranstellt<sup>9</sup>:

Unwissenheit

Unsicherheit

Implizite Leugnung

Er machte in der Beschreibung seiner Phasen ähnliche Erfahrungen wie Elisabeth Kübler-Ross.

---

<sup>8</sup> Diese Phasen wurden schon so häufig näher beschrieben, dass ich an dieser Stelle darauf verzichten möchte diese näher zu beschreiben, bzw. möchte ich auf Kübler-Ross selbst verweisen (Kübler-Ross 1992a).

<sup>9</sup> Diese Phasen sind ebenfalls ausführlich in der Literatur beschrieben, so dass ich an dieser Stelle auf Sporken (Sporken 1992:64-77) verweisen möchte und ebenfalls auf nähere Erläuterungen verzichten möchte.

### 1.2.2 Weitere Phasenmodelle

Neben den oben genannten Konzepten entwarfen weitere Autoren Modelle. Zwei Phasenmodelle sollen vorgestellt werden, die jeweils drei Phasen unterscheiden.

**E. Mansell Pattison** (Wittkowski 1990:125-126) entwickelte 1977 ein Modell, das Sterben als Krise umschreibt. Vom Wissen um den nahe stehenden Tod bis zu diesem selbst spannt sich ein living-dying-interval. Die **akute Phase** beginnt, nachdem der Patient seine infauste Diagnose erhalten hat. Diese Phase ist vom Bemühen, die Angst zu reduzieren, geprägt. In der folgenden **chronischen Leben-Sterben-Phase** nehmen Angst und Verzweiflung ab. Die letzte Phase ist der **terminale Abschnitt**, der von physischer und psychischer Erschöpfung geprägt ist. Die Hoffnung auf Heilung tritt zurück. Der Sterbende ist an seiner Umwelt desinteressiert und zieht sich in sich zurück (sozialer Tod), worauf der psychische, dann der biologische und schließlich der physiologische Tod folgen.

**Avery D. Weisman** unterscheidet ebenfalls drei Phasen, während deren der Sterbende seinen baldigen Tod entweder negiert oder akzeptiert. Die erste Phase umfasst den **Zeitraum vom Auftreten erster Symptome bis zur Diagnosestellung** und ist gekennzeichnet von Selbsttäuschung und Informationssuche über lebensbedrohliche Krankheiten. Die zweite Phase erstreckt sich von der **Diagnosestellung bis zum Beginn der terminalen Phase** und ist gekennzeichnet vom physischen und psychischen Verfall. Der Patient gesteht sich seine tödlich verlaufende Erkrankung nicht ein. Die dritte Phase beginnt nach dem **Einstellen einer kurativen Therapie**. Der Mensch verliert seine Autonomie, wenn er verfällt und stirbt schließlich. Bei genauerer Betrachtung ähneln alle diese Modelle dem von Elisabeth Kübler-Ross, und weitere Phasenmodelle werden sich immer an ihr messen lassen müssen.

### 1.2.3 Würdigung der Phasentheorie

Elisabeth Kübler-Ross machte mit ihren Schriften wie kaum jemand anderes in den letzten Jahrzehnten auf die Problematik des Sterbens aufmerksam. Sie schaffte es, Sterben und Tod in die öffentliche Diskussion hineinzuholen und enttabuisierte dieses Thema. Ihre Arbeit regte zur Kritik aber auch zu weiteren Studien an. Sie bemühte sich im Umgang mit den Sterbenden "um ein der persönlichen Situation des Sterbenden angemessenes Verhalten" (Schmied 1988:72). Dieses Modell zeigte auf, dass menschliches Sterben nicht nur das blo-

ße Erlöschen organischer Funktionen ist, sondern auch ein psychischer Prozess, bei dem der Mensch starke Gefühle durchlebt.

"Das Heuristische an der Phasentheorie von Frau Kübler-Ross liegt gerade darin, die verschiedenen Verhaltensweisen sterbender Menschen einerseits als Durchgangsstadien erkannt und sie andererseits von vorschnellen ethischen Bewertungen losgelöst zu haben. Es sind zunächst psychische Mechanismen der Verarbeitung einer akuten Todesdrohung, nicht aber sittlich oder weltanschaulich geprägte Entscheidungen." (Lauer 1983:199).

Das Phasenmodell war ein Beitrag zur Professionalisierung im Umgang mit Tod und Sterben für Betroffene und besonders für die Begleiter, die im ständigen Kontakt mit Sterbenden stehen. Die Hilfe des Modells kann gleichsam Gefahr sein, denn die Phasen legen Emotionen und Verhalten des sterbenden Menschen fest. So soll verhindert werden, dass eigene Vorstellungen auf den Sterbenden übertragen werden und die "Wirklichkeit des Sterbenden nach persönlichen oder abstrakten Denkmustern und ethischen Postulaten verzerrt wird." (Pastoors 1992:78). Ansatzweise lässt sich hier die Forderung nach einem individuellen, persönlichen Sterben und Tod hören, dabei bleibt die Frage nach der Starrheit des Modells und seiner Gefahren unberührt.

Kübler-Ross geht in ihrem Modell davon aus, dass der Kranke seine unheilbare Diagnose kennt und in absehbarer Zeit seinen Tod erwarten muss. Auf diesem Hintergrund sollte ihr Phasenmodell den Umgang und die Kommunikation mit und über Sterbende erleichtern. Die Aufgabe der Sterbebegleitung ist es nach ihrer Ansicht, nicht vor dem Sterben davonzulaufen, sondern sich für die Betroffenen Zeit zu nehmen und ohne Furcht oder sonstige Vorbehalte auf die Sterbenden zu hören und von ihnen zu lernen, wobei die Bedürfnisse, Ängste und Sorgen auf- und wahrgenommen werden sollen, die sich zwischen ihnen und dem Tod aufgestellt haben könnten. Diese Gespräche sollen dem Sterbenden helfen seinen Tod zu akzeptieren und ihn von Belastungen und erledigten Geschäften befreien (Kübler-Ross 1992a:150-157). Das Sterben soll so ins Leben hineingeholt und der Sterbende von Isolation und sozialen Tod geschützt werden.

#### **1.2.4 Kritik an der Phasentheorie**

Das Phasenmodell sollte eine Hilfe im Umgang mit Sterbenden sein, doch es birgt die Gefahr bei Menschen in sich, die täglich mit Sterbenden zusammen sind, dass durch ein Be-



dürfnis nach Orientierungshilfe dieses Modell unkritisch übernommen wird.<sup>10</sup> Dies kann dazu führen, dass "der individuelle Sterbeprozess eines Menschen in ein Schema gepreßt [wird, Anm. G.M.], das [...] den Kranken aber der Individualität seines Sterbens beraubt." (Wittkowski 1978:51).

Die Phasenmodelle sind hauptsächlich Verlaufsmodelle, die "Trauersymptome, und zwar vorwiegend diejenigen aus dem psychischen Bereich bzw. aus dem Verhaltensbereich, zu Gruppen von Symptombildern (ordnen, Anm. G.M.) und bringen diese in eine zeitliche Abfolge." (Lammer 2004:187). Der Sterbende wird in diesem Zusammenhang danach beurteilt, ob er das Ziel, d.h. die Phase der Annahme, erreicht oder nicht. Nur wenn dieses Ziel erreicht ist, darf er erfolgreich sterben. An dieser Stelle muss sich das Phasenmodell die Frage stellen lassen, ob es den Sterbenden nicht einengt "durch ein zu absolvierendes Sterbecurriculum" (Breuer 1989:47) und ihn dabei pädagogisiert.

Bei den Beschreibungen von Elisabeth Kübler-Ross fällt auf, dass sie ihr Modell für Krebspatienten entwickelte und dann generalisierte. "Die Orientierung am Krebs gilt aber weitgehend auch für die Frage der Unterrichtung des Sterbenden über den nahen Tod, und damit zeigt sich, daß die Todesursache 'Bösartige Neubildung' [...] die Auswahl der [...] behandelten Themen bestimmte." (Schmied 1988:75) Kübler-Ross lässt dadurch anderes Sterben außer Acht wie die in Folge von Unfällen, aufgrund ihres Alters, durch Hirninfarkte, Herzinfarkte oder ganz ohne Kenntnis einer bestimmten tödlichen Diagnose plötzlich Verstorbene. Sie suggeriert durch diese Generalisierung und Simplifizierung des Sterbens, dass Sterben auf ein Lernziel hin orientiert ist und nach einer natürlichen Gesetzmäßigkeit abläuft. Pointiert ausgedrückt, ist derjenige erfolgreich gestorben, der zur Phase der Annahme durchgedrungen ist, denn die "Aufgabe einer Sterbebegleitung besteht darin, den Sterbenden zur Zustimmung zu seinem Sterben zu führen." (Engelke 1980:79).

Die Gefahr, die ich persönlich kennen lernte, liegt darin, dass Sterbende von u.U. über-eifrigen Begleitern, die vom Phasenmodell geprägt sind, dem Druck ausgesetzt werden, ihren bevorstehenden Tod anzunehmen, was auch gleichermaßen für Sterbende selbst gilt, die unreflektiert dieses Modell auf sich wirken lassen. Hier wird das Ziel eines individuellen Todes ad absurdum geführt, denn der Sterbende wird schlicht seiner Einzigartigkeit und seiner in sich ruhenden Möglichkeiten beraubt. Durch die Vorgabe des Lernziels "Annahme" wird eine sinnvolle Begleitung verhindert. Es hindert den Sterbenden auch selbst, sein Sterben

---

<sup>10</sup> Eine solche unkritische Übernahme konnte ich immer wieder bei Menschen feststellen, die in Hospizgruppen tätig sind oder bei in Krankenhäusern tätigen Schwestern und Pflägern. Ich verweise an dieser Stelle auf das Beispiel, das ich in meiner Einleitung nannte.

nach eigenen Maßstäben und Emotionen zu gestalten. In diesem Zusammenhang "läßt sich nachweisen, daß sie [d.h. die Phasentheorie, Anm. G.M.] zu einem zwanghaften Kochbuchrezept geworden ist." (Spiegel-Rösing 1992:49).

Ein weiterer Kritikpunkt richtet sich auf den Ablauf der Phasen, die von Sporken zwar erweitert aber auch in Frage gestellt wurden (Sporken 1992:65). Elisabeth Kübler-Ross beschreibt in ihren Berichten keinen Fall, an dem sie von der Eröffnung der Diagnose bis zum Tod alle Phasen darstellen konnte. Die Beschreibungen der einzelnen Phasen fanden an verschiedenen Patienten statt, bei denen die Identifizierung der Phasen nicht eindeutig ist. Am Beispiel der Phase der Zustimmung (Kübler-Ross 1992a:79-93) beschreibt sie einen sehr religiös eingestellten, an einem Darmtumor leidenden Zahnarzt, bei dem sie sehr viel Hoffnung wahrnimmt. Seine Gottergebenheit lässt sich auch als "Resignation und Fatalismus interpretieren" (Howe 1992:60) und nicht unbedingt auf die Phase der Annahme zurück schließen. Leugnung der Folgen seiner Krankheit und nicht Annahme lässt sich darin erkennen, dass er seine Praxis noch weiterhin betreibt. Dieses Beispiel macht deutlich wie schwierig die Phaseneinteilung sein muss. Ferner wäre bei der behaupteten Universalität der Phasen, "die der Mensch durchzumachen hat, wenn er eine unheilvolle Nachricht erhält" (Kübler-Ross 1992a:94), wichtig gewesen, an einem Fall exemplarisch alle Stadien darzustellen. Dies geschah leider nicht.

"Persönliche Daten, wie persönliche Biographie [Alter, Bildungsgrad, ethnische Zugehörigkeit, Religiosität, Anm. G.M.], Sozialisation oder Erfahrungshorizont, bleiben ebenso unreflektiert, wie persönlichkeitspezifische Gesichtspunkte, wie Konfliktfähigkeit, Lebenseinstellung und -führung [Bewältigungsverhalten und Kompetenzen, Anm. G.M.]. Was fehlt ist vor allem ein theoretischer Bezugsrahmen, der den genannten Merkmalen Rechnung trägt und vor dem die beobachteten Verhaltensweisen analysiert und interpretiert werden können." (Pastoors 1992:80).

Es wird ein therapeutischer Anspruch erhoben, der in der Diagnose einer bestimmten Phase besteht, die der Sterbende zu überwinden hat, um zu einer höheren Seinsstufe bzw. Phase zu gelangen. Der hierarchische Aufbau der Phasen unterwirft den Mensch einem evolutionären Prozess. Im Klinikalltag erlebte ich immer wieder Beliebigkeit im Umgang mit der Diagnose bzw. Einschätzung der Phase, weil gleichzeitig auch die Bedürfnisse des Behandlungsteams sich hier widerspiegelten.

Die Phasen lassen den Helfer relativ hilflos erscheinen, denn er kann nicht wirklich etwas zur Veränderung der Situation beitragen, da der Sterbende selbst von einer Phase zur anderen gelangen muss. Die Diagnosestellung der Phase suggeriert Handlungsfähigkeit, Kompetenz und hilft, sich von dem Menschen zu distanzieren und ihn zu objektivieren, d.h.

ihn nicht mehr als Subjekt sehen zu müssen. Und so muss die Frage gestellt werden, ob die Eingruppierung in die verschiedenen Phasen nicht auch Projektionen des Behandlungsteams oder der Begleiter sein können. Dies lässt die Diagnose unsicher erscheinen.

"Die Zuschreibung einer »Phase des Sterbens« ist als Diagnose wesentlich unsicherer, als die Diagnose eines Praktischen Arztes auf »Mandelentzündung« oder »Oberschenkelhalsbruch«. Wo die Diagnose jedoch unklar ist, bleibt auch die »Intervention«, also die helfende, unterstützende und hoffentlich heilungsfördernde Maßnahme der Begleitenden eine Sache, die großen persönlichen Entscheidungsspielraum behält." (Paul 2001:20).

Die Frage stellt sich nun, ob das Phasenmodell hilft auf die Nöte, Probleme und Befindlichkeiten Sterbender überhaupt einzugehen und sterbende Menschen zu verstehen. Es ist zwar ein allgemeines Verständnis für Sterbende geschaffen worden, dass diese respektiert, geachtet und würdig behandelt werden, ferner werden jene begleitet, die vor dem Tod stehen. Menschen helfen anderen mit Sterben und Tod umzugehen und zu akzeptieren. Doch schafft das Phasenmodell auch den Begleiter mit dem eigenen Tod zu konfrontieren oder ihn eher abzuwehren?

Ich meine mit Lammer, "dass es mehr den Bedürfnislagen der professionellen *HelferInnen* als denen der *Betroffenen* dient, wenn Phasenmodelle [...] Anwendung finden. Hilflosigkeit und Kontrollverlust erleiden in Situationen von Tod und Trauer beide Seiten, sowohl die Trauernden, als auch die Professionellen HelferInnen, wenn auch auf jeweils verschiedenen Ebenen." (Lammer 2004:196).

Statt zu diagnostizieren, wäre eine offene Kommunikation weiterführender, die Begleitern helfen könnte, in der Krise des Sterbens ein viel größeres Potential an Komponenten wahrzunehmen, als sich auf fünf oder mehr Phasen bzw. Symptomen des Sterbeprozesses festzulegen, die auch nur einen kleinen und ungenügenden Ausschnitt darstellen und die Wirklichkeit m.E. nur reduziert wiedergeben.

In seiner populären simplifizierenden und generalisierenden Aufmachung berücksichtigt das Phasenmodell nicht umfassend die Komplexität der Probleme eines sterbenden Menschen in seiner Einzigartigkeit und fördert auch nicht das Bedürfnis nach einer Ausbildung, um sterbende Menschen zu begleiten, sondern lässt eine Einweisung in das Phasenmodell genügen. Dies beinhaltet die Gefahr, "dass die Begleiter ungenügend vorbereitet sind und sich dem Risiko aussetzen, den Problemen bei der Begleitung von Sterbenden plötzlich nicht mehr gewachsen zu sein." (Howe 1992:66).

Die Phasenmodelle geben darüber hinausgehend trotz ihrer umfassenden Ansprüche keine Auskunft, warum Menschen so unterschiedlich mit der Bedrohung durch den Tod

umgehen oder warum gleiche Ausgangssituationen sich verschieden auswirken. Im Gegenteil vereinheitlichen sie das Sterben und lassen individuelle Ansätze außer Acht.

"Kurz: Die Phasenmodelle suggerieren eine Uniformität und Gradlinigkeit [...], die realitätsfern ist. Sie vermitteln [...] ein trügerisches Gefühl von Sicherheit und Kontrolle und können dazu verleiten, [...] mit einem engen Korsett falscher Erwartungen zu begegnen, das eher einengend und bedrängend als förderlich sein kann." (Lammer 2004: 198).

Um Menschen umfassend verstehen zu lernen und sie folglich individuell begleiten zu können, bedarf es weiterer Verstehensmöglichkeiten und Alternativen zu Elisabeth Kübler-Ross. Eine Antwort bietet m.E. die Copingforschung, die im Folgenden beschrieben wird. Sie hebt gerade die Individualität des Menschen hervor, der in einer stressvollen und bedrückenden Situation, wie es eine schwere Erkrankung bzw. das Wissen um das bevorstehende Sterben ohne Zweifel darstellen, mit seinen ihm vorhandenen Möglichkeiten reagiert. Dies macht eine Sterbebegleitung anspruchsvoller, denn es geht nicht mehr nur um eine Diagnosenstellung in der einer Eingruppierung in Phasen, sondern um Begegnung mit dem einzigartigen Lebensweg eines Menschen.

### **1.2.5 Sterbephasen in der Seelsorge**

Bestechend an Elisabeth Kübler-Ross ist deren Popularität, die trotz aller Kritik, nach wie vor ungebrochen ist. Bis heute wird sie über alle konfessionellen und religiösen Grenzen in der westlich geprägten Welt gelobt. "Das Modell von Kübler-Ross hat erstaunlich viel Beachtung und Verbreitung gefunden, was sicherlich mit der großen Anschaulichkeit und Plausibilität von Phasenmodellen zusammenhängt." (Student 2004: 218), obwohl sie wissenschaftlich höchst umstritten sind und sich keine allgemeinen Regeln ableiten lassen. "Als Beschreibung der Mehrheit der Sterbeprozesse in westlichen Industriestaaten ist das Modell nicht geeignet, wenn man empirische Untersuchungen zur Prüfung heranzieht [...]." (Feldmann 1997: 91). Aber trotzdem findet Kübler-Ross gerade in der Seelsorgeliteratur<sup>11</sup> eine weite beinahe kritiklose Anwendung, da scheinbar keine Alternative zur Verfügung steht. Das Modell steht dabei wie ein Monolith unverrückbar aber auch ungenutzt herum, es wird zitiert, doch weiter geschieht nichts, d.h. es findet keine konkrete Anwendung. Ziemer erklärt den Sterbeprozess als variabel und macht drauf aufmerksam, dass das Modell nicht wie

---

<sup>11</sup> Die Literatur aus den verschiedenen Konfessionen zitiert Kübler-Ross unkritisch, vgl. Winkler 1997: 435f; Schmatz 1982: 20-26 oder Ziemer 2000:290ff.

ein Naturgesetz zu benutzen sei, wohl aber kann es "die Aufmerksamkeit für die spezifische Situation eines Menschen schärfen und bestimmte Verhaltensweisen erklären. [...] Sterben ist kontingent. Es verläuft nicht nach feststehenden Regeln." (Ziemer 2000:291-292). In der Seelsorgearbeit vor Ort findet das Modell nach meinen subjektiven Erfahrungen und nach meinem Kenntnisstand der Literatur in Deutschland keine bzw. kaum Anwendung. Ein allseits bekanntes und angewandtes Konzept für eine Seelsorge an schwer kranken und sterbenden Menschen bzw. in Seelsorgeausbildungen, das explizit das Phasenmodell verwendet und es praxisbezogen lehrt, findet sich m.E. im deutschsprachigen Raum nicht.

Warum findet dann das Phasenmodell so weitreichende Beachtung? Möglicherweise hängt es mit der charismatischen Persönlichkeit von Elisabeth Kübler-Ross zusammen, die viele Hospize selbst ins Leben rief und zahlreiche Menschen in ihrem Sterben begleitete und so zum Vorbild für viele wurde. Attraktiv erscheint möglicherweise auch ihr weltanschauliches Verständnis von Sterben und Tod, das gerade in esoterischen Kreisen eine breite Anerkennung findet.

Elisabeth Kübler-Ross konstatiert, dass es keinen Tod gebe. "Und eine Möglichkeit, keine Angst mehr zu verspüren, besteht darin, zu wissen, daß es keinen Tod gibt [...]" (Kübler-Ross 1992b: 44). Sie beschreibt den Tod ähnlich wie im Platonismus als Befreiung der Seele, die sich dann zu einem wirklichen Leben entfalten kann und die unsterblich ist (:138).

"Der Tod ist ganz einfach das Heraustreten aus dem physischen Körper, und zwar in gleicher Weise, wie der Schmetterling aus seinem Kokon austritt. Der Tod ist ein Hinübergehen in einen neuen Bewußtseinszustand, in welchem man fortfährt, zu fühlen, zu sehen, zu hören, zu verstehen, zu lachen, und wo man befähigt ist, weiterhin zu wachsen. Und das einzige, was wir bei dieser Umwandlung verlieren, ist nämlich das, was wir nicht mehr brauchen, und das ist unser physischer Körper." (:34)

Nach dem Tod muss jeder "etwas betrachten, das einer Fernsehmatte sehr ähnlich sieht, auf der sich jede unserer irdischen Taten, Worte und Gedanken widerspiegeln. Hiermit wird uns die Gelegenheit gegeben, selbst über uns anstelle eines gestrengen Gottes zu Gericht zu sitzen." (:45)

So entfaltet Kübler-Ross ihre eigene Theologie, die sie in einem ihrer letzten Interviews noch weiter ausführt und dabei von Geistwesen und Schutzengeln spricht, mit denen sie kommuniziert (Jakoby 2004:188), wobei sie ihren Geistheiler, Josef, stetig um sich hatte, den sie auch als "Katalysator" (:203) bezeichnet. Sie hatte Kontakt zu einer verstorbenen Lehrerin, mit der sie befreundet war.

"Eines Tages erschien sie mir. Sie war sehr froh, dass ich sie erkannte. Anna Peter ist eine gute Seele, und sie freute sich. So haben wir uns wieder verbunden. Ich sagte ihr, dass sie jederzeit willkommen sei, wenn ich hinüber gehe, wird sie da sein. Mein Tod wird meine Befreiung sein." (:197)

Ferner spricht Maria zu ihr und durch sie, was sie als deren Medium erscheinen lässt.

"Mit denen auf der anderen Seite kann ich jederzeit sprechen. [...] Ich habe aber Kontakt mit Maria, der Gottesmutter. Ich weiß immer, wann sie hier ist. Sie ist häufig hier, direkt neben meinem Lehnstuhl. [...] Seit ich mit sterbenden Kindern gearbeitet habe, kommt sie immer und hat mir geholfen, immer! Sie spricht durch meinen Mund, und ich habe keine Ahnung, woher das kommt." (:197)

Sie polemisiert mit dem Christentum, wenn sie ihr Leid nach einem Schlaganfall, das sie offensichtlich nicht akzeptierte, in Bezug mit Kirchen bringt.

"Ich sitze jahrelang im gleichen Stuhl und habe keine Auswahl. Das nenne ich nicht freie Wahl! [Sie wird energisch] Das sind die Lügen, die die Kirchen ihnen beibringen. Ich glaube dem Pfarrer *nichts* mehr. Die lügen, jeden Tag lügen die! Sagen Dinge, die sie selber nicht glauben. Sie spielen mit Menschen wie mit einem Jojo. Sie erzählen einem, was ihnen gerade passt." (Jakoby 2004:189)

Dies sind zwar Aussagen, die nach einer senilen dementen Persönlichkeit klingen, doch spürt man deutlich die Ablehnung des Christentums, auch wenn sie danach gefragt wird, was Gott ihr gesagt habe, antwortet sie: "Überhaupt nichts! Er ist zu feige zu antworten." (:207).

Dies sind nur einige Aussagen, die hinter ihrem Denken stecken und es geprägt haben. Meiner Ansicht nach kommt ein Seelsorger nicht umhin sich mit der populären Theorie von Elisabeth Kübler-Ross zu beschäftigen, doch sollte er ein das Christentum und Gott ablehnendes, sowie ein spiritistisch und esoterisch geprägtes Modell hinterfragen, bevor er es in die Seelsorgearbeit integriert, gerade dann wenn die "Kommunikation des Evangeliums als praktisch-theologischer Leitbegriff" (Mette 2005:9) postuliert wird und wenn dabei der einzelne "Mensch vor Gott in den Blick" (Ziemer 2000:109) kommt. So ist Seelsorge ohne Evangelium und ohne Gott niemals möglich, was m.E. bei Elisabeth Kübler-Ross in Frage zu stellen wäre.

## 2 Das transaktionale Stresskonzept: Coping

"Denn unser keiner lebt sich selber, und keiner stirbt sich selber", schreibt der Apostel Paulus in Röm. 14, 7 und beschreibt damit, dass der Mensch nicht nur in einer Interaktion zu seiner Umwelt steht, sondern in einer Transaktion.

Der Mensch steht mit seiner Umwelt in einer Beziehung, in der sich beide gegenseitig prägen, beeinflussen und verändern. Er lebt und stirbt nicht losgelöst für sich. Leben und Sterben ereignen sich im Kontext der Umwelt und gestalten diese auf ihre individuelle Art und Weise. Dabei interpretiert, bewertet und versucht er Sinn zu finden und zu geben und Erfahrungen einzuordnen. "In der Regel erfüllen Menschen [...] die Anforderungen, die seitens der Umwelt an sie gestellt werden, wie sie auch umgekehrt ihr eigenes Leben und ihre Umwelt aktiv gestalten." (Filipp & Aymanns 1997:277).

Die Konfrontation mit dem Tod und dem eigenen Sterben löst viele Fragen und Gefühle aus, die den Beruf, das Familienleben, das Selbstwertgefühl, die Ungewissheit der Zukunft, Gefühle der Angst, Verzweiflung, Trauer, Wut, die Umgebung u.v.a.m. betreffen und das seelische Gleichgewicht stören.

Durch die Konfrontation mit dem eigenen Sterben und dem Tod sind die Welt und der Mensch nicht mehr die gleichen, die sie zuvor einmal waren. Die vielen Eindrücke und Prozesse, die den Menschen bedrängen oder bedrücken, seien sie medizinischer Herkunft, auf das Familienleben oder das Berufsleben bezogen, dringen auf den Kranken ein, müssen bewältigt werden und stellen ihn unter Stress. Darauf reagiert er in irgendeiner Form. Stress gestaltet sich dadurch zu einem wesentlichen Gesichtspunkt von sterbenden Menschen. Seine Versuche im Leben mit belastenden Lebensereignissen umzugehen, sollen hier diskutiert werden. Es geht damit um Bewältigungsverhalten, d.h. um Coping. Aus diesem Grund werde ich zunächst das Stresskonzept, das die Grundlage des Copingmodells ist, ausführlich betrachten, um dann zum Copingmodell zu leiten, was die Basis des praktischen Teils und der Schwerpunkt dieser Arbeit werden soll.

## **2.1 Das Stresskonzept**

Wesentliche Ansätze für die Copingforschung kamen aus der Stressforschung. Stress ist ein häufig in der Alltagssprache und in der wissenschaftlichen Terminologie gebrauchter Begriff. Von Stressanalyse, Stressmanagement, Stressreaktionen, Stressbewältigung wird gesprochen. Der Stressbegriff hat in den letzten Jahrzehnten eine recht inflationäre Entwicklung durchgemacht. Dies spiegelt sich in alltäglichen Äußerungen wider, in subjektiven Empfindungen ("ich fühle mich gestresst"), als Anforderung von außen ("die Arbeit stresst mich"), als verändertes organisches Symptom ("mein Blutdruck ist zu hoch") und als Beziehungskonzept ("mein Partner stresst mich" bzw. "zwischen meinem Kollegen und mir gibt es Stress").

Im folgenden Kapitel soll geklärt werden, was Stress ist, woher er kommt und was im Menschen geschieht. Das Stresskonzept ist die Grundlage des Coping, deshalb ist es unerlässlich sich intensiv mit Stress zu beschäftigen, bevor ich über Coping diskutiere.

### **2.1.1 Die Geschichte des Stresskonzeptes**

Das Wort Stress kommt ursprünglich aus dem Englischen. Es wird im physikalischen Bereich für Metallprüfungen genutzt und bedeutet "Anspannung, Verzerrung, Verformung" (Busing 1988:28) von Metallen und Glas. "In der englischen Umgangssprache wurde das Wort 'Stress' im Sinne von nervöser Angespanntheit verwendet" (Kaiser 1994:5).

Was Stress ist, müssen die Menschen in vorwissenschaftlicher Zeit schon gekannt und gespürt haben, wenn bei harter Arbeit ihre Kräfte nachließen und sie sich erschöpft fühlten. Sie merkten, dass sich Einflüsse wie Hitze, Kälte, Angst, Krankheit, Blutverlust ähnlich auf sie auswirkten.

Solche vagen Erkenntnisse fanden erst im 20. Jahrhundert präzise Formulierungen. Doch schon im 19. Jahrhundert erkannten Mediziner, dass viele Krankheiten plurikausale Zusammenhänge aufwiesen (Selye 1981:164). Magengeschwüre nach großflächigen Verbrennungen, Infektionen nach großen Operationen oder Körpergewichtsverlust bei kranken Menschen waren erste wissenschaftliche Beschreibungen, die heute als Stresssymptome beschrieben werden.



Populär wurde der Begriff des Stresses ab den 30-er Jahren des 20. Jahrhunderts durch den ungarisch-kanadischen Endokrinologen und Mediziner Hans Selye. Selye hebt hervor, dass in praktisch jeder Lebenssituation der Mensch mit Stress konfrontiert wird, ohne dass es für den Betroffenen nachteilig sein könnte. So führte er die Begriffe "Eustress" und "Distress" ein (Selye 1974:18). Ob eine Situation angenehm oder unangenehm erlebt wird, hängt von dem Ausmaß ab, dem der Betreffende ausgesetzt wird. Für Selye ist Stress für das Leben eines Menschen notwendig.

Als einer der ersten Forscher beschäftigte er sich intensiv mit dem Stressphänomen. Er injizierte Ratten toxische Substanzen und stellte fest, dass diese stets drei typische Symptome hervorriefen:

"(1) Die Nebennierenrinde vergrößerte sich und entleerte ihre lipidischen sekretorischen Granula. (2) Thymus, Milz, Lymphknoten und alle anderen lymphatischen Strukturen zeigten eine starke Schrumpfung. (3) Tiefe, blutende Geschwüre fanden sich in Magen und Zwölffingerdarm." (Selye 1981:166)

Diese drei Symptome oder Indikatoren wurden für Selye die Grundlage des Stresskonzeptes. Als "Allgemeines Adaptionssyndrom" (A.A.S.) oder biologisches Stresssyndrom wurde sein Konzept bekannt. Dieses A.A.S. differenzierte er in drei Stadien: Alarmreaktion, Widerstandsstadium und Erschöpfungsstadium.

Zunächst zögerte er, den Stressbegriff wegen des diffusen Sprachgebrauchs zu nutzen, doch 1946 "verwendete er dann für seine Entdeckungen neuroendokriner Widerstandsreaktionen im Organismus die Bezeichnung 'Stress' und führte ihn somit offiziell ein." (Vasconcellos 1984:2).

### 2.1.2 Das "Allgemeine Adaptionssyndrom" (A.S.S.)

Das A.S.S. wird biologisches Stress-Syndrom genannt, denn der Körper reagiert auf Reize. Stress ist eine Antwort auf Anforderungen, die an den Organismus gestellt werden.

Selye wollte mit seinem Modell zeigen, dass die Umgebungsbedingungen, Prozesse des Zentralnervensystems, endokrine Funktionen und das Verhalten des Menschen in Interaktion stehen (Schonecke 1997:185).

Die **Alarmreaktion** tritt auf, wenn der Organismus mit Anforderungen konfrontiert wird, an die er nicht angepasst ist. Diese Reaktion ist in eine Schockphase, in der der Mensch unmittelbar reagiert, und in eine Gegenschockphase unterteilt, in der der Körper die

bereits hervorgerufene Reaktion gegenreguliert. Er reagiert in diesem Stadium mit erhöhter Grundspannung der Skelettmuskulatur, Tachykardie und Vasokonstriktion, damit steigt auch der Blutdruck. Es kommt zur Senkung der Körpertemperatur, der Erhöhung der Blutkonzentration im Magen, der Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin, einem allgemeinen Zellabbaustoffwechsel, der Verringerung des Chlorgehaltes im Blut, einem erhöhten Blutzucker- und Blutfettbedarf, der Zunahme des Sauerstoffbedarfs, der Zunahme der Blutgerinnungsfähigkeit und der Ruhigstellung der Verdauungsorgane und Sexualfunktionen. Gleichzeitig sinkt die Immunabwehr (Busing 1988:28-30). "Der Organismus weist die für die erste Einwirkung des Streßors charakteristischen Veränderungen auf. Gleichzeitig sinkt sein Widerstand, und wenn der Streßor stark genug ist (schwere Verbrennungen, extreme Temperaturen), kann der Tod eintreten." (Selye 1981:167).

Nach einem Reiz, dem sich der Organismus anpasst, kommt es zur Gegenregulation auf die Reaktion des Körpers. Im **Widerstandsstadium** ist der Organismus bereit, auf die konfrontierte Anforderung zu reagieren und sich anzupassen, dabei verschwinden die Symptome. "Jedoch ist der Widerstand gegen andere Belastungen verringert." (Schonecke 1997:185). Die neuen Symptome in diesem Stadium neben den bisher oben aufgezählten sind: Blutverdünnung, eine Zunahme des Chlorgehaltes im Blut, Tachykardie, die erhöhte Blutkonzentration im Magen. Dieses Stadium ist hauptsächlich durch die Umsetzung der Anpassung gekennzeichnet, wobei Energien abgebaut werden. Dauert der Zeitraum individuell zu lange oder ist die Belastung zu stark, kommt es zur Erschöpfung.

Das **Erschöpfungsstadium** sollte der Erholung dienen, dabei gehen die Anpassungsleistungen verloren. Hier können sich die Muskeln wieder lockern und entspannen, das Herz schlägt ruhiger, der Blutdruck sinkt, es kommt zur Vasodilatation, die Atmung wird ruhiger und langsamer, der Sauerstoffbedarf, der Energiebedarf sowie Blutzucker- und Blutfettspiegel sinken, die Blutgerinnungsbereitschaft wird herabgesetzt, und die Verdauungsorgane nehmen ihre Tätigkeit wieder auf. Die Durchblutung der Organe wird erhöht, und es kommt zu Hungergefühlen. Der Körper reagiert hier nicht mehr auf die erlebten Anforderungen und versucht nach der Anpassung an die erlebte Situation wieder zur Ausgangslage zurückzukommen. Sollte sich die Ursache der Anforderungen dennoch unbegrenzt fortsetzen, "kommt es schließlich zur völligen Verausgabung der Anpassungsenergie. Die Symptome der anfänglichen Alarmreaktion stellen sich wieder ein, sind aber nun nicht mehr rückgängig zu machen, und das Individuum stirbt." (Selye 1974:70) Das Erschöpfungsstadium kann auch direkt der Alarmreaktion folgen, bezeichnend dafür ist der Verlust von Anpassungs-

energie. Selye kannte nicht, was genau verloren ging (Selye 1981:168). Dieses Unkenntnis ist Ansatzpunkt für weitere Forschungen, die die Physiologie, die Psyche und die Seelsorge betreffen. Das Bedeutsame an seinem Modell ist, dass sich der Organismus mit seiner Umwelt auseinandersetzt und verändert. Der Körper reagiert auf das, mit dem er konfrontiert wird.

Was zu dem A.A.S. führt, was es auslöst, wird im nächsten Kapitel betrachtet.

### **2.1.3 Stressauslöser**

Stressoren fordern den Organismus heraus. Dies können Operationen, Vergiftungen, Lärm, Luftverschmutzung, Straßenverkehr u.v.a.m. sein. "Emotions - love, hate, joy, anger, challenge, and fear - as well as thoughts, also call forth the changes characteristic of the stress syndrom." (Selye 1985:24) Hektik, ungerechtfertigte Kritik, wirtschaftliche Unsicherheit oder Konflikte zählen dazu. Sterben und Tod, die erlebt werden bzw. mit denen ein Mensch konfrontiert wird, gehören folglich genauso zu den Stressauslösern. Stressoren sind demnach Faktoren, die von der jeweiligen Situation abhängen.

Alle inneren und äußeren Anforderungen können Stressoren sein. Sie können Distress oder Eustress hervorrufen. Dabei können auch bisher positiv erlebte Reize plötzlich sehr heftig und massiv auftreten und mit einem Mal negativ erlebt werden.

Stressoren sind sehr vielfältig und treten bei jedem Menschen individuell in Erscheinung, d.h. sie lösen bei jedem Menschen Stress in unterschiedlicher Intensität aus.

Stressoren sollten genauer zwischen den "Streßquellen (Person, Umwelt, Aufgabe), den Streßsituationen (konkrete Konstellationen von Person-, Umwelt- und Aufgabefaktoren), streßrelevanten Ereignissen (Veränderungen der Situationsdeterminanten, z.B. Verlust eines Angehörigen) und Streßoren i.e.S. (streßauslösende Ereignismerkmale)" (Nitsch 1981a:43) differenziert werden.

Da grundsätzlich jeder beliebige Reiz Stress auslösen und zum Stressor werden kann, erscheint es mir relativ sinnlos, Stressorenkataloge aufzustellen.

Doch was im Körper und in der Psyche passiert, wenn Stress auf einen Mensch einwirkt, soll im nächsten Kapitel gezeigt werden und damit eine weitere Grundlage zum Verständnis der Reaktion und des Umgangs eines Menschen mit Belastungen gelegt werden.

## 2.1.4 Theoretische Grundzüge der Stresskonzeptionen

Es scheint nahe liegend, dass Stress auf der Grundlage der Person-Umwelt-Beziehung entsteht.

Stress ist ein Geschehen, das umfassende Prozesse auslöst.

Im naturwissenschaftlichen Sinn wird Stress physisch, psychisch und sozial ausgelöst. Es ist fraglich, ob es möglich und nötig ist, den Mensch in verschiedene Ebenen aufzuteilen und zu postulieren, dass diese sich reziprok beeinflussen. Ferner wird eine geistliche Ebene nicht berücksichtigt, wenn man überhaupt von "Ebenen" sprechen kann. Auf jeden Fall ist Stress ein "multidisziplinäres Konzept" (Nitsch 1981b:52), auch für theologische Disziplinen, was zu einer intradisziplinären Diskussion führen muss.

### 2.1.4.1 Stress und biologische Aspekte

Wie bereits beschrieben, fand die biologische Stressforschung mit den Arbeiten von Selye ihren ersten populären Höhepunkt und wird als Geschehen in einer Person-Umwelt-Beziehung dargestellt.

Bei den biologischen Aspekten des Stress ragen das "Zentralnervensystem und die endokrinen Drüsen als tragende Systeme der physiologischen Stressreaktion" (Nitsch 1981b:57) hervor.

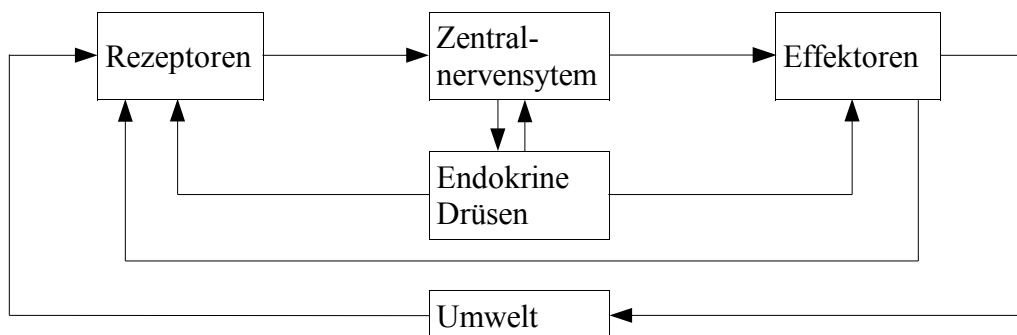


Abbildung 1: Zentralnervensystem und die endokrinen Drüsen nach Nitsch (1981b:57).

Das Zentralnervensystem stellt in dieser vereinfachten Grafik den neuralen Weg und das System der endokrinen Drüsen, den neurohumoralen Weg, dar. Der neurale Weg verläuft von den Sinnesrezeptoren und über verschiedene Rückkopplungsmechanismen zu den Ef-

fektoren der Körperperipherie. Von den Effektoren werden Rückinformationen über die Rezeptoren an das Gehirn übermittelt. Der zweite Regelkreis verläuft über die Umwelt und wird mittels konkreten Verhaltens hergestellt. "Das Anpassungs- und Streßgeschehen wird somit durch übergreifende innere und äußere Regelkreise reguliert. In diesem Sinne ist Streß ein Regulationsvorgang, der [...] vom Intaktsein des Regulationssystems abhängt." (:58) Das zweite, neurohumorale System innerhalb dieses Regelkreises ist das der endokrinen Drüsen, das die Effektororgane beeinflusst und nicht über Nerven-, sondern über Blutwege arbeitet, wobei hier Hormone wirken.

"In zeitlicher und funktionaler Hinsicht haben beide angesprochenen Systeme unterschiedliche Bedeutung für die Anpassung: Nervöse Prozesse sind vor allem dort wichtig, wo es auf eine schnelle und gezielte Innervation bestimmter Organe ankommt, während hormonale Vorgänge dort wichtig werden, wo es auf Gesamtreaktionen und Dauerwirkungen ankommt." (:59).

Die hormonalen Reaktionen dauern etwas länger, bis sie wirken, und sind von Bedeutung, wenn ein Stressor über seine Anwesenheit hinaus wirksam bleibt.

Diese Hintergründe vermitteln, wie komplex die ganzen organischen Vorgänge sind, die das Stressgeschehen betreffen, und machen darauf aufmerksam, dass es sich dabei um kein statisches Syndrom, sondern um zeitliche Abläufe handelt. Hierauf machte Selye im Zusammenhang mit dem A.A.S. aufmerksam. Neurales und humorales System werden teilversetzt aktiviert. Stress ist eine physiologische Reaktion, die zeitlich gestaffelt abläuft.<sup>12</sup>

#### **2.1.4.1.1 Humorale Mechanismen**

Hormone bestimmen die (neuro-) humoralen Mechanismen (Brandis 1988:423-437). Diese spezifischen Substanzen werden von bestimmten Organen oder Zellgruppen gebildet und hauptsächlich über den Blutkreislauf, aber auch über den Liquor cerebrospinalis oder den Nervenweg zu andern Orten oder Zellgruppen gebracht, um dort zu wirken (Nitsch

<sup>12</sup> Trotz aller konkreten Aussagen muss betont werden, dass die physiologischen und anatomischen Grundlagen der beschriebenen Systeme noch nicht hinlänglich bekannt sind. Grundzüge konnten hier dargestellt werden. Vieles wird aber nach wie vor hypothetisch bleiben. Es werden zwar noch einige physiologische Zusammenhänge aufgezeigt, doch diese werden nur im Überblick genannt. Es ist nicht Aufgabe dieser Arbeit, medizinische Zusammenhänge zu erklären, wohl aber interdisziplinäre Erkenntnisse zusammenzutragen.

1981b:60).<sup>13</sup> Dabei werden drei Gruppen von Hormonen unterschieden (:61-64; Silbernagel & Despopoulos 1983:232-271):

**Drüsenhormone** werden in den endokrinen Drüsen gebildet und über den Blutweg transportiert, z.B. Schilddrüsenhormon (u.a. für die Energiemobilisation).

**Neurosekrete** werden in umschriebenen Zellgruppen (z.B. Hypothalamus) gebildet, im Bereich der Nervenzellen transportiert und ins Blut abgegeben, z.B. Oxytocin (u.a. für die Milchejektion zuständig).

**Gewebshormone** werden an den Erfolgsorganen gebildet und gelangen durch Diffusion ans Ziel, z.B. Serotonin (bewirkt eine lokale Gefäßverengung bei Hautläsionen).

Im Stressgeschehen haben Hormone zwei Aufgaben. Erstens bereiten sie den Körper durch den Aufbau und die Mobilisierung von Energie auf Aktivität vor und greifen damit primär in Stoffwechselfvorgänge ein. Zweitens bereiten sie ihn bei körperlichen Auseinandersetzungen auf mögliche Verletzungen vor (Nitsch 1981b:62).

Nahezu alle Hormonkomplexe werden heute mit Stress in einen Zusammenhang gebracht. Besondere Aufmerksamkeit gilt dem Energiestoffwechsel. Katabolisch wirken hier in der Stressphase Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol, Thyroxin und Wachstumshormone. Anabolisch wirken in der Erholungsphase Östrogene, Androgene und Insulin.

Stress wird zunehmend als eine körperliche Gesamtreaktion begriffen, wobei zwei Achsen besonders hervorzuheben sind:

1. Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse
2. Hypothalamus-Nebennierenmark-Achse.

Der Hypothalamus spielt eine entscheidende Rolle für die Umschaltung nervöser Erregung in hormonelle Reaktionen. Er integriert die Funktionen des somatischen, vegetativen, hormonellen und zentralen Aktivierungssystems (:65-66). Die Nebennierenrinde produziert als endokrine Drüse eine Vielzahl von Corticosteroiden, die im Eiweiß- und Kohlenhydratstoffwechsel Zucker aus Eiweiß bilden, Glykogen in der Leber deponieren und Energie produzieren lassen. Ferner schwächen sie Immun- und Energiereaktionen.

Das Nebennierenmark bildet die Katecholamine Adrenalin und Noradrenalin. "Die im Alltag wichtigsten Auslöser der Katecholaminreaktion sind emotionale Erregung und Muskelaktivität." (:68-69). Ein erhöhter Adrenalin Spiegel führt zu Tachykardien, erhöht den

---

<sup>13</sup> Nitsch gibt zu verstehen, dass über die genauen Wirkmechanismen nur hypothetisch Auskunft gegeben werden kann.

Blutdruck, steigert die Atemtiefe, hemmt Darmbewegungen, steigert den Stoffwechselgrundumsatz, erhöht den Zuckerspiegel im Blut, die Körpertemperatur und die Schweißsekretion, und die Bewusstseinsheitigkeit wird gesteigert, genauso wie Aufmerksamkeit, Aktivität, Unruhe und Angst. Ein erhöhter Noradrenalin Spiegel führt zu Bradykardien, erhöht den Blutdruck, steigert die Atemtiefe, hemmt die Darmtätigkeit, verändert den Stoffwechsel und das Zentralnervensystem kaum.

"Ein erhöhter Adrenalin Spiegel wird in Zusammenhang mit Angst [...] gesehen [...]. Untersuchungen präzisieren diese Auffassung dahingehend, daß Adrenalin vermehrt in Situationen ausgeschüttet wird, die durch das Fehlen relevanter Reaktionen im Verhaltensrepertoire gekennzeichnet sind, während Noradrenalin vor allem dann freigesetzt wird, wenn anforderungsangemessene Reaktionen verfügbar sind." (:71-72)

Diese Systemabläufe dürfen nicht isoliert betrachtet werden. Der Hormonstoffwechsel ist ein kompaktes System, bei dem alle Hormone mehrfache Wirkungen haben und verschieden auf Reize reagieren. Viele endokrine Systeme werden gleichzeitig angesprochen und haben untereinander unterschiedliche Wechselwirkungen.

Humorale Abläufe rufen Emotionen hervor, die mit Wahrnehmung verbunden sind (:73).

#### **2.1.4.1.2 Neurale Mechanismen**

Die biologischen Stressreaktionen sind durch die humoralen Reaktionen nur unzureichend erklärt. Die neuronalen Vorgänge (Nitsch 1981b:74-84) haben gleichrangige oder sogar übergeordnete Bedeutung im Stressgeschehen.

Für die neuronalen Vorgänge werden das vegetative oder autonome Nervensystem, das die Organfunktionen der Körperperipherie unspezifisch aktiviert, und das aufsteigende retikuläre Aktivierungssystem, das die Hirnrinde unspezifisch aktiviert, hervorgehoben.

"Die Hauptaufgabe des vegetativen Nervensystems liegt in der Regulierung und Koordinierung der einzelnen Organfunktionen im Hinblick auf die Konstanthaltung des inneren Milieus einerseits und die Umstellung des Organismus auf Leistungsanforderungen, die an ihn aus der Umwelt herangetragen werden, andererseits." (:75).

Das vegetative Nervensystem wirkt nicht absolut autonom, sondern arbeitet mit anderen Nervensystemen zusammen und ist dem Zentralnervensystem untergeordnet. Die Nähe zum humoralen System wird deutlich durch die Koordinierungsfunktion des Hypothalamus

für das zentrale und periphere vegetative Nervensystem und die endokrinen Drüsen. Hierbei werden der Parasympathikus und der (Ortho-) Sympathikus unterschieden.

Der Sympathikus weist eher eine Tendenz zu einer generalisierten unspezifischen Wirkung auf. Seine Aufgaben sind die Aktivierung und Energiemobilisation für die Arbeit und die Auseinandersetzung mit der Umwelt, Bewusstseinssteigerung, Erweiterung der Pupillen, Tachykardien bis Flimmern, Verengung der Blutgefäße, Erhöhung des Blutdrucks, Freisetzung von Zucker in der Leber und Erhöhung der Körperkerntemperatur.

Der Parasympathikus ist zuständig für die Schonung, Entlastung und Regeneration des Organismus. Seine Aktivierung bringt eine Bewusstseinsdämpfung, verengte Pupillen, Bradykardien bis Herzstillstand, verminderten Blutdruck, Entleerung der Harnblase, vermehrte Sekretion der Drüsen (Tränendrüsen, Verdauungsdrüsen, Bronchialdrüsen) und eine Insulinsekretion mit sich, wobei die Körperkerntemperatur vermindert wird.

Häufig werden der Sympathikus oder der Parasympathikus getrennt aktiviert. Kommt es zu einer gleichzeitigen Aktivierung beider Systeme, führt dies zur Kapazitätsgrenze. Um eine Sprengung des Systems zu verhindern, geschieht eine gegenregulatorische Notfallreaktion, die zu dessen Entspannung führt. Dieser Vorgang stellt sich dabei "entweder dar als über-kompensatorischer Schongang (Zusammenbruch; Regression) [...] oder als überkompensatorische Aktivitätssteigerung (Ausbruch; Aggression)." (:81).

Es gibt individuelle Reaktionen. "Sie ergeben sich aus der jeweiligen erbgenetischen Ausstattung und auf Grund vorausgegangener Erfahrungen und Lernprozesse und zeigen sich vor allem in der Schwellensenkung für bestimmte Reize, der Reaktionspräferenz (Tendenz zu vorwiegend sympathischer bzw. parasympathischer Reaktion) und der Organwahl bei psychosomatischen Störungen." (:81).

Das aufsteigende retikuläre Aktivierungssystem erstreckt sich als Neuronengeflecht vom Hirnstamm bis zum Zwischenhirn. Dieses System wird von Sinnesreizen, Wahrnehmungen, Vorstellungen, Erinnerungen und Gefühlen aktiviert. Zudem werden von ihm der Wachzustand und die Reizaufnahme und -verarbeitung beeinflusst.

#### **2.1.4.2 Psychologische Aspekte**

Die bisherigen Erläuterungen zeigen, dass die ausschließliche Konzentration auf neurale und humorale Reaktionen zur Erklärung des Stressgeschehens nicht ausreichen, denn der Körper umfasst weitaus mehr als nur physiologische Reaktionen und Abläufe. Deshalb sollen in



diesem Abschnitt psychologische Aspekte hervorgehoben werden, die die "Beeinflussung kognitiver und/oder motivationaler Strukturen auf der Grundlage von Lernvorgängen" (Nitsch 1981b:84) untersuchen.

Die psychologische Stressforschung weist zwei Äste auf. Der eine ist in der Psychoanalyse (Vasconcellos 1984:36) und Tiefenpsychologie verankert. "Ein – meist sich aus der frühkindlichen Eltern-Kind-Beziehung ergebender Streßor [...] führt zu Angst [...], auf die wiederum mit intrapsychischen Abwehrbildungen (z.B. Verdrängung von Triebimpulsen und Wunschvorstellungen) im Sinne eines Bewältigungsversuchs reagiert wird." (Nitsch 1981b:86) Bei Belastungen Erwachsener können die aus der Kindheit scheinbar beherrschten Konflikte wieder aufbrechen und das Verhalten bestimmen, dies kann sich möglicherweise psychosomatisch zeigen. Der zweite Ast entspringt der kognitiven Psychologie, zu deren Hauptvertretern Richard S. Lazarus gehört. Er bezieht sich hauptsächlich auf die Beziehung zwischen der Umwelt und der Person. Eine Situation wird subjektiv wahrgenommen und bewertet, d.h. die Person ist in diesem Geschehen aktiv beteiligt. Ihre Wahrnehmung und Bewertung sind von bisherigen Lernprozessen abhängig.

Zunächst ist die Kette Stressreiz-Stress-Stressreaktion-Stressfolgen im Blickpunkt, die jedoch nicht statisch verstanden werden darf. Hier müssen wie bei den biologischen Abläufen Rückkopplungsmechanismen bedacht werden:

"Die Streßreaktion verändert den Streßzustand, und die Streßfolgen (sekundäre Person- und/oder Umweltveränderungen) können wiederum zu neuen Streßreizen werden. In diese Ablaufstruktur wird nun durch zwischengeschaltete subjektive Bewertungsprozesse eingegriffen. Im Sinne intervenierender Variabler beeinflussen sie maßgeblich den Übergang von einer 'Station' der Streßsequenz zur nächsten. Ob und in welchem Maße ein Reiz Streß auslöst, hängt nicht von den Reizmerkmalen an sich, sondern von den Interpretationsmustern der betreffenden Person ab, also davon, wie sie subjektiv wahrnimmt und bewertet." (:87-88).

Beispielsweise kann der Anblick eines Polizisten Angst, Wut, Ärger oder Freude hervorrufen, je nachdem, ob jemand z.B. bei einem Einbruch ertappt wurde oder ob er in einem Polizisten einen Freund und Helfer sieht. Ebenso kann dieselbe Musik für den einen Krach und für den anderen Wohlklang bedeuten. Gleiche Reize können unterschiedliche Stresszustände hervorrufen, und unterschiedliche Reize können ähnliche Stresszustände auslösen. Dies ist besonders im Zusammenhang mit der Thematik dieser Arbeit zu berücksichtigen und in der Diskussion um die Phasenmodelle festzuhalten.

Die Stressreaktion hängt zudem von der subjektiven Interpretation des Stresszustandes ab. Gleiches gilt für die Folgen, die von der subjektiven Bewertung der Wirksamkeit der

Reaktion abhängen. Hier klingt schon der individuelle Umgang auf die Wahrnehmung eines Stressors an und dass die Adaption an eine Situation nicht in ein uniformierendes Modell gepresst werden kann.

### **2.1.4.3 Stress und subjektive Situationsbewertung**

Stress ist ein Anpassungsgeschehen. Wenn das Person-Umwelt-Verhältnis nicht auf einem befriedigenden Niveau ist, wird dies als Spannung erlebt. Dies geschieht dann, "wenn die Handlungsfähigkeit oder die eigene Existenz überhaupt in physischer, psychischer oder sozialer Hinsicht in Frage gestellt ist." (Nitsch 1981b:91). Die Notwendigkeit, sich in eine nicht zu bewältigende Situation gezwungenermaßen fügen zu müssen und sich ihr nicht angemessen anpassen zu können, führt zu Stress, wenn eine Diskrepanz zwischen innerem und äußerem Gleichgewicht vorliegt. Hier ist das individuelle Anspruchsniveau wichtig; je höher selbst gestellte bedeutsame Ziele und selbst gesetzte Erwartungen sind, desto höher sind das Risiko des Misserfolgs und die intrapsychische Spannung. Anpassungsschwierigkeiten versetzen den betroffenen Menschen in einen Stresszustand, wenn er aus dem Problemzustand nicht herausfindet. Scheint jedoch eine Lösung vorhanden, dann verringert sich der Stress bzw. bleibt gering.

"Psychischer Streß wird also dann am größten sein, wenn höchste Anpassungsanstrengungen erforderlich, aber auch sinnvoll sind, d.h. Erfolgsaussichten bestehen. Hier zeigt sich die doppelte Bedeutung der Hoffnung im Streßgeschehen: Sie ist Voraussetzung, um längerwährende Belastungssituationen zu ertragen, wenn man sich mit der Vorstellung aufrechterhält, daß auch die problematischste Situation einmal vorübergehen wird. Andererseits wird aber ohne Hoffnung psychischer Stress nicht (mehr) entstehen, denn nur solange man hofft, wird man nicht aufgeben, solange man nicht aufgibt, kann sich Anpassung als zu bewältigendes Problem stellen." (:94).

Die individuelle Einschätzung der Situation und der Anpassungsschwierigkeiten richtet sich auf das Anstrengungsniveau. Schätzt z.B. ein Krebskranker seine Situation kurativ ein, hat er die Möglichkeit, seine Anstrengungen mit dem behandelnden Team so weit zu steigern, dass dieses Ziel u.U. erreicht werden kann.

In diesem Zusammenhang stellt sich Anpassungsunsicherheit ein, wenn es trotz aller Anstrengungen und des Fürmöglichhaltens offen bleibt, ob und wann das Ziel erreicht werden kann, wenn es an Eindeutigkeit fehlt. Dann kann Ungewissheit zu einem Stressor wer-

den. Gleichfalls kann auch ein Zuviel genauso wie ein Zuwenig der Ungewissheit Stress steigern.

Faktoren, die die Person, ihre Umwelt oder ihre Aufgaben betreffen, können subjektiv zu Stressoren werden, wenn sie erhöhte Anpassungsnotwendigkeiten oder erhöhte Anpassungsschwierigkeiten signalisieren bzw. wenn sie in hochvalenten Situationen Bewältigungsangst oder in hochproblematischen Situationen Bedeutungsangst erzeugen.

Tod, Sterben und Krankheit als Stressoren stellen Menschen vor höchste Anpassungs- und Bewältigungsschwierigkeiten und Ungewissheiten. Dies führt unweigerlich zu intrapsychischen Spannungen.

#### **2.1.4.4 Stress und Anpassungsversuche**

"Stress entsteht, wenn sich eine Anpassungskrise entwickelt. Stresssituationen haben ihren Funktionssinn in der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eines (u.U. neuen) Anpassungszustands." (Nitsch 1981b:105) Um diesen Zustand zu erhalten oder tendenziell zu erreichen, stehen drei Entscheidungsalternativen zur Verfügung: Toleranz (Zulassen, Erdulden, Aushalten, Hinnehmen oder Ertragen einer Situation, ohne die eigene Handlungsfähigkeit zu beeinträchtigen), Kontrolle (Beeinflussung der stressauslösenden Bedingungen bzw. der Stresssymptome) und Resignation (Verringerung oder Aufgabe der Bewältigungsansprüche und -anstrengungen).

Eine Situation oder ein Problem sind unter der Voraussetzung tolerierbar, wenn sie als relativ kurzfristig betrachtet werden, weniger belastend erscheinen als ihre Bewältigung, als unvermeidbar in Kauf genommen oder als unkontrollierbar betrachtet werden, aber dennoch die Hoffnung auf Belohnung oder Besserung vorhanden ist und das Übel die gerechte Strafe erhalten wird. Krisensituationen, extreme Strapazen, die Hoffnung auf Wunder und deren Wiederholung<sup>14</sup> zeigen, "dass das Tolerieren von Störungen solange möglich ist, solange Hoffnung besteht (hierin liegt auch eine Wirkung sogenannter 'Verheißungsideologien')" (:106). Wird das Maß der ertragbaren und möglichen Toleranz überschritten, kommt es zu Stress.

---

<sup>14</sup> Ein Beispiel dafür war die Hoffnung auf erneute Überlebende nach dem österreichischen Grubenunglück von Lassing in der Steiermark im Juli 1998. Ein verschütteter Bergmann wurde nach 10 Tagen lebend geborgen und gab einem kleinen Dorf einige Tage Kraft, um mit dem Unglück zu leben und weiter darauf zu hoffen, dass noch weitere verschüttete Bergmänner überleben könnten. Rettungsmannschaften suchten darauf unter Einsatz all ihrer auch letzten Kräfte weiter.

Die Kontrolle im Stressgeschehen zeigt sich als psychophysische Aktivierung, wobei die allgemeine Funktionsbereitschaft erhöht und das Bewältigungsverhalten intensiviert werden. "Bei Ungewissheit zeigt sich eine vermehrte Suche nach situationsklärenden Informationen." (:107). Daneben kommt es innerhalb der Kontrolle zu einer psychophysischen Synchronisation, bei der alle verfügbaren Kräfte auf die Bewältigung des Problems oder der Situation hin ausgerichtet werden. "Die Kehrseite der Konzentration aller Kräfte auf die Streßbewältigung liegt in kognitiver und emotionaler Einengung." (:108). Zu einfacheren Verhaltensstrukturen kann es bei Erfolglosigkeit der Strategien kommen, die zu Regressionen führen.

Bei der Resignation gibt es keine Möglichkeit, die Situation oder das Problem zu kontrollieren (Hilflosigkeit), wenn keine mögliche positive Wende zu erwarten ist (Hoffnungslosigkeit). Der Inhalt der Resignation liegt in der Erwartung, bestimmte Situationen durch eigenes Verhalten nicht mehr ändern zu können.

"Resignation führt zwar nicht zur Anpassung, vermindert jedoch die negativen Folgen mangelnder Anpassung. Es wird kein sinnloser Aufwand geleistet, der die Situation nur noch verschlimmern würde, und der Verzicht auf die Verwirklichung von Zielen und Ansprüchen verringert gleichzeitig auch die intrapsychische Spannung." (:109).

Toleranz, Kontrolle und Resignation müssen sich nicht unbedingt auf das ganze Stressgeschehen beziehen, sondern auch auf einzelne Aspekte oder Teile des erlebten Geschehens, z.B. auf die Auseinandersetzung mit den Stressoren oder dem Stresszustand und dessen Folgen.

Bestimmte Stressoren werden unterschiedlich toleriert, kontrolliert oder eher mit Resignation beantwortet.

#### **2.1.4.5 Stress und Leistung**

Das Erbringen von Leistungen und Stress hängt voneinander ab (Busing 1988:36). Es geht bei der Klärung der Beziehung zwischen Stress und Leistung um individuelle Leistungsvoraussetzungen (Nitsch 1981b:116). Diese sind nicht nur abhängig von den Aufgaben, sondern auch – oder vielleicht vor allem – personenspezifisch.

Das Stressgeschehen und die Leistungsfähigkeit wirken sich auf Verhalten und Entscheidungen aus. Bedeutend ist hier der Angst- bzw. Ängstlichkeitsfaktor. Hochhängstliche

Menschen werden eher bei einem niedrigen Stressniveau Bestleistungen erbringen, denn dabei ist ihr Aufmerksamkeitsniveau höher als bei stärkerem Stress, wenn sie sich eher mit

"aufgabenirrelevanten Dingen (insbesondere mit Selbstzweifeln) beschäftigen. Bei Niedrig-Ängstlichen verhält es sich genau umgekehrt: Bei schwachen Streßbedingungen beschäftigen sie sich mit aufgabenirrelevanten Dingen, während sie sich unter hohen Streßbedingungen ganz der Aufgabe zuwenden." (:115).

Diese kurze Betrachtung darf keinesfalls statisch verstanden werden, denn es kann sprunghafte Übergänge und plötzliche Leistungseinbrüche auf Grund individueller Begebenheiten geben, wichtig ist nur zu sehen, dass Stress und Leistung in einem Verhältnis stehen.

#### **2.1.4.6 Stressanfälligkeit**

Die Stressanfälligkeit ist die individuell unterschiedliche Bereitschaft, aus dem psychophysischen Gleichgewicht zu geraten, und ist abhängig von der Intensität und der Generalität der Stressreaktion, d.h. eine Person reagiert auf verschiedene Reize in verschiedenen Situationen unterschiedlich.

Erhöhte Stressanfälligkeit kann körperliche, psychische oder soziale Ursachen haben. Die körperlichen Bedingungen hängen vom Trainingszustand, der Konstitution, ausgeübten Tätigkeiten und durchgemachten Krankheiten ab. Die psychischen Bedingungen richten sich nach dem Verhaltensrepertoire und Bewertungsmustern, die von gemachten Erfahrungen und subjektiven Bewältigungsmaßstäben beeinflusst werden. Die sozialen Bedingungen der Stressanfälligkeit sind gemildert, wenn Personen über wirkungsvolle und sozial angemessene Bewältigungstechniken und Lernprozesse verfügen sowie soziale Zwänge, die die Anwendung von Kontrolltechniken fordern oder verbieten, beherrscht werden.

#### **2.1.4.7 Stress und sozialpsychologisch-soziologische Aspekte**

Unter Berücksichtigung sozialer und soziologischer Faktoren ist es möglich, das Wechselspiel zwischen Umwelt und Individuum zu verstehen. Soziale Störungen spielen unterschiedliche Rollen, einerseits können sie stressauslösend, andererseits auch das Ergebnis des Lebensstresses sein (Vasconcellos 1984:55).

Unter diesem Blickwinkel kann man dreierlei annehmen: (Nitsch 1981b:121):

1. Stress kann sozial bedingt sein.
2. Stress kann sich im Sozialverhalten manifestieren.
3. Stressbewältigung ist ein soziales Geschehen.

Stress wird von einem biologischen und psychologischen zu einem soziokulturellen Begriff erweitert, der von Familienstrukturen, Verkehrssystemen, Wohn- und beruflichen Verhältnissen, Bevölkerungspopulationen, Einkommen, Arbeitslosigkeit und gesellschaftlichen Rollenverteilungen geprägt ist. Die Folgerung aus den aufgelisteten Punkten lautet: "Wenn Streß nicht bloß durch naturgegebene, sondern maßgeblich durch gesellschaftlich vorgeformte Einflüsse ausgelöst wird, heißt das, daß die jeweilige Gesellschaft den Streß ihrer Mitglieder produziert und dafür auch grundverantwortlich wird." (:122). Sie hat sich demnach für die Stressoren (physikalischer, sozialer u.a. Herkunft) und die Folgen des Stress zu verantworten. Stressoren und Stressreaktionen haben einen gesellschaftlichen Hintergrund, so "ist es nicht entscheidend, was objektiv bedrohlich oder gefährlich ist, sondern was nach gängiger Anschauung als gefährlich bzw. als wertvoll und somit erhaltenswert gilt." (:123). Dieser Grundsatz hat nachhaltige Wirkung auf Glaubenseinstellungen, Weltanschauungen, Sinnsuche und auf die Einstellung und den Umgang mit Sterben und Tod.

Sozialer Stress<sup>15</sup> wird nicht erst zum Stress, wenn die individuelle Identität der Person sozial eingeschränkt wird, "sondern man sich in seiner sozialen Existenz und Handlungsfähigkeit in Frage gestellt sieht, d.h. die soziale Kompetenz und Identität einer Person bedroht, beeinträchtigt oder ungewiss sind." (:124).

Drei Verhaltensweisen und Effekte (:125) können jemandem helfen, mit seinem Stress umzugehen und Interaktionen zu unterstützen:

1. Instrumentelle Unterstützung
2. Emotionale Unterstützung
3. Stressrelativierung durch sozialen Vergleich

Der Begleiter einer gestressten Person muss nicht hilflos und beobachtend daneben stehen, sondern hat die Möglichkeit, durch Unterstützung individuell Stress zu vermindern. Dieser Aspekt hat gerade in der Begleitung eines sterbenden Menschen eine große Bedeutung, wenn es darum geht, jemanden in seiner bedrohten Lebenssituation beizustehen.

<sup>15</sup> Sozialer Stress beinhaltet auch die Problematik des sozialen Todes. Der Mensch verliert seine berufliche und seine gesellschaftliche Rolle, weil er durch sein Sterben in seinen bisherigen Funktionen nicht mehr tätig sein kann. Auf Grund körperlicher Einschränkungen kann eine Person nicht mehr seine Freizeitaktivitäten betreiben und wird mit sich zunehmend veränderndem Zustand aus Funktionen und Rollen hinaus gestoßen. Der Mensch bekommt u.U. gewissermaßen ein Etikett des Sterbenden, des Moribunden aufgedrückt, damit ist er nicht mehr als der erkennbar, der er einst in seiner Position war. Dies muss unweigerlich zu intrapsychischen Konflikten führen.

Die Betrachtung der Auswirkungen von Stress richten sich hauptsächlich auf eine darin befindliche Person, dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass deren Stress auch andere Menschen beeinflussen kann. In dieser Auswirkung kann Angst als wichtiger Stressfaktor einerseits die Tendenz erhöhen, den Kontakt zu einer Gruppe oder Kontaktperson zu suchen, andererseits aber auch als Schwäche betrachtet werden und damit den Kontakt verschlechtern bzw. zur sozialen Ausgrenzung und Isolation führen. Ob eine Person von einer Gruppe unterstützt wird oder nicht, wie fest die Strukturen der Gruppe sind, und ob auch Wert- und Normbindungen aufgegeben werden, hängt nach Nitsch (1981b:127) von dreierlei Faktoren ab:

1. Von der Art der Bedrohung: Ist die Gruppe im Stande, durch Aufnahme von Beziehungen auf die Angst einzugehen?
2. Von der subjektiven Bedeutung der Gruppe bzw. Kontaktperson für den Menschen: Wie wichtig ist die Gruppe bzw. die Kontaktperson für den Betroffenen, um zur Stressbewältigung beizutragen?
3. Von den Persönlichkeitsmerkmalen des Betroffenen: Personen mit hoher Grundaktivierung bzw. Aktivierungsbereitschaft suchen in stresshaften Situationen eher weniger den Gruppenkontakt.

Die Bewältigung des Stresses ist ein soziales Geschehen und wird sozial in Lernprozessen vermittelt. Wie der Einzelne seinen Stress bewältigt, hängt von seinen erworbenen persönlichen Fähigkeiten, Fertigkeiten und seiner sozialen Kompetenz und Rolle ab, die ihm den Einsatz seiner individuellen Möglichkeiten erlaubt, die in vergleichbaren Situationen möglicherweise Erfolg zeigten. Eine mögliche Bewältigungsform ist die Fähigkeit, Hilfe zu mobilisieren, die soziale Unterstützung bringt. Eine weitere Stressbewältigungstechnik ist die Möglichkeit zur Kontrolle, um gewünschte Reaktionen auszulösen (überbetonte Freundlichkeit), Informationen zu erhalten (z.B. Suggestivfragen) oder einen gewünschten Status etikettiert zu bekommen (Clown, der Überbeschäftigte). Stresskontrolle ist auch eine gesellschaftliche Aufgabe (Kuren, Krankmeldungen), denn dadurch ist der Einzelne dem Stress nicht total ausgeliefert.

#### 2.1.4.8 Stress in Beziehung zu Krankheit und Gesundheit

Von alters her ist bekannt, dass psychische und körperliche Belastungen die Gesundheit des Menschen beeinträchtigen, sich sogar krank machend auswirken oder den Tod herbeiführen können. In der Alltagssprache "geht es jemandem an die Nieren", "schwillt der Hals vor Ärger an", wird jemand "vor Kummer krank", "stirbt an gebrochenem Herzen", "arbeitet sich kaputt oder zu Tode". Die Arbeiten von Selye u.a. zeigen, dass biologische, psychische und soziale Zusammenhänge im Stressgeschehen bestehen, die Gesundheit und Krankheit beeinflussen.

So gehört es mittlerweile zum Allgemeingut, dass Infektionskrankheiten nicht nur allein von spezifischen Krankheitserregern ausgelöst werden, sondern durch begünstigende Faktoren unterstützt werden können (z.B. können aerogene Infektionen durch geringe Luftfeuchtigkeit unterstützt werden) (Burkhardt & Steuer 1980: 35-40). Dies hat Auswirkungen auf die ursachenspezifische Behandlung, die den Menschen und sein Umfeld betrachtet und nicht nur den Blick auf den Erreger, d.h. einen einzelnen Krankheitsauslöser, richtet.

"In dieser Sicht entstehen Krankheiten also nicht vorrangig auf Grund spezifischer Einflüsse auf den Organismus, sondern entwickeln sich aus reizunspezifischen (stereotypen) Reaktionen auf [...] Einflüsse (Unspezifitätshypothese)." (Nitsch 1981b:132).

Viele Krankheiten muss der Körper nicht einfach passiv hinnehmen, sondern kann mit seinen Möglichkeiten versuchen, auf die veränderte Lage zu reagieren und sich anzupassen. So können Reaktionen des Körpers wie Fieber, Erbrechen, Schmerzen oder Entzündungen als Abwehrleistungen auf einen Stressor verstanden werden.

Die Reaktion des Körpers auf einen Stressor ist davon abhängig, ob Stress als bedrohlich erlebt wird. Krankheit wird von der Stressforschung als Anpassungsgeschehen definiert (:137). Dies darf allerdings nicht missverstanden werden, denn Stress führt nicht unbedingt zu Krankheit. Therapie, Rehabilitation oder Prävention senden auch Stressoren<sup>16</sup> aus, auf die der Mensch reagiert, die aber eine positive und heilende Wirkung haben können.

Zusammengefasst bedeutet eine Krankheit ein biologisches, psychisches und soziales Geschehen, das gleichzeitig abläuft, sie kann ein Stressor oder eine Reaktion darauf sein und deshalb nur im Zusammenhang mit dem ganzen Organismus gesehen werden. Ebenso

---

<sup>16</sup> Diese Stressoren könnten auch als Antistressoren gedeutet werden. Antistressoren können auch Liebe oder Zärtlichkeit sein. Krankheitsbegünstigende Umweltfaktoren oder Stressoren sind Einflüsse, die beängstigen, frustrieren, fürchten lassen, Ohnmacht- und Unfähigkeitsgefühle vermitteln wie der Tod eines Angehörigen, die Kündigung des Arbeitsplatzes oder der eigene bevorstehende Tod. Antistressoren bieten dem Organismus die Möglichkeit zur Gegenregulation.



kann Gesundheit auch nur ein Zustand sein, den der Körper gegen Stressoren zu regulieren versucht. Damit unterstützt die Stressreaktion den Gedanken der Präambel der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1948), die Gesundheit als einen Zustand vollkommenen physischen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als Fehlen von Krankheit oder Behinderung versteht.

### **2.1.5 Zusammenfassung**

Stress, so fällt es nach einer ausführlichen Betrachtung auf, ist ein umfassendes Geschehen auf das der Mensch mit seinen biologischen, psychischen und sozialen Möglichkeiten antwortet. Stress ereignet sich und jeder hat die Möglichkeit auf seine einzigartige, individuelle Weise damit umzugehen.

Tod und Sterben sind außerordentliche Stressoren, auf die reagiert wird. Die Reaktion darauf geschieht individuell und geht in einen Bewältigungsprozess über, der mit dem A.A.S. allein nicht erklärt werden kann, dazu braucht es weitere Erklärungen, die in der Entwicklung eng mit dem Stresskonzept in Verbindung stehen und zum Copingmodell überleiten. Das Stresskonzept versucht mit Labormessungen objektivierbare Daten zu erhalten, während es bei der individuellen Bewältigung einer Situation um subjektive Bewertungen geht, die mit den Möglichkeiten der Stressforschung an ihre Grenzen gelangen, denn das Stressmodell untersucht nicht die Beziehungen in seiner umfassenden Fülle, sondern beschränkt sich auf denjenigen, auf den der Stressor einwirkt.

Die Stressforschung zeigte, dass Stressoren und deren Reaktionen, die das Leben eines Menschen beeinflussen wie eine schwere Erkrankung oder der bevorstehende Tod, nicht mit Phasen identifiziert werden können, sondern nur im Blick auf den einzelnen Menschen und seine persönliche Verarbeitung betrachtet werden können.

## 2.2 Coping

Webster's International Dictionary definiert Coping bzw. das dazu gehörige Verb *to cope* mit "... strike, fight [...] to face or encounter and to find necessary expedients to overcome problems and difficulties[...]" (Encyclopaedia Britannica 1986:502).

In der deutschen Sprache findet sich kein äquivalenter Begriff zu Coping, deshalb versuche ich dem Sinn mit den Begriffen Bewältigung bzw. Stressbewältigung nahe zu kommen oder verwende selbst den Begriff Coping.

Da Coping in Beziehung zum Stressbegriff steht, ist die obige ausführliche Betrachtung des Stresskonzeptes für die Definition von Coping grundlegend.

"Coping ist immer Auseinandersetzung mit etwas, d.h. einer irgendwie gearteten Belastung. In der Forschungstradition des Streßkonzeptes ließ sich angesichts der Ausweitung und begrifflichen Unschärfe des Konzeptes jedoch keine allgemein akzeptierte und praktikable Definition von Stress finden." (Beutel 1988:33).

Der amerikanische Psychologe Richard S. Lazarus und seine Arbeitsgruppe wollten im Gegensatz zu den Labormessungen von Selye et al. mit dem Copingmodell aufzeigen, dass es in einer Situation zwar auch um objektive, physikalische Zusammenhänge und Eigenschaften geht, doch schienen ihm die subjektiven Bewertungen und das verfügbare Bewältigungsrepertoire einer Person bedeutsamer zu sein, wenn sie sich in einer Situation bedroht oder beeinträchtigt fühlt. Er achtete auf die Beziehung zwischen einer Person und ihrer Umwelt. Stress ist für Lazarus "eine besondere Art der Beziehung zwischen einer Person [...] und der jeweiligen Umwelt [...]" (Lazarus & Launier 1981:213). Lazarus untersuchte mit seinen verschiedenen Teams unterschiedliche Gruppen nicht unter Laborbedingungen, sondern versuchte in den natürliche Lebenswelt einzutauchen. Dies wird in seinen zahlreichen Artikeln deutlich, die er seit Anfang der fünfziger Jahre schrieb.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> In *Fifty Years of the Research and Theory of R.S. Lazarus* (Lazarus 1998) wird die Vielfalt seines Schaffens deutlich, in dem er sich beispielsweise mit Stress am Arbeitsplatz, *Psychological Stress in the Workplace* (: 312-320), den kleinen und großen Dingen, mit denen man sich täglich herumschlägt, *Puzzles in the Study of Daily Hassles* (: 272-290) oder sogar dem Bewältigungsverhalten eines ganzen Landes, das in Bezug auf Krieg und Frieden unter Stress steht beschäftigt, *The Psychology of Stress and Coping: Israel as a Great Natural Laboratory* (:321-345), um nur einige wenige Aspekte seiner Forschung zu nennen, die in ihrer Gänze jedoch versuchen umfangreich das menschliche Bewältigungsverhalten zu beschreiben.

## **2.2.1 Das transaktionale Bewältigungsmodell**

Aus den verschiedenen Copingmodellen beziehe ich mich in dieser Arbeit ausschließlich auf das von Richard S. Lazarus und seinem Team. Er war derjenige, der dieses Modell initiierte. Auf seinen Gedanken und denen seiner Mitarbeiter beziehen die weiteren Modelle. Ferner ist sein Konzept das am weitesten verbreitetste und das, was in der wissenschaftlichen Diskussion am anerkanntesten ist.

### **2.2.1.1 Transaktion und Interaktion**

Lazarus ging in seiner Theorie von der Stressforschung aus und erweiterte sie mit seinen Mitarbeitern "zunehmend zu einer allgemeinen Emotionstheorie [...], in deren Mittelpunkt subjektive Bewertungsprozesse ('appraisal') und Bewältigungsprozesse ('coping') stehen." (Rüger, Blomert & Förster 1990:18).

Er legt in seinem Modell Interaktionen und Transaktionen zugrunde. Der Ansatz für die Interaktion geht von unabhängigen Person- und Umweltvariablen aus, die sich einander anpassen. Am Beispiel der Trauer erläutert Lazarus die Bewältigungsaufgabe, die darin liegt, Verluste zu akzeptieren, sich ihnen anzupassen und sich wieder neuen Liebesobjekten, Werten und Aktivitäten zu widmen, wobei auch die Umwelt verändert wird (Lazarus & Launier 1981:216).

Der Ansatz für die Transaktion stellt heraus, dass nicht nur die Situation auf eine Person wirkt, sondern diese auch ihrerseits eine Situation verändern kann, z.B. durch ihr Bewältigungsverhalten. Schädigung/Verlust, Bedrohung und Herausforderung sind wichtige Formen für die Wahrnehmung und stellen nicht nur unabhängige Person-Umweltvariablen dar, sondern treten miteinander in Beziehung. Das Interesse der Transaktionen richtet sich auf den Prozess des wechselseitigen Austauschs zwischen Person und Situation. So rückt das Interesse auf die Persönlichkeit des Betroffenen, die intraindividuellen und langfristigen Veränderungen des verschmolzenen Systems Person-Umwelt. Lazarus zieht den Begriff der Transaktion dem der Interaktion vor,

"weil Interaktion eine Varianzaufteilung unter der Annahme eines kausalen Wechselschlusses zwischen beiden Variablengruppen (hier: Person- und Situationsmerkmalen) impliziert. Hingegen sind in dem Begriff der Transaktion zwei Bedeutungselemente mitgedacht, nämlich einmal, daß nicht nur die Situation auf die Person einwirkt [...],

sondern daß auch die Person die Situation bestimmt; beide beeinflussen sich wechselseitig im Zuge ihres Aufeinandertreffens." (Lazarus 1981:204).

In sofern ist es interessant zu erfahren, wie Lazarus mit seinem Team auf das Thema Stress eingehen bzw. wie sie Stress definieren.

### **2.2.1.2 Das Stresskonzept nach Lazarus**

Stress als Beziehungs- oder transaktionales Konzept entspricht dem Konzept von Lazarus und seinen Mitarbeitern, wobei Stress als Reiz und als Reaktion berücksichtigt wird (Lazarus & Launier 1981:220).

#### **2.2.1.2.1 Stress als Reiz**

Stress als Reiz ist ein Ereignis in der Außenwelt, das von einer Störung verursacht bzw. mit einer solchen beantwortet wird. Stressoren bzw. Stressreize beziehen sich auf Umwelteinflüsse und -ereignisse wie (drohender) Misserfolg, schädliche oder unangenehme Umweltgegebenheiten, Störungen wie Lärm, Katastrophen wie Überschwemmungen, Feuer, Erdbeben, Kriege, Verkehrsunfälle, soziale Veränderungen, Isolation, Reizentzug, Inhaftierung, Trauer und Krankheit. Solche und ähnliche Kataloge sind vielfach aufgestellt worden und beziehen sich auf massive und plötzliche, unbemerkte, chronische oder langfristige Störungen und Ursachen, die durch die Umwelt induziert sind.

Trotz zahlreicher Untersuchungen gibt es gemeinhin die Auffassung, dass Stress von äußeren Lebensereignissen, die Störungen hervorrufen, abhängt; dabei wird angenommen, dass Ereignisse und Einflüsse sich summieren können, um dann die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, somatisch zu erkranken oder gestörtes Verhalten zu zeigen. Bei dieser Anschauung bleibt es unberücksichtigt, ob die Lebensereignisse positiv (Urlaub, Heirat, Lohnerhöhung, Beförderung, bestandene Prüfung, etc.) oder negativ (nicht bestandene Prüfung, Überschuldung, Unfall, Tod einer nahe stehenden Person, erhaltene Kündigung) waren oder wie die jeweilige Person diese Lebensereignisse auffasst, bewertet und bewältigt.

Die Auffassung von Stress als Reiz berücksichtigt keine inneren Motive, Gedanken und Emotionen, die auf die äußeren Ereignisse vermittelnd wirken können (Lazarus & Launier 1981:221).<sup>18</sup>

#### **2.2.1.2.2 Stress als Reaktion**

Die zweite Auffassung ist im medizinischen und biologischen Bereich weit verbreitet. Stress ist hier die Antwort oder die Reaktion auf Umwelt- oder Lebensereignisse. Die Reaktion ist Interaktion des Organismus auf schädliche Reize oder Umstände. Hier findet sich Selyes A.A.S. wieder, das eine unspezifische Abwehrreaktion des Körpers auf Einflüsse der Umwelt ist.

Beide Auffassungen, die Stress als Reiz bzw. als Reaktion beschreiben, sind m.E. nicht einfach voneinander zu trennen. Wenn Stress eine Reaktion ist, dann muss man fragen, worauf reagiert wird, und wenn er ein Reiz ist, muss gefragt werden, was stimuliert werden soll. "Kurz, Stress beinhaltet notwendigerweise beide Komponenten, einen Reiz und eine Reaktion in wechselseitiger Beziehung zueinander." (Lazarus & Launier 1981:223). Somit kommt es zu Problemen in der Spezifizierung zwischen Reiz und Reaktion, wenn eine strikte Trennung möglich sein sollte. Diese werden sich nicht einstellen, wenn Reiz und Reaktion im Stressgeschehen "in einem komplexen, multivarianten System" (:223) gesehen werden.

Bei beiden Ansätzen wird nicht berücksichtigt, dass individuelle Unterschiede in Bezug auf Qualität, Intensität und Dauer eines gleichen Umweltereignisses persönlichkeitspezifisch unterschiedlich und individuell bewertet werden. Hier steckt als Kritik die Frage dahinter, warum Personen in gleichen oder denselben Situationen und Ereignissen unterschiedlich reagieren. Eine Antwort darauf könnte im Umgang mit Stress die Prägung dessen sein, was im Laufe des Lebens durch Entscheidungen bewirkt wurde. Jede Entscheidung und jede Wahl, die das Leben betreffen wie Berufs- oder Partnerwahl, Wohnungswechsel etc., haben Bedeutung für die Anfälligkeit gegenüber Stresserfahrungen.

"Zusammenfassend können wir die Stressreaktion nicht sinnvoll als ausschließlich von äußeren Ereignissen abhängig betrachten, da Menschen nicht auf jedes Geschehen passiv reagieren. Vielmehr selektieren und gestalten sie ihre Umwelt in gewissem

---

<sup>18</sup> Lazarus zählt einige Untersuchungen auf, die sich mit der Problematik Stress als Reiz beschäftigen. Sein Hauptargument gegen diese Auffassung, die er nicht leugnet, sondern nur ihren Anspruch der Ausschließlichkeit kritisiert, ist die Ignoranz gegenüber jeder Art psychologischer Vermittlung.

Maße selbst und begünstigen oder verhindern so die Entstehung bestimmter Arten von Stress [...]" (:225).

### 2.2.1.2.3 Stress als Beziehungsphänomen

Die dritte Auffassung von Stress, die von Lazarus vertreten wird, stellt die Grundlage für das transaktionale Stresskonzept dar, da für ihn mit Stress jedes Ereignis gemeint ist,

"in dem äußere oder innere Anforderungen (oder beide) die Anpassungsfähigkeit eines Individuums, eines sozialen Systems oder eines organischen Systems *beanspruchen oder übersteigen*, [dabei, Anm. G.M.] wird Stress zu einem sehr umfassenden Konzept, das sich auf ein soziales, ein individuelles (psychologisches) oder ein organisches (physiologisches) System beziehen kann." (Lazarus & Launier 1981:226).

Durch diese Grundannahme wird Stress zu einem sehr allgemeinen Geschehen und bezieht sich weniger auf einen genau definierten Prozess, wobei Reiz und Reaktion ins Geschehen hinein gehören.

Psychologisch muss dabei vorausgesetzt werden, dass Risiken, Bedrohungen, Schädigungen, Verluste oder Ereignisse bestehen, deren Problematik überwunden werden muss und die ein Individuum herausfordern, mehr als nur die üblichen Fähigkeiten zu mobilisieren. Übersteigen die Anforderungen die Fähigkeiten des Individuums, wird der Mensch traumatisiert.

Die Ausdehnung des Traumas hängt von der Wertigkeit des jeweiligen Stresses ab. Als Folge kommt es zu Erschöpfung, Zusammenbruch, Regression oder Dekompensation (:226).

Von entscheidender Bedeutung innerhalb dieses Beziehungsphänomens sind die Fähigkeiten und Anforderungen, die an den Einzelnen gerichtet werden, und wie diese wahrgenommen werden. Einerseits kann zwischen externen, umweltbedingten Belastungen unterschieden werden, die bei Misserfolg einer Handlung zu negativen Konsequenzen führen und nötige Anpassungen erforderlich machen. Andererseits beziehen sich die internen Anforderungen auf erstrebenswerte Ziele, Werte, Wertungsdispositionen, Programme oder Aufgaben, die zu einem Individuum gehören oder von ihm erworben werden und deren Verhinderung oder Einschränkung sich negativ auswirken würde.

Die Fähigkeit, sich anzupassen, ist die Grundlage dafür, Belastungen stand zu halten und negative Folgen, die gefürchtet werden, zu vereiteln. Wie stressend Transaktionen für

den Einzelnen sein können, hängt vom Gleichgewicht zwischen den wahrgenommenen Anforderungen und seinen möglichen Fähigkeiten ab.

Transaktionsprozesse versuchen durch soziale, organische und psychologische Systeme sich selbst zu erhalten und ändern "dabei ständig ihre Beziehung zur Umwelt [...], wobei sie ihre Lebensfähigkeit und ein gewisses Maß an Konstanz bewahren." (:227).

Es war nötig das Stresskonzept von Lazarus, das über Selye hinausgeht, zu beschreiben, um im Folgenden das Copingmodell einordnen zu können, denn es ist ohne ein Verständnis des Stresskonzeptes nicht zu verstehen.

## **2.2.2 Das Copingmodell nach Lazarus**

Die theoretischen Auffassungen des Transaktionsmodells ruhen auf den zwei Säulen der kognitiven Bewertung (cognitive appraisal), das sind wertende Wahrnehmungen, Gedanken und Schlussfolgerungen, die eine Situation interpretieren, und der der Bewältigung (Coping).<sup>19</sup>

### **2.2.2.1 Die kognitive Bewertung**

Persönliche und subjektive Bewältigungsprozesse vermitteln "zwischen situativen (externen wie internen) Anforderungen und den handelnden und/oder intrapsychischen 'Reaktionen' des Individuums [...]" (Rüger, Blomer & Förster 1990:19). Der Mensch beurteilt und bewertet ständig die Situation, die sich verändert, er analysiert und sucht "das Wohlbefinden" (Lazarus & Launier 1981:233)<sup>20</sup> für sein Leben. Permanent ablaufende Beurteilungen sind für die adaptive und damit verändernde Auseinandersetzung mit der Umgebung nötig. Diese Einschätzungen oder Bewertungen sind maßgeblich dafür verantwortlich, ob eine Person eine Situation als belastend erlebt oder nicht.

---

<sup>19</sup> Das Modell von Lazarus ist das in der wissenschaftlichen Diskussion verbreitetste und auch anerkannteste Modell auf dem weitere aufbauen bzw. sich anlehnen. Lazarus war in der Stressforschung der erste, der ein solches Modell entwickelte, alle weiteren sind modifiziert und berufen sich immer wieder auf Lazarus und dessen Forschungsgruppen.

<sup>20</sup> Wohlbefinden ist hier wohl der zentrale Begriff für das Ziel aller Copinganstrengungen. Mit Wohlbefinden ist der Zustand inneren Gleichgewichts gemeint. Diesen Zustand, der möglicherweise verloren gegangen ist oder bedroht erscheint, gilt es wiederherzustellen. Im Folgenden wird statt eines *Zustands inneren Gleichgewichts* von Wohlbefinden gesprochen.

Kognitive Vorgänge ordnen Ereignisse individuell und persönlich ein. Sie messen ihnen eine Bedeutung zu, die sich auf das Wohlbefinden (primäre Bewertung) oder auf die zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen (sekundäre Bewertung) ausrichten. Kognitive Bewertungsprozesse könnten auch als Informationsverarbeitung bezeichnet werden und Auskunft darüber geben, wie eine Person ihre Umwelt bewertet.

Lazarus unterscheidet die drei folgenden Bewertungskategorien, die nicht sequentiell ablaufen, "da die einzelnen Bewertungsprozesse ohnehin nicht empirisch (im Sinne von Phasen oder Ähnlichem) zu unterscheiden sind [...]." (Beutel 1988:39).

### 2.2.2.1.1 Primäre Bewertung (primary appraisal)

Die betroffene Person bewertet die stattfindende Transaktion in der primären Bewertung nach der Bedeutung für das Wohlbefinden und der Realisierung ihrer Zielsetzung als **irrelevant, günstig/positiv oder stressend/belastend**.

**Irrelevant** bedeutet, dass die Situation ohne persönliche Bedeutung ist. Das Wohlbefinden wird in der gegenwärtigen Form nicht tangiert. Natürlich kann sich diese Bewertung ändern, wenn die Situation reflektiert wird. Diese Situationslage könnte auch als "Was ist los? - Reaktion" bezeichnet werden (Lazarus & Launier 1981:233).

**Günstig/positiv** bedeutet, dass sich eine Person sicher fühlt, die Lage positiv sieht und alles in Ordnung ist, so dass sie sich entspannen und weiteren Dingen zuwenden kann. Bewältigungsbemühungen sind nicht nötig. Es können Gefühle der Freude, Liebe, Heiterkeit genossen werden. Sollte das Bewusstsein der zeitlichen Begrenzung oder die Notwendigkeit der Erhaltung der Situation vorhanden sein, dann können die erlebten günstigen/positiven Gefühle und Bewertungen mit Bedrohungen durchmischt werden, was immer wieder möglich ist. Denn es sind Anstrengungen zur Erhaltung der Situation erforderlich.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Die Betrachtung der günstig/positiven Bewertungen macht deutlich, dass es bei den kognitiven Betrachtungen um Stress und Emotionen geht, deshalb gehört eine Theorie der Emotionen auch zu diesem Modell dazu. Zwar werden in unserem Zusammenhang vornehmlich negative Gefühle (wie Furcht, Angst, Schuld, Traurigkeit/Depression) im Vordergrund stehen, die Probleme und Ängste unterstützen, doch werden positive Gefühle (wie Freude, Liebe, Heiterkeit, Glück) leider weniger berücksichtigt. Es sind jedoch die positiven Gefühle, die zu den negativen Gefühlen vermitteln könnten. Diese Theorie berücksichtigt Kognition, Emotion und Motivation in ihren Wechselwirkungen und stellt sie in Bezug zu Intensität und Qualität der jeweiligen emotionalen Reaktion einer Person.



**Stressend/belastend** bedeutet, dass das eigene gegenwärtige oder zukünftige Befinden negativ bewertet wird. Dabei werden drei Formen unterschieden: **Schädigung/Verlust, Bedrohung** und **Herausforderung**.

**Schaden/Verlust** bezieht sich auf bereits eingetretene oder vergangene schädigende Ereignisse. Dies können physische Verletzungen, Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls oder des Weltbildes, Vereitelung von Bedürfnisbefriedigung und sozialer Anerkennung, ein zwischenmenschlicher Verlust oder Nichterreichen von Zielen sein.

**Bedrohung** bezieht sich auf die Antizipation von möglichen Schäden oder Verlusten, "wenn hierfür Hinweisreize vorliegen. Das Auftreten des schädigenden Reizes selbst wird als Konfrontation bezeichnet." (Beutel 1988:39).

**Herausforderungen** gehen von der Einschätzung der Chance einer möglichen erfolgreichen Bewältigung aus und sind mit positivem Zuwachs, Gewinn, und persönlicher Entwicklung verbunden. Herausforderung "geht mit positiven Erlebnisqualitäten wie Antizipation, Aufregung, Spannung und Hoffnung einher." (:39). Im Gegensatz zur Bedrohung lässt sich hierbei eher eine positive Stimmung antreffen. Dies hängt einerseits von den Umweltbedingungen, andererseits von den persönlichen Überzeugungen hinsichtlich der Bewältigungsfähigkeiten ab. Im Zusammenhang mit den Herausforderungen sind für Lazarus Überschneidungen mit der Abwehr durch Leugnung ein erwähnenswerter Forschungsaspekt, was für ihn noch unklar erscheint (Lazarus & Launier 1981:236). Von Leugnung kann gesprochen werden, wenn Menschen ihre Diagnose, ihren bevorstehenden Tod nicht wahrhaben wollen oder wenn sie um ihr Sterben wissen,

"aber anscheinend glauben, daß ihre psychologische Identität niemals verloren gehen wird (wie in der Wiedergeburt, dem Leben nach dem Tode, der Auferstehung oder der Seelenwanderung). [..., so kann, Anm. G.M.] das ganze Leben als ein koordiniertes Bemühen der Leugnung des Todes [...]" (:236) verstanden werden.

Schädigung/Verlust, Bedrohung und Herausforderung als primäre Bewertung sind sehr breit gefasst und können in eine Fülle von Subkategorien unterteilt werden.

#### **2.2.2.1.2 Sekundäre Bewertung (secondary appraisal)**

Sekundäre Bewertung bedeutet nicht, dass diese weniger wichtig ist als die primäre oder dass sie zeitverzögert abläuft. Hier werden die Bewältigungsfähigkeiten und das Wohlbefinden bewertet. Die sekundäre Bewertung untersucht und analysiert die Bewältigungsmög-

lichkeiten, die es gibt, die zur Verfügung stehen und welche am effektivsten sind. Sie sucht nach adäquaten und verfügbaren Copingressourcen und legt fest, ob sich eine Person bedroht fühlt. In Stresssituationen bzw. bei Gefahr werden Vergleichsinformationen herangezogen. Bewusst, gezielt oder unbewusst und automatisch werden Entscheidungen für ein bestimmtes Bewältigungsverhalten getroffen.

Primäre und sekundäre Bewertung sind voneinander abhängig. Die Kenntnis, wie eine Gefahr überwunden werden kann, kann eine Herausforderung sein, um diese zu bewältigen und zu relativieren. Die Bewertung, in einer Gefahr zu sein, führt dazu, nach Informationen zu suchen, die Lage einzuschätzen und zu überlegen, was getan werden kann.

"Der entscheidende Punkt ist jedoch, dass die sekundäre Bewertung sowohl für die Gestaltung der Bewältigungsmaßnahmen der unter Streß stehenden Person bedeutsam ist als auch für die Ausformung der primären Bewertungsprozesse selbst." (Lazarus & Launier 1981:238). Die sekundäre Bewältigung kann Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten und primäre Bewertungsprozesse beeinflussen, wenn Bedrohungen oder Schädigungen gemildert oder verstärkt und die Maßnahmen bestimmt werden.

#### **2.2.2.1.3 Neubewertung (reappraisal)**

Primäre und sekundäre Bewertung stehen in enger Verbindung miteinander. Durch Rückkopplungen reagiert der Mensch durch Revisionen der beiden Bewertungen auf veränderte Situationen und auf den Erfolg bisheriger Bewältigungsbemühungen, die z.B. durch das Bewältigungsverhalten, zusätzliche Informationen oder kognitive Reflexionen entstanden sind. Dies führt zu Neubewertungen.

Getroffene Entscheidungen werden überprüft und "können aber auch im Sinne einer defensiven Neubewertung zur Reduktion von Belastungen eingesetzt werden." (Beutel 1988:39). Dies kann durch Leugnung, Distanzierung (z.B. Intellektualisierung) u.a. zu einer selbsttäuschenden Neubewertung führen, so dass einst bedrohliche Ereignisse nicht mehr beängstigend oder sogar wünschenswert erscheinen können.

Die nötigen Informationen, die zu einer Neubewertung führen, kommen aus der Umwelt und von eigenen Reaktionen und Reflexionen.

### 2.2.2.2 Die Bewältigungsprozesse

"Es gibt intuitive und empirische Gründe für die Annahme, dass die jeweilige Art, wie Menschen Stress bewältigen, noch wichtiger für Lebensmoral, soziale Anpassung und Gesundheit/Krankheit sind als die Häufigkeit und Schwere der Streßepisoden selbst." (Lazarus & Launier 1981:241). Das transaktionale Stresskonzept kann Verständnis für menschliche Reaktionsweisen wecken. Es können jedoch nur Hinweise gegeben werden, denn konkrete Beschreibungskategorien wird und kann es nicht geben. Die Kenntnis von Bewältigungsprozessen kann dazu führen, das Verhalten einer Person zu akzeptieren, um selbst Alternativen zu erproben bzw. anzubieten.

Die Bewältigung der Lebenskrise Sterben umschließt komplexe Netzwerke vieler spezifischer verhaltensbezogener, intrapsychischer, präventiver und restitutiver Prozesse. So muss sich ein Mensch ständig neuen Situationen anpassen, Tätigkeiten und Gedanken neu strukturieren, selbst wenn Tod und Sterben geleugnet bzw. Gedanken daran vermieden werden.

"Bewältigung besteht sowohl aus verhaltensorientierten und intrapsychischen Anstrengungen, mit umweltbedingten und internen Anforderungen sowie den zwischen ihnen bestehenden Konflikten fertig zu werden (d.h. sie zu meistern, zu tolerieren, zu reduzieren, zu minimieren), die die Fähigkeiten einer Person beanspruchen oder übersteigen." (:244).

#### 2.2.2.2.1 Die Klassifikationen von Bewältigungsprozessen

Lazarus klassifiziert die Bewältigungsprozesse in zwei Kategorien unter dem Oberbegriff der Bewältigungsfunktionen, nämlich die **Änderung der gestörten Transaktion**, d.h. Aktion (instrumentell) und die **Regulierung der Emotion**, d.h. Linderung, Dämpfung und Selbstberuhigung (Palliation).<sup>22</sup> Einmal soll die Situation ohne großen Aufwand verbessert und die Ausgangssituation unter Vermeidung zerstörender Konsequenzen wiederhergestellt werden. Zum Anderen wird ein Zustand inneren Gleichgewichts hergestellt, indem die psychischen und erlebnismäßigen Komponenten durch die im Stress erzeugten Emotionen so verändert werden, dass Wohlbefinden und soziales Miteinander unbeeinträchtigt bleiben.

<sup>22</sup> Lazarus hält sich die Option offen, seinen erwähnten beiden Bewältigungsfunktionen noch weitere hinzuzufügen. Er erhebt damit nicht den Anspruch auf Ausschließlichkeit. Drei weitere ihm erwähnenswerte Bewältigungsfunktionen sind die Erhaltung der eigenen Möglichkeiten, das Tolerieren oder Ertragen von affektivem Distress und das Bewahren einer positiven Lebensmoral (Lazarus & Launder 1981:250).

Beide Funktionen sind teilweise unvereinbar, können Fehlanpassungen hervorrufen oder sich ergänzen.

Bewältigungsverhalten hat eine zeitliche Orientierung. Bei einer Schädigung, Bedrohung oder Herausforderung sind die Kognitionen und Handlungen unterschiedlich, wenn sie die Vergangenheit, Gegenwart (Überwinden, Tolerieren, Ausgleich durch Erholung, Neuinterpretation vergangener Ereignisse im gegenwärtigen Situationszusammenhang) oder Zukunft (Prävention zur Aufrechterhaltung der Situation, zur Abwehr oder Neutralisierung der Schädigung, der Bedrohung bzw. der Herausforderung oder entwicklungsorientierte Prozesse, die zukunftsbezogen einen potentiellen Nutzen erbringen) betreffen.

Bewältigungsverhalten unterliegt zwei alternativen instrumentellen Schwerpunkten. "Sie können auf die Umwelt oder auf das Selbst oder auf beide gerichtet sein, da sie einzeln oder gemeinsam vom Individuum als verantwortlich für die gestörte Person-Umwelt-Beziehung (Streß) bewertet werden können." (Lazarus & Launier 1981:247). Der Mensch hat die Möglichkeit, sich selbst zu ändern oder die Umwelt zu verändern. Die Bewältigung wird die stressende Person-Umwelt-Beziehung neu gestalten oder die emotionale Reaktion kontrollieren, die daraus entsteht. Soziale Beziehungen haben die Funktion, Informationen oder Hilfeleistungen zu geben und emotionalen Bedürfnissen nachzukommen.

Ein großer Teil der Problemlösungsaspekte der Transaktion bezieht sich auf die Person und ihre Umwelt, dazu werden Fertigkeiten und Informationen zur Abwehr und Überwindung von Schäden oder Verlusten oder zur Begegnung von Herausforderungen erworben, um Lebensziele trotz Konfrontation mit Hindernissen, Gefahren und Gelegenheiten erreichen zu können. Neben den instrumentellen Aspekten stehen auf der subjektiven Seite die Bemühungen, Emotionen zu regulieren.

Bewältigungsverhalten muss eine große Bandbreite aufweisen, um bei veränderten Situationen oder Misserfolgen neue Formen einsetzen zu können.<sup>23</sup> Anstrengungen werden

---

<sup>23</sup> Pastoors (1992:100) und Schweidtmann (1991:102-104) führen hierzu drei Beispiele an. Für die Wahl falscher Bewältigungsmechanismen und die Kombination der beiden Funktionen nennt Pastoors die Einnahme von Beruhigungsmitteln, die in einer Prüfungssituation die Leistung steigern und die Angst mindern können. Die bedrohliche Situation wird hier durch die Einnahme von Medikamenten ohne großen Aufwand verändert und psychisches Gleichgewicht erzeugt. Die zwei anderen Beispiele sind eng miteinander verbunden. Einige Patienten konnten vor einer Operation mit Verleugnung reagieren, sich so seelisches Gleichgewicht verschaffen und die Stresssituation der Operation gut überstehen. Diese Gruppe verließ relativ früh die Klinik. Andere Menschen konnten sich präoperativ in Alarmbereitschaft versetzen, indem sie alles wissen wollten, um die Situation unter Kontrolle zu bekommen. Diese Gruppe hatte Probleme mit ihrem Heilungsverlauf. Daraus folgt, dass die Verleugnung nicht als falsch bewertet werden darf. Wertungen im Umgang mit Menschen, die mit ihrem Tod konfrontiert sind, sollten deshalb dosiert und mit Vorsicht geäußert werden, denn jegliches Bewältigungsverhalten dient dem Menschen in seiner Situation psychisches Gleichgewicht herzustellen bzw. zu erhalten.

erst unternommen, wenn der Status quo bewahrt oder aufrechterhalten werden soll bzw. wenn eine Bedrohung ansteht. Deshalb muss die Palette der zur Verfügung stehenden Fähigkeiten groß sein, um Wohlbefinden herstellen zu können.

Die beiden genannten Bewältigungsfunktionen, **Änderung der gestörten Transaktion** und **Regulierung der Emotion**, werden durch fünf Bewältigungsformen (coping modes) ausgedrückt, um Stresssituationen bzw. Transaktionen zu bewältigen: **Informationssuche**, **direkte Aktion**, **Aktionshemmung**, **intrapyschische Bewältigungsformen** und **Hinwendung zu anderen**. Jede dieser Bewältigungsformen erfüllt "sowohl problemlösende wie emotionsregulierende Funktionen [...], jede [Bewältigungsform kann, Anm. G.M.] sowohl auf augenblickliche oder vergangene Ereignisse (Schädigung/Verlust) wie auf künftige Ereignisse (Bedrohung/Herausforderung) gerichtet" sein (:218).

Die **Informationssuche** beinhaltet den Filterprozess jener Charakteristika eines stressreichen Ereignisses, die nötig sind, um die richtige Wahl für bestimmte Bewältigungsstrategien oder zur Neueinschätzung der Schädigung bzw. Bedrohung zu treffen. Hier wird die Grundlage für eine Handlung geschaffen, um eine Transaktion zu ändern oder das Wohlbefinden zu verbessern, indem die Transaktion einer Situation, die früher ein Trauma auslöste, kontrollierbarer erscheint. Es soll durch das Sammeln von Informationen Wohlbefinden oder ein Überblick über die Situation geschaffen werden. Hier können auch einseitige und den eigenen Standpunkt stützende Informationen gefunden werden, wobei z.B. die Lage beschönigt oder gelindert wird, um negative Gesichtspunkte zu ignorieren. Die Informationssuche dient dazu herauszufinden, was in der Umwelt oder bei der Person selbst verändert werden muss.

Die **direkte Aktion** umfasst – bis auf kognitive – alle Aktivitäten, die eine Stresssituation kontrollieren. "Solche Aktivitäten sind so verschieden, wie es Umwelтанforderungen und persönliche Ziele von Menschen sind – einschließlich des Auslebens von Ärger, der Suche nach Revanche, der Flucht, des Selbstmordes, der Einnahme von Tabletten usw." (Lazarus 1981:219). Die direkte Aktion kann auf die Umwelt und auf die eigene Person ausgerichtet sein, denn beide können sich verändern und die mit Stress angereicherte Person-Umweltbeziehung modifizieren. Jede Art von Aktivität gehört hierzu, die die Funktion hat, einen Beitrag zur Bewältigung bedrohlicher Situationen zu geben. Solche Aktionen können instrumentell sein, Emotionen regulieren, vergangenes Leid oder Unrecht bewältigen oder sich antizipatorisch auf zukünftige Gefahren richten.

Die **Aktionshemmung** unterdrückt Handlungsimpulse, die Schaden anrichten und einer Situation nicht gerecht werden.

"In einer komplexen sozialen und innerpsychischen Welt kann jede Handlung potentiell an moralische, soziale oder physische Grenzen stoßen. Die Entscheidung für bestimmte Handlungen ist nur möglich, wenn starke Handlungsimpulse (wie Ärger oder Wut) zugunsten anderer Handlungsziele unterdrückt werden können." (:220).

Die **intrapsychische** Bewältigungsform (Schweidtmann 1991:106) umfasst alle kognitiven Prozesse, die Emotionen steuern und zur Steigerung des Wohlbefindens beitragen. Hierzu gehören Mechanismen der Selbststeuerung, Abwehrmechanismen, Vermeidung und Versuche, sich von einer Bedrohung zu distanzieren. Die intrapsychische Verarbeitung will ein Gefühl der subjektiven Kontrolle vermitteln, um Wohlbefinden zu steigern und emotionelle Belastungen zu vermindern bzw. zu minimieren. Diese Bewältigungsform ist auf die Zukunft oder Vergangenheit offen ausgerichtet oder kann gegenwärtige Situationen neu interpretieren. Sie kann auf die Umwelt ("Ich habe keinen Krebs, macht Euch keine Sorgen.") oder die eigene Person ("Ich bin ein schlechter Mensch.") bezogen sein.

Eine wichtige fünfte Bewältigungsform für die Betrachtung der Thematik dieser Arbeit ist die **Hinwendung zu anderen Menschen**, das Aufrechterhalten, Suchen und Nutzen von Beziehungen jeglicher Art (Cohen 1979). Sie wirkt dem sozialen Tod entgegen und stabilisiert bzw. baut die psychische Lage auf. Diese Form lässt sich mit der direkten Aktion in Verbindung bringen, bildet aber hier eine Subkategorie.

Die Kategorisierung der Bewältigungsformen ist für Lazarus offen, er stellt keinen abschließenden Katalog auf.

Schließlich soll noch betont werden, "dass jeder Bewältigungsprozess nicht nur eine, sondern mehrere Anpassungsfunktionen hat [...] und dass die Anpassungsfolgen der Bewältigung davon abhängen, wie gut diese Funktionen verwirklicht werden." (Lazarus & Launier 1981:254). Bewältigungsverhalten kann niemals auf der Grundlage einer einzelnen Bewältigungsfunktion erfasst werden.

#### **2.2.2.2.2 Die Wahl der Bewältigungsform**

Jede Stresssituation und jede Bewältigungssituation haben ihre eigene Dynamik und ihr eigenes Gepräge, obwohl sie auf einer abstrakten Analysenebene gemeinsame Merkmale aufweisen (Lazarus & Launier 1981:256). Der situative Kontext spielt in der Wahl der Bewäl-

tigungsform eine Rolle und korreliert mit Personvariablen wie z.B. den Fähigkeiten, Urteilen und Lebenseinstellungen eines Menschen. Trotz gleicher Umweltkonfigurationen reagieren verschiedene Personen unterschiedlich, und man findet dennoch "nichtsdestoweniger gewiße gemeinsame Merkmale der jeweiligen Bewältigungsprozesse [...]" (:256).

Lazarus hebt vier Faktoren hervor, die einen Einfluss darauf haben, ob sich eine Person der direkten Aktion, der Aktionshemmung, der intrapsychischen Formen oder der Informationssuche bedient. Diese Faktoren sind der **Grad der Ungewissheit**, der **Grad der Bedrohung**, das **Vorliegen eines Konfliktes** und der **Grad der Hilflosigkeit**.

Der **Grad der Ungewissheit** oder Mehrdeutigkeit führt eher zur verstärkten Informationssuche als zur direkten Aktion. Scheitert die Informationssuche, werden intrapsychische Bewältigungsformen angeregt. Wenn man nicht weiß, was und wann etwas geschehen wird, kann ohne genauere Informationen nichts unternommen werden. Nach einer unbefriedigend verlaufenden Informationssuche und wenn der Zustand der Mehrdeutigkeit erhöht worden ist, "wird die Person auf intrapsychische Bewältigungsstrategien wie Leugnung, Vermeidung oder ähnliches ausweichen, um so der chronischen und vielleicht ansteigenden Angst besser begegnen zu können." (Pastoors 1992:105). Dies kann bei chronisch verlaufenden Krankheiten, deren Ausgang ungewiss ist, von Bedeutung sein, z.B. kann ein pubertierender Jugendlicher Schmerzen im Hoden verspüren, diese jedoch aus Scham, über Schmerzen im Genitalbereich zu sprechen, verleugnen, weshalb er ärztliche Hilfe nicht beansprucht.

Wenn der **Grad der Bedrohung** zunimmt, kann dies dazu führen, dass der Betroffene zu verzweifelten und primitiven Bewältigungsformen greift, wie z.B. Wutausbrüchen, Panik, Persönlichkeitszerfall oder verwirrtem Denken, auch wenn realistischere und flexiblere Bewältigungsformen weiterhelfen könnten (Schweidtmann 1991:107).

Das **Vorliegen von Konflikten** ist dadurch gekennzeichnet, dass sie ohne Schaden nicht zu lösen sind, denn wenn auf ein bestimmtes Ziel hin gearbeitet wird, wird ein anderes vereitelt. Psychologischer Stress wird unvermeidbar sein, "direkte Aktionen sind [...] kaum möglich, und die Person muss auf intrapsychische Bewältigungsmodi zurückgreifen." (Pastoors 1992:105).

Der vierte Faktor zur Wahl einer Bewältigungsform hängt von der **Hilflosigkeit** ab. Eingetretene oder anstehende Schädigungen oder Verluste können nicht durch Aktionen verhindert oder abgewendet werden, sondern müssen akzeptiert, toleriert oder neu bewertet werden. In der sekundären Bewertung muss der Betreffende zu einer direkten Aktion in der Lage sein, um eine Schädigung zu vermeiden. Ist eine sekundäre Bewältigung nicht mög-

lich, kann sich die Hilflosigkeit zur Hoffnungslosigkeit entwickeln und zur Lähmung jeglicher Aktion führen. Auf emotionaler Ebene kann sie in Depressionen münden (Lazarus & Launier 1981:258).

Die Wahl der vier Faktoren hängt von kognitiven Bewertungen ab, die von Umwelt- und Persönlichkeitsmerkmalen beeinflusst sind. Wie eine Person mit ihrer Umwelt in Verbindung tritt und die Situation bewertet, ist von Wunschvorstellungen, Intelligenz, Grundeinstellungen, Überzeugungssystemen, Glauben, Erfahrungen, der Aufmerksamkeit u.v.a. abhängig.

### **2.2.2.2.3 Zusammenfassung**

Mit dem Copingmodell ermutigt Lazarus neue Wege zu gehen und gibt Spielraum für weitere Forschung. "Wir brauchen innovative Ansätze und müssen Wege gehen, die bislang noch nicht bestritten wurden. Es gibt nicht *das* Paradigma zur Erforschung von Streß und Streßbewältigung und mit Sicherheit keines, das von allen Seiten Zustimmung finden wird." (Lazarus 1981:229).

Der Ansatz des Copingmodells ermutigt eine Person (z.B. deren Pläne, Werte, Wünsche, Überzeugungen) und ihre Umwelt mit deren Merkmalen (z.B. Anforderungen, Zwängen, Möglichkeiten) zu betrachten und in eine gemeinsame Kommunikation zu bringen. Person und Umwelt stehen in einer Transaktion. Ferner gilt es, die transaktionalen Beziehungen und deren Determinanten, die sich daraus ergeben, zu beobachten.

"Von unserem Standpunkt aus ist der wichtigste Vermittlungsprozess kognitiv, d.h. er beinhaltet Wahrnehmen, Denken und Urteilen, die die jeweiligen Person- und Umweltvariablen in die Kategorien Schädigung/Verlust, Bedrohung und Herausforderung transformieren. Kognitive Bewertungen legen der Person auch von den verfügbaren jeweils unterschiedliche Bewältigungsmöglichkeiten nahe." (Lazarus & Launier 1981:259).

Menschliches Verhalten ist ein Prozess, der unter wandelnden Bedingungen abläuft. Emotionen und Motivationen stehen, wie oben erklärt, unter der Kognition, die in Stresssituationen eine bedeutende Rolle für Anpassungsprozesse spielt, d.h. die Bewältigung einer Situation hängt davon ab, wie ein Mensch diese subjektiv und kognitiv einordnet. Das Ausmaß der Stressreaktion wird von objektiven Merkmalen einer Situation, der subjektiven



Einschätzung deren Gefährlichkeit durch den Betroffenen und der zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten bestimmt.

Der Beurteilung einer Situation schließen sich unterschiedliche Reaktionen an. Zunächst stellt die primäre Bewertung den Status quo fest. Bei Wohlbefinden geschieht nichts. Wird allerdings eine Bedrohung, Schädigung/Verlust oder Herausforderung wahrgenommen, analysiert die sekundäre Bewertung die effektivsten und zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten. Es werden für ein bestimmtes Bewältigungsverhalten Entscheidungen getroffen, und es finden ständig Rückkopplungen statt. Veränderte Situationen erfordern Revisionen der primären und sekundären Bewertung, die nicht zeitlich oder hierarchisch nachgeordnet sind, worauf Neubewertungen anstehen.

Die Bewältigungsformen versuchen, ohne großen Aufwand psychisches Gleichgewicht sowie soziales Miteinander zu erhalten oder wieder herzustellen. Um Transaktionen zu bewältigen, werden Informationssuche, direkte Aktion, Aktionshemmung und intrapsychische Prozesse benötigt. Die Wahl der Bewältigungsform hängt vom Grad der Ungewissheit ab, was zu verstärkter Informationssuche und direkter Aktion führt, vom Grad der Bedrohung, was zu verzweifelten und primitiven Bewältigungsformen führt, vom Vorhandensein von Konflikten, was die direkten Aktionen hemmt und zu intrapsychischen Bewältigungsmodi führt, und von der Hilflosigkeit, was zur Akzeptanz, Toleranz und Neuinterpretation führt. Die Wahl der Bewältigungsform ist von Umweltbedingungen und der Persönlichkeit des Betroffenen abhängig. Jede Person wählt je nach Einschätzung der Situation die für sie sinnvollen Bewältigungsformen aus. Coping ist folglich ein dynamischer Prozess.

Das Verhalten eines Menschen ist kein statischer Prozess, sondern Teil eines Bewältigungsprozesses im gegenwärtigen Zustand, in dem ein Mensch "angesichts sich ständig ändernder Bedingungen und Einschätzungen Anpassungsleistungen vollzieht." (Pastoors 1992:107).

Das transaktionale Stresskonzept

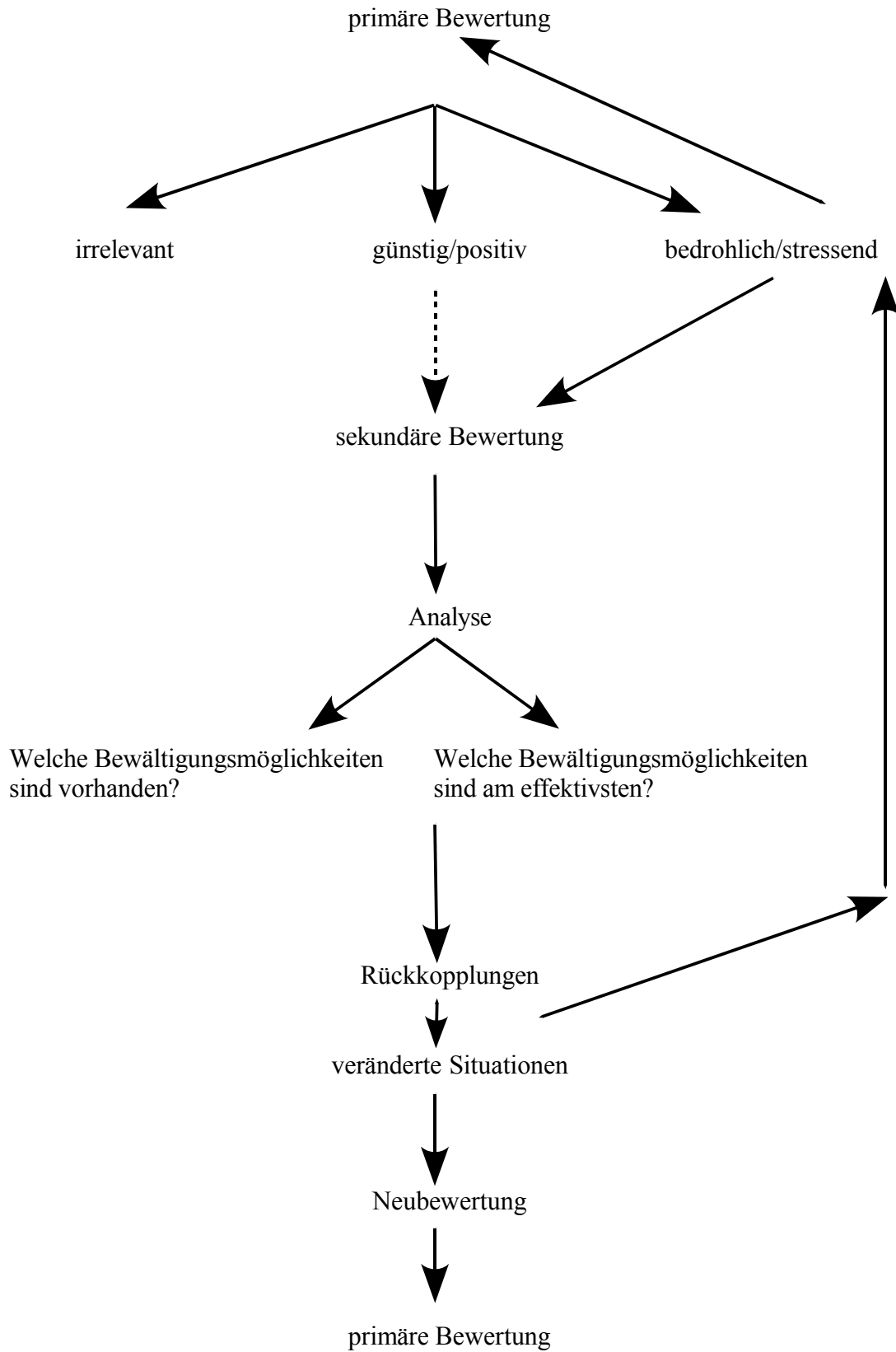


Abbildung 2

### 2.2.3 Coping bei Konflikten und in Krisen

Ein Konflikt liegt dann vor, wenn eine Handlung vollzogen oder unterlassen werden soll. Entscheidungskonflikte zeigen sich schon durch zögerliches Verhalten zwischen Alternativen, abwägende Unentschlossenheit, Vorwegnahme des Problems, ungewisse Gefühle sowie An- und Verspannungen. In solchen Fällen helfen intakte soziale Strukturen, die mit Impulsen unterstützen und zu Neuinterpretationen führen können.

Fünf Verarbeitungsmuster sind für die klinische Praxis des Coping bedeutsam, doch ihre Spezifikation zeigt Mängel, denn sie geht dabei zu Lasten der Individualität, die an sich eine Stärke des Coping charakterisiert:

- "(1) Konflikthafes Beharren bedeutet, daß bisherige Verhaltensweisen unverändert fortgesetzt werden, da keine gravierende Bedrohung antizipiert wird.
- (2) Konfliktfreie Veränderung des Handlungsablaufs tritt ein, wenn die betroffene Person die hervorstechendste oder eine besonders empfohlene Handlungsalternative wählt, ohne Alternativen zu überdenken oder Konsequenzen zu berücksichtigen.
- (3) Defensive Vermeidung erfolgt, wenn bei schwerwiegenden Entscheidungen zunächst keine Hoffnung besteht, eine zufriedenstellende Lösung zu finden, und kann sich in Verharren, Abgeben der Verantwortlichkeit, Wunschenken etc. ausdrücken.
- (4) Wenn die betreffende Person glaubt, angesichts einer Bedrohung nicht genügend Zeit zum Finden einer Lösung zu haben, tritt Hypervigilanz ein, ein Versagen rationaler Entscheidungsprozesse. Dies kann sich in panischem, planlosem Wechsel zwischen verschiedenen Alternativen oder impulsiver Entscheidung für eine Möglichkeit äußern, die sofortige Erleichterung verspricht.
- (5) Vigilanz, definiert als gründliche Informationssuche und unverfälschte Assimilation neuer Informationen, tritt insbesondere bei mäßigem Stress auf." (Beutel 1988:43-44).

Diese Hintergründe von Beutel, der im deutschen Sprachraum das Lazarusmodell weiterdachte, sind im Umgang mit Menschen, die vom Tod oder schwerer Krankheit bedroht sind, bedeutsam und sollten berücksichtigt werden. Die Konfrontation mit der Angst und dem Tod führt zu Konflikten, die zu Entscheidungen bzw. Handlungen auffordern.

Ebenso stellen das Sterben und der Tod eine Krise dar, also

"eine belastend erlebte Störung des Gleichgewichts (Homöostase) in der Beziehung zwischen einer Person und ihrer Umwelt, die von begrenzter Dauer ist und mit einer gesteigerten Verwundbarkeit des betroffenen Individuums einhergeht." (:44).

Die Dauer begrenzt der Tod. Die gestörte Beziehung innerhalb der Krise ist gleichfalls eine Chance zur Neuorganisation des verbleibenden Lebens. Dies verlangt Anpassungen und Veränderungen in Form von (medizinischer) Therapie, Arbeitsplatzverlust, Partnerverlust, Ortswechsel etc.

## 2.2.4 Neurobiologische Grundlagen des Coping

Nach den psychologischen Hintergründen ist es notwendig, biologische Zusammenhänge kurz aufzuzeigen. Eine psychische Aktion wirkt sich auch auf den Körper aus, denn dazu gibt es auch einen entsprechenden physiologischen Ablauf. Dies wurde schon in der Diskussion um den Stress weiter oben gezeigt.

Das Copingmodell hilft den Prozess zu verstehen, wenn Probleme, die von großer Bedeutung für das individuelle Wohlbefinden sind, gelöst und Bewältigungsanstrengungen vorgenommen werden, die an eine veränderte Situation adaptieren. Rüger, Blomert & Förster (1990:61) bringen neurobiologische und psychologische Forschungsergebnisse zusammen und unterteilen ganz grob das Antwortverhalten einer stressreichen Situation in vier Stufen, nämlich (1) die Erkennung und Bewertung der Gefahr, (2) die Überführung dieses Zustandes in physiologische Mechanismen, (3) die Aktivierung von ZNS-Stressmechanismen und (4) pathophysiologische Folgen in Organen und Geweben. In der ersten Stufe werden die neuralen Substrate der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung einbezogen. In der zweiten Stufe überträgt der Hypothalamus<sup>24</sup> neurale Informationen in humorale Informationen. In der dritten Stufe werden Abwehrmechanismen wirksam. "Somit gewinnen zerebrale Prozesse direkt (neural) und indirekt (humoral) Einfluss auf das gesamte Körpergeschehen, auch im Rahmen einer Bewältigungsreaktion." (Rüger, Blomert & Förster 1990:61).<sup>25</sup>

Im Rahmen neuroendokriner Untersuchungen konnten einzelne Reaktionen mit dem Stressgeschehen in Kontakt gebracht werden, doch nach dem derzeitigen Kenntnisstand scheint es keine einheitlichen neuroendokrinen Stressreaktionen zu geben, sondern Stressreaktionen, die in einem komplexen System stattfinden.

<sup>24</sup> Der Hypothalamus ist ein Teil des Zwischenhirnes, zu ihm gehören u.a. das Chiasma opticum. Hier befinden sich dem vegetativen Nervensystem übergeordnete Zentren, die Regulationsvorgänge leiten, z.B. Wärmeregulation, Wach- und Schlafmechanismus, Blutdruck- und Atmungsregulation, Fett- und Wasserstoffwechsel, Genitalfunktion, Schweißsekretion, daneben bildet er zahlreiche Stoffwechselhormone.

<sup>25</sup> Tierversuche unterstützen die Annahme, dass psychologische Prozesse Auswirkungen auf die Physis haben. Das Gehirn spiegelt plastisch individuelle Anforderungen in Bezug auf Lernen und Gedächtnis wider. "Diese Plastizität besteht während des gesamten Lebens, auch wenn die größten und dramatischsten Veränderungen in den frühen Jahren vor sich gehen. Auch reife Erwachsene besitzen die Fähigkeit, neue funktionelle Synapsenverbindungen aufzubauen." (Rüger, Blomert & Förster 1990:6). Die Fähigkeit zur Veränderung bestehender synaptischer Verbindungen macht Lernen möglich, wobei die genauen Grundlagen für Lernen und Gedächtnis noch im Dunklen liegen. Die Basisstruktur des Gehirns ist einerseits genetisch, andererseits durch Entwicklungseinflüsse bedingt. Der Mensch braucht Umwelteinflüsse, um sich entwickeln zu können. Die Art der Synapsenverbindungen, d.h. nicht die Bildung von Synapsen, sondern die Veränderung der Stärke bereits vorhandener nervaler Verbindungen beruht auf individuellen Erfahrungen. Das Besondere des Menschen, seine Individualität und Einzigartigkeit, wird auch durch den Reichtum seiner inneren Organisation geprägt.

"Insgesamt ist es bis heute nicht gelungen, Verbindungen zwischen spezifischen Situationen, Emotionen, psychologischen Prozessen und entsprechenden neuroendokrinen Antwortmustern herzustellen, und es ist wichtig, immer wieder die Individualität der Reaktionen beim einzelnen Menschen zu betonen." (:79).

Im Tierexperiment (:88) konnten Zusammenhänge zwischen Coping, Adaption, Umwelteinflüssen und der Anfälligkeit des Immunsystems bzw. dem Fortschreiten von Krankheiten nachgewiesen werden. Beim Menschen ist man von solchen Nachweisen noch weit entfernt. In Bezug auf Infektionserkrankungen konnte ein Zusammenhang zwischen einer Immunveränderung durch psychologischen Stress und der Erkrankung aufgezeigt werden, denn Stressbelastungen können zu veränderten Immunreaktionen führen. "Die Art interpersoneller Beziehungen, z.B. Einsamkeit, Bindung an andere und depressive Verstimmungen können einen mildernden oder verstärkenden Einfluss auf die entsprechende Belastungssituation ausüben." (:90). Gesichert sind diese Aussagen bisher noch nicht.

### 2.2.5 Weitere Theorien des Coping

Wie schon angesprochen kommt wohl der einflussreichste und bekannteste Ansatz für die Stress- und Copingforschung aus den Arbeiten der Arbeitsgruppen um Lazarus. "Zugleich handelt es sich hier um die differenziertesten und am weitesten ausgearbeiteten Konzepte." (Rüger, Blomert & Förster 1990:18). Dies war u.a. neben seiner Klarheit ein Grund, warum ich dieses Modell wählte. Trotzdem fanden in der wissenschaftlichen Diskussion noch weitere Forschungen Beachtung, obgleich sie heute nur noch marginal berücksichtigt werden.

**Norma Haan** stellt ein dreigeteiltes Modell vor, in dem sich Coping-, Abwehr- und Fragmentierungsprozesse hierarchisch gegenüber stehen. Die allem vorgeschalteten Copingprozesse sind zielgerichtet und flexibel und berücksichtigen mit Logik die Realität. Die nachfolgenden Abwehrprozesse zeigen sich zwanghaft, rigide und verzerren die Realität und Logik. Diesen folgen automatisierte, rituelle und irrationale Fragmentierungsprozesse, die krankhaft gewertet werden. Haan trennt zwischen Coping, das über reife, rationale, angepasste Mechanismen verfügt, um die Realität zu bewältigen, und Abwehr, die auch misslingen kann, so dass sich der Mensch auf Kosten der Realitätsanpassung in eine innere Welt zurückzieht.

"The person will cope if he can, defend if he must, and fragment if he is forced, but whichever mode he uses, it is still in the service of his attempt to maintain organiza-

tion. Whether he copes, defends, or fragments depends on his possibilities for maintaining a degree of equilibrium with the aid of his internal resources vis-à-vis the demands of a particular situation or a series of life situations. His coping does not insure his situational success nor does his defending or fragmenting entail his failure. Whatever mode he employs or whatever outcome he achieves depends on the nature of his situation." (Haan 1977:42)

Mit ihrer strikten Trennung zwischen Abwehr, die eine intersubjektive Realität aufgibt, und Coping, das eine intersubjektive Realität aufrecht erhält (:163), stellt sie sich in klarer Opposition zu Lazarus, bei dem jede Auseinandersetzung mit einem Stressor Coping bedeutet und der gerade Abwehrmechanismen nicht aus dem Copinggeschehen ausgrenzt, sondern integriert und sie als Copingmechanismen definiert.

Vereinfacht ausgedrückt, ist für sie eine erfolgreiche Bewältigungsanstrengung nur das Coping selbst.

Von **Edgar Heim** und seiner Forschergruppe wird Coping im Rahmen der Krankheitsbewältigung "als jener wichtige Teil des Krankheitsverhaltens gesehen, der die Reaktion auf eine beliebige Krankheit zum Inhalt hat." (Heim 1991: 12). Heim integriert in Anlehnung an Lazarus psychodynamische und entscheidungstheoretische Konzepte und unterteilt die Bewältigung in vier Schritte (:14):

- 1 Verändertes Befinden
- 2 Wahrnehmung
  - 2.1 Unbestimmter Eindruck der Veränderung des üblichen Gesundheitsempfinden
  - 2.2 Feststellen einer Veränderung
- 3 Kognitive Bearbeitung
  - 3.1 Beurteilen der Veränderung
  - 3.2 Konsequenzen aus der Bewertung
- 4 Bewältigungen
  - 4.1 Handeln
  - 4.2 Kognitive Bewältigungsform/innerpsychische Verarbeitung
  - 4.3 Emotionale Bewältigung
- 5 Ergebnisbewertung/Rückkopplungen.

Zwischen den einzelnen Schritten werden Filter gesetzt, die andeuten, dass die Bewältigung immer auch von unbewussten Abwehrmechanismen beeinflusst ist. Das Ziel der Bewältigung soll die subjektive Entlastung des Patienten sein, eine optimale Kooperation mit dem Behandlungsteam und die Anpassung des sozialen und familiären Umfelds.

Im deutschsprachigen Raum hat die Forschung von Heim et al. wegen der Nutzung der BeFo eine herausragende Rolle.

Weitere Modelle wie das von **von Engelhard** betonen die Subjektivität (Detering 1993: 9-11) oder **Vaillant** entwickelte Anfang der siebziger Jahre "seine Konzeption des Bewältigungsverhaltens im Rahmen der psychoanalytischen Theorie der Abwehrmechanismen, wobei er die Begriffe Ich- bzw. Abwehrmechanismen synonym verwendet." (Rüger 1990:37).

Meines Erachtens versuchen die verschiedenen Modelle das von Haan oder Lazarus weiter zu entwickeln bzw. zu kopieren und extreme Positionen zu vertreten.

Nachdem ich die verschiedenen Modelle betrachtet habe, scheint mir Lazarus für den Kontakt mit sterbenden und kranken Menschen das ausgewogenere Modell zu sein, das ich meiner Arbeit zu Grunde lege. Sicherlich darf es nicht kritiklos übernommen werden, was ich unter 2.5 ausführen werde. Doch muss gefragt werden, ob und wie dieses Modell letztlich die Begegnung und Begleitung eines kranken und sterbenden Menschen unterstützen kann.

## **2.3 Theoretische Ansätze von Stress und Coping bei Sterben und Tod**

Im Folgenden werden Stress und Coping mit Sterben und Tod in Zusammenhang gebracht.

### **2.3.1 Stress im Kontext des Sterbens und des Todes**

Seit Beginn der Menschheitsgeschichte ist der Tod der größte Feind des Menschen. Er zerstört Hoffnungen, Träume, Ziele und Beziehungen. Die Stressforschung gibt dem Tod des Lebenspartners, eines nahen Angehörigen oder eine Krankheit, die das eigene Leben bedroht, als Stressoren eine hohe Wertigkeit (Holmes & Masuda 1974:52).<sup>26</sup>

Durch den Tod verliert der Mensch nahe stehende Menschen, das eigene Leben, Ziele, Pläne, die eigene körperliche Integrität und die eigene Existenz. Dies gefährdet das innere Gleichgewicht und erzeugt Stress. "Loss of any kind, any quality, any quantity and of any possible significance to the subject may have profound and severe manifestations, strikes at

<sup>26</sup> So einfach ist dies nicht Die Bewältigung und Verarbeitung von Stress geschieht sehr individuell, was das Copingmodell deutlich macht. Individueller und situativer Umgang und Vorerfahrungen sind gänzlich außer Acht gelassen. Dies haben meine Diskussion um Stress und Coping bisher gezeigt.

the core of the self by posing a threat to the essence of our being." (Crosby & Jose 1983:78).

Sterben und Tod treffen besonders Menschen, die ohne ein soziales Auffangnetz wie die Familie leben. Eine unterstützende Gruppe (eine Selbsthilfegruppe von Krebskranken oder die Familie) kann helfen, das Leben mit Sinn und Würde zu füllen, womit inneres Gleichgewicht geschaffen werden kann (Spiegel & Yalom 1984:417).

Viele Probleme stellen sich den Menschen, die mit ihrem Tod konfrontiert werden, z.B. durch körperliche Probleme, wenn sich ihr physischer Zustand verschlechtert, z.B. durch Schmerzen, Übelkeit, Müdigkeit, Durst, Schwitzen, Beklemmungen, Atemnot, eingeschränkte Beweglichkeit oder Schwierigkeiten, die mit der Therapie zusammenhängen. Ein weiterer Problemkomplex bezieht sich auf die Kommunikation mit der Umwelt. Schwerkranke und Sterbende begrüßen offene Kommunikation und Aufklärung (Schmeling-Kludas 1988:782-784). Ein drittes außerordentlich großes Problem ist die Angst vor dem Sterben und dem Tod, die weiter oben ausführlich besprochen worden ist. All dies zusammen löst Stress aus.

### **2.3.2 Coping im Kontext von Sterben und Tod**

Menschen, die mit dem Tod konfrontiert werden, setzen sich intrapsychisch mit den äußeren Problemen und Anforderungen auseinander und bewerten ihre Situation. Diese Auseinandersetzung verlangt eine Fülle physischer, sozialer, intellektueller, spiritueller und emotionaler Anstrengungen. Die Menschen werden mit Veränderungen des eigenen, sterbenden Körpers konfrontiert. Das Selbstbild ist bedroht oder verändert sich. Ferner müssen die Kranken mit dem medizinischen System und dem Behandlungsteam lernen umzugehen. Angehörige und der Sterbende selbst erleben in diesem Bewertungsprozess eine Fülle von Emotionen. Dabei können gegensätzliche Reaktionen durchaus nebeneinander ambivalent erscheinen. Zwischen Akzeptanz der eigenen Lebenssituation und Zurückweisung des bevorstehenden Todes können die Gefühle hin und her pendeln.

So muss meines Erachtens beispielsweise Verdrängung nicht negativ bewertet werden, sondern kann positiv und dem Sterbenden behilflich sein, "Bedrohlichkeiten vorübergehend zu neutralisieren und damit [...] ihn zu schützen [...]" (Boeger 1988:53). Negative Gefühle und verneinende Äußerungen sind meiner Ansicht nach Zeichen der aktiven Auseinanderset-



zung, dass im Augenblick Gefühle, die er oder sie erfährt, noch nicht geteilt oder angenommen werden können, denn

"each person is prisoner of his own experience without benefit of open expression of grief, loss, and memory of happy times and associations. [...] Thus, instead of gradual recession of stress, we find a continuous increase in stress – a symptom of unresolved grief." (Crosby & Jose 1983:81).

Im Copinggeschehen können sich die Umwelt, die betroffene Person oder beide ändern bzw. anpassen. In der Konfrontation mit Sterben und Tod stellt das unausweichliche Lebensende eine nicht zu vermeidende Konstante dar, so kann sich nicht nur die Person bzw. das Verhältnis, sondern auch die Einstellung des Menschen zu Sterben und Tod ändern.

Bewältigungsverhalten beinhaltet u.a. Vermeidung, die sich z.B. durch Reisen oder Geschäftigkeit äußert, um die Furcht vor dem Nichtstun und der eigenen Hilflosigkeit zu bekämpfen, weiterhin Verneinung, oder *als ob* zu leben, um die Existenz des drohenden Todes in Nichtexistenz zu verwandeln. Verleugnung oder Verneinung ist keine Phase des Sterbens, es ist eine menschliche Reaktion,

"Bewusstsein vom drohenden Ende gelegentlich auszulöschen oder davon Urlaub zu nehmen. Es ist wahrscheinlich für den Sterbenden notwendig, die Gedanken an den Tod zwischendurch auf das andere Geleise zu stellen, weg von dem Hauptgeleise, das doch nur in Dunkelheit oder Mysterium führt. [...] Auch ist Verleugnung keine 'Sünde', und man kann dem Patienten helfen, mit Verleugnung umzugehen." (Shneidman 1984:252-253).

Dies sind keine gestörten Bewältigungsversuche, um der zerstörenden, bedrohlichen Realität des Todes zu entweichen, sondern um auf diese Realität zu reagieren und sich ihr zu stellen.

Coping baut für und mit dem Sterbenden ein positives, unterstützendes und akzeptierendes Netzwerk auf. Dieser hat die Freiheit, sein Lebenskonzept und seinen Glauben frei auszuleben. Er wird positive Impulse wahrnehmen, die ihm signalisieren, dass seine Gefühle wahr, ernst genommen und geteilt werden. Schuld- und Sinnfragen werden Berücksichtigung finden, denn über die Sinnfrage kann ein Weg zu sich und zum eigenen Sterben gefunden werden. Es ist nicht die Aufgabe des Begleiters zu konfrontieren, wohl aber für Unausgesprochenes Worte zu finden.

Das Copingmodell kann dem Begleiter helfen zu erkennen, auf welche Art und Weise Menschen bewältigen. Der vom Tod bedrohte Mensch kann nur selbst seine Fragen und Probleme bewältigen. Beispielsweise wird eine Persönlichkeit, deren Grundstruktur ängstlich ist und deren Lebensmuster eher aus Verneinung, Vermeidung und Rückzug besteht,

auch in der Konfrontation mit dem Tod zunächst so, wie sie es gewohnt war, reagieren (Poss 1984:392-395): "My experience [...] is part of me and belongs to me. It has heightened my awareness of the shortness of life by emphasizing its quality and beauty. We tend to die the way we live." (Paulay 1986:234).

### 2.3.2.1 Bewältigung des Sterbens

Bewältigung ist ein komplexes Geschehen. Hier interessieren die Antworten des Menschen, der mit seinem Sterben und seinem Tod konfrontiert wird. Das Faktum des Sterbens und ein sich verschlechternder Zustand lassen die Notwendigkeit von Bewältigungsleistungen ansteigen, wenn psychische Stabilität erhalten werden soll. Je mehr sich ein Zustand verschlechtert und der Tod naht, umso weniger werden die Möglichkeiten, einem hohen Bewältigungsanspruch stattzugeben.

"Diesem hohen Bewältigungsanspruch stehen aber immer weniger Möglichkeiten gegenüber. So wird es immer unwahrscheinlicher, dass über 'Informationssuche' noch neue Erkenntnisse erreicht werden, die für eine Anpassung an die sich verschlechternde Situation hilfreich sind. Auch die Bewältigungsform 'direkte Aktion' wird durch den körperlichen Zustand mehr und mehr eingeschränkt oder unmöglich, so dass die 'Hinwendung zu anderen' ganz in den Vordergrund treten wird." (Schweidtmann 1991:135).

Schweidtmann sieht hier die Grenzen des Coping, wenn der Sterbende keine Perspektive mehr sieht, um einen Bewältigungsstil auszuwählen, wenn die Lebensbedrohung zu groß geworden ist und die Abwehr droht, einen Menschen zusammenbrechen zu lassen (:13).

Die Form der Bewältigung spiegelt die Art und Weise eines Menschen wider, "wie dieser die negativen Schaltpunkte seines Lebens bewältigt hat." (Shneidman 1992:237). Diese Aussage von Shneidman impliziert, dass das Sterben in Übereinstimmung mit der Persönlichkeit des Sterbenden steht. Das Copingmodell führt dazu, den Todkranken mit all seinen Bewältigungsfähigkeiten zu akzeptieren. Mechanismen wie Leugnung dürfen nicht negativ bewertet werden, sondern werden als zur Persönlichkeit gehörend akzeptiert.

Die Kenntnis von Verhaltensmustern und Abwehrmechanismen, die jemand aus früheren Verlusterlebnissen in stressbelasteten Situationen mitbringt, kann helfen, ihn zu verstehen und zu unterstützen. Für den verlässlichen Begleiter bedeutet dies, da zu sein, kommu-

nikationsbereit zu sein, auszuhalten und zu teilen.<sup>27</sup> So gibt es nicht die eine Form von Bewältigung, genauso wie es auch nicht die eine Form des Sterbens gibt. Jeder Mensch stirbt seinen eigenen ganz persönlichen Tod und neigt dazu, "so zu sterben, wie er gelebt hat, besonders wie er früher in Zeiten von Bedrohung, Stress, Versagen, Herausforderung, Schock und Verlust reagiert hat. [...] Das bedeutet, dass man so stirbt, wie man in den schlimmen Stunden seines Lebens gelebt hat." (:244-245).

Bewältigung bleibt ein Balanceakt zwischen Hoffnung und Furcht und hängt von der Bewertung der jeweiligen Situation ab, was mit der Persönlichkeitsstruktur der Person korreliert.

"The dying person has much to fear on approaching death: pain and suffering, disfigurement, abandonment, uncertainty, helplessness, loss, deprivation, impending judgement, and death itself. [...] Hope provides the terminal situation with some meaning from which the patient may gain strength to persevere in the face of fear." (Poss 1984:394).

Hoffnung resultiert aus dem Leben und daraus, was dieses zu bieten hat. Der Wille, im Sterben zu leben, ist nicht unbedingt der Verlust an Hoffnung, sondern kann die bewusste Entscheidung für den Weg zum Ende des eigenen Lebens sein. "In so doing, the will to live is challenged, a struggle ensues, and a reversal process is set in motion." (:394). Hoffnung und Lebensqualität können einen Sterbenden positiv unterstützen, seine Energien emotional einzusetzen, um sich Beziehungen zuzuwenden. In diesem Kontext wird deutlich, dass das soziale Umfeld immer bedeutender wird und eine zentrale Funktion im Coping und in der Begleitung bekommt.

### **2.3.3 Soziale Unterstützung im Sterbeprozess**

Das soziale Wohnumfeld sollte nach Möglichkeit vom Sterbenden selbst ausgesucht und gestaltet werden. "75% wünschen sich, zu Hause in der vertrauten Umgebung zu sterben; 80% wünschen sich eine gute liebevolle Begleitung." (Holtmann 1994:42). Menschen wünschen sich, in ihrer gewohnten Umgebung, d.h. zu Hause, gepflegt zu werden (Gründler 1979:43) und zu sterben, dort kann ein Familienmitglied in seinem Sterben Verstehen, Annahme und Zuwendung in Liebe finden, die zwar nicht immer auf hohem Niveau und fach-

---

<sup>27</sup> Dazu gehört auch, Reaktionen wie Stoizismus, Wut, Schuld, Entsetzen, Duckmäuserei, Furcht, Angst, Aufgabe, Heldentum, Abhängigkeit, Überdruß, Kontrollbedürfnis, Kampf um Autonomie und Würde sowie Verleugnung auszuhalten und mitzuerleben.

lich kompetent geschieht, aber doch auf den Menschen zugeschnitten ist. Der Wunsch, zu Hause sterben zu können, wird den meisten Sterbenden leider nicht gewährt. "In Nordrhein-Westfalen starben zwischen 1990 und 1992 im ländlichen Bereich ca. 60%, im städtischen Bereich bis zu 90% (städtischer Ballungsraum) der Verstorbenen in klinisch-pflegerischen Einrichtungen." (Rest 1992:75).

Orte des Sterbens können die eigene Wohnung, der Mehr-Generationen-Haushalt, Krankenhäuser, Spezialkliniken, Pflegeheime oder stationäre Hospize sein. Die Wahl der Orte ist von den persönlichen individuellen Wünschen und Gepflogenheiten sowie von finanziellen Möglichkeiten abhängig.

Die Hospizarbeit findet in den letzten Jahren reges Interesse und wird in einer sich stetig differenzierenden und atomisierenden Gesellschaft hervorgehoben. Denn leider machen oftmals die Umstände ein Sterben zu Hause unmöglich.

Der Sterbende kann auf verschiedene Weise soziale Unterstützung und Aufmerksamkeit erfahren. Emotional kann er Wertschätzung, Geborgenheit, Annahme und Anerkennung vermittelt bekommen oder psychologische Hilfestellung erhalten. Er kann durch Informationen über seinen Zustand aufgeklärt werden, und es kann ihm Hilfe zugesichert werden. Ferner kann das Verhalten der Umwelt und seines sozialen Umfeldes ihn unterstützen, damit er sich wohl fühlen kann.

Die soziale Unterstützung wird auch durch das Verhältnis von Arzt und Patient beeinflusst. Offene Kommunikation, ärztliche Information und damit adäquate Aufklärung sowie emotionale Zuwendung durch den Arzt wirken sich positiv auf die Verarbeitung eines todkranken Zustandes aus, das bedeutet negativ formuliert: Informationen ohne Hoffnung und Liebe sind grausam (Schafft 1987:45-46). Ein behandelnder Arzt kann einen Patienten dazu ermutigen, eine Gruppe aufzusuchen, die seine Probleme teilt und ihm hilft, aus einer möglichen Isolation herauszutreten. Den Rat und die Unterstützung einer Gruppe werden die Betroffenen umso mehr schätzen, "je größer der Mangel an Informationen und Unterstützung in der medizinischen Versorgung erlebt wurde." (:52).

Die "Bedeutung familiärer Unterstützung für den Prozess der Krankheitsbewältigung" (:48) und zufriedenstellende glückliche Beziehungen zeigen sich, wenn subjektive Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen, Angst, Depressionen, und Hilflosigkeitsgefühle sich verringern und ein Zustand bewältigt wird (:43). Ein Partner oder eine Partnerin haben unterstützende Bedeutung, wenn sie verlässlich sind und den Erwartungen des Sterbenden entsprechen.

## **2.4 Zusammenfassende Anmerkungen**

Das Copingmodell kann für den Seelsorger eine Hilfe sein, dem von Sterben und Tod bedrohten Menschen beizustehen, ihn zu akzeptieren und darin zu unterstützen, seine belastende Gegenwart wahrzunehmen und trotz bevorstehender Verluste das eigene Leben selbst zu gestalten. Das Copingmodell zeigt einen Zusammenhang zwischen Stressoren und innerer Auseinandersetzung, akzeptiert negative Gefühle und ordnet sie in die individuelle Auseinandersetzung ein, ohne den Betroffenen in eine andere Gefühlslage drängen zu wollen.

"Zusammenfassend ließe sich Coping definieren als ein Problemlösungsprozess, der auf Belastungsverminderung abzielt, durch Änderung der bedrohlichen Situation, der inneren Einstellung zu der Bedrohung, ggf. auch durch Eingehen von Kompromissen, um größtmögliche emotionale Stabilität wiederzugewinnen." (Schwarz & Hornburg 1997:220).

Das Copingmodell löst den Begleiter von einem rein auf einzelne Faktoren fixierten Blick (z.B. nur auf die Krankheit, nur auf die Psyche, nur auf das Seelenheil) hin auf den gesamten Menschen und versucht das soziale Umfeld mit einzubeziehen und betrachtet die Lebensgeschichte, die Persönlichkeit, Erfahrungen u.v.a.m.

Coping stellt den Begleiter und dessen Zielvorstellungen zugunsten einer Konzentration auf den Patienten in Frage. Der Maßstab der Begleitung wird nicht vom Seelsorger in Form eines Musters oder einer Ars moriendi aufgestellt, sondern vom Sterbenden.

## **2.5 Kritische Würdigung**

Das Modell von Lazarus gilt als eines der bekanntesten und meist verbreiteten Modelle der Stressbewältigung (Faller 1998:36). Lazarus versteht menschliches Verhalten als einen Prozess, der sich im Kontext einer Situation stetig verändert. Bewältigungsverhalten verändert sich, wenn sich eine Person mit einer Belastung auseinandersetzt, eine Situation beurteilt und versucht sich anzupassen. Diese Person-Umwelt-Transaktionen sind im Fluss.

Das Copingmodell hebt kognitive Einschätzungen, die sich in einem fortlaufenden Prozess befinden, hervor. Coping findet in der Realität statt, passt sich an und erfolgt meist bewusst. Bedrohliche Gefühle und Phantasien, die unbewusst bleiben, berücksichtigt das Modell kaum, denn nach Lazarus haben unbewusste Abwehrmechanismen eine untergeordnete Bedeutung.

An dieser Stelle wird die Diskussion zwischen Abwehr und Bewältigung deutlich, die seit den 70er Jahren geführt wird und auf die an dieser Stelle nur hingewiesen wird. Norma Haan (Haan 1977) bezieht, wie schon gezeigt, zu dieser Thematik Stellung, wobei eine Spannung erhalten bleibt.

### **2.5.1 Die naturwissenschaftlichen Wurzeln**

Die ausführliche Betrachtung der komplexen biologischen Aspekte und physiologischen Regelkreisläufe zeigen, dass das Stressmodell von Selye und das Copingmodell von Lazarus ihre Wurzeln in der Biologie und Physiologie haben.

Der naturwissenschaftliche Anspruch suggeriert, dass diese Modelle allgemein und objektiv sind. In diesem Kontext ist die sehr aktive Sprache zu kritisieren. Bewältigung erscheint als "machbar", oder wenn von Bewältigungsmechanismen gesprochen wird, wird der Eindruck hinterlassen, dass der Mensch als Maschine funktionieren bzw. bei Problemen nach dem passenden Schlüssel gesucht werden muss, damit er wieder funktioniert. Dies nimmt dem Menschen seine Individualität und Unabhängigkeit, die gerade das Copingmodell aufrichten will. Es scheint, als simplifiziere das Copingmodell menschliches Verhalten. Einerseits wird Coping dadurch zu einem macherischen naturwissenschaftlichen Modell, andererseits macht dieses darauf aufmerksam, dass Bewältigungsverhalten ein subjektiver Prozess ist. Dieser Spagat zeigt sich darin, dass das Modell einen beinahe totalitären Anspruch hat, Bewältigungsverhalten umfassend darzustellen und an Gewicht verliert, wenn die Sprache und der Anspruch nicht geändert werden.

Emotionen, die Persönlichkeit und intrapsychische Vorerfahrungen bleiben in dem naturwissenschaftlich beeinflussten Modell im Hintergrund, was in der Bewältigung von belastenden Ereignissen, die Angst auslösen, ein Defizit ist.

Das Modell neigt durch seine einfache Darstellung dazu, menschliches Verhalten zu mechanisch zu erklären, wobei die Gefahr besteht, Bewältigungsverhalten zu katalogisieren und der individuellen Auseinandersetzung mit einer Belastung zu wenig Raum zu geben. Dabei ist es Lazarus nicht daran gelegen, Kataloge zu erstellen, jedoch vollziehen dies einige Forscher, die sein Modell weiterentwickelten (Heim 1991:34-52).<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Die Berner Bewältigungsformen (BeFo) nennen über 30 verschiedene Bewältigungsmechanismen.

### 2.5.2 Der kognitive Ansatz

Das Copingmodell wertet Menschen auf, die Belastungen wahrnehmen, sie eigenständig bewältigen und so unabhängig bleiben. Es beschäftigt sich mit der Lernfähigkeit eines Menschen, mit Stress umzugehen, was Lazarus als eine ständige kognitive Aktivität betrachtet, die sich auf alltägliche Anpassungsleistungen erstreckt. Ihn interessieren nur belastende oder herausfordernde Ereignisse, positive oder günstige Einschätzungen sind für ihn ohne Belang, damit mindert er die Bedeutung von positiven Emotionen im Umgang mit Belastungen.

Der Beginn der Anpassungsleistungen ist mit der primären Bewertung eines belastenden Ereignisses gekennzeichnet, doch deren Ende ist offen. Das Copingmodell gibt keine Auskunft darüber, ob Bewältigungsverhalten aufhört. Ebenso wenig fragt es nach effektivem Bewältigungsverhalten oder nach Motiven, die hinter einer Bewältigung stehen. Bewertungen zwischen "schlechtem" oder "effektivem" Coping widersprechen in sich dem Grundkonzept von Coping, das selbst unangemessenes Verhalten akzeptiert. Für Lazarus stehen die kognitiven Vorgänge, die Bedeutung und die Einschätzung einer Situation, die einen Menschen belastet, im Vordergrund, wobei er die Persönlichkeit und intrapsychische Vorerfahrungen eines Menschen nicht thematisiert und dessen Bewältigungsverhalten nicht wertet.

Coping, wie es Lazarus beschreibt, lässt sich auf zwei Begriffe reduzieren: Bewertung und Kontrolle. Es geht Lazarus ausschließlich darum, belastende Situationen von einem Menschen selbst bewerten zu lassen, um diese mit den Möglichkeiten, die jemand hat, kontrollieren zu können. Der kranke bzw. sterbende Mensch schätzt so seine belastende Situation selbst ohne die Beurteilung eines Dritten ein und kontrolliert sie selber.

Bewältigungsverhalten ist ständig im Fluss, weshalb sich das Copingmodell eignet, eine Auseinandersetzung mit chronischen Erkrankungen über längere Zeit zu beobachten. So kann konkretes Bewältigungsverhalten wahrgenommen und beobachtet werden. Das Modell zeigt seine Stärken in der Wahrnehmung und Akzeptanz von Verhalten.

Coping in belastenden Situationen wird von Lazarus und anderen meist an Hand von standardisierten Interviews untersucht, wobei die Person-Umwelt-Transaktionen dargestellt werden. Leider entpuppen sich die Interviewer dabei lediglich als von außen stehende Beobachter, ohne dass sie eine Beziehung, die einen Kranken begleiten will, einwickeln lassen

wollen.<sup>29</sup> Hier wirkt das Modell hilflos und lässt Menschen mit ihren Problemen allein. Es analysiert einen Kranken, ohne ihm wirklich zu begegnen. Wenn sich ein Begleiter als Teil der Person-Umwelt-Transaktion versteht, bleibt das Copingmodell nicht statisch, einseitig und modellhaft, sondern begegnet der Person, um sie zu akzeptieren und zu begleiten. Transaktionen werden dann zu Beziehungen, die den Kranken unterstützen, sein psychisches Gleichgewicht selbst zu finden.

Das Copingmodell orientiert sich an den vorhandenen Interpretationsmustern einer Person, also daran, wie diese subjektiv Stress bewertet, den sie wahrgenommen hat. Der Begleiter begegnet in der jeweiligen Situation einem Kranken und bietet diesem Raum an, sich zu entfalten. Der Gefahr, Bewältigungsmuster herauszustellen und zu generalisieren, will Lazarus nicht erlegen.

### **2.5.3 Zusammenfassende Kritik**

Das Copingmodell nach Lazarus versucht einfach und dennoch differenziert menschliches Verhalten darzustellen, wobei es dazu neigt, ein "Baukastenprinzip" aufzustellen, das bei statischer Anwendung den Begleiter ausschließlich beobachten lässt, wodurch es nicht zu einer wirklichen Begegnung und Begleitung kommt.

Lazarus hebt anschaulich hervor, dass sich Bewältigungsverhalten stetig verändert und es sich dabei um einen aktiven Prozess handelt, der sich einer sich verändernden Situation anpasst, die eine Person belastet, und dieser helfen soll, ihr inneres Gleichgewicht zu gewinnen. Unbewusste Prozesse, wozu auch intrapsychische Bewertungen zählen, werden von Lazarus nicht genügend gewürdigt. Ein Mensch befindet sich in einem fortwährenden Prozess kognitiver Einschätzungen, wobei Emotionen kaum betrachtet werden, die im Abwehrprozess stärkere Bedeutung haben. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass das Modell rational ausgerichtet ist und einer Person nicht wirklich begegnet und eine begleitende Beziehung zu ihr aufbaut, sondern lediglich beobachtet, dieser jedoch die Freiheit lässt, un-

---

<sup>29</sup> Diese Arbeit versucht den Gesprächspartner eines Kranken aus der Beobachterposition herauszuholen. Der Gesprächspartner, d.h. ich, trete nicht mehr als Beobachter auf, sondern als Begleiter, der vom Copingmodell geprägt ist. So soll das Copingmodell einen praktischen Bezug bekommen und gewürdigt werden. Die Transaktion zwischen dem Kranken und seinem Begleiter gibt beiden die Möglichkeit sich zu begegnen. Impulse, d.h. Worte, Handlungen und die Begegnung selbst, bieten die Möglichkeit, mit dem Betroffenen in die Belastung hineinzugehen und ihn zu begleiten und dabei Kognitionen zu erleben, die die Situation verändern können. Für den Seelsorger bedeutet dies, dass er kein Beobachter sein darf.



ter sich stetig verändernden Bedingungen die Situation selbständig zu bewältigen und eigene Wege zu finden. Den Begleiter bewahrt die Beobachterposition vor allzu schnellen Bewertungen. Seinen Blick für die Person kann der Beobachter schärfen, um Kranken persönlich zu begegnen und um mit ihnen auf einmalige, individuelle Art und Weise zu kommunizieren.

Das Copingmodell bietet die Möglichkeit, Anpassungsprozesse zu verstehen und gelassen einem Menschen zu begegnen, der wahrgenommen wird. Nicht der Begleiter bestimmt und *macht* die Begleitung, sondern der Mensch ist deren Maß, denn die Art und Weise, wie jemand bewältigt, hängt davon ab, wie er die Situation bewertet und auf Grund seiner Lebensgeschichte und Erfahrung damit umgeht. Ein Begleiter, der um Coping weiß, wird Bewältigungsverhalten nicht gewaltsam durchbrechen, sondern einen Kranken oder Sterbenden aushalten bzw. gemeinsam mit ihm den Weg gehen, auf dem er seelisches Gleichgewicht sucht. Dies mag manchmal oberflächlich erscheinen, weil nur das für den Beobachter wahrnehmbare Verhalten im Copingprozess entscheidend ist, weshalb das Copingmodell auch als *naiv* bezeichnet werden könnte. Gleichzeitig ist dies auch dessen Stärke, denn der Verlauf und die Auseinandersetzung mit einer Belastung hängen ausschließlich von der betroffenen Person ab. In der Praxis will das Copingmodell nicht konfrontieren, sondern beobachten, denn der Kranke wird mit seiner Situation eigenständig umgehen können und wird von der Person-Umwelt-Transaktion unterstützt. Theoretisch lässt das Copingmodell eine Person nicht allein, wenn der Begleiter deren Verhalten aushält, auch wenn es anstößig ist.<sup>30</sup> Die Ziele des Bewältigungsverhaltens sind handlungsfähig zu bleiben, eine Krankheit ins Leben zu integrieren, personales und soziales Gleichgewicht zu bekommen, sich intrapsychisch an eine Belastung anzupassen oder Situationen zu ändern, dabei wird geistliche und seelsorgerliche Betreuung bisher vom Copingmodell so gut wie gar nicht berücksichtigt, obwohl seit alters gerade die Seelsorge stets Kern der Sterbebegleitung war.<sup>31</sup> Um Seelsorge und Coping zusammenzubringen, ist es aber notwendig auch geistliche Aspekte in die Diskussion mit einzubeziehen, denn sonst bleibt Begleitung nur im Hier und Jetzt stecken und berücksichtigt nur einseitig immanente Gesichtspunkte.

---

<sup>30</sup> Meiner Erfahrung nach werden Verleugnung, Verdrängung, Auflehnung, Aggression und Widerstände aller Art gegen Therapien z.B. in Kliniken immer wieder als anstößig oder unangebracht bewertet. Klinikpersonal oder andere Menschen, die in der Begleitung stehen, versuchen dabei das anstößige Verhalten zu durchbrechen, es selbst zu verleugnen oder stehen diesen Menschen hilflos gegenüber, weshalb es dann in deren hilfloser Art zu inadäquaten Reaktionen kommt wie z.B. Behandlungsverweigerung, wenn ein Arzt sich abwendet, weil der Patient eine bestimmte Therapie ablehnt.

<sup>31</sup> Dies soll sich mit dieser Arbeit ändern, die das Copingmodell in die Seelsorgearbeit integrieren will.

### **3 Seelsorge in der Entwicklung – von der Phasenlehre zum Coping**

Es stellt sich nun die Frage, ob ein geisteswissenschaftliches Modell, das von den Naturwissenschaften geprägt wurde, für die Seelsorge fruchtbar und eine Alternative für das bisher bekannte Phasenmodell sein kann? Ferner muss auch danach gefragt werden, ob das, was dazu führte sterbende Menschen verstärkt ins Blickfeld zu bringen und sie aus einer missachtenden Isolation herauszuholen, nicht mit den Gedanken des Copingmodells zusammengeführt werden kann. Ich möchte das eine nicht gegen das andere ausspielen, wohl aber beides kritisch hinterfragen, um die positiven Eigenschaften für sterbende Menschen nutzbar zu machen, dabei präferiere ich das Copingmodell als Erweiterung des seelsorgerlichen Horizonts, weil es sehr differenziert auf der Basis intensiver empirischer Forschungsarbeit klärt, wie Menschen bewältigen.

Die Phasenmodelle versuchen seit fast 40 Jahren die Isolation von Tod und Sterben aus der Gesellschaft zu enttabuisieren. Das überschaubare und leicht eingängige Modell von Elisabeth Kübler-Ross zog schnell die Aufmerksamkeit von Menschen auf sich, die privat oder im Beruf mit Sterbenden konfrontiert waren. Es machte auf sehr einfache Art und Weise den Prozess des Sterbens und die dabei entstehenden Emotionen und Affekte deutlich, die Menschen durchlaufen. Seelsorger nahmen das Modell schnell an, weil ihnen ein Raster an die Hand gegeben wurde, um zu verstehen, wo sich Sterbende befinden. Wie jedoch oben dargestellt wurde, ist Bewältigungsverhalten wesentlich differenzierter, als es das grobe Raster des Phasenmodells suggeriert, zudem wird die Individualität eines Sterbenden eingeschränkt, seine Geschichte, Sozialisation, seine Konfliktfähigkeit, Lebenseinstellung, Lebensführung und sein Erleben der Situation bleiben unberücksichtigt. Ferner antwortet das Modell nicht darauf, warum Menschen unterschiedlich reagieren und ein Mensch sein Sterben annimmt und ein anderer überhaupt nicht.

Die Ansätze des Phasenmodells und der Bewältigungsforschung sind es wert gewürdigt und hinterfragt zu werden. Beide dürfen nicht gegenseitig negiert werden, sondern müssen gemeinsam in einem fortschreitenden Entwicklungs- bzw. Erkenntnisprozess gesehen werden. So verlor im Verlauf der letzten beiden Jahrzehnte das Phasenmodell seine Starrheit, wurde durch Sporken aufgeweicht<sup>32</sup> und nähert sich dabei dem Transaktionsmodell. Die Ge-

<sup>32</sup> Vergleiche 1.2.1 Sporken spricht hier von Gefühlen statt Phasen und beschreibt, dass diese Gefühle sich überlappen können oder durcheinander erlebt werden können, d.h. nicht linear verlaufen.

fühle bzw. Phasen geben einen schnellen Überblick über den gegenwärtigen Zustand eines Menschen und können dort zu einer Verstehenshilfe werden, wo nicht viel Zeit bleibt, einen Menschen kennen zu lernen. Der Begleiter darf dabei nicht auf die fünf bzw. sieben Phasen fixiert sein, sondern muss den Sterbenden in einem Prozess verstanden wissen, in dem der Betroffene seine Situation wahrnimmt und selbst bewertet. Begleiter dürfen die ausgedrückten Bewältigungsformen nicht bewerten, sondern müssen sie so annehmen, wie der Patient sie ausdrückt.

In der seelsorgerlichen Diskussion werden leider keine weiteren Hilfen angeboten, um Sterbende zu verstehen. Theologen sind nach wie vor auf das Modell von Elisabeth Kübler-Ross fixiert. Außerhalb der Theologie ist die Entwicklung in Deutschland dahingehend, dass das Phasenmodell ignoriert wird. Es werden aber keine Alternativen angeboten, die helfen könnten, eine fundamentale Hilfe zu bilden, um Menschen umfassend verstehen zu lernen. Franco Rest (Rest 1991; 1989, 2001; 1992) oder Daniela Tausch (Tausch 1987; Tausch Flammer 1994; Beutel 1993), die beiden wohl führenden ernsthaften Publizisten auf diesem Gebiet, bieten vor allem praktische Hilfe im Umgang mit Sterbenden an, ebenso konzentriert sich Hans Christoph Piper, der erste bedeutende Vertreter der KSA in Deutschland, vor allem auf das Gespräch (Piper 1990). Sie alle und weitere sind im Umgang mit Sterbenden große Hilfen, um Menschen beizustehen und sie zu begleiten, doch entweder lehnen sie Elisabeth Kübler-Ross ab wie Franco Rest, der sie als "Klassiker aus der Zeit des Anfangs der Sterbebegleitforschung" (Rest 1991:150) würdigt und im gleichen Atemzug ihre "'fragwürdige' Darstellung von Abwehrverhalten und angeblichen Phasen des Sterbeverlaufs" in Bausch und Bogen verwirft, oder sie wird ignoriert, ohne eine Alternative anzubieten.

So ist es nicht verwunderlich, wenn in der seelsorgerlichen Diskussion das Phasenmodell noch immer als "Hilfe" (Rosenkranz 1999:58) betrachtet wird oder wenn Ziemer in seinem in Deutschland weit verbreiteten Lehrbuch das Phasenmodell zwar einschränkt, wenn er deren "begrenzten heuristischen Wert" (Ziemer 2000:291) herausstellt, aber gleichzeitig betont, dass sie den Blick "für die spezifische Situation eines Menschen schärfen und bestimmte Verhaltensweisen erklären." (:291f).

Am differenziertesten diskutiert Winkler in seinem Lehrbuch die unterschiedlichen Zugänge zu Sterbenden und die verschiedenen Richtungen unter denen Menschen in Hospizen oder seelsorgerlich begleitet werden und von denen sie in der Theorie für die Praxis geprägt sind. Als Verstehensmodelle präferiert er Elisabeth Kübler-Ross als "erfahrungsbezogen wie fachlich fundiert" (Winkler 1997:435), gleichzeitig nimmt er auch Ansätze wahr, die aus der

Stressforschung heraus kommen und das Transaktionsmodell von Lazarus berücksichtigen (:444). In sofern sieht er über Kübler-Ross hinaus.

Hier deutet sich eine Weiterentwicklung an, die sich von vorgegebenen Strukturen und Modellen löst. Der Mensch wird individuell berücksichtigt, denn seine Wahl der Gefühle oder der vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten hängen von seinem individuellen Potential, vom Grad der Unwissenheit, der Bedrohung in der jeweiligen Situation, dem Vorhandensein von Konflikten und seiner Hilflosigkeit ab. Dies alles entspringt der persönlichen Biographie, dem Erfahrungshorizont usw. und sind Reaktionen auf z.T. bisher gemachte Erfahrungen, die aus der sekundären Bewertung heraus gemacht wurden. Das, was Sporken erweiterte, wenn er von dem Durcheinander der Gefühle spricht, sind Reaktionen auf die sekundäre Bewertung. Die gewählten Gefühle oder Erscheinungen der Bewältigungsformen stehen in Abhängigkeit zur subjektiven und kognitiven Bewertung, die das Ziel haben, Wohlbefinden zu schaffen. Gefühle, die bei Kübler-Ross eine negative Konnotation haben, wie z.B. Unwissenheit, Unsicherheit, Leugnung, Auflehnung, Depression und auch Zustimmung bzw. Annahme sind Ausdruck der Bewertung des Sterbenden und versuchen in einer individuellen Art und Weise Kontrolle, psychisches Gleichgewicht und subjektives Wohlbefinden zu schaffen, was von der Persönlichkeit des Sterbenden abhängt.

Gerade das Copingmodell eröffnet der Seelsorge im Gegensatz zum Phasenmodell neue Horizonte, denn es lässt zu, dass der Tod der Feind des Menschen ist und dass es trotzdem durch Jesus Christus eine Hoffnung auf Auferstehung gibt, was durch das Gespräch mit dem Seelsorger beeinflusst werden kann. Während die Phasen ihn relativ hilflos neben dem Sterbenden als Beobachter stehen lassen und er lediglich reagieren kann, eröffnet das Transaktionsmodell dadurch Türen, dass hier Raum für Impulse ist, die der Situation eine neue Bewertung geben können, was zu neuen Bewältigungsformen führen kann. Gleichzeitig hat der Begleiter eine große Verantwortung, denn die Art der neuen Impulse, entscheidet über die Art der Bewertung des Sterbenden. So wirkt sich die Persönlichkeit des Seelsorgers, seine Formulierungen, sein Verhalten und die Atmosphäre, die er gestaltet und mit einbringt, darauf aus, ob der Sterbende sich beispielsweise abschottet, sich von der Umwelt distanziert, um der verunsichernden Außenwelt zu entfliehen und in der Einsamkeit sein psychisches Gleichgewicht sucht, oder ob er sich seiner Umgebung zuwendet, sich öffnet und die Nähe eines Begleiters annimmt, weil sie ihn unterstützt oder behilflich ist, was ihm Wohlbefinden gibt. Hier wird der Begleiter zum Nächsten, wenn er seinem Gegenüber mit Annahme, Liebe und Hoffnung, die über dieses Leben hinausgeht, begegnet.

Da sich Bewältigung unterschiedlich ereignet, muss ein standhafter Begleiter es auch ertragen, Verdrängung und Verleugnung, Angst und Aggression bei einem Moribunden, der scheinbar seinen bevorstehenden Tod angenommen hatte, zu erleben. Dies sind dann keine Rückschläge oder negativ zu bewertende Reaktionen, sondern Bewältigungsformen, die möglicherweise durch neue Impulse ausgelöst sein können, wenn beispielsweise im Laufe einer Therapie neue Diagnosen hinzukommen.

Ich möchte die Phasenlehre nicht mit Bauch und Bogen verwerfen, sondern sie als Meilenstein in der Entwicklung zum Copingmodell hin sehen. Was von Elisabeth Kübler-Ross und in deren Folge erreicht wurde, war zum Nutzen Kranker und Sterbender. Menschen soll zum Leben geholfen werden, damit sie es in ihrem Umfeld mit allen Beeinflussungen gestalten können und damit ein Begleiter schließlich jedem Menschen subjektiv begegnen kann. Dazu bedarf es aber mehr als die bloße Konzentration auf das Phasenmodell. Subjektiv muss jede Begegnung mit Sterbenden sein, weil Subjektivität Raum für Individualität und Liebe gibt, die gerade von Seelsorgern mit Blick auf eine zukünftige Perspektive, d.h. Auferstehung, gegeben werden kann. Hier geht Seelsorge über jegliche Modelle hinaus, denn sie sieht den Menschen in seiner Ganzheit und Einmaligkeit als Geschöpf Gottes, das so individuell, wie es gelebt hat, auch ein Recht darauf hat, individuell zu sterben.

Wichtig ist, dass ein Seelsorger die Modelle kennt, die ihn unterstützen sollen, zu verstehen, anzunehmen, zu begleiten und eine eigene Auseinandersetzung mit seinem Sterben ermöglichen, doch gleichzeitig muss er sich von Modellen lösen, um frei für eine ungezwungene Begegnung zu werden.

## **4 Sterben und Tod als Krisenerfahrung des Menschen**

Das Wort Krise stammt vom griechischen κρίσις ab und bedeutet Scheidung, Auswahl, Entscheidung des Kampf- bzw. Strafrichters oder Entscheidung in einer Schlacht bzw. in einer Krankheit (Büchsel 1933:942). Sterben und Tod stellen für einen Menschen eine Krise dar,<sup>33</sup> die das Gleichgewicht des Passungsgefüges zwischen Person und Umwelt stören (Filipp 1981a:24), was den Mensch einem enormen Stress aussetzt. Dies geschieht dadurch, dass Menschen aus ihrem gewohnten Alltag mit all seinen Strukturen herausfallen; was bis-

---

<sup>33</sup> Dies ist bereits in den Kapitel 2.1.4.4; 2.2.2.2 und 2.2.3 im Kontext von Stress und Coping erläutert worden.

her selbstverständlich war, bricht weg, wenn die Gesundheit nachlässt und das Leben vom Tod bedroht ist. Dies ruft eine Krise hervor, die davon gekennzeichnet ist, dass

- "● ein Zustand psychischer Belastung eingetreten ist, der sich deutlich von der Normalbefindlichkeit einschließlich ihrer Schwankungen abhebt, als kaum mehr erträglich empfunden wird und zu einer emotionalen Destabilisierung führt,
- die widerfahrenen Ereignisse und Erlebnisse die bisherigen Lebensgewohnheiten und -umstände und die Ziele massiv infrage stellen oder unmöglich machen,
- die veränderte Situation nach Lösungen verlangt, die aber mit den bisher verfügbaren oder selbstverständlichen Möglichkeiten der Problemlösung oder Anpassung nicht bewältigt werden können." (Keupp, 2004: 22f)

Diese Definition trifft die Situation schwer kranker und sterbender Menschen. Die Bewältigung (Coping) dieser Krise wird, wie ich bisher gezeigt habe, recht individuell aussehen, denn der "*Prozeß*, in dessen Verlauf der Betroffene Versuche unternimmt, eine Lösung zu finden (Lazarus 1966)" (Aguilera 2000:77) hängt davon ab, wie er mit bisherigen Krisen bzw. belastenden Erlebnissen seines Lebens umgegangen ist. Es ist interessant, dass gerade im Rahmen der Krisenintervention und Notfallseelsorgeausbildungen (Von Wietersheim 2001:285-302) immer wieder über Stress, Stressbewältigung und Coping gesprochen wird und Phasen im Sinne von Kübler-Ross keine Bedeutung haben bzw. nicht erwähnt werden.<sup>34</sup>

Ich verstehe Krisen als Chance in einem Reifungsprozess, um die eigene Persönlichkeit zu entfalten. Das Erleben des Sterbens kann neue Dimensionen eröffnen, die Welt und sich zu entdecken. Die existentielle Bedrohung des Lebens kann die Sinnfrage nahe legen. Dieser tiefe Einschnitt ins Leben verändert vollständig die gesamten Lebensumstände, Einstellungen und Perspektiven und ruft auch Ängste hervor. Beziehungen zur Familie, zu Freunden oder Arbeitskollegen, drohen, zerstört zu werden. Ebenfalls besteht die Gefahr, das Zuhause zu verlieren, wenn der kranke bzw. sterbende Mensch in ein Krankenhaus, Hospiz oder eine andere Pflegeeinrichtung verlegt wird. Zusätzlich wird die körperliche Integrität bedroht und zerstört. Hier setzen Bewältigungsanstrengungen ein, um mit der Krise umgehen zu lernen, und alle Erfahrungen, die je im Leben gemacht wurden, spielen dabei bewusst und unbewusst eine Rolle und kommen an ihre Grenzen bzw. überschreiten diese sehr weit.

Durch den drohenden Tod gerät ein Mensch in eine Krise, die ihn sich neu erleben lässt. Er muss sich der neuen Situation, die nicht mehr auf Weiterleben ausgerichtet ist, sondern auf Abbruch des Lebens, anpassen und neu zu bewältigen lernen (Kast 1996:18). Entscheidungen müssen getroffen werden, die Therapien betreffen, sich auf Familie, Beruf oder Finanzen erstrecken. Das Leben muss neu geplant bzw. der Tod vorbereitet werden. Men-

<sup>34</sup> In meiner Krisenseelsorgeausbildung wurde im Zusammenhang mit dem Stressgeschehen immer nur von Coping gesprochen. In diese Sparte der Seelsorge hat das Copingmodell bereits Einzug gefunden.

schen entscheiden sich, dies alles zu verleugnen oder ihr Leben neu zu ordnen, Beziehungen ins Reine zu bringen oder solche zu klären. Der Kampf gegen sich oder eine Krankheit ist verloren oder es wird sich entschieden, mit allen Kräften gegen den Tod zu kämpfen. Die Krise ermöglicht viele Entscheidungen, die getroffen werden müssen, die für einen Außenstehenden sinnvoll oder sinnlos erscheinen können. Sie muss aber nicht immer mit Entscheidungen verbunden sein, wenn Menschen sich Zeit ihres Lebens auf den Tod vorbereitet haben und diesen als Freund begrüßen.

Die Bewältigung der Krisenerfahrung Sterben und Tod und daraus resultierende Ängste sind auch von Vorstellungen geprägt, die durch gesellschaftlich-weltanschauliche Strömungen und historisch tradiert Eingang in das Bewusstsein der Menschen gefunden haben, aber auch von Vorstellungen, die das Sterben betreffen. "Hierzu gehört die Furcht vor Schmerzen, körperlichem und geistigem Verfall, Hilflosigkeit und Ohnmacht, Abhängigkeit und Ungewissheit [...]. Sterben betrifft in erster Linie die direkt Betroffenen, während der Tod vor allem das Problem der Hinterbliebenen ist." (Knupp 1996:52). Diese Erfahrung wirkt sich im Transaktionsgeschehen auf die Umgebung aus, so dass die Krise Sterben und Tod sich auf die Familie, Freunde und das ganze Lebensumfeld auswirkt und belastet.

"Man geht davon aus, daß der Einsatz effektiver Bewältigungsstrategien einen Faktor darstellt, der darüber bestimmt, ob eine Familie an der Krankheit eines ihrer Mitglieder verzweifelt oder mit ihr fertig wird. Bewältigung wird allgemein definiert als eine Konstellation von Reaktionen, die dazu dienen, den emotionalen Streß angesichts eines von außen kommenden Problems, z.B. einer chronischen Krankheit, unter Kontrolle zu bringen bzw. abzubauen." (Aguilera 2000:210).

Sterben und Tod auch als Krisenerfahrung des Menschen zu sehen, wird m.E. eher durch das Copingmodell verständlich, denn hier wird das Verhalten eines Menschen und seiner Umgebung in einen empirisch untermauerten Kontext gesetzt, der sie nicht in ein Korsett zwingt, sondern die Freiheit lässt sich zu entfalten oder eigene neue Wege zu finden.

## II Empirischer Teil

In dem vorausgegangenen Teil dieser Arbeit diskutierte ich ausführlich das Transaktionsmodell von Richard S. Lazarus und stellte es als ergänzende Alternative zu dem bekannten Phasenmodell von Elisabeth Kübler-Ross dar. Dieses Modell wird zwar allenthalben erwähnt, doch in der praktischen Arbeit mit kranken und sterbenden Menschen vor Ort spielt es keine Rolle mehr, bzw. wird es abgelehnt. Um Menschen in existentiellen Situationen zu verstehen, bedarf es Hilfen, um sich auf eine Begleitung auch effektiv vorbereiten zu können. Diese Hilfen werden angeboten, doch stehen sie entweder außerhalb der wissenschaftlichen Diskussionen oder der Theologie. Für mein Dafürhalten bietet gerade die Stressforschung und die aus ihr hervorgegangene Copingforschung eine seriöse und gut fundierte Hilfe, die der Mutter aller Wissenschaften, der Theologie, zugänglich gemacht werden sollte, sie sogar unterstützen kann. Mit ihm kann sich der Seelsorger umfassend einem Menschen nähern und hat genügend Raum, um die Schätze des christlichen Glaubens bzw. der Seelsorge sich entfalten zu lassen und anbieten zu können. Gerade die Seelsorge hat es in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder geschafft sich zu öffnen, um für ihre Arbeit Hilfen anzunehmen. In diesem Zusammenhang möchte ich die Seelsorgebewegung der 60er Jahre erwähnen, die viele Impulse setzte.

In der theologischen Diskussion bzw. in der Seelsorge gibt es bislang weitestgehend kaum theoretische Grundlagen zum Verständnis des Verhaltens von schwer kranken und sterbenden Menschen und deren Umgang mit ihren Belastungen. Seelsorger agierten und agieren oder hatten wie im Mittelalter eine *ars moriendi*. Doch wissenschaftlich verwertbare Hintergründe, Grundlagen oder eigene seelsorgerliche Ansätze für menschliches Verhalten sind für die Thematik dieser Arbeit aus der Seelsorgeliteratur nicht greifbar, außer wenn es um das schon mehrfach diskutierte Phasenmodell geht. Die großartige Arbeit, die seelsorgerlich an sterbenden und kranken Menschen vonseiten unzähliger Helfer getätigt wurde, bleibt hochgeachtet und gerade Elisabeth Kübler-Ross unterstützte sie mit ihrer Arbeit, doch eine angemessene und bewusst individuell gestaltete Begleitung braucht einen Bezugsrahmen, den nach meinem Dafürhalten das Copingmodell gestalten kann. Bisher wurde es lediglich als Alternative und Verstehenshilfe vorgestellt, doch soll es nun an Hand der folgenden Untersuchungen auf seine Praktikabilität geprüft werden. Zudem soll auf diesem Hintergrund ein eigener seelsorgerlicher Zugang entworfen werden, wie Sterbende und



Schwerkranke begleitet werden können. In einem weiteren Kapitel soll es in einen theologischen Rahmen gestellt werden, um es gerade im kirchlichen Raum zur Diskussion zu stellen.

Mein Ansinnen ist es hierbei den theoretischen Teil in die Praxis hineingreifen zu lassen, damit die Arbeit vor Ort mit den Menschen die seelsorgerlich Tätigen befruchten kann. Dazu war der umfangreiche erste Teil dieser Arbeit notwendig und dazu ist auch die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeit unausweichlich.

## **1 Die Untersuchungen**

Wie in den vorausgegangenen Kapiteln ausgeführt wurde, sind eine schwere Erkrankung und der bevorstehende Tod äußerst belastend. Wie Menschen mit diesen Belastungen umgehen, erklärt das Phasenmodell von Elisabeth Kübler-Ross endgültig nicht befriedigend. Ob aber das aus der Stressforschung entwickelte Copingmodell von Richard S. Lazarus und seinen Mitarbeitern weiterführend sein könnte, soll in den folgenden Kapiteln untersucht werden. An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass ich mit dieser Arbeit eine heuristische Absicht verfolge mit dem Ziel zu weiteren Studien anzuregen und gerade um Theologen eine Alternative zu einem unverrückbar scheinenden monolithischen Gebäude anzubieten.

In diesem Kapitel werde ich die Aufgabenstellung, die Vorannahmen, die Methodik und die Untersuchungen der Arbeit vorstellen, sowie auf das verwendete Copingkonzept eingehen und schließlich darstellen, wie die Begleitung eines schwer kranken und sterbenden Menschen unter der Berücksichtigung des Copingmodells verlaufen könnte. Schließlich soll das Modell in den Kontext einer theologischen Diskussion gestellt werden.

### **1.1 Die Aufgabe und die Vorannahmen**

Coping in der Seelsorge mit Schwerkranken und Sterbenden ist das Thema dieser Arbeit. Dies ist für die Seelsorge ein noch relativ neues Gebiet, obwohl es zu den fundamentalen Aufgaben der Seelsorge gehört, sich kranken und sterbenden Menschen zu widmen. Abgesehen von einigen beiläufigen Anmerkungen liegen für Theologie und Seelsorge kaum Un-

tersuchungen vor; weshalb ein eigener Ansatz für die Untersuchung entwickelt werden musste. In dieser Arbeit untersuche ich, ob das Copingmodell für die Seelsorgearbeit fruchtbar gemacht werden kann. Zu diesem Verständnis war es nötig, das Modell von Lazarus ausführlich darzustellen. Ein Mensch bewältigt als ganzer auf seine eigene Art und Weise, wobei die Umgebung, d.h. Raum<sup>35</sup> und Zeit, die Person-Umwelt-Transaktion beeinflusst.

Eine schwere Krankheit oder der bevorstehende Tod belasten einen Menschen außerordentlich, bringen Ängste mit sich und stellen ihn vor bisher ungeahnte Herausforderungen. Die Belastung und Krankheitsverarbeitung unterliegen einem fließenden Prozess, der bewusst sowie unbewusst geschieht. Bewältigung ist ein vielfältiger Prozess, mit dem sich ein kranker Mensch an eine neue Situation anpasst. Dieser Anpassungsprozess geschieht individuell und durch Interaktionen, die von der Person selbst, der Situation und der Umwelt beeinflusst werden, was Lazarus als "Person-Umwelt-Transaktion" bezeichnet.

Bewältigungsverhalten, das im Zentrum dieser Arbeit steht, setzt sich mit Erkrankungen auseinander, um diese zu bewältigen und sich an die veränderte Situation, die das Leben bedroht, anzupassen. Bewältigung braucht Zeit, denn Therapien, der Gesundheitszustand, die soziale Rolle, die Umgebung und die Wahrnehmung ändern sich ständig und verlangen, dass sich der Kranke immer wieder veränderten Situationen anpasst bzw. diese sich ihm anpassen.

## 1.2 Die Fragestellung und Methodik der Arbeit

Die Frage, die mich bewegte und im Vordergrund dieser praktisch-theologischen Arbeit steht, geht dahin, auf welche Art und Weise Menschen eine schwere Erkrankung bewältigen und ob das Copingmodell den Seelsorger als zuverlässigen Begleiter unterstützen kann. Weiterhin folgert daraus die Frage, ob ein Modell aus der kognitiven Psychologie mit seinen Methoden und Konzepten für die Pastoraltheologie hilfreich sein könnte. Eine solche interdisziplinäre Verknüpfung, die ich fordere, wird fruchtbar, wenn sie im Alltag des Seelsorgers dazu führt, dass die Methoden stärker reflektiert werden.

Von daher musste ich mich mit der gängigen Methodik auseinander setzen, die Coping untersucht, sowie Bewältigungsverhalten als Strategien oder Taktiken bezeichnet (Baum-

---

<sup>35</sup> Der Begriff *Raum* beinhaltet an dieser Stelle sämtliche Einflüsse, die von außen aus der Umwelt heraus auf einen Menschen einwirken können.

gardner & Arkin 1987:324-331)<sup>36</sup> und mit Interviews oder verschiedenen Fragebogenstudien arbeitet. Für mich ist es allerdings fraglich, ob ein Seelsorger auf diese Weise einen schwer kranken und sterbenden Menschen wirklich begleiten kann.

Interviews und Fragebogen haben beide ihre Vorteile und ebenso Problematiken. Einerseits eignen sich Interviews, um Informationen zu erhalten, die Nähe und Individualität berücksichtigen, wobei sie versuchen Verhalten umfassend dazustellen. "Es ist besonders dann anwendbar, wenn die Beschreibung von Verhaltensprozessen angezeigt ist." (Halsig 1988: 187). Andererseits eignen sich Fragebogen, um Studien unter eine hohe Messqualität zu stellen, um sie normieren zu können und vielfältiger Vergleichbarkeit zu unterziehen. "Angemessen und geeignet ist er zur Erfassung von Indikatoren relativ stabiler Verhaltenseinheiten." (Halsig 1988: 190).

Fragebogen sind m.E. darüber hinaus bedenklich, denn eine "Methode, bei der ich Erkenntnisse über jemand gewinnen möchte, von denen der Befragte nicht weiß, dass ich dies beabsichtige, bedeutet eine Missachtung von Mitmenschen." (Lehr 1991:214), woraus sich ethische Bedenken ableiten, weil Menschen zu reinen Objekten degradiert werden.

So musste ich einen neuen Weg gehen. Statt standardisierter Fragebogen bzw. voll- oder teilstrukturierter Interviews wählte ich explorierende Gespräche, die nicht direktiv vorgehen sollten und darauf ausgelegt waren, Beziehungen herzustellen. Diese einzelnen Gespräche, die jeweils individuell geführt wurden, erscheinen mir humaner und ethischer als Fragebogen. Gespräche unterscheiden sich dadurch, dass der Seelsorger mit dem Kranken eher in eine Beziehung tritt und nicht nur Beobachter bleibt, was möglicherweise auf Kosten von Informationen geht, die nicht gewonnen werden können. Ein Gespräch, das im Hinblick auf Coping geführt wird, birgt weniger als ein Interview die Gefahr in sich, nur das Bewältigungsverhalten zu beobachten und dabei den Menschen nicht mehr zu beachten. Dies ist gleichzeitig ein Widerspruch in sich. Das Copingmodell beansprucht eine umfassende Wahrnehmung, doch ein Interview oder Fragebogen erfasst nicht die umfassende Wirklichkeit eines Menschen, d.h. lässt die Atmosphäre, Emotionen, Nonverbales usw. außer Acht, weil es nur auf die Fragestellung des Questionnaires ausgerichtet ist<sup>37</sup>. Diese Faktoren wiederum erfassen und berücksichtigen offene Gespräche bzw. deren anschließende Analysen eher. Explorierende Gespräche geben Menschen die Gelegenheit, sich entfalten zu können, ohne

---

<sup>36</sup> Dieser Artikel ist nur eines von vielen Beispielen, wo Coping so dargestellt wird, als ginge es um die Planung militärischer Aktionen. Der Mensch, der eine Situation bewältigt, wird zum Manager seiner Gefühle und Belastungen und ist nicht krank, belastet und mit Ängsten gefüllt.

<sup>37</sup> Es sei denn, dass Nonverbales, Emotionen, die Atmosphäre oder anderes erfragt wird.

dass sie durch strukturierende Fragen in Schemen gepresst oder manipuliert werden sollten. In den Gesprächen gilt deshalb das Prinzip der Gleichberechtigung, weshalb ich von Gesprächen und nicht von Interviews spreche. Die Menschen in deren Sphäre ich eindringe, haben das Recht zu sprechen oder zu schweigen.

Mir ging es in den Gesprächen auch darum, dieses Verstehensmodell in die Seelsorge einzuführen, dessen Alltagstauglichkeit zu untersuchen und die Bandbreite von Bewältigungsverhalten herauszustellen und keine neue Ways-of-Copingchecklist oder einen weiteren BeFo (Heim 1991) zu erarbeiten.

Die jeweiligen Gespräche sind Einzelfallstudien, die einen neuen Weg zwischen einem Seelsorgegespräch unter dem Einfluss des Coping suchen müssen, wobei jeder einzelne Gesprächspartner in seiner Würde geachtet werden soll. Sie werden in der Art und Weise geführt, wie ich sie in der Klinischen Seelsorgeausbildung (KSA) kennen lernte, und anhand von anschließend erstellten Gedächtnisprotokollen aufzeichnete. Alle Gesprächspartner sind über Ziel und Zweck der Gespräche unterrichtet worden und haben ihr ausdrückliches Einverständnis zur Verwendung in dieser Arbeit gegeben.

Der Weg zu den Gesprächen ist von meinen Erfahrungen mit dem Phasenmodell geprägt, die sich im klinischen Alltag nicht weiterführend erwiesen. Ferner bestätigt mich die wissenschaftliche Literatur darin, denn sie hat sich weitestgehend davon distanziert.

Um die voranschreitende Entwicklung eines Menschen in lebensbedrohlichen Situation zu verstehen, wirkt das Copingmodell zunächst als eine echte Alternative, doch um dies zu verifizieren bzw. zu falsifizieren, muss es untersucht werden. Die ausgewählten Gesprächspartner versuche ich in den Gesprächen möglichst umfassend wahrzunehmen, um die Gespräche dann anschließend zu analysieren und die verschiedenen Bewältigungsmechanismen darzustellen. Mein Zugang hat daher eher deduktive Strukturen, indem ich vom Copingmodell geprägt, mich den Menschen nähere und mit ihnen spreche, um zu untersuchen, ob dieses Modell in einem Begleitungs- und Verstehensprozess hilfreich sein könnte.

Den explorierenden Gesprächen stehen zwar fehlende vergleichbare und objektivierbare Statistiken entgegen, doch es ist nicht Sinn der Arbeit weitere Statistiken zu erbringen, sondern für die praktische Arbeit mit kranken und sterbenden Menschen zu sensibilisieren und die große Bandbreite des Bewältigungsverhaltens aufzuzeigen. Eine mögliche Gefahr ist die fehlende kontrollierende und objektivierende Distanz zwischen Beobachter/Begleiter und Patient, die im Gespräch aufgegeben wird und dazu führen kann, dass psychische Prozesse

im Kommunikationsgeschehen nicht ausgeschaltet werden können, weshalb der Blick für Übertragung und Gegenübertragung geschärft sein sollte.

In den Gesprächen sollte dann auf die Ausformung des informationsbezogenen, handlungsbezogenen, intrapsychischen und beziehungsorientierten Coping geachtet werden. So haben die Gesprächspartner die Möglichkeit, ihr Bewältigungsverhalten in den einzelnen Situationen frei zu beschreiben und sind nicht durch Vorgaben in ihrem Antwortverhalten festgelegt. Dies macht Gespräche vielleicht langwieriger, doch entspricht es eher meinen ethischen Vorstellungen, um zu Untersuchungsmaterial zu gelangen. In Anbetracht der teils schwierigen gesundheitlichen Zustände wie Schmerzen, Konzentrationsschwäche, Müdigkeit oder mangelnde Bewegungsmöglichkeiten, die berücksichtigt werden müssen und im Laufe eines Krankheitsprozesses auftreten, können explorierende Gespräche hilfreicher sein, denn sie können sich der jeweiligen veränderten Situation anpassen und entsprechend reagieren. Ferner kann bei Unklarheiten nachgefragt und flexibel auf das Bewältigungsverhalten sowie seelsorgerlich auf die geistlichen Bedürfnisse eingegangen werden. Geistliche Aspekte wie Segen, Salbung, Abendmahl oder Gebet bleiben säkularen Modellen verschlossen, wohl aber können sie bei einem intradisziplinären Zugang, wie ich ihn fordere, integriert werden.

Systematisch gesehen, folgt die Methodik dieser Arbeit dem empirisch-theologischen Zyklus von van der Ven (Van der Ven 1990).

### **1.3 Die Umgebung der Untersuchungen**

Meine Untersuchungen bestehen aus Gesprächen, die ich mit 22 Menschen im Alter zwischen 30 und 88 Jahren führte und sich über einen Zeitraum von bis zu 15 Monaten erstreckten. Ich führte mit den einzelnen Kranken zwischen einem und 19 Gesprächen. Meine Gesprächspartner stammten aus unterschiedlichen Sozial- und Bildungsschichten und hatten verschiedene Krebserkrankungen wie Brust-, Gebärmutter-, Darm-, Hoden- und Lungenkrebs, Lymphome u.a. und befanden sich in unterschiedlichen Krankheitsstadien. Nur zwei Kranke betrachteten sich nach erfolgreicher Therapie als geheilt, alle anderen starben.

Verschiedene äußere Faktoren wie z.B. wechselnde Wetterlagen beeinflussten die Gespräche, und teilweise kam es zu Störungen.<sup>38</sup> Sie fanden zu unterschiedlichen Tages- und Jahreszeiten in einer Rehabilitationsklinik, im Krankenhaus, in einem Hospiz, in Pflegeheimen, in Privatwohnungen, in Gärten oder im Wald statt. In der Rehabilitationsklinik führte ich die meisten Gespräche.

Die Menschen befanden sich während der Gespräche in verschiedenen Krankheitsphasen, die sich auf den somatischen Krankheitsverlauf bezogen und sich am zeitlichen Verlauf der Erkrankung und der Therapie orientierten. Folgende Phasen konnten beobachtet werden:

1. Wahrnehmung des Befundes, erste ambulante Abklärungen und eventuelle vorläufige Diagnosen.
2. Aufenthalt der Personen im Krankenhaus oder zu Hause, gesicherte Diagnose und Therapie.
3. Rekonvaleszenz oder Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik. Wiederaufnahme der gewohnten Alltagstätigkeiten ohne Notwendigkeit einer belastenden Nachbehandlung.
4. Postoperative Phase bzw. Phase mit belastenden Nachbehandlungen (Chemotherapie/Bestrahlungstherapie).
5. Rehabilitation und Adaption an das alltägliche Leben ohne neue Beschwerden oder Symptome.
6. Rezidive, Auftreten von Metastasen, Fortschreiten der Krankheit, Durchführung von palliativen Behandlungen.
7. Zeit kurz vor dem Tod.

Die jeweiligen Lebensphasen beeinflussten die Gespräche und wirkten sich auf die Bewältigung der Situation, der Krankheit und des Lebens aus.

## **1.4 Das Copingkonzept**

Das theoretische Konzept dieser Arbeit ist von dem Lazarus-Modell geprägt. Wenn ich dieses in die Gespräche und Auswertung einbeziehe, wird aus dem, was die Gesprächspartner

---

<sup>38</sup> In der Copingsprache meint dies die Person-Umwelt-Transaktionen. Doch in diesem Teil soll die macherische Sprache gemildert bzw. umgesetzt werden. Die Störungen umfassten plötzlichen unerwarteten Besuch oder Therapien, klingelnde Telefone, lärmende Rasenmäher oder laufende Radios bzw. Fernsehgeräte.

tun, denken und sprechen, erkennbar, wie sie sich allgemein und spezifisch an die Erkrankungen, die sie umfassend in Anspruch nehmen, an die therapeutischen Maßnahmen, die sie belasten, anpassen und wie sie mit ihren Situationen, die sich ständig verändern, zurechtkommen. So werden sie und nicht ein Modell zum Maß der Begleitung, denn sie sind die Experten ihrer eigenen Bewältigung. Der Begleiter, d.h. der Seelsorger muss diese daher zunächst annehmen und befindet sich mit dem Kranken in einer Person-Umwelt-Transaktion. Dadurch beeinflusst er schon allein durch seine Anwesenheit die Bewältigung, abgesehen von Impulsen, die er dem Kranken geben kann.

In dieser Arbeit interessieren auch die Emotionen. Im Sinne des Copingmodells werden diese reguliert oder verändert und rational gemeistert. Die Rolle emotionaler Reaktionen wird leider nicht mit erfasst. Der Mensch wird als "Homo-faber" dargestellt, der Gefühle wie Niedergeschlagenheit und Verzweiflung zwar bewerten, aber ohne ein entsprechendes Bewältigungsrepertoire nicht managen kann. An dieser Stelle soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass bei Lazarus Gefühle das Ergebnis von Bewertungs- und Bewältigungsversuchen jedoch kein Bewältigungsverhalten sind.

Im Sinne des Copingmodells verfügt jeder Mensch über ein gewisses erworbenes Repertoire an Bewältigungsverhalten, das er einsetzt, um selbst mit der Belastung bzw. Erkrankung umzugehen und die Umwelt zu beeinflussen, die ihn ihrerseits beeinflusst. Dies wirkt auf die Gegenwart und die Zukunft. Das Copingmodell betont die kognitiven Vorgänge der primären und sekundären Bewertung sowie der Neubewertung und den fließenden Prozess des Bewältigungsverhaltens. Es stellt darüber hinaus den Menschen in ein positives Licht, denn er selbst viele Kräfte und Möglichkeiten, um mit Belastungen umgehen zu können.

Dieser Hintergrund soll für seelsorgerliche Gespräche mit Kranken und Sterbenden genutzt werden. Der Seelsorger sollte das Modell zwar kennen, darf es aber nicht mechanisch anwenden, um im Sinne des Coping Begleitung machbar zu machen. Stattdessen soll er den Sterbenden und Kranken besser verstehen lernen und eine Beziehung entstehen lassen.

## 2 Die Gespräche

### 2.1 Vorbemerkungen

Das methodische Instrumentarium für die Erfassung von Coping (z.B. BeFo) birgt ethische und andere Bedenken<sup>39</sup> in sich und unterstützt die seelsorgerliche Begleitung nicht. Aus diesen Gründen ist es schwierig, eine Methode zu finden oder zu entwickeln, die den Prozess des Bewältigungsverhaltens darstellt und den Kranken oder Sterbenden begleitet. Ich entschied mich deshalb, mit diesen eine Beziehung aufzubauen, die beständig, zuverlässig und vertrauensvoll sein und nicht durch Aufnahmegeräte oder Interviewfragebogen gestört werden sollte. Auf diese Weise wollte ich keine künstliche Situation herstellen, sondern unmittelbar im Leben der Schwer- bzw. Todkranken sein und an ihren Schicksalen teilhaben. Gespräche sind eher als eine Laborsituation geeignet, den Alltag und das Leben eines Menschen zu erfassen und scheinen mir die Alltagstauglichkeit des Coping zu unterstreichen.

Gespräche haben aber das Problem, das Gegenüber subjektiv wahrzunehmen und objektive Beobachtungen, wie sie von Fragebogen wiedergegeben werden könnten, nicht zu berücksichtigen. Doch gerade hier liegt die Stärke, die es dem Seelsorger ermöglicht, in eine Beziehung mit dem Kranken oder Sterbenden zu treten, um dessen subjektive Bewältigung zu erfahren und individuell mit ihm zu kommunizieren. Auf diese Weise kommt es zu einer wirklichen Person-Umwelt-Transaktion.

Die Gespräche sollten über einen möglichst langen Zeitraum stattfinden, um Entwicklungen des körperlichen und seelischen Befindens des Kranken bzw. Sterbenden zu erleben.

Nach den Gesprächen fertigte ich Gedächtnisprotokolle, die diese so weit wie möglich sinngemäß wiedergeben. Einerseits zeigt die Darstellung dieser Art von Gesprächen in Gedächtnisprotokollen linguistische Ungenauigkeiten, andererseits machen redaktionelle Überarbeitungen Gespräche lesbarer und geben sie komprimiert wieder, was in dieser Arbeit erfolgt ist. Gesprächsprotokolle geben das Bewältigungsverhalten und die Person-Umwelt-Transaktionen plastisch, anschaulich und nachvollziehbar wieder.

---

<sup>39</sup> Vgl. Kapitel 1.2



Die Namen der jeweiligen Gesprächspartner sind abgekürzt bzw. verfremdet, ich selbst bezeichne mich als S. Sie alle sind oder waren damit einverstanden, dass die Gespräche für diese Arbeit genutzt werden und gaben ihr Einverständnis dazu.

Die Gespräche habe ich inhaltlich zusammengefasst und mit aussagekräftigen Zitaten ergänzt. So fällt es leichter diese zu lesen und das Bewältigungsverhalten wird deutlicher hervorgehoben.

## **2.2 Die Untersuchungssituation**

Die Erstkontakte zu den Gesprächspartnern wurden in der Rehabilitationsklinik in der Regel über Schwestern, in einem Fall über den Klinikpsychologen hergestellt. Zwei weitere Kontakte kamen über die Arbeit in meiner Kirchengemeinde, einer Adventgemeinde, und über Beziehungen zu meiner Nachbarschaft zustande. Die Inhalte des Erstkontakts waren: Vorstellung, Überblick über den Zweck und Inhalt der Gespräche, Einwilligung zur Mitarbeit und die Erlaubnis, die Gesprächsinhalte für meine Arbeit zu nutzen, nachdem persönliche Daten und Namen geändert worden sind bzw. verfremdet werden sollten. Diese Erstkontakte geschahen telefonisch oder zu Beginn der Gespräche. Die Einstellungen der Gesprächspartner zu meinem Dissertationsprojekt waren durchweg positiv, andernfalls führte ich auch Gespräche und begleitete Menschen ebenfalls über einen längeren Zeitraum.

Alle hatten Krebserkrankungen in unterschiedlichen Stadien und mit unterschiedlichen Prognosen.<sup>40</sup>

Ich führte insgesamt 104 überwiegend in der Nachmittagszeit stattfindende Gespräche mit insgesamt 22 Gesprächspartnern, von denen ich eine Auswahl von 8 Gesprächsreihen deskriptiv vorstelle. Diese stehen repräsentativ für die übrigen Gespräche, da sie die Verschiedenartigkeit und Individualität der Menschen gut darstellen. Inhalte bzw. die Pluriformität der unterschiedlichen Bewältigungen werden später unter Kap. 2.4 aufgezeigt, wo ich aus allen Gesprächsreihen Informationen heranziehe.

---

<sup>40</sup> Vgl. 1.3

Überblick, Anzahl und Dauer der Gespräche:

**Fr. V**

Erstes Gespräch: 14.02.2000

Letztes Gespräch: 20.03.2000

Geführte Gespräche: 4

Durchschnittliche Begegnungsdauer: 0,75 Stunden

**Hr. W**

Erstes Gespräch: 25.10.1999

Letztes Gespräch: 18.04.2000

Geführte Gespräche: 5

Durchschnittliche Begegnungsdauer: 1,5 Stunden

**Hr. H**

Erstes Gespräch: 30.05.1999

Letztes Gespräch: 18.07.2000

Geführte Gespräche: 9

Durchschnittliche Begegnungsdauer: 1,25 Stunden

**Fr. M**

Erstes Gespräch: 27.01.2000

Letztes Gespräch: 09.02.2000

Geführte Gespräche: 4

Durchschnittliche Begegnungsdauer: 1 Stunde

**Fr. St**

Erstes Gespräch: 09.06.1999

Letztes Gespräch: 28.06.1999

Geführte Gespräche: 5

Durchschnittliche Begegnungsdauer: 1 Stunde

### **Fr. D**

Erstes Gespräch: 01.10.1999

Letztes Gespräch: 12.03.2000

Geführte Gespräche: 8

Durchschnittliche Begegnungsdauer: 1 Stunde

### **Hr. B**

Erstes Gespräch: 10.09.1999

Letztes Gespräch: 28.10.1999

Geführte Gespräche: 10

Durchschnittliche Begegnungsdauer: 1 Stunde

### **Fr. G und Hr. G**

Erstes Gespräch 09.07.1999

Letztes Gespräch: 06.03.2000

Geführte Gespräche: 11

Durchschnittliche Begegnungsdauer: 0,75 Stunden

## **2.3 Die Gesprächspartner im Gespräch**

Der Ablauf der Gesprächsdarstellungen und Gesprächsanalysen in diesem Abschnitt erfolgt nach der Beschreibung der Gespräche in einem Dreierschritt. Ich führe in die Situation ein, in der wir miteinander sprechen bzw. beschreibe die jeweilige Lage, in der sich die Kranken befinden. Es folgt die Darstellung der Beziehungen zu den verschiedenen Sozialpartnern und schließlich beschreibe ich das Coping, d.h. die Bewältigung der einzelnen Menschen, die ich teilweise von der Diagnoseeröffnung bis zu ihrem Tod oder ihrer Genesung begleitete. Auf diese Weise versuche ich umfassend und individuell die Bewältigung der Menschen wahrzunehmen und zu begleiten.

Mit diesem Kernstück meiner Arbeit möchte ich aufzeigen und unterstreichen, wie notwendig es ist, einen weiteren Zugang vorzustellen, um Sterbende zu verstehen.

### 2.3.1 Die Gespräche mit Frau V

Ich führe insgesamt vier Gespräche mit Frau V, davon zwei in der Rehabilitationsklinik und zwei bei ihr zu Hause. Sie ist 70 Jahre alt und leidet an einem inoperablen Pankreaskarzinom.

Frau V hat fünf Kinder, die sie alleine großziehen musste, nachdem ihr Mann sie verlassen hatte. Einer ihrer Söhne, von Beruf Kellner und zurzeit arbeitslos, kümmert sich aufopferungsvoll um sie. Allerdings kommt sie mit dessen Homosexualität nur sehr schwer zurecht, ist jedoch wiederum auch sehr stolz auf ihn, da er einen historischen Roman in ägyptischem Umfeld schreibt. Sie ist den Gesprächen gegenüber aufgeschlossen und bereit, mit mir zu sprechen, fühlt sich wohl und ist erstaunt, dass sie so viel redet, da sie eher ein ruhiger, schweigsamer Mensch ist, der zurückgezogen und still lebt.

Frau V signalisiert das Ende eines Gesprächs, wenn ihre Schmerzen wieder beginnen oder sie sich schwach fühlt, was ich akzeptiere.

Wenige Tage nach dem vierten Gespräch stirbt Frau V.

#### Das erste Gespräch

Frau V findet zwar schnell Kontakt zu mir, weiß jedoch anfangs nicht, worüber sie mit mir sprechen soll ("Was soll ich Ihnen erzählen?"). Sie wirkt hilflos und unsicher. Ich eröffne ihr einen Raum zu sprechen, indem ich ihr die Möglichkeit gebe, über das zu reden, was sie bewegt. Sie beginnt sofort, über ihre Erkrankung zu sprechen. Ich ermutige sie, immer wieder zu sprechen, was sie nutzt und ihr gut tut.

Der Tumor belastet Frau V, denn er bereitet ihr Schmerzen, zudem weiß sie, dass er inoperabel ist und sie deshalb nicht geheilt werden kann. Aus diesem Grund hat sie kurz zuvor eine Chemotherapie abgebrochen, während der sich ihr Zustand verschlechterte. Sie wünscht sich nun nichts mehr, als von ihren Schmerzen befreit zu werden. Gegenüber dem Krebs hat sie resigniert und nimmt ihn genauso schicksalhaft hin wie die Trennung von ihrem Mann, der sie und die fünf Kinder vor Jahren verlassen hatte. ("Ich nehme es als gegeben hin").

Als ich ihre Gefühle spiegele ("Sie sind da machtlos und haben sich ergeben?"), weicht sie aus, woraufhin ich sie nach dem Beginn des Krebses frage. Sie nimmt die Frage auf und

spricht über eine vorige Krebserkrankung, die zunächst erfolgreich operiert wurde. Als der Krebs erneut auftritt, hat sie zunächst die Hoffnung, dass auch dieser gutartig sei, was jedoch leider nicht zutrifft. Zunächst ist sie schockiert, als ihr die Diagnose mitgeteilt wird, nimmt jedoch nun den Krebs als Schicksal Gottes an, dem sie nicht entweichen kann ("Es war unausweichlich.").

Die soziale Unterstützung ihrer Kinder und deren Verständnis für ihre Belastungen trösten sie und tun ihr gut. Hingegen fühlt sie sich ohne die Arbeit in ihrem Heißmangelbetrieb, die sie liebt, aus dem Leben herausgerissen. Es beruhigt sie, dass ihr Sohn, der arbeitslos ist, den Betrieb führt. Auch hier gibt sie sich ihrem Schicksal hin, denn sie fühlt sich ohne ihre Arbeit, die ihr Lebenssinn gibt und ihr nun fehlt, nutzlos. Sie nimmt ihren baldigen Tod an, denn sie weiß, dass sie stirbt.

Ich versuche sie zu stärken und stelle heraus, dass sie in ihrem sozialen Umfeld eingebettet ist und in der Vergangenheit schwierige Situationen bewältigte. Ich schränke sie nicht ein, sondern lasse ihr die Freiheit, eigene Gedanken zu entwickeln und diese auszudrücken, ohne sie zu bedrängen. Auf diese Weise findet Frau V einen Raum, um Gott für den Krebs und die Homosexualität ihres Sohnes anzuklagen ("Ich weiß nicht, warum Gott das tut."). Das soziale Netz ihrer Familie hilft ihr, sich mit ihren Belastungen auseinander zu setzen und diese aussprechen zu können.

Es tut ihr gut, dass ich sie nach ihren Wünschen frage, wodurch sie sich lebendig fühlt, obwohl sie stirbt. Sie möchte noch gerne mit der ganzen Familie verreisen, was leider nicht mehr möglich ist. Stellvertretend für sie reiste ihr Sohn nach Ägypten.

Mit den Schmerzen, die nun aufkommen, beendet sie das Gespräch, freut sich jedoch auf weitere Besuche von mir.

### Das zweite Gespräch

Frau V kommt schwankend aus dem Bad, als ich ins Zimmer eintrete. Ich bewahre sie davor zu stürzen und helfe ihr ins Bett. Sie freut sich über meinen Besuch, aber es geht ihr nicht gut. Sie hat Schmerzen und soll zu einem Eingriff, der sie entlasten soll, in ein Krankenhaus eingeliefert werden.

Frau V erinnert sich, dass sie einen solchen Eingriff schon einmal überstand, und wirkt gelassen ("Ich kenne das, ich hatte es schon einmal."). Meine medizinische Kompetenz unterstützt sie, über ihren gesundheitlichen Zustand zu sprechen.

Sie hat ihr Leben abgeschlossen und nimmt ihren baldigen Tod an. Ihre Lebenspläne kann sie nicht mehr verwirklichen. Frau V unterdrückt Gedanken an ihr Lebensende und wendet sich dem Buch ihres Sohnes zu, womit sie sich von dem, was sie belastet, ablenkt. Dieses ist abgeschlossen wie ihr Leben. Ihr Leben kann nicht mehr korrigiert werden, doch ihr ist es wichtig, dass das Buch des Sohnes von einem Lektor überarbeitet und korrigiert wird.

Es tut ihr gut, wie ihr Sohn ihr hilft und sie unterstützt. Ihren eigenen Belastungen begegnet sie mit dem Engagement für ihn. Zwar helfen ihr Gespräche mit ihren anderen Kindern, mit dessen Homosexualität umgehen zu können, doch sie spricht mit ihnen nicht über ihren Krebs und ihre Todesbedrohung, obwohl sie es eigentlich gerne möchte, denn sie will die Kinder nicht belasten und fühlt sich jedoch einsam. Das Gespräch mit mir entlastet sie. Sie äußert ihren Wunsch, noch einmal mit der ganzen Familie zu verreisen, doch sie resigniert, weil sie weiß, dass dies nicht mehr geschehen wird ("...ich wollte jetzt noch mit allen verreisen, das geht nicht mehr.").

Ich spiegele sie und drücke für sie aus, dass ihre Lebenszeit beendet ist. Frau V unterdrückt jedoch den Gedanken an ihr Lebensende und versucht sich abzulenken, dabei helfen ihr das Buch des Sohnes, seine Reise nach Ägypten, die sie ihm schenkte, oder Handarbeiten ("Wenn ich beschäftigt bin, kommen die Gedanken nicht, dann geht es mir besser."), um nicht an den Krebs und ihren Tod zu denken, was ihr jedoch nicht gelingt ("Wenn ich hier bin und nichts tue, dann kommen die Gedanken. Ich versuche dagegen anzugehen, doch das hilft nichts, die kommen. Ich kann nichts dagegen machen."). Sie grübelt unaufhörlich, fühlt sich zum Nichtstun verurteilt und empfindet den Krebs als Strafe. Es tut ihr aber gut, von der Zeit zu sprechen, als sie beruflich als Fotografin aktiv war, bevor sie mit der Wäscherei begann.

Sie ist hin- und hergerissen durch einen inneren Kampf. Einerseits fühlt sie sich ohnmächtig und hilflos, wobei sie resigniert, andererseits wehrt sie sich gegen den Krebs, der sie hart ("wie ein Hammer") getroffen hat, und ihren baldigen Tod. Sie will leben und weiß doch, dass sie sterben muss.

Ich lasse ihr immer wieder Raum, um über alles, was sie bewegt, sprechen zu können. Frau V hat Geld gespart und auch Glück an der Börse gehabt. Sie freut sich über ihre kleine

Enkelin, diese und das Geld stehen gleichsam als Symbole für das Leben, wonach sie sich sehnt. Von ihr und ihren Kindern fühlt sie sich nonverbal verstanden, obwohl sie nicht mit ihnen spricht ("Ja, meine Kinder wissen, wie es mir geht.").

In diesem Gespräch wird die Ambivalenz zwischen Resignation und Annahme des Krebses und des Todes sowie dem Kampf, dem Willen und dem Wunsch, leben zu wollen, deutlich.

### Das dritte Gespräch

In der Zwischenzeit war Frau V wegen eines Eingriffs, der letztendlich doch nicht durchgeführt werden musste, kurz im Krankenhaus.

Dieses Gespräch findet in ihrer Wohnung statt. Sie sieht besser aus als in den vorherigen Gesprächen und ihr gesundheitlicher Status scheint sich gefestigt zu haben. Eine Tochter und der Sohn sind ebenfalls am Gespräch beteiligt, die Atmosphäre ist hektisch.

Ich werde in die Gemeinschaft von Mutter und Kindern integriert. Der Sohn verlässt die Wohnung und erscheint zwischendurch, wobei er das Gespräch unterbricht. Die Tochter bagatellisiert die Schmerzen und Belastungen ihrer Mutter und möchte ihr einige erholsame Tage schenken. Dabei betont sie, dass diese nicht über den Krebs und ihre Gefühle spreche und zu viel Nähe abblocke, obwohl sie diese durchaus suche.

Frau V malt ein Fensterbild und lenkt sich damit ab. Es tut ihr sichtlich gut, wenn das Gespräch auf das Buch des Sohnes gelenkt und dieser dadurch aufgewertet wird. Sie traut ihrem Sohn jedoch nicht zu, ihr Geschäft zu führen ("So eine Heißmangel ist doch nichts für einen Mann.").

Sie hat Schmerzen, ist unentschlossen, mit ihrer Tochter wegzufiegen, und sucht nach Informationen, um ihre Situation einzuschätzen und um dann zu entscheiden ("Ich weiß noch nicht."). Mit meiner Kompetenz in medizinischen Fragen gebe ich ihr Impulse und die Sicherheit, doch wegfliegen zu können. Frau V wird ermutigt zu fliegen, als die Tochter auch ihren Bruder zu dieser Reise einlädt. Nach diesen Informationen beginnt sie sich darauf zu freuen ("Wirklich? Ich bin so aufgeregt.").

Frau V lenkt immer wieder von sich und ihrer inneren Zerrissenheit ab, um sich der Tochter und dem arbeitslosen Sohn, der für ihre Pflege im Arbeitsamt Verständnis erfährt, zuzuwenden. Als die Tochter von dem milden Klima des Reiseziels spricht, empfindet Frau

V dies als Wärme, die schmerzlindernd wirkt ("Wenn es so angenehm warm ist, dann hab ich auch weniger Schmerzen."). Sie denkt über verschiedene Krankheitszustände nach und analysiert ihre Situation. Sie möchte keine Schmerzen haben und zu Hause sterben. Ich gehe auf ihre Analyse ein, versichere ihr, dass ihr Sohn sie gut versorgt, unterstütze sie in ihrem Wunsch, zu Hause zu sterben, und gehe so auf ihre Bedürfnisse ein.

Die Angst vor Schmerzen belastet sie, doch die Zuwendung, die sie von ihrem Arzt erhält, hilft ihr, diese zu lindern ("Wenn der Arzt, der Dr. W, kommt, dann fragt er immer, warum ich Schmerzen habe. Ich weiß auch nicht, ich weiß nicht, was ich ihm sagen soll. Ich bin dann ganz ratlos und sage nichts. [...] Er setzt sich dann, wenn ich ihn gerufen habe, zu mir ans Bett. Das tut mir gut, und dann ist mir direkt besser.").

Zum Ende des Gesprächs betont sie, wie wichtig ihr die Kinder und Enkel sind, von ihnen wird sie emotional unterstützt und geliebt, und sie möchte, solange sie lebt, den Kontakt zu ihnen halten. ("Es muss nicht viel geredet werden. Es reicht, wenn sie sich melden. So lange ich noch lebe, möchte ich das.").

Frau V fühlt sich von den Kindern und ihren Gebeten getragen, denn dort kann sie Gott ihre Klagen und Ängste erzählen und ihm sagen, was sie Menschen nicht sagen würde, denn Gott versteht sie. Es tut ihr gut, wenn sie betet.

#### Das vierte Gespräch

Es kam leider nicht mehr zu der Reise. Frau V hat sich sozial zurückgezogen, nachdem ihre älteste Tochter, ohne sie davon in Kenntnis zu setzen und ohne ihr Einverständnis einzuholen, sie in ein Pflegeheim einliefern wollte. Die jüngere Tochter bat mich, ihre Mutter zu besuchen, die lediglich der Sohn gemeinsam mit einem Pflegedienst versorgt.

Frau V geht es deutlich schlechter. Sie war im Krankenhaus und hatte dort eine Thrombose. Jetzt ist sie vollkommen bettlägerig und zeigt an ihrem rechten Arm Lähmungserscheinungen. Der Sohn hält sich bei diesem Gespräch im Hintergrund.

Sie wünscht sich meine Nähe, nachdem sie sich von einem Teil ihrer Kinder verlassen fühlt, und bittet mich auf der Bettkante sitzen zu bleiben. Ich gehe auf ihren Wunsch ein und gebe ihr die Nähe, die sie braucht. Ich räume ihr immer wieder einen Raum ein und ermutige sie, über ihre Belastungen und Gefühle zu reden, obwohl sie eigentlich nicht darüber mit an-



deren Menschen spricht ("Ja, ich rede nicht über meine Gefühle. Ich weiß auch nicht, warum ich das heute mache!?" )

Nach der Abreise ihrer jüngeren Tochter hat sich ihr Zustand zusehend verschlechtert. Nach dem Krankenhausaufenthalt war sie bei ihrer ältesten Tochter, dort fühlte sie sich geborgen und sozial aufgefangen. Als diese sie jedoch in ein Pflegeheim einliefern wollte, begann Frau V mit all ihren Kräften zu kämpfen. Sie brach die Beziehung zur Tochter ab, zog sich zurück und resignierte in Bezug auf die Familie. Sie wünschte sich, im Kreis der Familie zu sterben, empfindet sich jetzt allerdings als Last, die abgeschoben werden soll, weshalb sie nun stark sein und kämpfen muss. Sie fühlt sich allein gelassen und versucht ihre Schwäche zu unterdrücken, was sie jedoch nicht schafft. ("Ich darf nicht schwach sein. Ich war nie schwach. [...] Ich muss wieder stark sein. Ich will wieder stark sein, doch das geht nicht.")

In dieser Situation stärke ich sie und werte sie auf, indem ich hervorhebe, dass sie eine starke Frau ist, die in ihrem Leben viel geschafft hat und jetzt von ihrem Sohn geliebt und von ihren Ärzten und dem Pflegedienst gut betreut wird. Ich mache ihr Mut, schwach sein zu dürfen, woraufhin sie weinen kann.

Frau V fühlt sich überrollt, was sie nicht nur seelisch lähmt. Als sie merkt, was mit ihr über ihren Kopf hinweg und ohne ihr Einverständnis geschehen sollte, beginnt sie sich noch einmal aufzubäumen. Sie will unbedingt zu Hause sterben, weil sie sich in ihrer Wohnung wohl und geborgen weiß. Sie fühlt sich schockiert, hilflos und von den Ereignissen überrollt, doch ihr Weinen hilft ihr, sich zu entlasten ("Ich habe viel geweint und bin viel in den letzten Tagen losgeworden." ).

Frau V möchte nicht mehr leben, sie will sterben und hat ihren Tod akzeptiert. Sie wünscht sich lediglich, geliebt zu werden, und dass jemand ihr so nah ist wie ihre Katze.

Gegen Ende des Gespräches thematisiere ich ihren Glauben. Gebete helfen ihr, das auszusprechen, was sie anderen Menschen nicht sagen kann, was ihr gut tut. Sie kann ihrer ältesten Tochter nicht vergeben, meidet jeglichen Kontakt zu ihr, möchte auch nicht weiter darüber sprechen und wechselt das Gesprächsthema. Sie macht mich auf ihren Arm aufmerksam, der schlaff im Bett liegt und den ich daraufhin fachgerecht lagere. Nachdem Frau V bekundet, dass es ihr schlecht geht, sie ihre Gedanken nicht halten kann, beendet sie das Gespräch und wendet sich ihrer Katze zu. Ich verabschiede mich.

Wenige Tage später stirbt sie zu Hause.

### 2.3.1.1 Die Situation als Krebskranke

Die Orte, an denen die Gespräche geführt werden, sind die Rehabilitationsklinik und ihre Wohnung. Vor dem Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik war Frau V. in einem Krankenhaus zur Diagnostik und Chemotherapie. Zwischen den Gesprächen muss sie zu kleinen Eingriffen oder wegen einer Thrombose in ein Krankenhaus. Diese Aufenthalte sind immer nur kurz, denn sie will unbedingt nach Hause. Wenn Menschen in ihre Wohnung eintreten und Frau V betreuen, werden sie von ihr geschätzt, wie z.B. der Arzt (Schmerztherapeut), der Hausbesuche macht.

Zwischen dem zweiten und dritten Gespräch geht es Frau V erstaunlich gut, sie achtet auf ihr äußeres Erscheinungsbild und macht Pläne, eine Reise in den Süden zu unternehmen.

Doch ihr gesundheitlicher Zustand verschlechtert sich von dem dritten zum vierten Gespräch deutlich, sie bekommt eine Thrombose und eine schlaffe Lähmung im rechten Arm. In der Zwischenzeit will die älteste Tochter sie in ein Pflegeheim einliefern. Für Frau V sind der Krebs und der Tod unausweichlich. Sie hat sich ihrer Situation ergeben, als sie erfährt, unheilbar krank zu sein. Die erneute Diagnose Krebs ist ein Schock für sie, denn sie hoffte genau wie bei einer früheren Krebserkrankung, wieder einen gutartigen Tumor zu haben. Der Krebs ist nun für sie körperlich und seelisch so unerträglich, dass sie eine Chemotherapie abbricht, weil es ihr gesundheitlich immer schlechter geht.

Mit der Erkrankung verlor Frau V ihre Arbeit in der Heißmangel und damit ihren Lebenssinn, denn dort erfuhr sie Bestätigung und Ablenkung von ihren Belastungen wie der Trennung von ihrem Mann. Nun findet sie zunächst einen neuen Lebenssinn in der Familie, der jedoch ebenfalls wegbricht, als ihre älteste Tochter sie gegen ihren Willen ins Pflegeheim bringen will. Daraufhin zieht sich Frau V sozial vollkommen zurück und betet viel. Die einzigen Gesprächspartner, die ihr jetzt noch geblieben sind, sind ihr Sohn, Gott, zu dem sie betet, und ihre Katze.

Frau V will nichts Anderes, als in Ruhe zu Hause sein zu dürfen. Dort fühlt sie sich wohl und dort will sie auch sterben. Dafür kämpft sie und ist sogar bereit, sich mit ihrer Tochter zu überwerfen, denn überall sonst fühlt sie sich abgeschoben und sozial ausgegrenzt.

### **2.3.1.2 Die Beziehungen der Gesprächspartner zu Frau V**

In den Gesprächen mit Frau V verhalte ich mich einfühlsam und zurückhaltend und gebe ihr die Nähe, die sie benötigt. Ich akzeptiere sie, wodurch sie sich öffnet und ausspricht, was sie empfindet. Ich gewinne schnell ihr Vertrauen und gebe ihr Raum, nicht nur stark und kämpferisch, sondern durchaus schwach und verletzlich sein zu dürfen. So helfe ich ihr, sich zu entlasten.

Ich gebe ihr Impulse, die sie stärken und veranlassen, ihre Situation neu einzuschätzen. Dies geschieht im dritten Gespräch, als sie sich bereit erklärt, mit der Tochter und dem Sohn wegzufiegen, dabei geben ihr meine Fachkenntnisse als Krankenpfleger Sicherheit. Ferner stärke ich sie, sich die Freiheit zu nehmen, um zu Hause zu sterben, wo sie sich wohl, geborgen und sicher fühlt. Ich begleite sie, wenn sie ihre Probleme ausspricht oder von Belastungen ablenkt, störe ihre Pausen nicht und helfe ihr dabei, Gefühle und Konflikte in Worte zu fassen.

Ich stoße jedoch an meine Grenzen, denn als ich ihr Interviewfragen stelle, die sie sprachlos machen, ihren Gefühlen ausweiche oder sie mit Fragen nach ihren Ressourcen oder dem Krebs bedränge, gefährde ich ungewollt den Gesprächsverlauf.

Die jüngere Tochter, die im dritten Gespräch anwesend ist, ist für Frau V ein Symbol für das Leben und für alles, was sie selbst in ihrem Leben nicht verwirklichen konnte. Leider kommt es zwischen Mutter und Tochter zu Gesprächsbrüchen, da diese die Erkrankung der Mutter versucht zu bagatellisieren, sie aber dennoch zu einer Reise ermutigen will.

Der homosexuelle Sohn ist für Frau V die Sicherheit ihres Lebens, denn er ermöglicht es ihr, zu Hause zu sterben. Er versorgt sie, bei ihm fühlt sie sich geborgen und ist sehr stolz auf ihn.

Ihr Lebensbild von der Familie als Inbegriff an Geborgenheit wird von der ältesten Tochter massiv zerstört, als diese versucht, gegen den Willen der Mutter deren Pflege in einem Pflegeheim zu sichern. So zerbricht letztendlich die Beziehung zwischen Mutter und Tochter.

Der Anästhesist ist für Frau V der Garant, ohne Schmerzen zu leben und zu sterben. Allein seine Anwesenheit und die Gespräche mit ihm lindern ihre Schmerzen.

### 2.3.1.3 Die Bewältigung von Frau V

Die Einschätzung ihrer Lebenssituation und ihr Bewältigungsverhalten beeinflussen sich gegenseitig.

Bevor Frau V mitgeteilt wurde, dass sie an einem inoperablen Tumor der Bauchspeicheldrüse erkrankt ist, schätzte sie ihre Situation zunächst durchaus gut ein. Sie hoffte, dass auch dieser Krebs wie ein vorheriger geheilt werden könne. Die Diagnose traf sie hart und schockierte sie, und die anschließende Chemotherapie verschlechterte ihren Zustand so sehr, dass sie diese abbrach. – Sie weiß nunmehr, dass sie unheilbar erkrankt ist und es keine Hilfe für sie gibt, und deutet ihre Krankheit als Schicksal, das nicht zu ändern ist, und als Strafe von Gott. Sie hadert und grübelt. In ihrer ausweglosen Situation helfen ihr die Gespräche mit dem behandelnden Arzt oder mir. Hier kann sie ihre Belastungen aussprechen, und z.T. werden auch ihre Schmerzen gemildert. Es hilft ihr sehr, wenn sie informiert ist und anstehende Ereignisse überblicken kann, um ihre Lage selbst einzuschätzen, um dann Entscheidungen zu treffen.

Frau V möchte in ihrer Familie geborgen sein. Im sozialen Netz ihrer Kinder und Enkelkinder fühlt sie sich wohl. Sie sucht aktiv den Kontakt zu Menschen, von denen sie sich erhofft, dass diese ihr helfen könnten. Da sind der Schmerztherapeut, die Kinder und auch ich als Pastor und Krankenpfleger, von denen sie sich erhofft, dass sie sie informieren, stützen, stärken oder helfen ihre Wünsche zu erfüllen. Enttäuschen diese Menschen sie wie ihre Tochter, brechen ihre Bewältigungsressourcen weg und sie zieht sich aktiv zurück und greift nach Bewältigungsmöglichkeiten, die ihr seelisches Gleichgewicht zu geben scheinen, wenn sie sich von den Menschen distanziert, die sie bedrohen, wenn sie resigniert und sich fatalistisch dem Schicksal fügt.

Ihr gesundheitlicher und psychischer Zustand verbessern sich kurzzeitig, sie legt großen Wert auf ihr äußeres Erscheinungsbild, pflegt sich und trägt eine neue Frisur. Das tut ihr gut. Sie fühlt sich lebendig und attraktiv und versucht so, den Gedanken an den unweigerlich näher rückenden Tod abzuwehren. Sie vermeidet es mit ihren Kindern darüber zu reden, denn sie will sie nicht belasten. Indem sie malt, töpft oder sich intensiv mit dem Buch des Sohnes beschäftigt, versucht sie sich abzulenken. Dabei entlasten sie auch die Gebete, in denen sie Gott all das sagen kann, was sie sonst niemandem gegenüber aussprechen könnte. Das familiäre Netz, das sie zunächst aufzufangen schien, reißt jedoch abrupt, als die älteste Tochter gegen ihren Willen handelt. Sie ist in dieser Situation zunächst schockiert und unfä-

hig zu handeln, doch dann kämpft sie, um zu Hause zu sterben. Ihr Kampf ist zunächst erfolgreich, da sie von ihrem Sohn unterstützt wird. Doch als ihr Leben zu Ende geht, verliert sie den Boden unter ihren Füßen, zieht sich völlig zurück, vergibt ihrer Tochter nicht und versöhnt sich nicht mit ihr. Ihr sehnlichster Wunsch, noch einmal mit ihrer Familie zu verreisen, erfüllt sich nicht, da sich ihr gesundheitlicher Zustand rapide verschlechtert und sie kurz darauf den Kampf gegen den Krebs endgültig verliert und stirbt.

Die Bewältigung von Frau V lässt sich folgendermaßen zusammenfassen. Als sie erfährt, dass sie unheilbar erkrankt ist, ist sie zunächst schockiert. Sie bricht eine Chemotherapie ab, als sich ihr Zustand verschlechterte, resigniert sie schließlich und nimmt ihr Schicksal als Strafe Gottes an. Sie hat den Wunsch, zu Hause im Kreis ihrer Familie zu sterben. Zuvor will sie noch mit der Familie verreisen, d.h. intensiv mit dieser zusammen sein und sich verabschieden. Hier wünscht sie sich unterstützt zu werden und angenommen zu sein, wenn sie als Mutter und Großmutter geachtet und wertgeschätzt wird. Ihr schlechter Zustand lässt eine Reise jedoch nicht mehr zu. Die älteste Tochter sieht nur noch in einem Pflegeheim eine Möglichkeit, ihre Mutter angemessen versorgen zu lassen, ohne die Mutter über den Gedankengang zu informieren. Frau V kämpft darauf mit ihrem Sohn erfolgreich gegen die Familie, um in ihrer Wohnung sterben zu können, und sorgt selber für sich. Es soll ihr nach Möglichkeit gut gehen, sie will keine Schmerzen haben und dort leben, wo sie sich wohl fühlt.

Frau V stirbt, als sie ihr Geschäft nicht mehr führen kann und sich von ihrer Familie trennt, da sie die Geborgenheit, die sie sich wünscht, nicht bekommt. Ihre letzten Gesprächspartner, denen sie alles sagen kann, sind ihre Katze und Gott. Im Gespräch mit mir sind ihre Aussagen ambivalent. Sie kämpft und hat gerade zu Beginn den Wunsch zu leben, gleichzeitig resigniert sie und nimmt fatalistisch das Gottesurteil, ihren Tod, an. Sie wirkt hilflos und stark zugleich, akzeptiert, dass sie stirbt, kämpft jedoch darum, ihren eigenen Tod zu sterben und wendet sich den Sozialpartnern zu, die sie hierin unterstützen.

### **2.3.2 Die Gespräche mit Herrn W**

Herr W ist 48 Jahre alt und hat ein inoperables Pankreaskarzinom, weshalb er auch insulinpflichtig ist. Er ist verheiratet, hat zwei Kinder (Tochter, 24 Jahre; Sohn 20 Jahre) und eine Enkelin (½ Jahr). Bis zu seiner Erkrankung war er als Berufsfeuerwehrmann tätig.

Ich führe mit ihm über einen Zeitraum von sechs Monaten fünf Gespräche, von denen zwei in der Rehabilitationsklinik und drei bei ihm zu Hause stattfinden. Er ist ein ruhiger, eher schweigsamer Mann, seine Frau ist gesprächiger.

Herr W stirbt wenige Wochen nach dem letzten Gespräch.

### Das erste Gespräch

Ich öffne ihm am Anfang einen Raum, um über seine Krankheit sprechen zu können. Die größten Gesprächsanteile hat seine Frau. Ich versuche, einfühlsam mit den Eheleuten zu reden und ihren Gefühlen Worte zu geben. Teilweise stelle ich jedoch leider Interviewfragen, was Herrn W sprachlos macht.

Ich konfrontiere ihn direkt und offen mit seinem Krebs, der nicht heilbar ist, eine Operation wurde abgebrochen. Er weiß, dass er nicht mehr lange leben wird. Sollte sich sein Zustand jedoch verschlechtern, will er eine Chemotherapie durchführen, um den Tod hinauszuschieben. Solange er lebt, will er sich zerstreuen, reisen und sich Wünsche erfüllen. Der Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik hilft ihm sich abzulenken.

Ihm sind seine Freunde sehr wichtig, bei ihnen fühlt er sich geborgen, denn sie nehmen auf seine Handicaps Rücksicht und unterstützen ihn, wenn sie anwesend sind. Er fühlt sich von dem Krebs bedroht und distanziert sich davon, indem er es vermeidet, darüber zu sprechen. Er will nicht depressiv werden und lenkt sich deshalb mit Feiern ab.

Als Herr W die ersten Symptome spürte, hatte er bereits die Vorahnung, Krebs zu haben. Je häufiger er vor der Diagnosestellung untersucht wurde, umso gewisser wurde sein Verdacht, der dann schließlich von seinem Internisten bestätigt wurde. Die Diagnose traf ihn zwar hart, doch gleichzeitig wurde seine Gewissheit untermauert. Er hörte gerne auf zu arbeiten, um jetzt intensiver leben und reisen zu können. Solange es noch geht, kämpft er um sein Leben und unterdrückt es, sich mit dem Krebs zu konfrontieren ("Ich will mich nicht unterkriegen lassen. Ich weiß nicht, wie es mir ginge, wenn ich immer nur an den Krebs denken würde. Ich will leben."). Dazu passt auch, dass er Reisen plant und diese von seinem Gesundheitszustand abhängig macht.

Seine Frau wurde schnell informiert, dass ihr Mann unheilbar krank ist, und war zunächst geschockt. Jetzt nimmt sie ihr Schicksal fatalistisch an ("Man kann sowieso nichts daran machen.") und wünscht sich einen offenen Umgang miteinander. Sie unterstützt ihren

Mann, wenn er seine tödliche Erkrankung unterdrückt, und hat ihr Leben radikal geändert. Wertigkeiten haben sich verschoben, sie ist wütend über den Krebs ihres Mannes und entlädt ihren Zorn, wenn sie über Konflikte in ihrer Familie spricht. In diesem Gespräch lässt sie ihren Mann kaum zu Wort kommen.

### Das zweite Gespräch

Das zweite Gespräch führe ich zunächst mit Herrn W allein, später kommt seine Frau hinzu. Ich gebe ihm genügend Raum, sich entfalten zu können, und gehe auf seine Gefühle ein, so dass er sich von mir verstanden fühlt. Ich ermutige ihn, seinen Rehabilitationsaufenthalt zu resümieren, bin humorvoll und entspanne die Atmosphäre.

Herr W freut sich über meinen Besuch und lädt mich zu einer Tischgemeinschaft mit Kaffee und Kuchen ein. Ihm geht es seelisch gut, und er freut sich darauf, nach Hause zu kommen, denn dort wird er sich genauso wie mit den Aktivitäten in der Rehabilitationsklinik ablenken. Ihm tat der freundliche, offene und ehrliche Umgang in der Klinik gut, was ihn erleichtert, mit den Ärzten zu kooperieren. Er bekam genügend Informationen, um über seinen Zustand und seine Lebensperspektive Bescheid zu wissen. Es hilft ihm, seine Krankheit und seinen Zustand besser zu verstehen, wenn mit ihm in Bildern gesprochen wird, denn diese ("Kurve", "Grenze", "Kaninchen und Schlange") distanzieren ihn auch von seinem Tod, der ihn belastet und den er auf Distanz zu halten versucht. Er weiß, dass er durch den Krebs sterben wird, doch solange es ihm gut geht, will er nicht direkt damit konfrontiert werden, und tut alles, damit es ihm gut geht ("Ich fühle mich jetzt wohl. Wenn es wieder losgehen sollte, dann sehe ich weiter."). Herr W spricht seinen Tod an und nimmt es hin, sterben zu müssen. Ihn unterstützt das Bild von der Schublade, die jetzt geschlossen ist, doch wenn sie aufgeht, wird der Tod vor ihm stehen ("Ich weiß ja, dass er kommen wird und das auch schnell."). Er bereitet sich darauf vor, denn er wird sein Testament machen, wenn er nach Hause kommen wird. Herr W will aktiv sein Leben bestimmen, und es tut ihm gut, wenn er sich mit einem Kollegen vergleicht, der ebenfalls Krebs hat, diesen aber nicht so aktiv bewältigt wie er selbst, denn dadurch fühlt er sich aufgewertet.

Als seine Frau eintritt, kommt es zu einem Gesprächsbruch, denn sie lenkt vom Thema ab und auf Probleme in ihrem Umfeld hin, womit sie ihren Mann schützen will. Dieser geht darauf hin nicht mehr auf meinen Deutungsversuch ein, dass sein Bewältigungsverhalten mit

seinem Beruf verknüpft ist ("Ja, ich musste ja vorbereitet sein, wenn was los war, dann musste ich reagieren, das hilft ja nichts, den Kopf in den Sand zu stecken. Die Bedrohung ist da, aber ich darf mich nicht davon überwältigen lassen."). Später komme ich auf dieses Thema zurück, und Herr W antwortet ausführlich. Er möchte auf seinen Tod vorbereitet sein, will nicht resignieren, sondern aktiv bewältigen und solange kämpfen, bis der Krebs ihn besiegt hat. Dabei stellt er sich seinen Grenzen und hält diese ein ("Ich will noch was vom Leben haben, solange die Kurve gerade verläuft und nicht abfällt, wenn ich was merke, dann höre ich auf, das hat doch keinen Sinn."). Der Rückblick auf sein Leben unterstützt ihn, sich daran zu orientieren und es nun innerhalb dieses engen Rahmens zu gestalten ("Ich wusste immer, wo ich dran war und was ich konnte, und weil ich nicht alles konnte, habe ich immer das Beste daraus gemacht. Ich weiß doch auch, was mir gut tut, wenn ich sage, ich habe nichts, was soll das, das hilft nichts, alles mache ich in dem Rahmen, der mir gesetzt ist, damit lebe ich gut.").

Die theologische Dimension bringt seine Frau ins Gespräch, als sie mich als Pastor anspricht und ich ohne Umschweife Position beziehe. Für Herrn W ist der Kontakt zur Kirche wichtig, ohne sichtbare Frömmigkeit zeigen zu müssen, doch sein persönlicher Glaube prägt ihn nachhaltig, ohne dass er diesen in Worte fasst. Auch seiner Frau eröffne ich einen Raum, ihren eigenen Glauben darstellen zu können und spiegele sie.

Am Ende des Gesprächs lädt mich Herr W ein, ihn zu Hause zu besuchen.

### Das dritte Gespräch

Dieses Gespräch findet sechs Wochen später statt. Herr W fühlt sich wohl, ist in körperlich guter Verfassung, optimistisch eingestellt und macht Reisepläne. Seine Frau kommt erst später hinzu.

Ich akzeptiere und begleite ihn und gebe ihm Möglichkeiten, sich zu äußern, ohne ihn dabei einzuschränken oder zu bedrängen, bin ihm nahe und deute seinen Lebenswillen. Die Atmosphäre zwischen uns beiden ist gut. Darüber hinaus bin ich für beide Eheleute Sprachhilfe, um deren angespannten Gefühle in Worten und Bildern auszudrücken.

Herr W unterdrückt Gedanken an den Krebs und bemüht sich, seine körperlichen Grenzen einzuhalten, wenn er sich mit Aktivitäten ablenkt. Seine positive Lebenseinstellung zeigt sich in humorvollen Aussagen. Optimistisch sieht er in die Zukunft, denn er lebt schon län-



ger, als seine Ärzte prognostizierten, deshalb feiert und tanzt er, wo und wann es ihm möglich ist, denn er will leben ("Ich nehme jeden Tag, wie er kommt, und wenn es mir gut geht, freue ich mich."). Er freut sich über jedes gute Untersuchungsergebnis, obwohl er weiß, dass sich sein Zustand verschlechtern wird ("Es wird anders kommen."). Nach dem geregelten Tagesablauf in der Rehabilitationsklinik fällt es ihm schwer, sein Leben selbstständig zu gestalten.

Seine Familie und Freunde fragen nicht nach seinem Krebs, gehen verständnisvoll mit seinen Handicaps um (Insulin spritzen), denken mit und nehmen Rücksicht, so fühlt er sich geborgen. Besonders wichtig ist seine Frau, die sich für ihn einsetzt, ihn unterstützt und nie allein lässt. Es reicht ihm, einige wenige Male über seine Erkrankung gesprochen und seine Umgebung informiert zu haben. So hat er sich nur wenig mit seinem Sohn unterhalten, doch das genügt ihm ("Man redet nicht immer über so was."). Ihm geht es so gut, dass er sogar einen Skiurlaub mit Freunden plant. Es unterstützt ihn, wenn Menschen wie das Klinikpersonal freundlich und offen mit ihm umgehen. Herr W wünscht sich offene Gespräche mit seinen Ärzten, um informiert zu sein und seine Lebenszeit zu planen ("Ich will wissen, wo ich dran bin. [...] Man wird mich nicht heilen können [...]"). Die belastendste Phase seiner Krankheit war die Zeit, als er seine Diagnose noch nicht endgültig kannte. Er hatte eine Vorahnung, unheilbar krank zu sein, jedoch damals noch gleichzeitig den Hauch einer Hoffnung, doch gesund zu sein.

Obwohl er nun ungebundener ist, fällt es ihm doch schwer, nicht mehr arbeiten zu können. Er geht manchmal zu seiner Arbeitsstelle und unterdrückt dabei kurzzeitig, wie krank er wirklich ist ("Wenn es wieder so geht, würde ich gerne wieder arbeiten gehen."). Ich hole ihn aus seinem Wunsch heraus, indem ich ihn nach seiner realistischen Einschätzung frage. Der Tod ist für Herrn W Wirklichkeit. Er lebt mit der Gewissheit, jederzeit zu sterben, und wünscht sich dennoch gleichzeitig, wieder arbeiten zu gehen. Sein Lebenswille ist ungebrochen ("Man muss nicht immer daran denken."), wobei er den inneren Kampf verschiebt wie z.B. auf Dispute mit Ämtern.

Seine Frau agiert während des Gesprächs immer wieder ihre Wut gegenüber Ämtern und Menschen aus, die ihren Mann oder sie belasten. Ich lasse ihr Raum und biete ihr Bilder an, um sich entlasten zu können. Sie hat an sich selbst eine Entwicklung festgestellt, dass sich die Wertigkeiten in ihrem Leben geändert haben und sie nun mit ihrem Mann bewusster lebt ("Es gibt Wichtigeres für uns im Leben. [...] Wir nehmen uns die Zeit, die wir haben, für uns.").

## Das vierte Gespräch

Zweieinhalb Monate später findet das vierte Gespräch statt. Herr W verbrachte zwischenzeitlich mit seiner Frau und Freunden einen Urlaub, der ihm gut tat und ihm Kraft gab ("Wir haben uns richtig gut gefreut und erholt.").

Doch nun hat sich sein gesundheitlicher Zustand rapide verschlechtert. Diesmal ist seine Frau von Anfang an anwesend und dominiert das Gespräch. Das Ehepaar hat eine gute Beziehung zu mir und lädt mich zu einer Tischgemeinschaft ein. Ich gebe Herrn W genügend Raum, sich zu entfalten, ermutige ihn, seine eigenen Gefühle auszudrücken, fasse die seiner Frau in Worte und stelle deren Hilflosigkeit heraus, um sie dann zu stärken.

Frau W verschiebt den Konflikt und die Belastung ihres Mannes durch den Krebs auf andere Personen und Umstände, da sie sich der Situation machtlos ausgeliefert fühlt. Es hilft ihr, wenn sie offen mit ihrem Mann sprechen kann, und es belastet sie, wenn dieser schweigt. Gemeinsam mit ihm zieht sie sich gesellschaftlich zurück, um die Zeit, die beide noch miteinander haben, auskosten zu können. Ein Seidenmalkurs lenkt sie ab, und unerwartet unterstützen sie Menschen, die sich mit ihr solidarisieren. Sie versucht, ihren christlichen Glauben auch außerhalb der Kirche zu praktizieren, und hat den Sinn ihres Lebens darin gefunden, mit ihrem Mann ihre noch verbleibende gemeinsame Zeit intensiver zu erleben.

Ihr Mann ist in diesem Gespräch humorvoll, ist mit seinem Zustand zufrieden und blickt auf sein Leben zurück. Er kann sich wegen seiner Aszites nicht gut bewegen. Gegen seine Schmerzen hilft ihm seine aktive Zusammenarbeit mit den Ärzten, die ihn mit Medikamenten gut versorgen.

Er möchte allein sein und nicht an die tödliche Bedrohung denken, weswegen er sich von dieser distanziert, und braucht Ruhe, um leben und sterben zu können. ("Von allem weg zu sein und einfach vergessen können, das brauche ich manchmal. Abschalten."). Schweigen ist seine Quelle, um Kraft zu schöpfen. Besonders gut tut es ihm, wenn er mit seiner kleinen Enkelin zusammensitzt ("Es reicht auch, wenn die Kleine kommt und sich hinsetzt. Es muss nicht immer geredet werden."). Er ist der Ansicht, seine Umgebung ausreichend über seinen Zustand informiert zu haben und nicht weiter sprechen zu müssen ("Sie wissen alle Bescheid.").

Von seiner Frau fühlt er sich überversorgt ("Ich kann es nicht vertragen, wenn alle fünf Minuten jemand fragt, wie es mir geht. Das macht sie nämlich. [...] Es ist mir manchmal zu

viel."). Er wünscht sich, dass sie bis zu seinem Tod und danach abgelenkt ist ("Meine Frau soll das machen, denn wenn ich nicht mehr da bin, fällt sie nur in ein Loch und kommt dann nicht mehr raus. Ich möchte das auch und habe sie auch beredet da hinzugehen.").

Er weiß, dass er bald sterben wird ("Ich weiß, dass ich nicht mehr lange lebe."), weshalb er sich schrittweise von seinem Leben verabschiedet und sich darum bemüht, dass seine Frau versorgt ist und leben kann. Deshalb hat er sein Testament gemacht, sich gegen ihren Willen durchgesetzt und sie als Alleinerbin eingesetzt, d.h. er hat *sein Haus bestellt* ("Ich habe alles geregelt."). Ich versuche zu erfragen, ob er dieses auch in Bezug auf seinen Glauben getan hat, aber darüber macht er sich keine Gedanken. Er fragt auch nach keinem Warum, sondern sieht nur, dass er allein seinen Krebs bewältigen muss ("Ich habe den Krebs. Ich muss damit fertig werden."). Er wünscht sich, noch einmal in den Wintersport fahren oder verreisen zu können, obwohl er genau weiß, dass er das nicht mehr schaffen wird.

### Das fünfte Gespräch

Sechs Wochen danach findet das letzte Gespräch statt. Ich bin zunächst mit Herrn W allein, später kommt seine Frau hinzu. Wiederum verschiebt sie ihren Ärger und die Wut über die Erkrankung ihres Mannes auf Ämter und die Rentenstelle. Die Beziehung zwischen dem Ehepaar und mir ist harmonisch. Herr W öffnet sich zusehends, und seine Frau bietet mir durch Kaffee und Kuchen eine Tischgemeinschaft an, wodurch Nähe und Vertrauen gezeigt wird.

In keinem anderen Gespräch zuvor gibt Herr W so viel von sich preis und nutzt die Möglichkeit, seine Belastungen und Wünsche auszusprechen.

Obwohl er sieht und weiß, dass er stirbt und sein körperlicher Zustand sich rapide verschlechtert, wirkt er optimistisch ("Da ist alles auf einmal ganz nah."). Mit seinen Ärzten arbeitet er nach wie vor zusammen und nimmt deren Hilfe an, um seine Schmerzen zu bekämpfen. Er nimmt seinen Zustand hin und sieht, dass er machtlos ist ("Da kann man nichts machen. Ich nehme jeden Tag so, wie der kommt, da will ich mich nicht ärgern. Mir geht es gut.").

Herr W spürt, dass sein Lebensende immer näher rückt, und der Tod seines Patenonkels, der erst vor kurzem starb, belastet ihn. Er lehnt sich nicht direkt gegen den Tod auf, sondern hat stellvertretend dafür Wut über Ämter, von denen er sich ungerecht behandelt

fühlt. Er schätzt sich realistisch ein und weiß, dass rehabilitative Maßnahmen seinen Zustand nicht mehr ändern. Sein Leben ist knapp genauso wie die Rente, die er erhalten wird. Er weiß nicht, wie lange er noch leben wird, und wünscht sich, schnell, ohne Schmerzen und ohne lange gepflegt zu werden, zu sterben. Er will seiner Familie nicht zur Last fallen und nicht leiden, wünscht sich nur noch Ruhe und Stille und genießt jeden Tag, den er mit seiner Familie zusammen ist. Er möchte zwar noch den Geburtstag seiner Enkelin und die Einführung des Euro erleben, weiß jedoch, dass er diese Ziele nicht mehr erreichen wird.

Er denkt über seinen Tod hinaus und antizipiert diesen, da seine Gedanken von seiner Frau erfüllt sind, der es danach gut ergehen soll. Die Beziehung zu ihr pflegt er unter anderem, indem er ihr das Frühstück bereitet. Er will sich nicht ärgern und entlastet sich, wenn er mit ihr reden kann, ansonsten schweigt er.

Herr W hat alles geregelt, mit seinem Sohn gesprochen und *sein Haus bestellt*, er hat alles gemacht und gesagt und wartet nun auf den Tod ("Ich habe, wie man so sagt, *mein Haus bestellt*"). Das Ende des Gesprächs symbolisiert er mit der Zigarette, die er sich anzündet.

### **2.3.2.1 Die Situation als Krebskranker und Sterbender**

Herr W bewältigt seinen unheilbaren Krebs an unterschiedlichen Orten. Seine Diagnose wird ihm in einem Krankenhaus mitgeteilt, wo er ohne Erfolg operiert wird. Anschließend kommt er in die Rehabilitationsklinik, in der ich die ersten beiden Gespräche mit ihm führe. Danach geht er nach Hause, wo er sterben wird. Von dort aus unternimmt er einen Winterurlaub, der ihm sehr gut tut und ihm nachhaltig für seine letzten Lebensmonate Kraft verleiht.

Er nimmt seinen bevorstehenden Tod an, versucht jedoch gleichzeitig, sich von der Bedrohung zu distanzieren und sein Leben und seine Umgebung so angenehm wie möglich zu gestalten. Er nimmt sich nicht nur als Krebskranken wahr, sondern vor allem als jemanden, der bald sterben wird. Er macht, was ihm Freude bereitet, zieht sich zurück, als seine Kräfte nachlassen und sein Zustand sich verschlechtert, spricht wenig und möchte allein sein.

Herr W wird nicht weiter kurativ therapiert, denn eine Chemotherapie, die er bekommen sollte, sobald seine Blutwerte und sein gesundheitlicher Zustand sich verschlechtern sollten, wird nicht mehr durchgeführt. Ebenso gestehen ihm sein Hausarzt und seine Kran-

kenkasse keine weitere Rehabilitation zu. Sein körperlicher Zustand verschlechtert sich kontinuierlich und wird zusätzlich durch seinen Diabetes beeinträchtigt, der seinen Aktionsradius deutlich einschränkt. In diesem Zusammenhang kommt es immer wieder zu Konflikten mit Ämtern, die im Gegensatz zu Freunden und seiner Familie auf seinen gesundheitlichen und emotionalen Zustand keinerlei Rücksicht nehmen.

Ihm steht der Tod unmittelbar vor Augen, deshalb plant er auch seine noch verbleibende Lebenszeit und versucht, sein Haus zu bestellen, solange es noch möglich ist. Er nimmt bewusst Abschied von seiner Arbeit, was ihm allerdings schwer fällt, um seine restliche Lebenszeit mit seiner Frau zu verbringen.

### **2.3.2.2 Die Beziehungen der Gesprächspartner zu Herrn W**

Herr W wird von einem sozialen Netz aufgefangen, zu dem seine Familie genauso dazugehört wie Freunde, sein Hausarzt und in dem besonders seine Frau der maßgebliche Faktor ist. Sie unterstützt ihn, fängt ihn auf, schenkt ihm Geborgenheit und gestaltet sein Leben. Er fühlt sich jedoch von ihr auch überversorgt, weshalb er sich gegen Ende seines Lebens immer mehr zurückzieht und wünscht, dass sie ihren Seidenmalkurs auch über seinen Tod hinaus besucht. Neben ihr hat das befreundete Ehepaar, mit dem er seinen Winterurlaub verbringt, eine herausragende Bedeutung, denn es schenkt ihm Nähe, Geborgenheit und Fürsorge.

Es genügt ihm, wenn Freunde, seine Kinder oder seine Enkelin schweigsam mit ihm zusammensitzen, einfach nur da sind und sich mit ihm solidarisch erklären. Dazu gehört auch, dass er in aller Stille die Farben der Natur in seinem Garten genießt.

Das soziale Netz erweitert sich um Menschen, die sich unerwartet melden, Kontakt mit ihm aufnehmen und einfach für ihn da sind, ohne ihn über seinen Zustand und seine Gefühle zu befragen.

Herr W wünscht sich eine offene und ehrliche Kommunikation, und wenn diese vorhanden ist, kooperiert er. So genoss er die freundliche Atmosphäre in der Rehabilitationsklinik. Er wünscht sich ausführliche Informationen seitens der Ärzte, um seine Situation besser einschätzen zu können. Es tut ihm gut, wenn sein Arzt sich Zeit für ihn lässt, so nimmt er von diesem auch widerspruchslos jegliche Therapie an, die ihm empfohlen wird. Für ihn selber

unerklärlich spricht er mit mir über seine Gefühle und teilt sich mir ausführlich mit, obwohl er eigentlich keine Geistlichen akzeptiert.

Herr W genießt die Nähe und Geborgenheit seiner Familie und stirbt schließlich in den Armen seiner Frau und seines Sohnes.

### **2.3.2.3 Die Bewältigung von Herrn W**

Herr W ahnt, dass er unheilbar erkrankt ist, noch bevor er die Diagnose mitgeteilt bekommt, die ihm letztendlich Gewissheit gibt. Er nimmt seinen Krebs an und akzeptiert ihn, fügt sich in die Tatsache, sterben zu müssen, und arbeitet mit den Ärzten zusammen, um seinen Tod so lange wie möglich hinauszuzögern. In diesem Kampf versucht er bis zum vierten Gespräch, sich durch Ablenkung von dem Krebs zu distanzieren. Er macht, was ihm gut tut, geht mit seiner Frau tanzen, reist und tüfelt im Keller, solange es sein gesundheitlicher Zustand zulässt.

Das Bewältigungsverhalten von Herrn W ist ambivalent. Dies zeigt sich in den ersten drei Gesprächen. Einerseits weiß er, dass er sterben wird, und wünscht sich, offen und ehrlich informiert zu sein, geht aktiv mit dem Krebs um, wenn er einer palliativen weiteren Chemotherapie zustimmt, sofern diese nötig würde, andererseits vermeidet er es, mit dem Krebs und seinem Tod konfrontiert zu werden. Genauso ist ihm bewusst, dass er nicht mehr arbeiten wird, dennoch sehnt er sich danach.

Je mehr sich sein gesundheitlicher Zustand verschlechtert, desto mehr zieht er sich zurück. Er sucht Ruhe und Stille, möchte allein bzw. ohne zu sprechen mit anderen Menschen zusammen sein. Er distanziert sich, wenn er an keine Belastung denken will. In der Zeit ab dem dritten Gespräch beginnt er verstärkt Abschied zu nehmen und setzt sich mit seinem baldigen Tod auseinander. Er spricht mit seinem Sohn, macht sein Testament und sorgt sich um seine Frau. Er hat *sein Haus bestellt*, d.h. mit den Menschen seines Vertrauens gesprochen und sich verabschiedet. Sein Leben ist abgeschlossen. Das zeigt er im fünften Gespräch, als er sich eine Zigarette anzündet und das Thema wechselt.

Von Anfang an schätzt Herr W seinen Zustand realistisch ein, wirkt zufrieden, optimistisch und humorvoll, obwohl er dem Krebs macht- und hilflos ausgesetzt ist. Er hat Wünsche, doch er weiß, dass er die Einführung des Euro, den Geburtstag der Enkelin und einen

weiteren Wintersporturlaub nicht mehr erleben wird. Er stellt sich seinem Schicksal, nimmt es hin, und wartet zum Schluss nur noch auf seinen Tod.

Die größte Unterstützung erhält er durch sein soziales Netz. Seine Freunde, seine Familie und vor allem seine Frau unterstützen, stärken und begleiten ihn nach ihren jeweiligen Möglichkeiten. Seine Frau begleitet sein Bewältigungsverhalten, wenn sie Konflikte verschiebt. Doch manchmal ist ihm ihre Begleitung zu viel, und er fühlt sich überbehütet. Auch ich gehöre zu diesem sozialen Netz. Es entlastet ihn, wenn er sprechen kann, und meine Bilder helfen ihm, sich selbst zu verstehen. Es tut ihm gut, wenn Menschen auch nur schweigend einfach nur da sind, und er sich geborgen fühlen kann, und es unterstützt ihn, wenn er sich mit einem krebskranken Arbeitskollegen vergleicht, der seines Erachtens nach nicht so gut bewältigt wie er selbst.

Das Bewältigungsverhalten von Herrn W ist im Fluss, was sich an seinen Aktivitäten erkennen lässt. Zu Beginn seiner Erkrankung ist er aktiv, reist, feiert und macht alles, um sich abzulenken und die Bedrohung durch den Tod zu unterdrücken. Gegen Ende seines Lebens zieht er sich zurück, wird stiller, schweigt und genießt, nachdem er alles geregelt hat. Sein Bewältigungsverhalten ist konstant und ambivalent zugleich, wenn er seinen Krebs und seinen Tod annimmt und zwischen seiner realistischen Einschätzung und seinen Wünschen hin- und hergerissen ist und sein Bedrohung durch den Tod mit direkten Aktionen und der Hinwendung zu anderen bewältigt.

### **2.3.3 Die Gespräche mit Herrn H**

Herr H ist 63 Jahre alt, verheiratet und hat drei Kinder, zwei Töchter und einen Sohn, die alle über 30 Jahre alt sind, und zwei Enkelkinder. Er wurde aus dem Pastorendienst in einer Freikirche entlassen und hatte anschließend Depressionen. Danach machte er eine Ausbildung zum Altenpfleger und schied nach zwei unverschuldeten Autounfällen gesundheitsbedingt aus seiner Tätigkeit aus.

Ich führe mit ihm in 14 Monaten neun Gespräche. Die Gespräche eins bis vier und sieben finden vormittags, die Gespräche sechs, acht und neun nachmittags und das fünfte abends statt. Anfangs hat er ein Lymphom, einen Helicobacter und einen Lupus – Erythematosis, später kommt noch ein Basaliom am Auge hinzu.

Die ersten sieben Gespräche finden bei Herrn H im Haus oder in seinem Garten statt, die letzten beiden in meiner Wohnung und haben fast immer den gleichen Rhythmus. Zu Beginn macht er auf seinen Zustand oder neue therapeutische Erkenntnisse aufmerksam, am Ende steht ein Ritual in einem gemeinsamen Gebet und ein Geschenk von Obst oder Gemüse aus seinem Garten an mich.

Heute betrachtet er sich als gesund, engagiert sich in seiner Kirche und ist als Ernährungsberater tätig.

### Gespräch 1

Im ersten Gespräch kommt schnell ein freundlicher Kontakt zustande, in dem sich Herr H öffnet und ausführlich über seine Erkrankung spricht, mir einen Sitzplatz anbietet und für eine behagliche Atmosphäre sorgt. Er macht einen hageren Eindruck, bewegt sich langsam und hat eine fahle Gesichtsfarbe. Es ist ihm deutlich anzusehen, dass es ihm schlecht geht.

Er hat sich auf dieses Gespräch vorbereitet und beginnt ohne Umschweife zu sprechen. Seinen schlechten Zustand unterstreicht er mit den Laborwerten, die er mir zeigt, und ist froh, dass seine Bestrahlungstherapie vorerst beendet ist. Danach trat eine Besserung ein, die er mit seiner gesunden Ernährung erklärt.

Als er erkrankte, war er nicht geschockt, als er seine Diagnose erfuhr, denn er hatte sich an seinen verschlechterten Zustand gewöhnt und bekam nun Gewissheit. Er sieht seine Erkrankungen als Chance und Gewinn, denn er hat seine Ernährung umgestellt und neue Erkenntnisse gewonnen. Schritt für Schritt bekam er eine Diagnose nach der anderen mitgeteilt. Er versuchte, sich von der Erkrankung zu distanzieren, als er vor der Chemotherapie sein Auto nach Hause brachte, um sich dann schnell darauf einzulassen. Der Vergleich mit den Mitpatienten, denen es schlechter ging als ihm, wertete ihn auf, denn er konnte ambulant behandelt werden und musste nicht im Krankenhaus bleiben.

Sein Leben war nicht nur von den Erkrankungen sehr bedroht, sondern auch von den Therapien, was er symbolisch mit dem Aufklärungsbogen zur Bestrahlung beschreibt, denn es blieb nicht viel Platz zur Unterschrift, weil der Arzt sehr viele Nebenwirkungen aufschrieb, die ihm kaum Raum ließen, um leben zu können. Am liebsten wäre er geflüchtet, doch er blieb, weil er seinen Krebs bekämpfen wollte. Er ist optimistisch, dass sich sein Zustand bessert ("... doch das wird schon."). Zu Beginn seiner Therapie belastete ihn eine Ge-



schichte, die ihm sein Schwager erzählte: Ein Mann mit der gleichen Krankheit machte zwar ebenfalls eine Chemotherapie, verweigerte jedoch die Bestrahlung und starb. Dieses Schicksal schockte Herrn H sehr, denn dadurch verstand er, dass sein Leben vom Tod bedroht war. Aber er will leben und wieder gesund werden ("Du kannst Dir nicht vorstellen, wie ich mich fühlte, ich wollte doch gesund werden.").

Herr H arbeitet mit seinen behandelnden Ärzten zusammen und nimmt jede angebotene Hilfe an. Darüber hinaus sucht er nach weiteren Möglichkeiten und wendet sich neben seiner Chemo- und Bestrahlungstherapie und sonstigen ärztlichen Versorgung alternativen Medizinen zu. Dabei ignoriert er auch ärztliche Ratschläge, z.B. keine Menschenansammlungen zu besuchen, wenn er der Ansicht ist, dass ihm der Gottesdienst gut tut und ihn unterstützt, obwohl dort viele Menschen anwesend sind, die ihn gefährden können.

Sein Glaube ist für seine Bewältigung ein zentraler Punkt. Gebete und Fürbitten unterstützen ihn, ebenso hilft es ihm, Zuhause sein zu können. Mit der Arbeit im Garten kompensiert er seine Belastung. Der Kontakt mit der Natur und sein Glaube geben ihm Kraft, Zuversicht und Hoffnung und lenken ihn ab ("Für mich als Christ ist gerade die Hoffnung auf den Gott, der alles gut und neu machen wird, sehr wichtig.").

Leider stelle ich teilweise Interviewfragen, wodurch ich ihn unterbreche und aus der Gegenwart in die Vergangenheit führe. Dennoch kommt es nicht zu einem Gesprächsbruch.

Zum Abschluss beten wir gemeinsam. Das Gespräch mit mir hat Herrn H sehr gefreut und ihm gut getan, und er schenkt mir zum Abschied Gemüse aus seinem Garten.

## Gespräch 2

Das zweite Gespräch ähnelt in seinem Ablauf dem ersten. Herr H sucht meine Aufmerksamkeit, indem er zu Beginn ein Blatt Papier auffällig auf dem Tisch bewegt und über seine schlechten Blutwerte berichtet. Das Gespräch beende ich mit einem Gebet, und er schenkt mir wiederum Gemüse.

Herr H berichtet über gymnastische Übungen und seinen Gewichtsverlust, der ihn belastet. Er versucht seine Ernährung je nach gesundheitlichem Zustand und Verträglichkeit umzustellen, dabei probiert er verschiedene Diäten aus. Er kämpft und versucht sich zu motivieren. Jede Information, die ihm brauchbar erscheint, um gesund zu werden, nimmt er wahr und geht ihr nach ("So suche ich mir ständig alle Informationen, die mir helfen können."),

dabei nutzt er alle Medien, die ihm zur Verfügung stehen und kooperiert mit seinen behandelnden Ärzten. Er ist optimistisch, gesund zu werden ("Das ist meine Hoffnung, die ich mir bewahre.").

Er setzt seinen aktuellen Umgang mit seinen verschiedenen Krankheiten auf mehrfache Säulen: krankengymnastische Übungen, Entspannungsübungen mit Musik, Ernährung, leichte Gartenarbeit und seinen Glauben. Diese Anstrengungen tun ihm gut, geben ihm Kraft und unterstützen ihn ("Es hilft mir in meiner Krankheit und für meinen körperlichen Zustand.").

Ich bin für ihn aufmerksame Sprachhilfe, gehe auf seine nonverbalen Äußerungen ein und würdige seinen Kampf ("Du tust ziemlich viel für Dich, um Deine Situation zu verbessern und Dir Kraft zu holen..."). Ich interessiere mich für seinen Zustand und seine Anstrengungen im Kampf gegen die Erkrankungen, worauf er sich öffnet und ausgiebig spricht, was ihm gut tut. Leider weiche ich zeitweise von seiner Bewältigung ab und frage ihn nach Einzelheiten der Übungen, was ihn vorübergehend ablenkt.

### Gespräch 3

Dieses Gespräch hat das gewohnte Eröffnungs- und Schlussritual. Herr H lebt nun ausschließlich vegetarisch ("Fleisch zu essen ist nicht besonders gesund, für mich jedenfalls."). Seine Blutwerte sind nicht gut, doch er fühlt sich wohl und ist Gott dankbar für seinen Zustand ("Ich bin Gott dankbar, dass er es mir jetzt so gut gehen lässt."). Er arbeitet nur kurze Zeit an seinem Schreibtisch und ein wenig in seinem Garten.

Er fühlt sich von mir verstanden und ist am Ende des Gesprächs überrascht, dass er mit mir so viel geredet hat. Die Beziehung zwischen uns beiden ist gut, er öffnet sich und spricht über seine Belastungen und Gefühle.

Seine Familie unterstützt und schützt ihn ("Die [Tochter, Anm. GM] ist nicht gekommen, weil ihr Sohn erkältet ist, da wollte sie mich nicht gefährden."). Ihm tun Gottesdienste und seine ehrenamtliche Tätigkeit in der Kirchengemeinde gut. Hier fühlt er sich gebraucht und bekommt Kraft ("Ich bin Gott dankbar für das, was er mir schenkt."). Sein Hausarzt wertet ihn auf, wenn er ihn unterstützt, seine Alternativen weiterhin zu verfolgen.

In diesem Gespräch zeigt Herr H erstmals auch aggressive Gefühle, als er an jemanden erinnert wird, den er in Verbindung mit seiner Entlassung aus dem Pastorendienst bringt. Er

versucht seine Wut zu unterdrücken ("Ich bekomme jedes Mal ein komisches Gefühl...[...]. Das erinnert mich an meine Entlassung."). Diese bedrückt ihn noch immer, obwohl sie fast 20 Jahre zurückliegt. Konzentrierte Entspannungsübungen helfen ihm, mit dieser Belastung umzugehen ("Ich habe damals, als ich entlassen worden bin, Depressionen gehabt. Ich weiß, was ich tun kann. Ich gehe dann auf mein Zimmer, lege mich hin und höre die Musik, die mich entspannt und beruhigt."). Zudem leidet er zusehend unter verminderter Konzentrationsfähigkeit, die er auf den Lupus – Erythematosus zurückführt. Er akzeptiert diese Schwäche und versucht sich innerhalb seiner Grenzen zu bewegen, was ihn psychisch in einem Gleichgewicht hält, so dass es ihm gut geht ("Ich mache es so, wie es mir geht, und dabei geht es mir gut. [...] Ja, und das Leben macht mir im Moment Freude.")

Ich gehe auf seine Gefühle ein und benutze das Bild eines zerbrochenen Bretts für seinen jetzigen Zustand, wodurch er sich verstanden fühlt und sich weiter öffnet. Herr H spricht über seine Verzweiflung und erklärt sein Lymphom mit seiner depressiven psychischen Lage, in die er nach seiner Entlassung und den Autounfällen geriet. Er versucht mit seinen Erklärungen und Aktivitäten, seine Situation zu kontrollieren und sich zu motivieren. Er kämpft, um gesund zu werden, nutzt medizinische Alternativen und sucht neue Möglichkeiten, die ihm helfen könnten. ("Ich tu, was ich kann. Ich will mir nicht vorwerfen, etwas versäumt zu haben. Ich mache, was in meiner Macht steht."). Er sieht Erfolge, was ihn zuversichtlich und optimistisch stimmt. Seine Blutwerte bessern sich, und er fühlt sich gesünder, obwohl er noch geschwächt ist ("Ich habe zwar die Schmerzen am Freitag noch im Rippenbogen und an der Nase gehabt, doch es geht mir besser.").

#### Gespräch 4

Der Rhythmus dieses Gesprächs unterscheidet sich nicht von dem der anderen. Herr H ist inzwischen an einer Pneumonie erkrankt, die er noch ausheilt, deren Herkunft aber seinen Ärzten nicht bekannt ist. Er entlastet sich, indem er ausführlich den Verlauf der Pneumonie schildert und vermutet, dass diese mit dem Lupus Erythematosus zusammenhängt. Er betont, dass es ihm so gut geht, dass er Gartenarbeit machen kann, und ist zuversichtlich, dass sich sein Gesundheitszustand bessert ("Die Kraft ist eben noch nicht da."). Herr H sieht einen Sinn in der Pneumonie, denn seine Leukozytenwerte verschlechterten sich, so dass er eine Chemotherapie, der er skeptisch gegenüber steht, um den Lupus – Erythematosus zu

behandeln, noch nicht durchführen konnte. Stattdessen unterzieht er sich einer weiteren neuen homöopathischen Therapie, von der er hofft, dass sie ihm helfen wird ("Ich bin zuversichtlich, dass es mir helfen wird, da habe ich Hoffnung."). Alternative Medizinen helfen ihm seinen Lupus – Erythematosus zu erklären, den er von seinen Vorfahren vererbt bekommen haben soll, und motivieren ihn, initiativ zu werden und weitere Informationen zu suchen, die ihm heilen könnten, denn seine Ärzte wirken in Bezug auf seine Pneumonie und umgestellte Ernährung hilflos auf ihn. Herr H lebt nun vegan, d.h. gänzlich ohne tierische Produkte, wobei er zu besonderen Anlässen Ausnahmen macht.

Es tut ihm gut, wenn er sich mit einem normalen Therapieverlauf seiner Erkrankung beschäftigt, denn ein Vergleich mit seiner individuellen Entwicklung zeigt ihm, dass er sich schneller erholt, als die Ärzte es vermuteten. Sein Hausarzt stärkt seinen Optimismus und ermutigt ihn, auch weiterhin zusätzliche eigene Wege zu gehen.

Er macht leichte Gartenarbeit, ist stolz, wieder tätig sein zu können, und freut sich über die Unterstützung seines Sohnes und seines Bruders. Sehr schnell spürt er, wenn seine Grenzen erreicht sind, die er achtet und einhält und wobei er sich wohl fühlt ("Ich kenne meine Grenzen und halte sie strikt ein, wenn ich es nicht tun würde, würde ich meine Krankheit verleugnen.").

Er fühlt sich von Gott gedrängt, sich verstärkt um weitere Informationen zu bemühen und diese an andere Menschen weiterzugeben.

## Gespräch 5

Dieses Gespräch findet an einem Spätsommerabend mit dem gewohnten Ritual statt. Herr H ist überrascht, mich zu sehen, obwohl dieser Termin vereinbart war. Er hat gerade einen Plattenweg gelegt, worauf er stolz ist. Das Gespräch wird vom Garten in sein Arbeitszimmer verlegt.

Ich nehme Anteil an seinen Fortschritten, dass er sein gymnastisches Programm steigert, und stelle seinen Kampfgeist und seine Zähigkeit heraus. Ich öffne ihm einen Raum, um über die Erfolge seiner Therapien, die er mit seinem Glauben in Verbindung bringt, sprechen zu können, was er begeistert wahrnimmt und sich selbst von Interviewfragen nicht stoppen lässt. Ich benutze auch diesmal wieder Bilder, die ihm Möglichkeiten bieten, seine in der Vergangenheit erlebten Gefühle in Worte zu fassen.

Herr H baut seinen Kampf gegen den Krebs und die anderen Krankheiten auf seiner Gymnastik, seinem Essen und seinen alternativen Therapien auf, die für ihn auf der Basis seines Glaubens stattfinden. Er fühlt sich wohl, ihm geht es sichtlich gut, darüber hinaus bessern sich seine Blutwerte. Er ist nach wie vor auf der Suche nach weiteren Informationen, die ihm helfen könnten, seine Krankheit zu besiegen. So wird er eine neuartige Vitamintherapie ausprobieren. Er schließt keine Hilfe aus, kombiniert Schul- und Alternativmedizin und ist glücklich, denn er sieht Erfolg und Heilung ("Ich schließe niemanden in meiner Behandlung aus. Ich weiß, welche Bedeutung die Schulmedizin hat. Ich brauche sie. Doch die anderen Möglichkeiten nehme ich wahr und sehe, dass sie mir helfen, dass ich mit allen zusammen meine Krankheit besiegen kann. Der Helicobacter ist nicht mehr nachweisbar, das Lymphom ist soweit verdrängt, und der Lupus – Erythematosus ist inaktiv. Die Ärzte staunen."). Sein Kampf hat sich für ihn gelohnt, und er sieht sich nicht mehr hilflos seinen Erkrankungen ausgeliefert, denn er versucht aktiv mit anderen zusammenzuarbeiten und kontrolliert mit seinen Aktivitäten seine Situation ("Die Ohnmacht ist weg. Die hatte ich anfangs, dann fing ich an zu suchen."). Er will seine Erkenntnisse weitergeben. Dieses Vorhaben lenkt ihn von seinen aktuellen Belastungen ab.

## Gespräch 6

Herr H zeigt am Anfang dieses Gesprächs nicht wie krank er ist, sondern wie gut es ihm geht und zeigt stolz einen Küchenschrank, den er gebaut hat und demonstriert auf diese Weise seine Vitalität.

Er wendet sich von seinen eigenen Belastungen ab und spricht über seinen Enkel, für den er Gesprächstermine mit mir abgesagt hat. Seine gymnastischen Übungen, seine Ernährung, die Alternativmedizin und sein Glaube unterstützen ihn weiterhin. Die Krankheiten und die Autounfälle, die er ausführlich beschreibt, weil sie belasteten, nimmt er schicksalhaft hin ("Ich sollte vielleicht nicht mehr arbeiten."), wobei er nicht kampflös aufgibt, sondern aktiv versucht, seine Situation zu verändern ("Seitdem geht es mir so, und seitdem erkundige ich mich, wo ich was finden kann und sehe, was ich machen kann."). Der Blick in seine Vergangenheit unterstützt ihn in der Gegenwart, denn er hat erlebt, dass er mit Eigeninitiative Belastungen bewältigen kann, und überträgt nun diese Erfahrung in die Gegenwart, was ihn zuversichtlich stimmt. Schließlich betont er am Ende des Gesprächs, dass sein Glaube

ihn unterstützt und ihm Kraft gibt. ("Ich sehe, dass Gott überall wirkt. Der Glaube ist die Grundlage meines Lebens. Durch ihn habe ich die Kraft, die ich brauche, um alles zu schaffen. Gott ist da, da braucht es nicht vieler Worte. Er hat alles gemacht, was ich benutze und für mein Leben in Anspruch nehme. Er ist die Ursache von allem.")

Herr H ist humorvoll, fröhlich und singt im Alltag unvermittelt, worüber er selbst erstaunt ist. Er erklärt sich seine Lebensfreude mit seinem besseren Zustand.

### Gespräch 7

Dieses Gespräch findet über ein halbes Jahr nach dem ersten statt. Herr H stellt heraus, dass es ihm besser geht, forciert seine gymnastischen Übungen und hofft, mir bald sogar einen Muskelzuwachs zeigen zu können ("Ich habe heute den Umfang meiner Oberarme gemessen, wenn du das nächste Mal kommst, dann kann ich die Ergebnisse mitteilen.").

Er macht nun die Vitamintherapie, die in ärztlichen Fachkreisen umstritten ist. Die hochdosierten Vitamine sind seiner Ansicht nach ursächlich dafür verantwortlich, dass sich seine Herzschmerzen und seine Nykturie gebessert haben. Ich frage nach Symptomen und zeige mich an der Therapie interessiert, worauf er ausgiebig seine Probleme beschreibt, die nun behoben sind. Er berichtet von seinem Onkologen, der gegen die Vitamine wettete und ihn beschimpfte. Diese Reaktion auf die Eigeninitiative von Herrn H führt zum Abbruch der Beziehung zu dem Arzt, auf den er wütend ist und diesem seinen Ärger auch deutlich zeigt. Seinen Rheumatologen gegenüber verschweigt er daraufhin die Vitamintherapie, um nicht auch noch diese Beziehung zu gefährden. Alle Blutwerte haben sich gebessert und scheinen beinahe normal bis auf die Leukozytenwerte, weshalb er die Chemotherapie gegen den Lupus – Erythematosus noch nicht bekommt, was ihm recht ist.

Schließlich wendet er sich von dem Thema ab und seinen handwerklichen Tätigkeiten zu, die ihm zeigen, dass er gesund wird, und lenkt so von der Belastung der Krankheit ab.

Neben der gestörten Beziehung zu dem Onkologen belastet ihn das schwierige Verhältnis zu seiner Frau ("Als ich nicht so konnte, hat sie mich eher angetrieben...[...] Sie war der Ansicht, dass ich mich drücken wollte und hat mich gejagt."). Herr H versucht seine Frau davon zu überzeugen, dass ihm seine Anstrengungen helfen, und wünscht sich ihre Unterstützung, wobei er sich ihr zuwendet ("Ich bin beharrlich und nicht hartnäckig, denn ich spreche immer wieder mit ihr, bin aber nicht eindringlich. Ich bleibe bei meinem Standpunkt,

weil ich auch merke, dass es mir gut tut."). Mehr Bestärkung bekommt er von seinen Töchtern, die für seine Alternativmedizinen Verständnis zeigen.

Auch ich zeige mich offen für seinen Weg und begleite ihn. Ich spreche seinen möglichen Tod an, wie er es selbst vor einigen Jahren nach einer Beerdigung mir gegenüber getan hatte. Zu dieser Zeit befand er sich in seiner zweiten Depression, aus der er nur mit Medikamenten herauskam. Sein Glaube konnte ihm da nicht helfen ("Da half auch kein Beten mehr."). Als es ihm besser ging, wurde er wieder aktiv und handlungsfähig, unterstützt durch Gymnastik, Musik und Meditation. Herr H betont, dass ihm seine Aktivitäten und seine handwerklichen Arbeiten prophylaktisch vor Depressionen schützen, ablenken und ihm ein sinnliches Erleben schenken ("Hätte ich diese Arbeit nicht, ich wäre in ein tiefes Loch gefallen. Mit dem Holz zu arbeiten und es zu formen hat mir sehr geholfen, auch bei meinen Depressionen.").

Das übliche Ritual aus Gebet und Obstgeschenk beendet dieses Gespräch.

## Gespräch 8

Diesmal besucht Herr H mich in meiner Wohnung. Ich bin einfühlsam und gebe ihm immer wieder Gelegenheit, sich zu öffnen und zu sprechen, was er gerne wahrnimmt, und gehe auf sein Basaliom ein, das operiert worden ist. Er fühlt sich befreit und ist optimistisch, von diesem Krebs geheilt zu sein ("Es ist alles weg."). Die Belastung des Basalioms zeigt sich in einer dramatischen Beschreibung seiner Therapie und der Befreiung von den Operationsfäden.

Er berichtet auch in diesem Gespräch wieder von seinen Aktivitäten.

Sein Gesundheitszustand hat sich deutlich gebessert und macht ihm Mut ("Ich fühle mich wohl und gesund, und das ist gut."). Er arbeitet mit seinen Ärzten weiterhin zusammen und besucht die Kontrolluntersuchungen. Den Muskelzuwachs, den er im letzten Gespräch ankündigte, kann er leider nicht nachweisen, was er mit den Bestrahlungsfolgen erklärt. Er ist mit seinem körperlichen Zustand zufrieden und macht nach wie vor seine alternativen Therapien, d.h. seine Vitaminbehandlung und eine neue Schmerztherapie gegen den Lupus – Erythematosus. Er ergänzt seine Therapien mit seinem Ernährungsprogramm, das er nun gänzlich auf Rohkost umgestellt hat, was ihm immer wichtiger wird ("Ich fühle mich aber wohler, wenn ich nur Ungekochtes esse.").

Er hat einen gleich gesinnten Rohkostlerkreis gefunden, in dem er sich auch mit gläubigen Menschen austauschen kann. Hier erfährt er Solidarität, findet Unterstützung, fühlt sich verstanden und kann seine Wut aussprechen, wenn er über Erlebnisse berichtet, wo er nicht ernst genommen wurde. Herr H spricht seinen Zorn über die Missachtung seiner Grundsätze in Kliniken auch mir gegenüber aus.

Er kämpft ausschließlich für sich und lässt sich auch nicht für den Rechtskampf des Initiators der Vitamintherapie einspannen, wenn es nicht zu seinem Vorteil sein sollte. Er möchte lieber in Ruhe und Frieden leben und sich nicht auf Gerichtsverfahren einlassen, deren Ausgang er nicht überblickt ("Sollten die den Widerspruch auch ablehnen, dann würde er für mich klagen wollen. Ich weiß aber noch nicht, ob ich das überhaupt will. Eher möchte ich es nicht.").

Ich konfrontiere Herrn H mit seinem möglichen Tod und frage ihn, ob er glaubte, sterben zu müssen. Er wusste, dass er sterben konnte ("Als ich das erste Mal mit dem Lymphom konfrontiert wurde, das ja eine Art Blutkrebs ist, da fragte ich den Arzt, was die Alternative zu der Therapie sei. Der sagte mir: 'Der Tod!' Da hatte ich keine andere Alternative.").

Sein Ziel ist sein Leben, so unterdrückte er alle Gedanken an seinen Tod ("Ich wollte und will leben, da denke ich nicht an den Tod.") und hatte immer die Hoffnung, gesund zu werden. Wenn er zurückblickt, dann sieht er, dass ihm geholfen wurde, und sucht weiter nach Informationen, wie er seine Gesundheit ausbauen kann.

Er wechselt darauf unmittelbar das Thema zur Rohkost und beendet das Gespräch. Diesmal kommt es nicht zu dem sonst üblichen Abschlussritual.

## Gespräch 9

Das neunte und letzte Gespräch findet 14 Monate nach dem ersten bei mir zu Hause statt. Herrn H belastet in erster Linie der Lupus – Erythematosus, die anderen Erkrankungen haben eine untergeordnete Bedeutung.

Er hat neben der Chemotherapie, die er nun bekommt, eine weitere neue homöopathische Therapie begonnen, die den Lupus – Erythematosus bekämpfen soll. Seine gymnastischen Übungen und sein Ernährungsprogramm führt er intensiv fort und ist glücklich über seine Erfolge. Er vergleicht sich mit seiner Frau, die gesund ist, aber nicht über seine Kondi-



tion verfügt. Er zeigt in diesem Gespräch seinen Humor und Zynismus ("Und ich kann wieder ganz gut laufen, meine Frau sagte, dass ich nicht so schnell laufen solle, sie käme nicht nach. Ich habe ihr dann gesagt, dass ich der Kranke sei und sie doch Brot gegessen habe.").

Kontakte zu Menschen und besonders zu Ärzten, die seine Art, seine Erkrankungen zu bekämpfen, nicht würdigen, bricht er ab und vermeidet es, mit ihnen zu sprechen. Er fühlt sich gekränkt, denn er betrachtet seine Heilung als Ergebnis aller Therapien ("Die haben mich beim letzten Mal in der Uni nur komisch angelächelt, als ich ihnen von den Vitaminen erzählte. Dann haben sie mich erinnert, dass ich einen Termin hätte, den habe ich einfach vergessen. [...] ... man soll eine begleitende Therapie nicht machen, ohne dass die Ärzte Bescheid wissen..."). Der Vergleich mit seinen Mitpatienten, die mittlerweile tot sind, stärkt und unterstützt ihn.

Herr H berichtet ausführlich über einen Kongress, den der Begründer der Vitamintherapie abhielt, auf dem er selbst einen Erfahrungsbericht vor über 2000 Menschen abgab und Applaus bekam. Ihm war es wichtig, dass er öffentlich seinen Glauben darstellen konnte als Dank für die Unterstützung, die er von Gott erhielt. Er weiß, dass er ohne diese Hilfe tot wäre ("Ich bin einfach nur dankbar Gott gegenüber. Ohne ihn hätte ich nichts geschafft, wäre ich auch schon tot. Ich danke Gott."). An dieser Stelle verdichten sich seine Gefühle, denn er ist sehr ergriffen. Therapie und Glauben gehören für ihn zusammen. Menschen können von ihm modellhaft lernen, womit er sich aufwertet.

Er will nun seine Erkenntnisse und Erfahrungen an andere weitergeben, macht einen Ernährungsberaterkurs und ist in dem Rohkostkreis engagiert dabei. Er wendet sich nun anderen Menschen mit Freude und Lust zu, um zu helfen.

Herr H machte zwar viele Aktivitäten und Therapien mit, doch dass er lebt und gesund ist, erklärt er sich damit, dass Gott ihm half ("Ich sehe mich als gesund. [...] Ohne Gott wäre ich tot."). Er hat sein Ziel erreicht.

Ich zeige in diesem Gespräch meine eigenen Gefühle, woraufhin er sich öffnet und auch weint. Ich werte ihn immer wieder auf und hebe die für ihn wichtige Hilfe, die er aus seinem Glauben heraus holt, hervor.

Am Ende des Gespräches freut er sich, dass er seiner Frau auch wieder näher kommt. Sie lebt zwar nicht nach seinem Lebensstil, aber sie nimmt ihn an ("...und jetzt merkt es auch meine Frau.").

Ihn belastet noch sein schlechtes Kurzzeitgedächtnis, doch er ist optimistisch, dass es sich mit einer weiteren homöopathischen Therapie bessern wird. Er wirkt gelassen und wartet ab ("Ich werde es sehen.")

### **2.3.3.1 Die Situation als Multimorbider**

Herr H ist zu Beginn der Gespräche schwer krank. Er weiß, dass er ohne Behandlung sterben wird, hofft jedoch gleichzeitig, wieder ganz gesund zu werden. Seine diversen Erkrankungen beginnen schleichend, doch er akzeptiert sie von Anfang an und versucht damit zu leben, wodurch er bei der Diagnoseeröffnung nicht schockiert ist. Zu Beginn fühlt er sich noch machtlos, doch als die Diagnostik und die Therapien beginnen, schwindet seine Hilflosigkeit, denn er spürt, dass er geheilt werden könnte, was ihn veranlasst, selbstständig nach Möglichkeiten zu suchen, die ihm helfen könnten.

Es unterstützt ihn, dass er zu Hause sein und der überwiegende Teil seiner Therapie ambulant durchgeführt werden kann. Der Kontakt zur Natur ist für ihn ungestört, denn hier kann er arbeiten, gestalten, sich ablenken und genießen. Die Natur unterstützt seine Therapien. Er ist nur kurz im Krankenhaus stationär behandelt worden. Zuhause kann er seine Entspannungsübungen, Krankengymnastik, Meditation und Gartenarbeit durchführen. Hier hat er auch die Möglichkeit, sich so zu ernähren, wie er es für richtig hält und verträgt. Von hier aus kann er sich in seiner Kirchengemeinde engagieren, was ihm Kraft gibt, denn dort fühlt er sich gebraucht. In dieser sicheren Umgebung, wo er sich wohl fühlt, kann er mit den Widerständen seines Onkologen und seiner Frau umgehen.

Im Laufe der 14 Monate bessert sich sein Zustand, und er betrachtet sich schließlich als gesund, obwohl sich seine körperliche Verfassung zwischenzeitlich verschlechtert. Eine Pneumonie schwächt ihn, und ein Basaliom am Auge bringt ihm den Krebs, den er bereits besiegt wähnte, wieder nahe. Dennoch ist er stets optimistisch, vollständig geheilt zu werden.

Er versucht aktiv, alle Möglichkeiten wahrzunehmen, um seine Situation zu verändern, Kraft zu bekommen und gesund zu werden. Er macht alle Therapien mit, die sich ihm anbieten, und nimmt zu allen Menschen Kontakt auf, von dem er meint, dass er von ihnen Hilfe bekommen könnte.

Mit dem Verlauf seiner Krankheiten verändert sich sein Lebensstil. Er stellt seine Ernährung von einer Vollwertkost zu veganer Rohkost um und versucht alles zu machen, um sich seine Umgebung so angenehm wie möglich zu gestalten. Dies kann er nur, weil er zu Hause ist und seine Frau ihn toleriert, obwohl sie durchaus nicht immer seiner Ansicht ist.

### **2.3.3.2 Die Beziehungspersonen von Herrn H**

Die Beziehungen von Herrn H sind vielfältig und sehr unterschiedlich. Seine Sozialkontakte bestehen hauptsächlich aus seinen behandelnden Ärzten, seiner Frau, den Kindern und Enkeln, der Kirchengemeinde und seinem Rohkostkreis.

Ärzte sind für ihn zunächst Autoritäten, die ihn durch ihr Wissen heilen sollen. Später stellt er jedoch bei seinem Hausarzt und den Ärzten der Universitätsklinik, in der er behandelt wird, Defizite fest. Sie wirken auf ihn in Bezug auf die Ernährung und Alternativmedizin inkompetent. Wenn sie in ihrer Hilflosigkeit anfangen, sich gegen ihn aufzulehnen, beendet er die Beziehung wie mit dem Onkologen oder vermeidet es, mit ihnen darüber zu reden, wie mit den Rheumatologen. Sprach- und Hilflosigkeit bedrohen Herrn H. Ärzte, die offen für Randmedizin sind, ihre Defizite selbst eingestehen und Schul- und Randmedizin kombinieren, stehen in seiner Achtung, und er vertraut diesen beinahe blind.

Die Kirchengemeinde ist für ihn wichtig, weil sie ihm in Bezug auf seinen Glauben unterstützt und ihn mit Gebeten begleitet. Er wird dort gebraucht und bekommt über seine ehrenamtlichen Tätigkeiten Anerkennung, was ihn aufwertet und stärkt.

Von seiner Frau und seinen Kindern wünscht er sich Unterstützung in seinen Bewältigungsmethoden. Seine Töchter, die beide Krankenschwestern sind, begleiten ihn, klären ihn auf und zeigen Verständnis für seine begleitenden Therapien. Seine Frau, die ebenfalls Krankenschwester ist, steht seiner Bewältigung und seinen neuen Ernährungsgewohnheiten anfangs skeptisch gegenüber, doch schließlich scheint auch sie überzeugt zu sein, denn sie öffnet sich ihrem Mann, und im Laufe der Gespräche verbessert sich ihre Beziehung zu ihm. Er fühlt sich von ihr verstanden und unterstützt, was ihn freudig stimmt.

Im Laufe der 14 Monate entwickeln sich neue wichtige Sozialkontakte. Der Arzt, der die Vitamintherapie initiiert, wird für Herrn H eine bedeutende Persönlichkeit, denn dessen Verfahren bringen ihm deutliche Besserung.

Ich bin für ihn ein wichtiger Gesprächspartner, unterstütze und begleite ihn, bin Sprachhilfe für ihn und gebe ihm Bilder, die er nutzt, um sich und seinen Zustand besser zu verstehen. So helfe ich ihm, über seine Belastungen zu sprechen, und er ist selber ganz erstaunt darüber, dass er so viel über sich selbst erzählt. Mein sicheres Auftreten hilft ihm, sich in meiner Gegenwart wohl zu fühlen. Starke symbolische Bedeutung haben die Rituale für die Beziehung zwischen uns beiden. Die Gespräche, die mit Gebet und dem Gang durch den Garten bzw. durch die Obst- und Gemüsegeschenke beendet werden, unterstreichen unser gutes und vertrautes Verhältnis. Auch ich selbst entwickle mich im Verlauf der Gespräche, stelle immer weniger Fragen und gehe stattdessen vermehrt auf seine Gefühle ein, wodurch er sich immer mehr öffnet.

Eine besondere Beziehung hat Herr H zu seinem Glauben, denn er verbindet mit Gott jemanden, der ihn heilte und ihm Kraft gab, die Therapien durchzustehen. Gleichzeitig hat der Glaube für ihn auch Grenzen, denn als er in seiner Depression steckte, halfen ihm auch keine Gebete mehr, sondern Medikamente.

### **2.3.3.3 Die Bewältigung von Herrn H**

Herr H bewältigt seine Erkrankungen sehr aktiv und versucht, seine Therapien, seine Ernährung, seine Heilung und sein ganzes Leben so gut wie möglich selbst zu gestalten. Sein Bewältigungsverhalten bleibt einerseits ziemlich konstant so wie der Rhythmus und die Rituale der Gespräche, andererseits zeigt er eine große Vielfalt an Copingmechanismen, die ihm zur Verfügung stehen, bzw. die sich bei ihm entwickelten. Sein Lebensstil ändert sich jedoch ständig je nach Art und Schwere seiner Erkrankung bzw. nach Verschlechterung oder Verbesserung seines Gesundheitszustandes.

Ihn unterstützen sein Glaube mit Bibelstudium, seine kleinen und größeren Arbeiten, seine Entspannungsübungen, seine Meditation und seine Ernährung, die er immer wieder nach seinen Bedürfnissen umstellt.

Herr H ist im Verlauf der Gespräche ständig auf der Suche nach neuen Informationen, die zu seiner Heilung beitragen könnten. Er nimmt seine Erkrankungen zwar fatalistisch hin, akzeptiert jedoch nicht, daran sterben zu können, deshalb kämpft er um sein Leben. Mit "*Ora et labora*" ließe sich sein Bewältigungsverhalten am Besten umschreiben. Er versucht

sich Therapieerfolge oder Krankheitszusammenhänge zu erklären, so dass er für sich befriedigende Antworten findet.

Er ist optimistisch, vollständig geheilt zu werden, und er wird tatsächlich wieder gesund. Kleine Therapieerfolge unterstützen ihn und geben seiner Hoffnung Nahrung. Er ist Gott und Menschen, die ihm helfen, dankbar für jede positive Entwicklung. Ihm tut es gut, wenn er von mir gelobt, aufgewertet und bestätigt wird, so findet er Mut und Kraft, sich im Gespräch mit mir zu entlasten, und ist erstaunt, so viel zu sprechen.

Im Verlauf unserer Beziehung entwickelt sich Herr H dahin, dass er sich weniger auf sich und seine Erkrankungen konzentriert und mehr an anderen Menschen interessiert ist, denen er helfen möchte. Ebenso scheint er zu Beginn seine Gefühle zu kontrollieren, während er am Ende der Gespräche auch weint und Gefühle zulässt.

Er weiß, dass sein Leben gefährdet ist und er nur in kleinen Schritten wieder gesund werden kann, deshalb akzeptiert er seine Erkrankungen, die ihm gesundheitlich Grenzen setzen, und er versucht nicht, diese zu überschreiten.

Bilder oder Symbole wie ein zerbrochenes Brett, die Pflaumen, die am Boden liegen, aber noch gut schmecken, oder der mangelnde Platz auf dem Aufklärungsbogen helfen ihm, seine Gefühle auszudrücken, dass sein Leben bedroht ist. Ebenso signalisiert er mit seinem Besuch bei mir, dass es ihm gut geht und er nicht mehr auf meine Besuche bei ihm zu Hause angewiesen ist. Das Zuhause ist für Herrn H ein herausragendes Symbol, das Heilung, Gesundheit, Sicherheit, Geborgenheit, Kraft und Wohlbefinden umschließt.

Bedeutsam für ihn und seine Bewältigung sind seine Umgebung und das Wetter, Sonnenschein und Wärme unterstützen seine Stimmung positiv.

Sein Coping umfasst direkte Aktionen, die sich beispielsweise in seiner Ernährungsumstellung zeigen, diversen krankengymnastischen und meditativen Übungen, seiner Gartenarbeit, seinem Ausagieren von Wut. Im Gegensatz dazu stehen Aktionshemmungen, bei denen er seine Wut über die Missachtung seines Engagements nicht ausagiert, seinen Rheumatologen nichts von seinen alternativen Medizinen berichtet oder dass er zu Beginn seiner Erkrankung, als ihm der Arzt seine Diagnose eröffnete, nicht floh. Seine intrapsychische Bewältigungsmodi sind sehr vielseitig und bewegen sich zwischen Akzeptanz und Fatalismus hin und her und umfassen Relativieren, Kompensation, die eigene Aufwertung und das Unterdrücken an den Tod zu denken bzw. mit diesem konfrontiert zu werden. Er hat das Ziel gesund zu werden und nutzt dazu alle Möglichkeiten, die sich ihm bieten, so wendet er sich besonders seiner Familie und der Kirchengemeinde zu. Seine größte Hilfe im Kampf gegen

seine Erkrankungen sieht er jedoch in seinem Glauben, der ihm aber auch nicht immer hilft und seine Unterstützung während einer Depression versagte.

Bei Herrn H lässt sich ein vielfältiges aktives Coping sehen.

### **2.3.4 Die Gespräche mit Frau M**

Frau M ist 52 Jahre alt, arbeitet als Sekretärin, ist verheiratet und hat eine erwachsene Tochter, die noch die Schule besucht, alleine wohnt und am Theater schauspielert.

Frau M hat Hirnmetastasen, deren Herkunft unbekannt sind. Sie bekam bereits Bestrahlungen und nimmt Medikamente ein. Sie ist in einem reduzierten körperlichen Zustand und kann nur mit Hilfe und großen Anstrengungen gehen. Während der Bestrahlungen verlor sie ihre Haare, und ihr Gesicht ist wegen des Kortisons aufgedunsen (Cushing-Syndrom).

In der Rehabilitationsklinik führe ich mit ihr an vier Nachmittagen Gespräche in ihrem Zimmer. Krankenschwestern haben den Kontakt hergestellt. Sie schildern Frau M als aufgeschlossen und abwartend. Weitere Gespräche nach dem Rehabilitationsaufenthalt kommen nicht mehr zu Stande, da sie nur kurz zu Hause ist, dann in ein Krankenhaus eingeliefert wird und bald darauf stirbt.

#### Gespräch 1

Zu Beginn wirkt Frau M unsicher und wünscht mehr Informationen über mich und mein Anliegen ("Ich habe [...] gesagt, dass ich nicht wisse, ob es Ihnen genüge, was ich Ihnen sage."). Ich stelle mich ausführlich vor, zeige mich an ihrem Schicksal interessiert und spreche immer wieder ihre Gefühle an, so dass sie sich von mir verstanden fühlt. Bilder, die ich benutze, helfen ihr, die Belastungen in Worte zu fassen, wenn ich z.B. von dem "Schlag" spreche, der sie traf, als sie ihre Diagnose erfuhr. Ich drücke ihren Schmerz aus, den sie verspürte, als eine Mitpatientin sie mit Blicken verletzte, und gebe ihr Hoffnung, dass sich ihr Aussehen ändern wird. Ich bin Sprachhilfe für sie, was unsere Beziehung vertieft und sie deutlich entlastet. So kann ich auch ihren Gefühlen Worte geben, dass sie neidisch auf Menschen ist, die gehen können ("Ja, sie haben Recht. Ich bin wirklich neidisch."). Ich spüre ihre Lust am Leben, obwohl sie in einem Tief steckt, wofür ich Worte finde.

Frau M öffnet sich und berichtet über ihre Hirnmetastasen, die bestrahlt worden sind. Sie spürt sie und will, dass der Primärtumor gefunden und behandelt wird. Der Rehabilitationsaufenthalt soll sie im Hinblick auf weitere Behandlungen unterstützen, vorbereiten und stärken ("Ich soll hier und will hier wieder auf die Beine kommen, um dann auf die Suche nach dem eigentlichen Tumor zu gehen, der soll angegangen werden.").

Sie kämpft um ihr Leben, obwohl sie weiß, dass es bald zu Ende gehen wird. ("Ich habe noch Lust zu leben. [...] Ich weiß, dass ich nicht mehr so kann, auch nicht mehr arbeiten. Aber ich will noch etwas leben.").

Es tut ihr gut, mit mir zu reden, denn sie kann sich in dem Gespräch entlasten ("Und ich kann es raus lassen. Ja, das tut gut."). Frau M vermeidet es, über ihre Angst vor einem Schlaganfall zu sprechen. Obwohl sie geschockt war, als sie ihre Diagnose hörte, war sie unverzüglich bereit, mit den Ärzten zusammenzuarbeiten. Sie fühlte sich allein, denn niemand – noch nicht einmal ihr Mann – hatte Worte für sie. Es belastet sie sehr, dass er so sprach- und hilflos und die Beziehung zur Tochter gestört ist. So zieht sie es vor, in der Klinik zu bleiben, als zum Jahreswechsel nach Hause zu gehen. Einerseits distanziert sie sich von Menschen, die sie kränken könnten, andererseits sehnt sie sich nach Menschen, die angesichts ihres Aussehens und ihrer Symptome nicht erstarren. Die Bestrahlungen mit ihren Nebenwirkungen, dem Pilzbefall im Mund, der Geschmacklosigkeit, den Koordinationsstörungen und den Missempfindungen belasten sie sehr. Zuhause fühlt sie sich lebendig begraben und tot vor ihrem Tod. Die Gewissheit, allein zu sein, stürzt sie ins Bodenlose. Erst in der Rehabilitationsklinik findet sie sich im wahrsten Sinne des Wortes "am Boden" wieder, als sie fällt und nach einem Sturz aus eigener Kraft aufstehen kann. Frau M kämpft und wirkt optimistisch. So hat sie wieder Geschmack am Essen und Leben gefunden und betrachtet mit Humor ihre dünnen Beine. Sie hat nun die Kraft, mit den schwierigen familiären Verhältnissen umzugehen, wobei sie es am Ende des Gesprächs unterdrückt, auf ihre Gefühle einzugehen.

Die emotionale Unterstützung, die ihr fehlte, erhielt sie von einigen Freunden aus ihrem Besuchskreis ihrer Kirchengemeinde, für den sie sich verantwortlich fühlt ("Von diesen Leuten habe ich Besuch bekommen und gemerkt, auf wen ich mich verlassen kann.") und dem Klinikpersonal ("Ich habe [...] mich manchmal in die Ecke verkrochen und geweint. Wenn das eine Schwester mitbekam, dann setzte sie sich zu mir, nahm mich in den Arm oder streichelte mir die Hand. Das hat mir gut getan."), was ihr nicht reicht. Sie wünscht sich die Nähe ihres Mannes, der Tochter und ihres Pastors ("Der will nur noch, dass die Leute zu ih-

ren Geburtstagen besucht werden. Dann bekommen die Leute nur noch einmal im Jahr Besuch und zu ihrem Geburtstag ansonsten warten die.").

## Gespräch 2

Der Zustand von Frau M hat sich leicht gebessert. Mit Mühe versucht sie, aktiv ihre Situation zu bekämpfen und lässt sich nicht helfen ("Ich will nur die Hilfe in Anspruch nehmen, die ich brauche."). Sie weiß, dass sie sterben wird und gibt ihr Leben nicht kampflos auf. Ihre Gefühle und ihr Verhalten sind ambivalent. Einerseits lehnt sie Hilfe ab, andererseits sehnt sie sich nach Zuwendung und Unterstützung, die ihr emotional gut tun, wie die Wärmflasche, die ihr gereicht wird, dass ihr der Rücken eingecremt wird, dass sie auf dem Flur von einer Schwester für ihre Gehversuche gelobt wird oder sie Besuch von Freunden erhält. Es motiviert und unterstützt sie, wenn sie als Mensch wahrgenommen wird. Dies hilft ihr, die wenig befriedigende Beziehung zu ihrem Mann und ihrer Tochter zu unterdrücken.

Ich gebe ihr Worte für das, was sie fühlt, hilflos macht und verletzt, und eröffne ihr dabei einen Raum, ihren Ärger und ihre Wünsche auszusprechen und sich entlasten zu können, von mir fühlt sie sich in diesem Gespräch durchweg verstanden.

Sie spricht ihre Belastung aus, dass der Tumor gefunden werden muss, da sie sonst sterben wird, denn die Zeit, die sie noch zu leben hat, ist für sie geschenkte Zeit ("Ich wollte noch etwas leben, dann werde ich nicht mehr lange haben."). Sie hat Angst vor Schmerzen und möchte eher nicht therapiert werden, als zu leiden. Doch ihre behandelnden Ärzte beruhigen sie und versichern ihr, dass sie nicht leiden muss. Die fehlenden Haare und ihr aufgedunsenes Gesicht belasten sie neben den gebrochenen familiären Beziehungen, ihren Wortfindungsstörungen und ihrer Hilflosigkeit als aktiver Mensch, was sie sozial sterben lässt, am meisten. Sie wünscht sich ihr altes Gesicht zurück, denn sie möchte attraktiv erscheinen und arbeitet dafür mit den Ärzten zusammen. Gerade diese Belastung macht aus dem positiven Menschen einen negativen ("Ich bin eigentlich ein positiv eingestellter Mensch..."). Ich spreche ihren Ekel vor sich selbst aus und mache ihr Hoffnung, dass sich ihr Zustand in Bezug auf das Cushing-Syndrom bessern wird. Schließlich gebe ich ihr den Impuls, dass sie eine kluge Frau ist, die weiß, dass sie sterben wird und dass ich, anstatt ihr "die Daumen zu drücken", für sie beten werde, wodurch sie sich unterstützt und gestärkt fühlt.



Frau M wünscht sich eine offenere und warme Kommunikation und ist traurig über die harte und kalte Atmosphäre, als ihr ihre Diagnose mitgeteilt wurde und sie diese ihrer Tochter nicht offen mitteilen konnte. Die Kommunikationsschwierigkeiten mit der Tochter und ihrem Mann machen sie einsam und bereiten ihr Schmerzen ("Ja, das tut mir weh."). Der Krankenhauseelsorger der Klinik, in der sie bestrahlt wurde, gab ihr Wärme und Nähe. Er hatte Bilder für die Beziehung zu ihrer Tochter, die sie stärkten und ihr halfen, diese zu akzeptieren und die Beziehung zu ihr zu klären ("Wir haben auch offen miteinander gesprochen. Ich habe mich entschuldigt. Sie ruft mich jetzt auch immer an. Das tut mir gut. Das hilft mir. Ich habe auch über den Krebs mit ihr gesprochen und sie hört zu und nimmt es an, dass ich Krebs habe."). Diese Gespräche geben ihr Hoffnung, dass sich die Beziehung zu ihrem Mann bessern wird und sie mit ihm über ihre Belastung sprechen kann, denn er vermeidet es, mit seiner Frau über den Krebs zu sprechen und versucht sich mit Aktivitäten abzulenken, wenn er sie besucht und beispielsweise Programme am Fernsehgerät einstellt. Es belastet sie ebenfalls, dass Vater und Tochter nicht harmonieren und sie versucht, sich das Verhalten der beiden zu erklären, wodurch sie sich von ihrer Belastung emotional distanziert. Frau M möchte ihrer Familie, bevor sie stirbt, ihren Lebenssinn hinterlassen ("Ich möchte aber noch leben, um das, was ich erfahren habe, weiterzugeben.").

### Gespräch 3

Dieses Gespräch findet drei Tage später statt. Frau M geht es deutlich besser, worüber ich erfreut und erstaunt bin. Sie ist glücklich, denn ihr bisher arbeitsloser Mann hat unerwartet eine neue Arbeit bekommen, und sie macht gesundheitliche Fortschritte. Sie fühlt sich in den letzten Jahren von Gott getragen und aufgefangen und betrachtet sich von ihm geliebt und besonders beschenkt.

Ich spiegele sie im Laufe des Gesprächs immer wieder und eröffne ihr einen Raum, was sie ermutigt, über ihre Belastung zu sprechen. Die Beziehung zu ihrem Mann ist noch gestört, wohingegen die zu ihrer Tochter sich nach den Gesprächen mit dem Krankenhauseelsorger zum Besseren entwickelte ("Ich kann heute mit ihr sprechen."). Auch hier fühlt sie sich von Gott unterstützt ("Sehen Sie, hier wurde ich auch getragen, da hat mich Gott aufgefangen."). Ich gebe ihr Hoffnung, dass sich auch die Beziehung zu ihrem Mann bessern und er sich mit der neuen Arbeit wieder verstärkt ihr zuwenden wird ("Ich hoffe aber, dass

er jetzt auch eine andere Einstellung bekommt."). Sie distanziert sich von der gestörten Beziehung zu ihrem Mann, wenn sie sein Verhalten erklärt und sachlich umschreibt. Ebenso distanziert sie sich, wenn sie den Konflikt mit dem neuen Pastor ihrer Gemeinde beschreibt. Im Laufe des Gesprächs gebe ich ihren Wünschen und Hoffnungen Worte, ihren Besuchsdienst und Frauenkreis in der Kirche weiter zu erhalten und Vater und Tochter zusammen zu führen.

Frau M analysiert ihren Zustand und ihre Situation. Sie hofft, dass ihr Krebs gefunden und behandelt wird, da sie sonst sterben muss, doch sie will leben. Mehr als der Krebs belastet sie ihr Hirnödem – eine Folge des Krebses, weshalb sie Medikamente nehmen muss, die das Cushing-Syndrom auslösen und ihr die Standfestigkeit nehmen. Ich mache ihr Mut, dass mit weiteren Medikamenten, die sie einnimmt, ihr Gesicht abschwilt. Dieses Kompliment tut ihr gut. Sie ist bereit ihr Schicksal von Gott anzunehmen, auch wenn sie sterben muss ("Es wird schon gut werden, wie es auch ausgeht."). Nur Schmerzen möchte sie nicht ertragen, hat jedoch die Zusicherung ihrer Ärzte, ohne Schmerzen leben und sterben zu können. Am Ende des Gespräches sieht sie einen Hoffnungsschimmer, den ich verstärke, denn ihr Mann wird mit der neuen Arbeit gesprächiger, sie kann wieder schmecken und ihre Feinmotorik kommt zurück. Trotz Hoffnung und besserem physischen und psychischen Befinden schätzt sie sich realistisch ein, dass sie sterben könnte. Ihren guten Zustand unterstreicht sie damit, dass sie mich zum Abschied auf den Flur begleitet und mir nachwinkt. Hier zeigt sich unsere gute zwischenmenschliche Beziehung, die sich in diesem Gespräch vertieft, und sie freut sich schon darauf, wenn ich sie zu Hause besuchen werde.

#### Gespräch 4

Sechs Tage später findet dieses Gespräch statt. Frau M ist mit ihren gesundheitlichen Fortschritten nicht zufrieden ("Es geht noch nicht so, wie ich es möchte."). Als ich sie unbewusst dazu dränge, zu sagen, dass es ihr vielleicht nicht subjektiv aber objektiv doch erheblich besser geht, wechselt sie abrupt das Thema und spricht von ihrem Mann, der wieder Arbeit hat, denn ihr geht es mit ihrer akuten Thrombose nicht gut, was ich allerdings erst später erfahre.

Frau M soll in den nächsten Tagen entlassen werden, dadurch wird sie von ihrem Zustand abgelenkt und muss sich mit ihrer näheren Zukunft zu Hause beschäftigen.

Leider gehe ich am Anfang des Gesprächs nicht auf ihre Gefühle ein, sondern interviewe sie und spreche Themen wie die Pflegeversicherung an, die bereits von einem Sozialarbeiter geklärt wird. Als ich jedoch selbst Gefühle zeige, mich freue oder meinen Schock über die Thrombose ausdrücke, öffnet sie sich. Sie gibt sich Selbstinstruktionen, kämpft und will Besserung herbeizwingen ("Es muss mir besser gehen. Ich will es. [...] Ich lasse mich nicht unterkriegen. Ich habe Hoffnung, denn ich muss ja."). Doch es geht nicht. Ihr Körper versagt seinen Dienst, und sie braucht Hilfe. Dennoch hat sie nach wie vor ihren Humor nicht verloren und entspannt damit die Situation, wenn sie schmunzelnd über ihren schlürfenden Gang spricht.

Sie fühlt sich von Gott getragen, und ihr Glaube und die Aussicht, nach Hause zu kommen, geben ihr Kraft. In dieser Sequenz bin ich einfühlsam und frage danach, ob sie ihren Zustand annehmen kann. Sie klagt nicht über den Krebs oder ihren Tod, sondern über ihr Aussehen und dass sie ihre Attraktivität verloren hat ("Ich will nicht dieses dicke Gesicht da, das sieht nicht aus."). Solange ihr Gesicht so ist, wie es ist, will sie sich mit einer Perücke auch nicht schön machen. Frau M vermeidet es, sich möglichen verletzenden Blicken im Speisesaal auszusetzen, wartet ab und hofft, dass die Medikamente ihr helfen werden.

Dabei helfe ich ihr, indem ich ihr aufzähle, was sich schon alles gebessert hat, dabei bagatellisiere ich die Thrombose und konzentriere mich auf die Fortschritte, die ihr Lebensqualität brachten, was ihr gut tut. Daraufhin spricht sie über die Lebensfreude, die sie hatte, als ihr Mann sie mit dem Rollstuhl hinaus fuhr und sie frische Luft einatmen konnte ("Das Leben wird schöner."). Somit kann ich ihr Kraft geben genauso wie die Freunde, die am Ende des Gesprächs ins Zimmer eintreten und dieses mit ihrem Eintreffen beenden.

#### **2.3.4.1 Die Situation als sterbende Krebskranke**

Frau M nimmt ihre Diagnose wahr. Sie nutzt alle Möglichkeiten, die ihr angeboten werden, um therapiert zu werden und arbeitet mit den Ärzten zusammen. Sie weiß, dass sie nicht mehr lange leben wird und nimmt ihre Lebenszeit als geschenkte Zeit an, denn mit der Therapie und der Suche nach dem Primärtumor hat sie die Chance, noch etwas länger zu leben. Allerdings hat sie Angst vor den Therapiefolgen und Schmerzen, macht jedoch alles, um noch etwas länger mit ihrer Familie zusammen sein zu können.

Frau M befindet sich nach ihren Bestrahlungen, die in einer Klinik ihres Wohnortes durchgeführt wurden, in der Rehabilitationsklinik. Dort soll sie für die weitere Diagnostik und Tumorsuche vorbereitet werden. Sie nimmt zurzeit Medikamente gegen ihr Hirnödem, das als eine Folge der Bestrahlungen und der Hirnmetastasen, die verbrannt und inaktiv sind, entstand. Sie verlor ihre Haare, und ihr Gesicht quoll stark auf, was sie sehr belastet. Sie kann sich selbst nicht im Spiegel anschauen und möchte auch von anderen nicht gesehen werden, denn Blicke verletzen sie. Sie möchte erst wieder an die Öffentlichkeit und in den Speisesaal, wenn sie sich wieder ansehnlich fühlt. Diese Belastung, unansehnlich zu sein, scheint größer als die Thrombose, die sie am Ende der Rehabilitation bekommt, als ihre fehlende Feinmotorik, ihre Gleichgewichts- und Koordinationsstörungen und ihre Gedächtnisschwäche. Die gebrochenen Beziehungen innerhalb ihrer Familie machen sie einsam. Sie fühlt sich von ihrem Mann und der Kirche allein gelassen.

Ihr körperlicher Zustand bessert sich während des Rehabilitationsaufenthaltes ein wenig, obwohl die Thrombose hinzukommt. Am Ende der Rehabilitation kann sie etwas besser gehen, sich mit Kraft und Anstrengung aufrichten und vor allem ist ihr Geschmackssinn wieder zurückgekommen, was auf ihr Befinden eine genauso starke Auswirkung hat wie die neue Arbeit ihres Mannes.

#### **2.3.4.2 Die Beziehungen der Gesprächspartner zu Frau M**

Die Beziehungen zeigen sich unterschiedlich und werden vor allem von ihrer Familie geprägt. Freunde, Klinikpersonal, der Kirchenkreis, der Klinikseelsorger, der Pastor ihrer Heimatgemeinde und ich als Seelsorger beeinflussen sie ebenfalls.

Die Beziehung von Frau M zu mir ist durchweg positiv. Ich verstärke und unterstütze sie, biete ihr Bilder an, nehme sie als Mensch wahr und gebe ihr viel Raum, um sprechen und sich entlasten zu können. In der Rehabilitation bin ich als Seelsorger ein wichtiger Gesprächspartner für sie, da ich ihren Gefühlen Worte verleihe und Sprachhilfe für sie bin. Ich mache ihr Hoffnung, dass sich ihre Beziehungen zum Mann und zur Tochter oder einzelne Symptome bessern können, jedoch gebe ich ihr keine Hoffnung auf Heilung und bringe ihren Tod zur Sprache und ihre ausweglose Situation. In der Klinik, in der sie zuvor behandelt wurde, war ebenfalls der Seelsorger wichtig für sie, denn auch er gab ihr Bilder, die ihr helfen, ihre Beziehung zur Tochter und ihre eigene Situation zu verstehen. So fand sie schließ-

lich Zugang zu ihrer Tochter und die Beziehung zu ihr und auch zu ihrem Mann entwickelt sich positiv, als dieser Arbeit findet. Er öffnet sich dadurch langsam, und gleichzeitig fühlt sie sich besser, denn das Leben beginnt ihr im wahrsten Sinne des Wortes wieder zu schmecken.

Ihr Glaube trägt sie. Frau M fühlt sich von Gott beschenkt und geliebt. Er ist innerhalb ihrer Beziehungen eine fundamentale Konstante, denn er ist da und fängt sie auf, wo Menschen sie verlassen und enttäuschen. Ihre Krankheit nimmt sie als Schicksal hin, durch das sie von Gott getragen wird, wenn ihre Kräfte sie verlassen.

Die Zuwendung ihrer Ärzte ist bedeutsam, denn sie sichern ihr zu, dass sie ohne Schmerzen leben kann, was sie beruhigt.

Frau M will in ihren Beziehungen leben, diese pflegen und erhalten. Sie fühlt sich lebendig begraben, wenn sie einsam ist. Es ist ihr besonders wichtig, ihrem Mann und ihrer Tochter näher zu kommen, denn sie will beiden ihr Vermächtnis hinterlassen und ihnen weitergeben, was sie erlebt hat.

### **2.3.4.3 Die Bewältigung von Frau M**

Die Bewältigung ihres Lebens, ihrer Hirnmetastasen und ihres unbekanntem Primärtumors ist ambivalent und vielfältig. Frau M ist ihrem Leben zugewandt, hat Lust daran und begegnet ihren Belastungen auch mit Humor.

Sie kämpft um ihr Leben. Nachdem sie ihren Schock über die Diagnose hinter sich gelassen hat, will sie leben. Der Tumor soll gefunden werden, damit sie dem unausweichlichen Tod, den sie akzeptiert, noch eine kurze Zeitspanne hinauszögern kann. Sie ist optimistisch, dass der Tumor gefunden wird und nimmt in ihrem Kampf die von den Ärzten, Pflegern, Seelsorgern, Sozialarbeitern und Freunden angebotenen Hilfen an und ist kooperativ. Sie gibt sich ihrem Schicksal hin, klagt es einerseits an und nimmt es andererseits an. Ferner gibt sie sich Selbstinstruktionen, weiter zu kämpfen und versucht ihr Leben zu kontrollieren, wenn sie aus der Klinik heraus ihre Pflege für zu Hause organisiert.

Für ihr Coping sind Menschen wichtig, denen sie sich zuwendet. Sie sehnt sich nach Beziehung und Liebe, will als Mensch wahrgenommen werden und nicht schon vor ihrem Tod sterben. Als sie Silvester zu Hause war und ihr Mann nicht mit ihr sprach, fühlte sie sich lebendig begraben. Sie lebt, wenn sie sich gebraucht fühlt und z.B. für den Kirchbesuchsdienst

engagiert. Gute Worte stärken und unterstützen sie. Besonders hilfreich ist es, dass ihr Mann Arbeit findet, was ihr auch körperlich gut tut. Sie ist in ihrer Bewältigung von Beziehungen abhängig. Den Kontakt zu Menschen, die sie verletzen könnten, meidet Frau M und distanziert sich von ihnen, was als Aktionshemmung anzusehen ist. Nach Menschen, von denen sie das Gefühl hat, dass sie ihr gut gesonnen sind, sehnt sie sich und genießt deren Nähe und Berührungen.

Gespräche tun ihr gut. Angebotene Bilder helfen ihr, ihre Situation zu verstehen und ermöglichen ihr, diese oder ihre Beziehungen zu verändern. Sprechen entlastet sie außerordentlich, wobei sie es zeitweise vermeidet, über Ängste zu reden und sich dadurch Distanz zu ihrer belastenden und letztlich ausweglosen Situation verschafft.

### **2.3.5 Die Gespräche mit Frau St**

Frau St ist 56 Jahre alt, arbeitslos, Sozialhilfeempfängerin und lebt in einer Großstadt. Sie hat einen Sohn, der sie ein einziges Mal in der Rehabilitation besucht, ansonsten hat sie nur sporadisch Kontakt zu ihm.

Sie ist an Brustkrebs erkrankt, hat Metastasen und massiv Aszites. Eine Brust wurde ihr amputiert. Nach der anschließenden Chemotherapie und Bestrahlung kommt sie in die Rehabilitationsklinik und wird anschließend nach Hause entlassen, wo sie von einem ambulanten Pflegedienst und einer ambulanten Hospizgruppe versorgt wird. Wenig später stirbt sie.

In der Rehabilitationsklinik führe ich fünf Gespräche mit ihr, die der Klinikpsychologe vermittelt hat.

#### Gespräch 1

Das erste Gespräch führt der Klinikpsychologe und gestaltet es so offen, dass Frau St die Richtung selbst bestimmen und über ihre Belastung sprechen kann. Er motiviert und ermutigt sie, sich über das, was ihr Freude macht, zu äußern und ausgiebig ihre Vergangenheit und ihr Leben zu betrauern. Ihr tut es gut, dass zwei Männer sie wahrnehmen, ihr zuhören und sich für sie als Mensch interessieren. Zu Beginn des Gesprächs hilft der Psychologe, die Sitzgelegenheiten und damit auch symbolisch ihr gegenwärtiges Leben zu ordnen.

Frau St fühlt sich nicht gut, sie hat Schmerzen und Luftnot. An diesem Tag geht es ihr besonders schlecht, da sie merkt, dass sie mit anderen Patienten nicht mehr Schritt halten kann und sich eingesperrt fühlt, weil sie nur noch an ihr Zimmer gebunden ist. ("So bleibe ich nur im Zimmer und bin wie im Gefängnis."). Sie zieht sich aus der Gemeinschaft zurück und isoliert sich sozial ("Auch sonst mag ich keine Gesellschaft.") Als der Psychologe sie nach Freuden in ihrem Leben fragt, beginnt sie zu weinen, da sie spürt, wie ausweglos es ist und sie immer mehr abnimmt. Sie muss sich Stück für Stück verabschieden, was sich auch symbolisch darin zeigt, dass sie nicht mehr rauchen kann.

Wenn sie sich an Menschen gewöhnt hatte, wurde sie immer wieder herausgerissen, so zieht sie sich generell zurück, da sie nicht mehr enttäuscht werden will. Als Kind wurde sie von dem Bauernhof weggerissen, auf den sie in der Kriegszeit aus ihrer Stadt in Sicherheit gebracht wurde. Dort fühlte sie sich wohl, bis ihre Großmutter kam und sie aus der Geborgenheit heraus holte. Gerade als sie sich bei dieser eingelebt hatte und von ihr Liebe bekam, kam der Vater aus dem Krieg zurück und zerstörte diese Zweisamkeit. Er war einer von den grauen, gesichtslosen heimkehrenden Soldaten ("Da kam ein Zug mit lauter grauen Anzügen, die uns entgegenliefen."), die sie zu überlaufen drohten, und enttäuschte sie. Er unterrichtete sie und war in ihren Augen intelligent, doch ohne Herz, denn sie erfuhr keine Liebe von ihm, sondern das Gegenteil. Was ihr Freude machte, verbot er oder zerstörte ihre Privatsphäre ("Eigentlich wollte ich lieber Tänzerin werden, mein Vater hat darüber gelacht und es abgetan. Ich habe dann Bilder von so Berühmtheiten gesammelt, eingeklebt oder aufgehängt. Im Sportunterricht war ich sehr gut und habe in einer Tanzschule geübt, das hat mir viel Spaß gemacht. Dann bin ich eines Tages nach Hause gekommen, und mein Vater hat alle Bilder entfernt. Der ist in mein Zimmer gegangen, hat alles durchsucht und weggenommen. Er verbot mir auch, weiter zu tanzen."). Menschen benutzten und verletzten sie, und sie war ihnen hilflos ausgeliefert ("Ich bin von Beziehungen zu Menschen immer enttäuscht worden.").

Als sie sich von ihrem Vater löste, begann sie zu leben. Sie distanzierte sich von dem belastenden Kontakt und vermied es, sich weiterhin mit ihm zu konfrontieren. Sie ging in ihrer Freizeit tanzen und arbeitete in einem Buchladen, bis dieser geschlossen wurde. Der Psychologe sieht in diesem Ereignis ein Bild, dass von da an ihr Leben bergab verlief, denn ihr ging es nun immer schlechter.

Frau St ist am Ende. Sie kann nichts mehr leisten, hat nichts mehr, kann nicht mehr rauchen und trinken. Fernsehen lenkt sie ab, und Nähen macht ihr Spaß.

Das Gespräch hat ihr gut getan und sogar geholfen, ihre Beschwerden zu lindern, so dass sie jetzt Kraft hat, in den Garten zu gehen.

## Gespräch 2

Diesmal bin ich mit Frau St allein. Ihr Zustand hat sich verschlechtert, sie hat im Bauch und in der Lunge Wasser und deshalb Luftnot.

Sie kann sich entfalten, da sie genügend Raum bekommt, um ihre Angst auszudrücken. Ich bin Sprachhilfe für sie und thematisiere, dass sie sich fremdbestimmt fühlt. Leider interviewe ich sie verschiedentlich, so dass das Gespräch stockt, dann wiederum spiegele ich sie und gleiche mich ihrem Tempo an. Ich helfe ihr aktiv, als ich für sie ein Formular ausfülle und sie über die Pflegeversicherung, mögliche Hilfen zu Hause und Patiententestamente aufkläre. Diese Informationen tun ihr gut und schaffen Vertrauen zu mir, denn Frau St empfindet mich nun als zuverlässige Stütze. Ich gebe ihr Hoffnung und Energie aufzutanken, wenn ich ihr verspreche, sie bei meinem nächsten Besuch mit einem Rollstuhl in den Wald zu fahren. Sie bekommt von mir Sicherheit, als ich den Impuls des Psychologen, zum Frisör zu gehen, verstärke und ihr damit signalisiere, dass sie sich trotz ihres schlechten Zustands und des drohenden Todes attraktiv machen und schön fühlen soll.

Es geht ihr sehr schlecht, und sie hat große Angst, denn ihr Zustand hat sich in der Rehabilitation nicht verbessert. Sie schildert, wie sich ihre Erkrankung entwickelte, dass ihre Vorahnung, Krebs zu haben, bestätigt wurde, obwohl sie es nicht wahrhaben wollte, und es unterdrückte, zum Arzt zu gehen. Während sie noch schockiert war, begann die Therapie, der sie sich bis heute fügte.

Frau St erkennt, dass sie stirbt und nimmt ihren baldigen Tod an, aber sie will nicht leiden oder fremdbestimmt sein, wenn sie eventuell intensiv betreut werden muss, stattdessen möchte sie eher aktiv ihr Leben verkürzt bekommen ("Ich wollte doch noch leben. Ich weiß, dass ich sterben werde [...]. Angst vor dem toten Zustand habe ich nicht, das ist mir egal, was mit mir geschieht. Ich kann aber nicht sehen, wie Menschen an den Schläuchen hängen, wie sie mit ihnen alles machen. Ich habe da eine Tiersendung gesehen, da konnte der Katze nicht geholfen werden, die hat eine Spritze ins Bein bekommen und ist dann ganz friedlich eingeschlafen, ohne dass sie gequält wurde."). Mein Impuls, zu Hause und selbstbestimmt sterben zu können, stärkt sie und gibt ihr neue Informationen, so dass sie ihre Situation



überdenkt und erkennt, selbst im Krankenhaus über sich bestimmen zu können ("Dann kann ich also über mich bestimmen, was mit mir gemacht wird?").

Es hilft ihr, wenn andere Menschen für sie entscheiden. So unterstütze ich sie, als ich für sie das Formular ausfülle und sie darüber aufkläre. Sie vertraut mir und spricht über ihre Angst vor dem Streukrebs und ihre Hoffnungslosigkeit. Sie hat genügend Raum, um ihr Lebensende und ihr Schicksal zu beklagen und ihre Liebe zur Natur ausdrücken. Es tut ihr gut, dass ich mit ihr in den Wald fahren will. Aber sie ist unsicher, ob sie sich frisieren lassen soll, wie es der Psychologe vorschlug, doch ich gebe ihr Sicherheit, indem ich den Vorschlag unterstütze. Danach verspürt sie eine deutliche Schmerzlinderung.

### Gespräch 3

Frau Sts Zustand hat sich wieder verschlechtert. Mein Kompliment über ihr Aussehen hilft ihr nicht. Sie wird eher unterstützt, wenn ich ihr Raum gebe zu klagen, sie spiegele, ihrer Hoffnung, Wut und Angst Worte gebe, ihre Belastung zulasse und ihre Gefühle aushalte, auch wenn sie Gott anklagt. Es stärkt sie, wenn ich sie in den Wald fahre, wo sie sich wohl fühlt, und sie nicht interpretiere, sondern akzeptiere.

Frau St kann nicht mehr gehen und ist auf den Rollstuhl angewiesen, um sich außerhalb ihres Zimmers bewegen zu können. Sie hat keinen Appetit, verträgt den geliebten Kaffee nicht mehr und spürt im Bauch ihre Metastasen. Sie hat keine Hoffnung mehr auf Besserung und lediglich den Wunsch, noch etwas länger zu leben ("Aber ein bisschen würde ich gerne noch leben."). Ihre nähere Zukunft, wie sie nach Hause kommen soll, ist für sie eine unübersehbare Belastung, doch der Psychologe, der Sozialarbeiter der Klinik und ich als Seelsorger sichern ihr unsere Hilfe zu, was sie spürbar entlastet. Die Spazierfahrt mit dem Rollstuhl im Wald lenkt sie ab, so kann sie sich von ihren akuten Problemen distanzieren, um die Situation auf neue Art und Weise zu bewerten. In der Natur atmet sie auf und genießt die Ruhe und Stille gemeinsam mit Menschen, die einfach nur da sind ("Ja, der muss nicht viel reden, einfach nur da sein, neben mir sitzen. Das muss auch nicht so tief gehend sein, das kann über ganz Banales sein."). Ihre bisher größte Ablenkungsquelle, der Fernseher, befriedigt sie nicht mehr, da sie mit dem Programm unzufrieden ist. Sie möchte nicht allein sein und lehnt sich gegen Männer auf, die sie verließen und ausnutzten. Dabei öffne ich ihr einen Raum, in dem sie ihre Wut und ihren Hass gegen den Vater aussprechen kann, was sie ent-

lastet ("Ja, mein Vater, dieses Schwein, dieser Scheißer, hat meine Mutter ins KZ gebracht, weil er erfuhr, dass sie an der polnischen Grenze vielleicht von einem Polen ein Kind bekommen hatte [...]").

Frau St wünscht sich einen intensiveren Kontakt zu ihrem Sohn und klagt sich selbst an. Sie resigniert und fühlt, dass er ihr nicht vergeben hat, keine gute Mutter gewesen zu sein, dabei sehnt sie sich nach einer Beziehung, in der sie geliebt wird ("Ich habe nie einen engen Kontakt zu Menschen gehabt, es hat leider nie geklappt, und jetzt bin ich alleine und falle den Menschen zur Last.").

Sie sucht nach Erklärungen für ihren Krebs und glaubt eine in ihrem fehlenden Glauben an Gott zu finden. Sie erhofft sich Hilfe von mir, und ich sage ihr zu, dass Gott sie dennoch liebt, was ihr gut tut.

Sie hat Angst, fremdbestimmt und mit Schmerzen zu sterben, weshalb sie an Selbstmord denkt. Doch ich versichere ihr, dass für sie bereits Hilfe aus der Rehabilitationsklinik heraus organisiert ist, die ihr ein lebenswertes Leben bis zum Sterben ermöglichen will, und sie Kraft von Menschen und der Natur bekommen wird.

Am Ende des Gesprächs geht es ihr so gut, dass sie ein sogar paar Schritte gehen kann.

#### Gespräch 4

In diesem Gespräch geht es Frau St schlechter. Sie braucht Raum, um zu klagen, den ich ihr auch gebe. Ich gehe auf ihre Bilder und Symbole ein, spiegele ihre Gefühle, unterstütze und motiviere sie, sich selbst zu vergeben. Sie fühlt sich von mir verstanden und öffnet sich, um ihre Belastung auszusprechen. Ich gebe ihr Informationen, die ihr die Sicherheit geben, nach Hause zu kommen und gut versorgt zu werden. Dort will sie auch sterben, worin ich sie bestärke und mich als wahrhaftiger Begleiter erweise, der ihr keine Antworten auf Fragen gibt, die nicht zu beantworten sind, so wie auf ihre Warumfrage. Leider weiche ich ihr aus, als sie über ihre Beziehungen zu Männern spricht. Hingegen zeige ich mich als zuverlässig, da ich ihr meine Hilfe beim Packen anbiete und ihre Bedürfnisse stille, indem ich ihr zu trinken gebe.

Frau St beschreibt, wie ihre Aszites zunimmt, sich die Metastasen ausbreiten, und ihr keine Hoffnung mehr auf Heilung gemacht wird ("Die Ärzte haben mir keine Hoffnung gemacht. Überall im Bauch ist die Krankheit."), wobei sie selbst auch keine Hoffnung mehr

hat und sich in ihren baldigen Tod fügt. Sie sucht nach Erklärungen für ihren Krebs und findet sie im Amalgam, das sie bei ihrer Zahnsanierung schluckte. Sie leidet und wünscht sich, geliebt zu werden ("Seneca hat einmal gesagt: Wer viel leidet, den lieben die Götter sehr, die anderen sind ihnen egal. So ähnlich hat er es wohl gesagt."). Ich versichere ihr, dass sie geliebt wird, was sie kaum glauben kann ("Ach, das wäre schön.").

Von einer Krankenschwester fühlt sie sich bedrängt, sich auf den Tod vorzubereiten, von mir jedoch nicht. Bei mir spricht sie über ihre Abschiede von ihren Büchern und Schallplatten und bereitet gedanklich ihr Testament vor. Ihr Sohn scheint der einzige Mensch zu sein, von dem sie sich verabschiedet, denn sie hat sonst keine weiteren Beziehungen mehr. Ihm gegenüber hat sie ein schlechtes Gewissen, weil sie ihn als Kind vernachlässigte.

Es tut ihr gut, wenn Menschen wie dessen Freundin Anteil an ihrem Schicksal nehmen, denn dann fühlt sie sich geliebt. Von ihrem Vater wurde sie nie geliebt, ihm kann sie nicht verzeihen. Sie erfuhr nur von der Großmutter Zuneigung, die sie sich sehnlichst auch von ihrer Mutter wünschte. Sie hatte in ihrem Leben permanent die Urangst, verlassen zu werden, weshalb sie nie Beziehungen aufbauen konnte und es bis jetzt vermeidet, sich Menschen zu nähern ("Die Einzige, die mich lieb hatte, war meine Großmutter, doch das war nicht meine Mutter. Ich hab nie so richtig zu jemandem eine Beziehung aufbauen können. Ich hatte immer Angst, der verlässt mich. [...] Ich war immer misstrauisch. Ich hab dann von mir aus die Beziehungen abgebrochen, ehe die sie abgebrochen hätten."). Mit zunehmendem Verlauf des Gesprächs möchte sie ihren Sohn um Verzeihung bitten, dass sie ihm keine gute Mutter war ("Ich werde mit ihm sprechen.").

Sie wünscht sich, zu Hause in Ruhe, still und leise, wie sie gelebt hat, zu sterben. Gleichzeitig sucht sie nach ihrem Sinn im Leben. Leider werden wir gestört, denn gerade als sie darüber sprechen will, kommt eine Krankenschwester.

## Gespräch 5

Zu Beginn dieses Gesprächs, das von ihrer Abreise am nächsten Tag geprägt ist, geht es Frau St gar nicht gut. Ich zeige mich als verlässlicher Begleiter, denn ich habe mein Wort gehalten und bin zu ihr gekommen, um ihr beim Packen zu helfen und mich von ihr zu verabschieden. Ich bin Sprachhilfe für sie und drücke ihre Frustration und Enttäuschung über den Rehabilitationsaufenthalt aus, denn ihre Hoffnung auf Heilung oder doch zumindest auf

Besserung bzw. Linderung wurde nicht erfüllt, stattdessen wurde ihr in den letzten Wochen ihr baldiger Tod, über den sie nicht direkt sprechen möchte, zur Gewissheit ("Je mehr ich abgenommen habe, umso mehr hab ich gespürt, dass es unausweichlich ist. [...] Ich wollte doch noch etwas leben...").

Sie ist stolz, nicht mehr zu rauchen, doch sie spürt, dass es zu spät ist ("Das Leben ist vorbei."). Es tut ihr gut, wenn ich sie darin bestärke, dass sie noch mehr kann, als das Rauchen zu überwinden. Zeitweise falle ich leider in den Interviewstil, doch am Ende des Gesprächs bin ich ihr emotional wieder nahe, versichere ihr, dass sie zu Hause sterben kann, und gebe ihr Gottes Segen, an den sie hofft glauben zu können.

Der Kontakt zur Natur tut ihr gut und hilft ihr, aufzuatmen und sich nicht am Boden zu fühlen. Ebenso halfen ihr die Gespräche mit dem Psychologen, dem Sozialarbeiter und mir, um sich abzulenken, ihre Situation einzuordnen und zu verstehen ("Sie haben mir mit den Gesprächen sehr geholfen. Ich habe meine Situation besser verstanden, habe manchmal einfach abschalten können.").

Am Ende des Gesprächs versucht sie zu begreifen, dass es Menschen gibt, die sie wahrnehmen und lieben und Beziehungen sie nicht quälen, sondern ihr helfen und Gutes geben wollen. So freut sie sich auf ihren Sohn, der sie beerben wird.

Für sie ist es nicht mehr von Bedeutung, gesund zu werden. Sie weiß, dass sie stirbt. Wichtig ist für Frau St nur noch, dass sie zu Hause ruhig, ohne Schmerzen und mit dem Kontakt zur Natur, den sie über ihr Wohnungsfenster hat, sterben kann ("Ich möchte nur in meiner Wohnung sterben.").

### **2.3.5.1 Die Situation als krebskranke und sterbende Frau**

Frau St bewältigt ihre Erkrankung in einer Klinik, in der sie therapiert wird, in der Rehabilitationsklinik und zu Hause.

Sie kam in die Rehabilitationsklinik mit der Hoffnung, gesund zu werden. Diese wird ihr jedoch genommen, denn sie ist unheilbar krank, obwohl sie gerne lebt. Im Laufe der Gespräche wird ihr zunehmend bewusster, dass sie sterben wird, denn ihr gesundheitlicher Zustand verschlechtert sich zusehend, so dass sie schließlich akzeptiert zu sterben. Punktionen, die sie von dem Wasser im Bauch und in der Lunge entlasten sollen, können letztendlich nicht mehr durchgeführt werden, weil sie durch die Eingriffe zusätzlich geschwächt wird.

Sie fügt sich dem Krebs und ihren Therapien und beginnt sich zu verabschieden und über ihr Testament nachzudenken. Sie weiß nun, dass sie unheilbaren Krebs hat, der unweigerlich zum Tod führt.

Die Gespräche ähneln sich. Am Anfang stellt sie ihren schlechten Zustand dar, und am Ende erklärt sie, dass es ihr nunmehr wesentlich besser geht. Das Gespräch an sich verändert ihre Situation, sie fühlt sich besser, als Mensch wahrgenommen und abgelenkt.

Sie akzeptiert ihren Krebs und ihren Tod als Schicksal, gegen das sie nichts unternehmen kann, wirkt hilflos und wünscht sich, in Ruhe zu Hause sterben zu können und nicht fremdbestimmt zu sein. Die Impulse und die Aufklärung, die sie von mir erhält, helfen ihr, über ihre Situation nachzudenken und sich auf zu Hause zu freuen, denn dort wird sie von verlässlichen Menschen (Pflegedienst und Hospizgruppe) versorgt werden.

### **2.3.5.2 Die Beziehungen der Gesprächspartner zu Frau St**

Frau St wurde von vielen Menschen beeinflusst. Zunächst hat ihr Vater einen großen Einfluss, ihn hasst sie, da er ihr die vertraute Beziehung zur Großmutter, von der sie Liebe erfuhr, und ihre Privatsphäre zerstörte und ihr alles nahm, was ihr Freude bereitete. Sie konnte erst aufleben, als sie sich von ihm trennte. Die Großmutter war die Einzige, die ihr wirklich Liebe schenkte, sie riss sie aber aus dem unbeschwerten Leben auf dem Bauernhof heraus, was die innige Beziehung zwischen beiden relativiert. Die Mutter distanzierte sich zu Frau St, von ihr wünschte sie sich Liebe, die sie aber nicht erhielt. Der Sohn verzeiht ihr nicht, dass sie sich nicht genügend um ihn kümmerte. Ihm versucht sie sich zu nähern, und über seine Freundin findet sie in der Gegenwart Nähe und Mitgefühl, was ihr gut tut. Von ihren männlichen Freunden wird sie ausgenutzt. Von anderen Menschen erhofft und ersehnt sie Hilfe, um ihr Leben zu ordnen.

Frau St wünscht sich verlässliche Beziehungen, in denen sie geliebt und geführt wird. Doch Menschen, die ihr nahe stehen sollten, enttäuschen sie. Dies führt schließlich dazu, dass sie sich zurückzieht, weil sie sich in kein soziales Netz fallen lassen kann. Beziehungen verletzen sie und schüren ihre Urangst, von Vater und Mutter verlassen zu werden.

Erst in der Rehabilitation findet sie Menschen (Sozialarbeiter, Psychologe, Seelsorger), die sie ernst und wahrnehmen. Durch die Gespräche versteht sie sich und beginnt ihr Leben zu ordnen, sich davon zu verabschieden und zu ihrem Sohn einen engeren Kontakt aufzu-

bauen. Diese stärken und unterstützen sie, geben ihr Linderung und helfen ihr, sich auf ihren Tod vorzubereiten.

### **2.3.5.3 Die Bewältigung von Frau St**

Am Ende der Gespräche akzeptiert sie ihren Krebs und ihren baldigen Tod, obwohl sie gerne noch weiter leben will. Sie fügt sich ihrem Schicksal, den Therapien und den Menschen, die sie behandeln. Sie hatte zwar eine Vorahnung, Krebs zu haben, vermied es jedoch, zu einem Arzt zu gehen, doch als sie die Diagnose hörte, war sie schockiert und gab sich passiv den behandelnden Ärzten hin. Sie klagt zwar, wehrt sich aber nicht gegen die Behandlungen oder den Krebs. Am Anfang sieht sie für sich noch keinen Ausweg und sehnt sich nach Selbstmord, wenn sie damit rechnen müsste, zu leiden oder fremdbestimmt zu sterben.

Frau St zieht sich sozial zurück und isoliert sich, weil sie nicht weiter enttäuscht werden will. Sie meidet Kontakte zu anderen Menschen, aus denen eventuelle Freundschaften werden könnten. In der Vergangenheit brach sie immer wieder Beziehungen aus Angst vor Enttäuschungen ab, obwohl sie sich nach Liebe sehnt, die sie von der Freundin ihres Sohnes oder durch das Personal der Klinik erhält. Trotzdem wendet sie sich den Helfern in der Klinik zu, in der Hoffnung doch Hilfe zu bekommen. Ferner nutzt sie gerade diese Kontakte, um zu klagen und Informationen zu ihrer Erkrankung zu bekommen, was ihr hilft ihre Situation zu verstehen.

Frau St hat sich ihren eigenen religiösen Horizont geschaffen, der aus Kommen und Vergehen besteht und sich einem schicksalhaften Ablauf unterwirft. Es fällt ihr schwer, sich von einem persönlichen, liebenden Gott segnen zu lassen, doch sie hofft, an diesen zu glauben. Er war für sie bisher eher ein strafender Gott, weil sie nicht an ihn glauben konnte.

Sie vermeidet es, ihren Tod auszusprechen, und schafft sich so Distanz zu der Bedrohung. Am Ende der Gespräche spricht sie zwar noch immer nicht direkt über ihren Tod, doch sie wünscht sich zu Hause, selbstbestimmt und ohne Schmerzen als geliebter Mensch einzuschlafen. Sie braucht Zeit, um sich an die ausweglose Situation gedanklich heranzutasten. Die Gespräche, meine Sprachhilfe, die von mir angebotenen Bilder und ihre neu gewonnene Religiosität helfen ihr dabei, sich über sich selbst klar zu werden, sich auf ihren Tod vorzubereiten und ihr Leben zu ordnen. So distanziert sie sich von ihrer Bedrohung, um selbst Wünsche äußern zu können, wie sie zu Hause zu sterben wünscht, wo sie sich gebor-

gen fühlt, den unbeschwerten Kontakt zur Natur durch ihr Wohnungsfenster aus der Distanz erleben kann und hofft, geliebt zu werden. Es gehört zu ihrer Bewältigung, dass sie sich von Bedrohungen distanziert, denn Distanz schenkt ihr Sicherheit, was in der Beziehung zum Vater deutlich wurde.

Am Ende hat sie die Kraft gefunden, den eigenen Weg zu finden und auch zu gehen.

### **2.3.6 Die Gespräche mit Frau D**

Frau D ist 61 Jahre alt, geschieden und allein stehend. Bis zu ihrer Pension arbeitete sie als Technikerin.

Sie ist an einem kleinzelligen Bronchialkarzinom erkrankt. Drei Jahre zuvor wurde eine Krebserkrankung an ihrer Speiseröhre erfolgreich therapiert. Ich führe mit ihr acht Gespräche in einem Zeitraum von ca. sechs Monaten. Die ersten fünf finden in der Rehabilitationsklinik statt, die übrigen drei in einem Pflegeheim, das ca. 120 km von meinem Wohnort entfernt liegt. Bei den Gesprächen sind zeitweilig ihre Schwester und eine Freundin anwesend.

Frau D ist eine große (1,80 m) und kachektisch (51 kg) wirkende Frau. Sie bekommt zunächst Chemotherapie, später werden palliativ nur noch Symptome behandelt. Nach dem letzten Gespräch verschlechtert sich ihr Zustand, und sie stirbt.

#### Gespräch 1

Wir kommen schnell ins Gespräch und bauen eine vertrauensvolle Beziehung auf, nachdem ich mich vorgestellt und Frau D ihren Ärger über meine Verspätung ausgesprochen hat. Ich fange ihn auf, nehme ihn wahr und ernst und lasse ihr dabei Raum, sich zu entfalten. Sie spricht über ihren einst erfolgreich behandelten Speicheldrüsenkrebs und ihre Hoffnung, keinen Krebs mehr zu bekommen. Sie kämpft aktiv um ihr Leben, ist initiativ und arbeitet mit den Ärzten zusammen. Alle Angebote, die ihr hilfreich erscheinen, nimmt sie an ("Ich bin nicht der Typ, der nur jammert und sich hängen lässt. Dazu bin ich nicht der Typ. Ich sehe, was ich kann und probiere."), dabei sorgt sie selbst für sich. Sie will die Therapie durchhalten, motiviert sich und kämpft mit aller Kraft ("Jetzt muss ich sehen, dass ich die Therapie durchhalte.").

Mit der beginnenden Luftnot kommt ihre Angst. Ihre Zukunft ist ungewiss. Sie weiß, dass sie auf Hilfe angewiesen ist, und analysiert im Gespräch immer wieder ihre Situation. Ihr ist bewusst, dass sie nicht geheilt werden kann, und sie drückt damit indirekt aus, dass sie an dem Krebs sterben wird ("Ich weiß, dass der Krebs nicht ganz verschwinden wird, dass ich nicht geheilt werden kann, aber ich will, dass er so klein gehalten wird, dass ich eine Weile damit leben kann."). Sie nimmt ihn fatalistisch hin und macht niemanden, auch nicht Gott dafür verantwortlich, ohne sich aufzugeben ("Ich bin für mein Leben verantwortlich. So ein Krebs kommt."). Mit ihrem rationalen Verständnis als Technikerin setzt sie sich nicht ihren Gefühlen aus, doch ihr Kampf zu leben, lässt ihre Belastung sichtbar werden. Sie braucht für ihr Leben Sicherheit, die sie in der Rehabilitationsklinik hat, weshalb sie dort bleiben will. Ein längerer Aufenthalt ist aber unsicher. Frau D lehnt es hingegen zurzeit ab, in ein Pflegeheim zu gehen.

In einer anderen Klinik erlebte sie die Unsicherheit der Ärzte, als ihr Krebs festgestellt wurde, da verschlechterte sich ihr Zustand ("Mir ging es danach sehr schlecht.") und sie musste mit ihrem Schock allein umgehen.

Frau D wird von ihrer Belastung abgelenkt, wenn sie Besuch bekommt. Dieser und ihr Fernseher sind ihre Verbindung zur Außenwelt und helfen ihr, sozial nicht isoliert zu sein. Die Beziehung zu ihrer Mutter und die wieder hergestellte Verbindung zu ihrer Schwester sind ihr sehr wichtig. ("Meine Schwester hat sich nach 20 Jahren wieder bei mir gemeldet, so dass wir wieder Kontakt haben.")

Sie spricht in Bildern, die ihr helfen, ihre Situation in Worte zu fassen ("Wenn ich Ihnen von mir erzähle, haben Sie ein weites Feld vor sich liegen."). Sie hat soviel gespart, dass es zwar nicht für Jahre reicht, wohl aber, um in der Rehabilitationsklinik zu bleiben. Von Geld und Leben spricht sie in einem Zusammenhang ("Ich habe mein ganzes Leben gearbeitet, und jetzt möchte ich etwas von dem haben, was ich mir erarbeitet habe. Ich habe etwas gespart.").

Frau D klärt auch die Beziehung zu mir als Pastor. Sie ist der Kirche gegenüber zwar aufgeschlossen, möchte jedoch nicht bedrängt werden, wie es gläubige Freunde bei ihr versuchen. Sie wünscht Gespräche mit mir, jedoch keine Beeinflussung ihres Glaubens ("Sehen Sie, es muss sich im Leben zeigen, wie jemand glaubt. Ich habe meinen Glauben!"). Der Glaube ist für sie durchaus wichtig, doch sie möchte nicht darüber sprechen.

Leider gehe ich nicht immer auf ihre Gefühle ein, was das Gespräch gefährdet, denn sie ignoriert meine sachlichen Fragen und Anmerkungen und macht mir deutlich, dass sie die



Sachprobleme selbst lösen kann oder wendet das Thema von sich auf mich. Es gelingt mir jedoch darauf, dieses wieder auf sie selbst zurück zu lenken und ihr Räume für ihre Belastungen zu öffnen, so dass sie sich am Ende darauf freut, mich wieder zu sehen.

## Gespräch 2

Dieses kurze Gespräch und die Situation werden von einem Konflikt mit einer Krankenschwester überschattet. Ebenfalls belastet es Frau D, nicht in der Rehabilitationsklinik bleiben zu können, obwohl sich der Chefarzt sehr um sie bemüht.

Das Gespräch selbst ist von den Folgen der Chemotherapie geprägt, die sie wenige Tage nach unserem letzten Treffen erhielt. Ihr ist übel, und es geht ihr allgemein nicht gut. Ich bin Sprachhilfe für sie, dass die Chemotherapie ihren Zustand verschlechterte und sie psychisch belastet. Sie wünscht sich einerseits, Ruhe zu haben, andererseits, dass ich wiederkomme.

Die Ablehnung ihrerseits, dieses Gespräch mit mir zu führen, liegt m.E. in erster Linie an ihrem schlechten physischen und psychischen Zustand und weniger daran, dass im ersten einige Passagen nicht empathisch verliefen, was aber unbewusst nicht ausgeschlossen werden kann.

## Gespräch 3

Diesmal geht es Frau D deutlich besser. Sie wirkt glücklich und optimistisch und vergleicht sich mit ihrer schlechten Verfassung beim letzten Mal ("Mir war übel, und ich wollte nur meine Ruhe. Heute geht es mir besser."). Sie freut sich über kleine Fortschritte, z.B. dass sie nun besser essen kann, was sie motiviert. Ich unterstütze sie, was ihr gut tut, und gebe ihr Raum, um ihre Situation in Worte fassen zu können. Die Beziehung zwischen uns beiden ist so gut, dass sie mich mit meiner Familie zu sich nach Hause einlädt.

Sie äußert sich ambivalent: einerseits freut sie sich, wieder eine Beziehung zu ihrer Schwester zu haben, andererseits ist sie ihren Verwandten gegenüber misstrauisch und vermeidet den Kontakt gerade zu ihrem Bruder. Als sie sich scheiden ließ, machte sie die Erfahrung, dass sich ihre Familie gegen sie stellte, deswegen traut sie jetzt der Zuneigung ihrer

Schwester nicht. Sie sucht Abstand zu dem, was sie belastet. Es hilft ihr, ihre widersprüchlichen Gefühle gegenüber der Schwester auszudrücken, als ich sie spiegele und ihren Kampf gegen den Krebs und ihren baldigen Tod thematisiere. Dies unterstützt sie, darüber zu sprechen, wie sie ihre Belastung bewältigt. Sie nimmt den Krebs an und kämpft, obwohl sie ihm nicht entweichen kann, und distanziert sich mit Humor von der Bedrohung ("Ja, aber ich tue, was ich kann, und was mir angeboten wird, das habe ich immer gemacht. Es hilft doch nichts, wenn ich hier rumliege und heule. Ich bin ein humorvoller Mensch und lache auch gerne."). Mit Puzzeln lenkt sie sich ab.

Frau D erzählt differenziert und ausführlich von der Diagnostik des Bronchialkarzinoms. Sie fühlte sich von ihrem Hausarzt, der ihr nicht half, nicht ernst genommen und ergriff die Initiative, als sie sich selbst in ein Krankenhaus einlieferte, worauf der aktuelle Krebs festgestellt wurde. In diesem Gespräch hat sie ihre Eigeninitiative wieder gefunden, denn sie will bzw. kann nicht in der Rehabilitationsklinik bleiben, sondern wird nach dem Aufenthalt dort in ein Pflegeheim übersiedeln, in dem sie hofft, nur kurze Zeit zu bleiben, um dann in ihrem Haus, in dem sie sich wohl fühlt, gepflegt zu werden. Hier zeigt sich eine Entwicklung zu den vorigen Gesprächen. Sie wartet nicht mehr nur auf den Tod in der Rehabilitationsklinik, sondern will ihr verbleibendes Leben gestalten. Der aktive Umgang mit ihren Verwandten spiegelt sich hier wider.

#### Gespräch 4

Frau Ds Verfassung hat sich verbessert. Ihr Gewichtsverlust ist gestoppt, und sie hat Kraft und Lust, zu essen und mit Hilfe zu gehen. Sie instruiert sich selbst und spornt sich an zu kämpfen, um ihre Situation zu beeinflussen ("Ich muss da eben durch, ob ich will oder nicht, wenn nicht, dann weiß ich, dass es zu Ende geht."). Sie verändert ihre Lage, wo immer es ihr möglich ist. So wechselt sie ihren Hausarzt, der den Krebs nicht erkannte, und will mit einer neuen Fachärztin zusammenarbeiten. Sie plant ihre Zukunft, wenn sie nach ihrem Heimaufenthalt wieder zu Hause sein will und versucht, Haltung zu bewahren ("Ich bin ein positiv eingestellter Mensch. Ich versuche immer das Beste aus dem zu machen, was sich mir stellt."). Sie akzeptiert ihre Lage und vergleicht sich mit anderen Menschen, die keine Zeit mehr haben, sich auf ihren Tod vorzubereiten ("Den Kopf lasse ich nicht hängen. Ich weiß, dass ich nicht mehr lange leben werde. Das, was mir bleibt, will ich haben. Man kann

mir nicht sagen, wie lange ich noch zu leben habe. Das will ich auch nicht wissen. Mir geht es ja besser als anderen, die keine Zeit zur Vorbereitung auf den Tod haben.").

Frau D überblickt ihre Situation und steckt sich das Ziel, zu Hause zu sterben. Sie akzeptiert, dass sie sterben wird, doch sie braucht Sicherheit und Gewissheit, denn sie will ihr Leben auch jetzt kontrollieren ("Ich habe mein ganzes Leben gesehen, dass ich für mich Sicherheit hatte."). Noch will sie nicht sterben, sondern leben und hofft, dass die Chemotherapie den Krebs zurückdrängt ("Ja, denn ich weiß, dass ich nicht geheilt werden kann. Mein Leben ist vorbei, doch was mir bleibt, will ich haben.").

Sie beginnt sich von ihrem Leben zu verabschieden, wenn sie über ihr Testament und die Dinge, die sie zu Hause noch ordnen möchte, nachdenkt ("Ich werde mein Testament machen und Dinge wegwerfen, damit die Erben keine Last damit haben werden."). Sie bestellt ihr Haus, was ihr schwer fällt. Gleichzeitig will sie sich nicht von der Belastung überrollen lassen, distanziert sich oder relativiert ihre Situation mit Humor oder Ablenkung, die sie in lustigen Sendungen im Fernsehen erlebt ("Und ich lache gerne. Ich sehe mir auch gerne etwas Humorvolles im Fernsehen an, das tut mir gut. Ich habe auch viele lustige Dinge erlebt und auch gerne einen Witz gemacht.")

Ich stärke und unterstütze sie in diesem Gespräch und gehe auf ihre Hoffnung und Angst ein. Sie fühlt sich von mir verstanden. Ich spiegele sie häufig, so dass sie genügend Raum bekommt zu sprechen, lasse mich von ihr unterbrechen und zeige dadurch, dass sie den Weg bestimmt und ich sie begleite. Mich beschäftigt noch immer das kurze zweite Gespräch, als ich von ihr abgewiesen wurde, doch sie versichert mir, dass sie damals nur deshalb allein sein wollte, weil es ihr schlecht ging. Ihre Beziehung zu mir ist gut ("Kommen Sie nur ruhig vorbei, ich bin hier, egal wann Sie kommen.").

## Gespräch 5

Dieses Mal komme ich ungelegen, denn Frau D hat gerade Besuch von ihrer Freundin, trotzdem wünscht sie, dass ich kurz bleibe. Die Freundin zieht sich zurück, so dass wir ungestört sprechen können. Leider stelle ich ihr in dieser Zeit Interviewfragen, von denen sie sich allerdings nicht drängen lässt. Sie fühlt sich nach einem kurzen Spaziergang mit der Freundin matt. Ihre gegenwärtige Situation bewertet sie positiv, denn sie hat trotz der Chemotherapie an Gewicht zugenommen. Sie weiß, dass es ihr sehr schlecht geht, doch sie hat

das Ziel, wieder nach Hause zu kommen, um dort die Zeit, die sie noch leben wird, zu nutzen, deshalb will sie wissen, wie lange sie noch leben wird. Sie sucht nach Informationen und drängt die Ärzte der Rehabilitationsklinik, ihr einen konkreten Zeitraum zu nennen ("Ich hatte mit dem Arzt ein Gespräch. Er hat mir gesagt, dass ich mit meiner Krankheit 18 Monate leben kann.") und fragt auch mich, ich gebe ihr jedoch keine Antwort auf ihre Frage.

Frau Ds Verhalten ist unterschiedlich. Einerseits gibt sie sich kämpferisch, instruiert sich ("Ich versuche, was ich kann.") und sucht nach Erklärungen für den Krebs. Andererseits wirkt sie hilflos, denn es gibt keine Antwort für sie, weshalb sie versucht, ihn anzunehmen und ihr Leben mit ihm aktiv zu gestalten ("Wissen Sie, wenn man so einen Krebs bekommt und dann diese Operation hatte und dann darauf wieder Krebs bekommt, dann fragt man sich, was das soll und schon wieder so krank. Andere haben das nicht oder nicht so. [...] Nein, ich habe das, da hilft kein Lamentieren. Es gibt keine Antwort darauf. Ich muss es eben nehmen. Niemand kann etwas dafür, dass ich Krebs habe."). Sie sieht gelassen in die nähere Zukunft, die sie geplant hat, und wartet ab ("Ich gehe zunächst in das Heim, und dann werde ich weiter sehen.").

Es gefällt ihr, mit mir zu sprechen, denn sie fühlt sich von mir gerade religiös nicht bedrängt ("Ja, das mag ich gar nicht, und das haben Sie auch nicht getan."). Dennoch hat sie das Gefühl, dass sie mit mir auch über Gott gesprochen hat ("Wir sprachen über Gott und die Welt im buchstäblichen Sinn."). Sie fühlt sich bei mir wohl und verstanden, denn ich akzeptiere sie, gebe ihr die Möglichkeit zu sprechen und nehme sie wahr und ernst. Mit der Freundin ("Sie hat alles mit soviel Kraft bewältigt, sie hat sich nicht unterkriegen lassen. Ich weiß nicht, ob ich das so geschafft hätte. Sie hat so viel Stärke gezeigt.") idealisiere ich Frau Ds Verhalten, wobei sie widerspricht und auf depressive Stimmungen hinweist ("Es ging mir nicht immer so, ich hatte es auch mal schwer. Ach was, das hättest Du auch."). Sie versucht, sich realistisch zu sehen, und lässt dabei belastende Gefühle zu.

## Gespräch 6

Dieses Gespräch findet sechs Wochen später in dem Pflegeheim statt, denn Frau D wollte erst ihren Chemotherapiezyklus beendet haben.

Sie nimmt sich ambivalent wahr, fühlt sich körperlich zwar geschwächt, doch seelisch geht es ihr gut. Sie bereitet sich auf ihren Tod vor, wenn sie *ihr Haus bestellt*, d.h. ihr Testament macht und Vollmachten abgibt. Sie vertraut nun ihrer Schwester, die ihr hilft und sie begleitet. Sie wird auch von mir unterstützt, indem ich sie besuche, sie schätze und ihr den Impuls gebe, ihr Zimmer wohnlicher zu gestalten. Am Ende des Gesprächs geht es ihr besser als zu Beginn, denn sie verspürt deutlich Linderung.

Sie wurde vor kurzer Zeit untersucht. Ihre Ärzte äußern sich zufrieden und suggerieren ihr beinahe Heilung ("Meine Lunge hat jetzt wieder mehr Platz und hat sich entfalten können, sagten die Ärzte. Ich müsste jetzt auch wieder besser Luft bekommen können. Doch ich fühle mich so schlapp und meine, dass ich nicht so gut Luft bekommen kann."). Sie ist unsicher und traut den Ärzten nicht, denn sie fühlt sich nicht besser und sucht weitere Informationen auch bei mir. Ich ignoriere und bagatellisiere ihre Unsicherheit, doch Frau D will unbedingt Klarheit darüber haben, wie viel Zeit ihr noch zu leben bleibt ("Ich würde aber gerne wissen, wie lange ich noch zu leben habe."). Sie will noch nicht sterben, doch ihr Leben ist durch die genannten 18 Monate bedroht, über die sie grübelt und gegen die sie aufbegehrt ("Da sagte mir auch Dr. B, dass ich nur noch 18 Monate zu leben hätte. Ich habe meine Ärztin gefragt, und sie sagte mir, dass ich keine 30 Jahre mehr zu leben hätte, man könne das nicht so sagen. Ich finde es im Nachhinein sehr hart, so etwas zu sagen. Ein Arzt kann so etwas doch nicht so sagen?"). Ich bagatellisiere ihre Wut und ihre Angst und nehme den Chefarzt in Schutz, worauf es zu einem Gesprächsbruch kommt.

Frau D möchte nach der Chemotherapie nach Hause, um dort zu sterben ("Ich werde daran sterben, aber ich möchte in meine Wohnung zurück."). Ich unterstütze sie und stärke zwar ihr Ziel, weiche ihr jedoch aus, gehe nicht auf ihre Gefühle ein und mache sie sogar darauf aufmerksam, dass es ihr noch lange schlecht ergehen wird. Kurz darauf will sie das Gespräch beenden. Ich reagiere zunächst nicht darauf, komme ihr wieder näher und eröffne ihr einen Raum, der ihr die Möglichkeit gibt, über das zu sprechen, was ihr gut tut.

Frau D fühlt sich in dem Heim wie abgeschoben, was sie sehr belastet, denn sie konnte beobachten, dass dort alte Menschen wohnen, denen es tatsächlich so erging. Diese sind für sie möglicherweise eine Bedrohung, die sie an ihren Tod erinnern. Doch sie will sich nicht abschieben lassen und noch nicht sterben, weshalb sie sich der Empfehlung ihrer Ärztin, sich zu schonen, widersetzt und an der Gymnastik, die in dem Heim angeboten wird, teilnimmt. Diese tut ihr gut, lenkt sie ab und distanziert sie von der Bedrohung ihres Todes ("Meine Ärztin hat mir verboten, da mitzumachen. Ich solle mich nicht so anstrengen, dass sei nicht

so gut für mich, sagte sie. Ich geh aber trotzdem hin und mache etwas mit, das gefällt mir. Ich bin eben nur so außer Atem.").

Sie kämpft um ihr Leben, so wie sie um einen Zeitungsartikel zum Totensonntag kämpft, den sie vermeintlich in den Mülleimer warf und mir nun zeigen will. Dieser Artikel gibt ihr die Kraft auf ein Leben nach dem Tod zu hoffen ("Mir wurde dadurch deutlich, dass mit diesem Leben nicht alles aus ist. Es gibt etwas, was dann kommt.") und weniger Angst vor ihrer ungewissen Zukunft zu haben ("Ich habe vor dem Sterben und dem Tod nicht mehr so große Angst."). Es tut ihr gut, dass ich sie verstehe, bestärke und ihre guten Gefühle begleite, wobei ich die Spannung über ihren Todeszeitpunkt aufrechterhalte und ihr widerspreche, diesen kennen zu müssen.

Es tut ihr gut, wenn ich empathisch auf sie eingehe und ihr zeige, dass sie mir so wichtig ist, da ich einen sehr langen Weg zu ihr gefahren bin. Frau D macht ihre Verbundenheit zu mir deutlich, indem sie mich zu einer Tischgemeinschaft einlädt. Wir beide zeigen uns gegenseitig unsere Wertschätzung. Leider werde ich im Laufe des Gesprächs sachlich und gebe ihr Informationen über die Wirkweise der Chemotherapie oder die Pflegeversicherung, was sie sprachlos macht und sie zu einem Gesprächsbruch veranlasst. Ich hätte mich besser mit ihr über die Gymnastik oder den Wunsch, nach Hause zu wollen, freuen sollen und dies stärker betonen und unterstützen sollen. Dennoch bricht die vertraute Beziehung zwischen uns nicht ab.

## Gespräch 7

Dieses Gespräch findet sieben Wochen später statt. Nach dem letzten Zyklus der Chemotherapie ging es Frau D sehr schlecht, sie verlor an Gewicht und hat sich nun etwas erholt.

Sie ist anfangs mir gegenüber sehr aggressiv, weil ich mich verspätet habe, und danach gegen den Koch, der aus ihrer Sicht das Essen nicht richtig zubereitet und dem sie deshalb die Schuld an ihrem schlechten Zustand zuschreibt. Ferner ist sie wütend auf einen offenbar verwirrten alten Mann. Ich gebe ihr genügend Raum, ihre Wut auszuleben, und unterstütze sie darin, sich auf die nächste Chemotherapie vorzubereiten und ihre Aggression auszusprechen, dabei spiegele ich ihre Gefühle und Worte. In diesem Gespräch finde ich auch den Begriff, der ihre Lage ausdrückt ("Psychoterror!"). Frau D weiß, dass sie sterben wird, doch die Chemotherapie soll ihr Lebensqualität geben, was für sie bedeutet, zu Hause zu sein. Sie

vergleicht sich dabei mit einer ebenfalls an Krebs erkrankten Bekannten, die zu Hause lebt, in Konzerte oder zum Essen gehen und verreisen kann. ("Wenn ich keinen Krebs bekommen hätte, dann lebte ich in meinem Haus. Ich würde nicht viel anders leben.").

Sie fühlt sich von mir unterstützt, verstanden, und so geborgen, dass sie den Besuch ihrer Schwester verschieben möchte. Bei mir kann sie klagen, wütend sein, ihre Hoffnung und Angst vor der anstehenden letzten Chemotherapie aussprechen und sich auf deren Ende freuen. Darüber hinaus sucht sie nach Informationen über die anschließenden Untersuchungen, die ihre unausgesprochene Angst vor einer erneuten Krebserkrankung oder der Verschlechterung ihres Zustands bestätigen könnten ("Ich freue mich, dass bald alles vorbei ist, dann werde ich weiter sehen. Alle vier Wochen mache ich dann die Untersuchungen. Was stellen die dann eigentlich fest? Was können die im Blut sehen? Sind das die Tumormarker? Die können dann auch erhöht sein, und dann wissen die, dass da was ist?!"). Ich gebe ihr sachlich Auskunft, gehe dabei leider nicht auf ihre Angst ein, versuche aber, ihr Mut für die anstehende Chemotherapie zuzusprechen, und mache sie dadurch sprachlos ("Ach, so ist das.").

In der Mitte des Gesprächs trifft ihre Schwester ein, die ihr ebenfalls genügend Raum gibt, ihre Aggressionen aussprechen zu können, und sie mit Worten und aktiv mit Taten unterstützt. Hauptsächlich betrifft dies Frau Ds größten Wunsch, nach Hause zu kommen, wo sie sich wohl fühlt, glücklich ist und ihr Leben selbst bestimmt, was ihr Lebensqualität schenkt ("Das ist doch mein Ziel, dass ich wieder nach Hause kann, danach sehne ich mich."). Die Schwester versucht ein Gesprächsende herbeizuführen, was Frau D jedoch ignoriert. Diese ist dankbar für die Hilfe ihrer Schwester, die meinen Impuls aus dem letzten Gespräch, einen wohnlichen Teppich ins Zimmer zu legen, aufgegriffen und in die Tat umgesetzt hat.

Frau D spürt, dass sie sterben wird, doch sie will gut leben, was sie sich wünscht und es auch ausspricht. Doch ehe sie Gefühle zeigt, führt sie einen Gesprächsbruch herbei ("Ich weiß, dass ich nicht mehr lange habe. Ich habe wohl die längste Zeit gelebt. Ich will aber gut leben. Sie müssen mich dann besuchen kommen.") und wendet sich ihrer Schwester und dem Zeitungsartikel zu, der ihr Mut, Kraft und Hoffnung gab.

Sie empfindet es als aufdringlich, wenn Bekannte sie missionieren wollen, die sie deshalb meidet. Sie will akzeptiert werden und ihren eigenen Glauben finden und leben, so wie sie es mit mir erlebte ("Ich will das auch nicht, deshalb gefällt es mir nicht, wenn die so schreiben. Wir haben uns ja darüber unterhalten. Ich habe meinen Glauben."). Sie will ihren

Glauben behalten, den sie neu gefunden hat und der ihr Sicherheit im Sterben und über den Tod hinaus gibt, weshalb sie auch Kontakt zu dem Pastor aufgenommen hat, von dem sie beerdigt werden will. Meine Begleitung hilft ihr, sich zu öffnen, so dass sie ihre Empfindungen ausdrückt, über ihren Glauben und ihre Hoffnung auf ein Leben nach ihrem Tod spricht. Ich bin sehr empathisch und freue mich mit ihr.

## Gespräch 8

Dieses letzte Gespräch findet drei Wochen vor ihrem Tod und drei Wochen nach der letzten Begegnung statt, gegen Ende nehmen ihre Schwester und die Freundin daran teil.

Frau D geht es schlechter. Eine weitere Chemotherapie und lebensverlängernde Maßnahmen lehnt sie ab ("Wie Sie sehen, geht es mir nicht gut. Es geht mir immer schlechter. Ich werde auch keine Chemotherapie mehr mitmachen."). Ihre Hausärztin hat ihr eine ausreichende Schmerztherapie zugesichert.

Je schlechter es ihr geht, desto mehr stellt sie sich ihrem Tod. Die Lebensspanne, die ihr der Chefarzt in der Rehabilitation nannte, spielt für sie keine Rolle mehr. Die Beziehungen zu ihrer Schwester und ihrem Bruder und ein sanfter Tod bedeuten ihr viel. Sie bereinigt den Zwist mit ihren Geschwistern ("Ich weiß, dass es nicht besser wird, und so kann ich mich jetzt schon drauf einstellen. Ich will nur hinüberschlafen ganz in Ruhe und Frieden. Da habe ich auch dafür gesorgt, dass alles in Frieden bei mir abgeht. Mit meiner Schwester habe ich alles besprochen, auch mit meinem Bruder habe ich kurz gesprochen."). Frau D wünscht sich Frieden und Schmerzfreiheit ("Ich möchte nur nicht Schmerzen haben."), was für sie Lebensqualität ist. Sie hat ihr Leben abgeschlossen und ihr Testament gemacht ("Von meiner Seite aus habe ich Frieden."). Menschen unterstützen sie, die sich um sie bemühen, ihr beistehen und wie nach der letzten Chemotherapie der Onkologe offen mit ihr sprechen und sie informieren. Sie ist unsicher und scheint ängstlich, ob sie ihrem Tod begegnen kann ("Ich weiß aber nicht, ob ich das alles schaffen werde, was noch auf mich zukommt."). Ich stärke sie, indem ich hervorhebe, dass sie eine starke Frau ist, die die Kraft hat, sich auf ihren Tod vorzubereiten und ihre Geschwister angeregt hat, über deren Leben nachzudenken. Sie selbst blickt stolz und mit gutem Gewissen auf ihr eigenes Leben zurück, was ihr jetzt genügend Kraft gibt, mit der Gegenwart umzugehen ("Ich habe schwere Zeiten durchgemacht. [...] Ich kann aber vor mir gerade stehen. Ich habe mich durchgekämpft. [...] Bei mir



ging immer alles korrekt zu. Ich kann sagen, dass ich stolz darauf bin, wie ich mein Leben geführt habe.").

Ihr Zustand verschlechtert sich zusehends, so dass sie eine Antidekubitusmatratze benötigt und inkontinent ist, doch dies bedrückt sie nicht so sehr wie ihre Mutter, die sie nicht sterben lassen will ("Sie krampft mich fest, das ist mir zu viel."). Frau D distanziert sich, um sich nicht länger dieser Belastung aussetzen zu müssen ("Ich werde sterben, das muss auch sie akzeptieren. Ich habe ihr und meiner Schwester gesagt, dass ich mich durch ihr Verhalten bedrängt fühle und sie nicht hier haben möchte.").

Es ist ihr sehr wichtig, ihr Leben selbst zu bestimmen und aktiv zu gestalten, denn sie macht ihr Testament und bringt von sich aus ihre gebrochenen Beziehungen innerhalb der Familie wieder in Ordnung. Sie hat auch schon mit ihrem Pastor über ihre Beerdigung gesprochen, sucht jedoch noch nach einem passenden biblischen Text und fragt mich um Rat. Ich schlage ihr die Geschichte der Himmelfahrt Elias vor, denn diese passt zur ihr, da sie sich von ihrer Familie verabschiedet und ihr etwas zu denken hinterlassen will. Mit diesem Text, von dem Frau D sehr angetan ist, gebe ich ihr Worte für ihren Tod, den sie nun in ein Bild kleiden kann. ("Eine schöne Geschichte, die gefällt mir. Ich denke auch, dass sie auf mich zutrifft. Die hätte ich gerne zu meiner Beerdigung."). Sie blickt auf ein erfülltes Leben zurück, das nun abgeschlossen und bis in den Tod geregelt ist ("Ich habe alles geordnet und ins Reine gebracht. Ich möchte nur nicht Schmerzen haben. Aber Angst habe ich nicht. Ich habe ein schönes Leben gehabt. Ich bin froh, das alles erlebt zu haben. Ich habe auch nichts versäumt, ich habe alles gehabt, was ich wollte. Ich fürchte mich nicht."). Frau D lässt im Verlauf des Gesprächs keinen Einwand ihrer Schwester oder Freundin zu, nachdem diese ins Zimmer eintreten. Sie hat mit dieser biblischen Geschichte im Raum der Kirche einen Zufluchtsort gefunden, wo sie sich geborgen fühlt ("Es geht doch darum, dass Menschen sich wohl fühlen und ein Zuhause, eine Heimat finden..."). Die Schwester unterstützt sie, die Freundin hingegen widerspricht ihr.

Obwohl ich nicht mehr direkt an diesem Gespräch teilnehme, verabschiedet sie mich nicht, sondern will, dass ich noch bleibe. Sie fühlt sich wohl und geborgen ("Wir haben über alles gesprochen. Es war ein gutes Gespräch.").

Frau D ist ihrer Schwester dankbar für deren Unterstützung, wird ihr gegenüber jedoch auch barsch, als diese ihr zu schnell das Essen reicht. Darauf hin entschuldigt sie sich unmittelbar und versucht, ihr ungezügelteres Verhalten zu erklären, denn es tut ihr Leid, weil sie ihre Schwester liebt ("Entschuldige, dass ich so laut geworden bin. Ich wusste mir aber

nicht zu helfen, als Du weitermachtest. Ich werde wohl manchmal ungerecht, dass liegt aber an meiner Situation, dass ich nicht mehr so kann, wie ich es möchte. Danke, dass Du mir hilfst.").

Es belastet sie auch, dass sie zunehmend ihr Zeitgefühl verliert. Mein Impuls, sich eine Uhr hinzustellen, um sich zu orientieren, gefällt ihr.

In diesem letzten Gespräch bin ich Sprachhilfe, spiegele sie, spreche Probleme wie die gestörten Beziehungen an, gebe ihr Raum, Belastungen auszusprechen, und Impulse, die ihr Leben verändern und ihr helfen, ihre Situation einzuschätzen, wie z.B. die Uhr oder der Beerdigungstext. Ich fasse ihren Glauben und ihre neugewonnene Beziehung zu Gott in Worte. Bei mir kann sie ihre Gefühle und Belastungen äußern, denn ich nehme sie ernst, und die ansonsten sehr kontrollierte Frau D weint sogar. Die Gespräche mit mir geben ihr Sinn und helfen ihr, den Tod anzusehen ("Ich sprach mit Herrn M über das Leben und mein Sterben. [Sie beginnt zu weinen.] Ich finde es sehr schön, dass die Möglichkeit da ist, über so etwas zu reden, dass die Gespräche sich nicht um die Preise im Supermarkt drehen. So kann man über vieles nachdenken. [...] Mir haben die Gespräche mit Ihnen und mit Pastor S gut getan. Ich weiß, dass das Leben mehr hat, dass Gott da ist.")

Wie ich später von ihrer Schwester erfuhr, hatte Frau D einen schmerzfreien Tod. Die Eliageschichte war die Grundlage der Beerdigungspredigt des Pastors. Frau D hatte alles selbst geregelt und freute sich auf ein gutes Leben nach dem Tod, der ihr Leiden beendete.

### **2.3.6.1 Die Situation als krebskranke und sterbende Frau**

Frau D ist zum zweiten Mal an Krebs erkrankt. Zuerst hatte sie Speiseröhrenkrebs, der geheilt wurde, nun leidet sie an einem schnell wachsenden Bronchialkarzinom. Ihre Ärzte nahmen sie zunächst trotz erhöhter Tumormarker nicht ernst und behandelten eine Lungenentzündung. Als sie sich selbst in ein Krankenhaus einlieferte, weil es ihr schlechter ging, wurde der Krebs diagnostiziert. Nach dem Krankenhausaufenthalt und ersten Zyklen der Chemotherapie wird sie in die Rehabilitationsklinik eingewiesen. Dort versucht sie, solange wie möglich zu bleiben, um gut versorgt zu sterben.

Als alle Anstrengungen der Klinikleitung scheitern, sie dort weiter versorgen zu können, siedelt sie in ein Pflegeheim über. Sie hat das Ziel, nach ihrer Chemotherapie mit Hilfe eines

ambulanten Pflegedienstes nach Hause zurückzukehren, um dort zu sterben, was jedoch nicht gelingt. Als sie erkennt, dass sie ihre Lage nicht verändern kann, stellt sie sich schnell auf die neue Situation ein, um diese nach ihren Möglichkeiten beeinflussen zu können. Frau D versucht sich ihr Zimmer in dem Heim gemütlich herzurichten und nimmt Impulse, die zu positiven Veränderungen führen könnten, dankbar an.

Es schließen sich weitere Zyklen der Chemotherapie an, aber nach dem siebten Gespräch lehnt sie eine letzte Behandlung ab, da diese ihr Leben noch mehr schwächen und bedrohen würde. Frau D verfasst ihr Testament, regelt mit einem Pastor ihre Beerdigung und geht ihrem Tod entgegen.

Ihre Situation ist von ihrer Gesundheit, die sich progredient verschlechtert, geprägt. Sie muss sich immer wieder neuen Gegebenheiten stellen, wobei sie von anderen Menschen unterstützt wird.

Die Beziehungen zu Menschen beeinflussen die Situation so wie die zu ihrer Schwester, die anfangs noch gebrochen war und sich nun verbessert. Sie helfen ihr, im Heim oder in der Rehabilitationsklinik ein Zuhause zu schaffen. Je schlechter es Frau D geht, desto besser wird die Beziehung zu ihren Geschwistern.

Ihr schlechter Gesundheitszustand und die Chemotherapien bestimmen die gesamte Situation. Ihr Bewegungsradius, ihre Aufenthaltsorte und ihr Lebensrhythmus werden vom Krebs und dessen Auswirkungen bestimmt. Wenn sie besser atmen und sich alleine versorgen könnte, wäre sie nicht auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen und lebte nicht im Heim.

Frau D weiß von Beginn der Erkrankung an, dass sie Krebs hat und daran sterben wird. Sie versucht, ihr Leben innerhalb dieser Bedrohung zu gestalten, und kämpft mit allen Mitteln, um ihre Lebensqualität zu erhalten, nimmt ihren Krebs und mit zunehmender Erkrankung auch deutlicher ihren Tod an.

Die Situation als krebserkrankte und sterbende Frau wird von der Krankheit, dem Aufenthaltsort und den Beziehungen zu anderen Menschen bestimmt bzw. beeinflusst wie die zu ihrer Schwester, die sie beispielsweise mit dem Rollstuhl fährt, ihr Essen kocht oder sie besucht. Ebenso verändern ihre Situation die Versicherung ihrer Onkologin, keine Schmerzen haben zu müssen und beruhigt der Zukunft entgegensehen zu können, und auch meine Impulse, ihre Umgebung neu zu gestalten, einen Teppich ins Zimmer zu legen oder eine Uhr zur Orientierung an die Wand zu hängen.

Durch das von mir angebotene Eliamotiv kann Frau D ihre ausweglose Lage in Worte und Bilder fassen.

Sie kann ihre Situation annehmen, vor allem dann, wenn sie das Gefühl hat, diese kontrollieren und beeinflussen zu können, oder wenn sie mit dem Pastor über ihre Beerdigung spricht, ihr Testament macht und mit Hilfe ihrer Schwester im Heim gegen den Koch aufbegehrt. Frau D selbst, ihre Beziehungen zu anderen Menschen und die Situation als Krebskranke und Sterbende beeinflussen sich gegenseitig, wobei sie mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln versucht ihre Lebenssituation zu kontrollieren. Kontrolle zu behalten oder zurückzugewinnen ist das Ziel ihrer Bewältigungsbemühungen.

### **2.3.6.2 Die Beziehungen der Gesprächspartner zu Frau D**

Die verschiedenen menschlichen Beziehungen von Frau D unterstützen und begleiten sie bzw. helfen ihr, ihre Aggressionen ausleben können. Zu Beginn der Gespräche zeigt sie sich ihren Familienmitgliedern gegenüber noch unversöhnlich, am Ende ihres Lebens versucht sie hingegen, mit allen in Frieden zu leben, wobei sie sich von belastenden Beziehungen distanziert, so z.B. von ihrer Mutter oder dem Ehepaar, das sie *missionieren* will. Zu ihrer Schwester entwickelt sie ein herzliches Verhältnis und versöhnt sich auch mit ihrem Bruder, allerdings weniger emotional.

Ihre Schwester hat die größte Bedeutung für Frau D, denn diese ist ihre konstante Begleitung und die Verbindung zur Außenwelt. Von ihr wird sie unterstützt, bekocht, gefüttert und geliebt. Das neue und stabile Verhältnis zu ihr entwickelt sich erst im Laufe der Erkrankung, denn nachdem beide viele Jahre getrennt waren, treffen sie sich nun wieder. Frau D hat zunächst die Befürchtung, dass ihre Schwester nur ihr Erbe will, doch aus dem feindschaftlichen Verhältnis entsteht eine nahe, warme und annehmende Beziehung. Frau D erhält hinsichtlich geistlicher oder religiöser Gedanken vorbehaltlose Unterstützung und Respekt aller ihrer Wünsche. Ihre Schwester versucht, ihr das Leben so angenehm wie möglich zu gestalten, lässt dabei alle ihre Aggressionen zu und hält diese aus. Frau D schätzt ihre Schwester sehr und bedankt oder entschuldigt sich bei ihr.

Eine weitere wichtige Person in den Gesprächen ist die Freundin, die Frau Ds Gefühle offenbar nicht wahrzunehmen scheint und deren tödliche Bedrohung durch den Krebs ausweicht. Auch diese hält deren Aggressionen aus und lässt sie zu. Frau Ds christlich geprägte

Weltanschauung begegnet sie beinahe feindselig und akzeptiert deren Glauben nicht. Frau D distanziert sich daraufhin emotional von ihrer Freundin, doch diese erweist sich trotz allem als verlässliche Begleiterin am Sterbebett ihrer Freundin.

Der Pastor, der sie beerdigen wird, hat durch einen Zeitungsartikel in der lokalen Zeitung zum Totensonntag einen nachhaltigen Eindruck auf Frau D hinterlassen. Er gibt ihr Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod und zeigt sich an ihr interessiert, denn er besucht sie und spricht mit ihr über die Beerdigung. Er bringt ihr den Glauben und die Kirche näher, so dass sie in dieser schließlich ein Zuhause findet.

Die Beziehung zu den Ärzten beeinflusst das Bewältigungsverhalten von Frau D. Von ihrem ersten Hausarzt fühlt sie sich nicht wahr- und ernst genommen, denn er reagierte nicht auf die erhöhten Tumormarker und behandelte sie falsch. Daraufhin muss sie selbst initiativ werden, um den neuen Krebs diagnostiziert zu bekommen, und beginnt, Ärzten allgemein zu misstrauen. Sie trotz dem Chefarzt in der Rehabilitationsklinik ab, einen Zeitraum über ihre Lebenserwartung zu nennen. Dies belastet sie einerseits, andererseits macht dieser ihr die Nähe ihres Todes deutlich. In ihrer neuen Hausärztin, einer Onkologin, die ihr Schmerzfreiheit zusichert, findet sie wieder Vertrauen. Sie vertraut auch dem neuen Krankenhausarzt, der offen mit ihr spricht und ihr von einer weiteren Chemotherapie indirekt abrät, so dass sie die letzte nicht mehr durchführen lässt.

Ich als Seelsorger und Begleiter bin Frau Ds Hauptgesprächspartner in den Gesprächen, halte ihre Aggressionen aus, wende mich ihr zu, stärke sie und unterstütze ihren Kampfgeist. Ich gebe ihr Impulse, die sie nutzt, ihre Situation zu verändern, und bin Sprachhilfe für sie, um ihre Gefühle in Worte zu fassen oder ihre Bilder zu verstehen, wenn es um das Geld geht oder darum, ihre Situation in Form der biblischen Geschichte darzustellen. Ich eröffne ihr Räume, um ihre Belastungen, Ziele oder Hoffnungen aussprechen zu können, und bestärke sie, Abschied zu nehmen. Vor allem akzeptiere ich ihre Wünsche, Gefühle und ihr Verhalten, wodurch sie mir vertraut und mich beim letzten Gespräch beinahe nötigt zu bleiben, denn ich bin weiterhin in ihrer Gegenwart und begleite sie in ihrem Gesprächstempo. Wenn sie sprechen will, lasse ich sie reden, und wenn sie einen Gesprächsbruch herbeiführt, lasse ich diesen zu. Ich akzeptiere ihre Gefühle und dränge mich ihr auch nicht als Geistlicher auf, der sie auf ihren Tod irgendwie vorbereiten möchte, sondern respektiere, dass sie nicht missioniert werden will, und bleibe als Seelsorger *stand-by*. Als Frau D mich in meiner Funktion als Pastor anspricht, bin ich sofort für sie da, gehe auf ihre Bedürfnisse ein, teile

ihre Hoffnung und gebe ihr erneut Worte und Texte für ihren Glauben, in denen sie schließlich eine Heimat findet.

### **2.3.6.3 Die Bewältigung von Frau D**

Ihre Situation und die Beziehungen, die Frau zu ihrer Umgebung entwickelte, sind zentraler Bestandteil ihres Coping, was aus den obigen Beschreibungen deutlich geworden ist. Frau D ist ein Mensch, der auf die verschiedensten Arten ihre Erkrankung zu bewältigen versucht und sich im Lauf der Zeit verändert.

Als Technikerin geht sie mit dem Krebs rational um, analysiert ihre Lage und versucht, ihr Leben und Sterben zu kontrollieren wie bei den Versuchsanordnungen, deren Verlauf sie berechnen und voraussehen konnte. So beginnt sie die Chemotherapie, um mit den Infusionen den Krebs zu bekämpfen. Sie weiß durchaus, dass sie ohne Therapie schon längst tot wäre, und sie arbeitet ganz bewusst und kooperativ mit. Dabei helfen ihr Medikamente gegen die Übelkeit und eine umgestellte Ernährung, um wieder zu Kräften zu kommen. Sie akzeptiert zwar ihren Krebs, der bekämpft werden muss, erhält jedoch nicht die gewünschte Sicherheit und auch keine Gewissheit über ihren Todeszeitpunkt, den sie dem Chefarzt letztendlich doch abringen kann, um ihr Leben berechenbar zu machen.

Frau D kämpft darum, in der Rehabilitationsklinik bis zu ihrem Tod bleiben zu können, um dort fachgerecht versorgt und gepflegt zu werden. Dies gelingt allerdings nicht, denn der Kostenträger lehnt einen längeren Aufenthalt in der Klinik ab. So muss sie weiterkämpfen, um dort leben und sterben zu können, wo sie Sicherheit bekommt, dies wird in dem Heim sein. Der Wunsch, zu Hause zu sterben, erfüllt sich nicht. Sie kehrt nur noch einmal an einem Nachmittag für wenige Stunden in ihr Haus zurück.

Ihr ganzes Leben besteht aus Kampf: um die Scheidung, gegen die Familie, den Speiseröhrenkrebs und schließlich gegen das Bronchialkarzinom, den sie verlieren wird. Sie erkennt im Laufe der Erkrankung, dass sie nicht gewinnen kann, lehnt schließlich die letzte Chemotherapie ab und hört auf zu kämpfen. Sie wünscht sich darauf nur noch den Beistand ihrer Schwester, die ihr die nötige Sicherheit geben kann. Frau D versucht kurz vor ihrem Tod auch nicht mehr, Haltung zu bewahren, zeigt Gefühle und weint, was sie in den ersten Gesprächen noch nicht tat.

Bisher versuchte sie sich mit direkten Aktionen zu distanzieren und abzulenken, wenn sie puzzelte oder TV sah, und auch ihr Humor half ihr Abstand zu der brutalen Bedrohung zu finden. Aber am Ende der Gespräche ist ihr der Tod bereits so nahe, dass eine Distanzierung weder möglich noch nötig ist.

Obwohl sie sich fallen lassen und weinen kann, resigniert sie nicht, sondern kämpft und versucht ihr Leben und Sterben zu bewältigen, wenn sie ihre Beerdigung und ihr Testament gestaltet, denn sie möchte Sicherheit über ihren Tod hinaus. Erst später kontrolliert sie sich nicht mehr so stark und zeigt Trauer oder Wut, die sie ausagiert, als sie ihre Schwester im letzten Gespräch anschreit. Kurz darauf hat sie wieder ihre Haltung zurückgewonnen und entschuldigt sich.

Frau D wünscht sich Sicherheit, Geborgenheit und die Zeit bis zu ihrem Tod in ihrem eigenen Haus verbringen zu dürfen, was jedoch nicht mehr gelingt. Sicher, geborgen und zu Hause fühlt sie sich schließlich in dem Heim, wo ihre Schwester bei ihr ist, gleichzeitig findet sie dies auch in ihrem Glauben, der in den letzten Gesprächen zentral wird. Gemeinsam mit mir sucht sie nach einem passenden biblischen Text für ihre Beerdigung und fühlt sich nun auch in der Kirche aufgefangen und getragen. Sie findet Worte für ihre Gefühle und erhält neue Kraft. Weder von mir, noch von ihrem Pastor fühlt sie sich bedrängt, was ihr gut tut und hilft, sich zu öffnen.

Neben dem Glauben werden Menschen in ihrer Nähe immer wichtiger, so dass sie sich mit ihrer Schwester und ihrem Bruder versöhnt. Von anderen, die sie aber daran hindern wollen, ihren eigenen Weg zu gehen, hält sie sich fern. So distanziert sie sich von ihrer Mutter, die sie nicht sterben lassen will und sich an sie klammert, so wie von dem befreundeten Ehepaar, das sie missionieren will, denn sie möchte ihren Weg, den sie allein gehen muss, selbstbestimmt gehen.

Frau D nimmt ihren Tod an, kämpft jedoch gleichzeitig um ihre Lebensqualität. Sie will ihr Leben selbst gestalten, wenn es z.B. um das Essen geht oder darum, eine oder keine Therapie zu machen. Sie arbeitet mit den Ärzten zusammen, wenn sie ernst genommen wird, ansonsten wird sie selbst aktiv. Ebenfalls zeigt sie Eigeninitiative, wenn es um die Gestaltung ihres Lebensraumes geht, und versucht sich dort, wo sie ist, ein Zuhause zu schaffen.

Frau D ist dankbar, dass sie Zeit hat, sich auf ihren Tod langsam vorzubereiten, Therapien zu probieren, sich zu verabschieden, zu versöhnen und ihre Beerdigung vorzubereiten, wobei sie ihren Tod vorwegnimmt.

Sie wünscht mit den Menschen in ihrer Umgebung eine ehrliche offene Kommunikation, was sie an dem Onkologen nach ihrer letzten Chemotherapie schätzt. Gleichzeitig überfordert sie aber auch Menschen wie den Chefarzt der Rehabilitationsklinik, den sie dazu drängt, ihr ihren Todeszeitpunkt zu nennen, obwohl sie selbst nicht bedrängt werden möchte.

Das Coping von Frau D ist von direkten Aktionen geprägt, in denen sie mit verschiedenen Bewältigungsmöglichkeiten versucht, ihr Leben zu kontrollieren, ebenso nutzt sie die Informationssuche, um rational ihr Leben berechnen und gestalten zu können. Hier agiert sie auch gegen Menschen, um ihre Freiheit zu leben und zu sterben zu behalten, so wünscht sie es nicht weder von Freunden oder der eigenen Mutter bedrängt zu werden, eher bricht sie Beziehungen ab. Erst später lässt sie zusehends Gefühle in ihrem Leben zu, genauso wie sie sich erst in den letzten Gesprächen öffnet und sich über ein Leben nach dem Tod bei mir als Pastor informiert. Doch auch in dieser Situation behält sie Kontrolle, wenn sie mit ihrem Beerdigungstext ihre Familie ansprechen lassen will.

### **2.3.7 Die Gespräche mit Herrn B**

Herr B ist ein 63 Jahre alter pensionierter Maschinen- und Schiffbauingenieur, der an einem Bronchialkarzinom erkrankt ist. Nach einer abgebrochenen Chemotherapie kommt er zur palliativen Weiterbehandlung in die Rehabilitationsklinik.

Er ist verheiratet und wohnt mit seiner Frau und seinem Sohn in einem Einfamilienhaus in einer Großstadt Norddeutschlands. Die Tochter lebt mit ihrem Freund in Süddeutschland. Zwei weitere Kinder starben sehr früh.

Ich führe mit ihm innerhalb von vier Wochen acht Gespräche in der Rehabilitationsklinik und später zwei weitere bei ihm zu Hause.

#### Gespräch 1

Eine Krankenschwester hat das Gespräch mit Herrn B vermittelt. Er ist groß und wirkt vernachlässigt, trägt nicht zusammenpassende Schlafanzugteile und ist unrasiert.



Zwischen uns beiden entsteht sehr schnell ein guter Kontakt. Er interessiert sich für mich und wünscht weitere Kontakte zu mir ("Selbst, wenn ich im Bett liegen sollte, kommen Sie zu mir."). Er zieht es vor, mit mir anstatt mit einem der Psychologen der Rehabilitationsklinik zu sprechen, denn mit diesem verbindet er jemanden, der mit psychisch Kranken spricht. Er selbst hält sich für seelisch gesund ("Es ist gut, mit Ihnen zu reden. [...] Ich wollte nicht mit einem Psychologen sprechen. Gut, ich habe auch so meinen Tick. [Er macht eine Bewegung mit seinem Kopf, die diesen verdeutlichen soll.]"). Er wünscht die Verbindung zu mir als Seelsorger und lädt mich zu einer Tischgemeinschaft ein ("Ich esse noch, kann ich Ihnen etwas anbieten?").

Die Kirche bedeutet Herrn B viel, ohne dass er seinen Glauben direkt zeigt. Er arbeitet ehrenamtlich im Kirchenvorstand. Die Kirche begleitet und erfüllt sein Leben, wobei er untertreibt ("Ich bin der Kirche nicht abgeneigt. [...] Ich bin kein Hundertprozentiger, eher 70%").

Er wirkt in diesem Gespräch hilf- und ratlos und versucht, gegen seine ungewissen Gefühle sowie gegen die Krankheit zu kämpfen, wenn er isst, um Gewicht zuzunehmen und Kraft zu bekommen ("Ich esse normalerweise sehr gerne. Mir schmeckt das Essen hier auch sehr gut. Doch leider kann ich nicht viel essen. Ich habe in den letzten Wochen 10 kg abgenommen. Ich möchte mehr essen, doch es geht nicht. [...] Ich habe keinen Appetit mehr, aber ich muss essen.").

Der Krebs, den er wahrnimmt, überraschte ihn, obwohl er spürte, dass er krank war und sich nicht gut fühlte. Er war und ist grundsätzlich bereit, mit Ärzten zusammenzuarbeiten, um behandelt zu werden, doch er spürt keine emotionale Wärme von Seiten der Klinikärzte. Er fühlt sich verletzt, weil ihm der Chefarzt der vorigen Klinik quasi nebenbei seine Krebsdiagnose mitteilte ("Ich stand, und er sagte mir dann, dass ich Krebs habe. Drei Minuten hat alles gedauert, dann war er weg. Das war hart für mich.") Die Stationsärztin klärte ihn ebenfalls gefühllos auf, so dass er sich auflehnt ("Eine Ärztin ließ sehr viel Feingefühl vermissen, der wollte ich Bescheid sagen. Ich habe ihr es aber zu verstehen gegeben."). Von denjenigen, die ihm helfen sollen, fühlt er sich allein gelassen und hilflos ("Ich weiß nicht, wie er es hätte anders sagen sollen.").

Von Medizinern, die ihn nicht heilen können, fühlt er sich hart und gefühllos behandelt. So wendet er sich der Kirche und seiner Familie zu. Zwar schwächt ihn sein Krebs, doch er kann stark kämpfen, wenn er sich für etwas einsetzt, so wie er für einen Pastor eintrat, der versetzt werden sollte. Er spricht über seine Kinder und berichtet stolz über deren Erfolge.

Seine Frau war schockiert, als sie seine Diagnose hörte, er schildert sie als schwachen Menschen, die zu seinen Besuchen mitgebracht werden muss. Zu anderen wie dem Freund der Tochter distanziert er sich.

Er vermeidet es in diesem Gespräch an den Tod zu denken.

## Gespräch 2

Herr B fühlt sich zu Beginn des zweiten Gesprächs matt. Er tut nichts und vermeidet es, sich einer Belastung auszusetzen. Als ich meinen Eindruck äußere, dass er erholter scheint, wird er lebendiger. Er nutzt das Essen, um gegen seinen Gewichtsverlust und den Krebs zu kämpfen, wobei er sich Zeit lässt ("Ich fühle mich auch wohler. Ich war längere Zeit auf. Mir schmeckt das Essen gut. Ich bin ein guter Esser und würde gerne reinhauen, doch ich kann leider nicht so viel essen. Ich lasse mir auch viel Zeit."). Er weiß, dass der Krebs sein Leben verkürzt und vermeidet es, über seinen Tod zu sprechen ("Ich weiß, dass der Krebs alles verkürzt."). Er kämpft, wenn er sich aktiv entspannt, d.h. autogenes Training macht und mit den Therapeuten der Rehabilitationsklinik mitarbeitet, um zu Kräften zu kommen, damit er eine nächste Chemotherapie machen kann. Er wirkt optimistisch und hebt hervor, wie lernfähig er ist, denn vor seiner Erkrankung lehnte er Entspannungsübungen ab ("Früher hätte ich nicht gedacht, dass ich so was machen würde, doch ich werde erstmal mitmachen und dann weitersehen.").

Herr B unterdrückt Gedanken an den Krebs, denn er weiß, dass dieser sein Leben verkürzt, und distanziert sich von der Belastung ("Ja, im Moment will ich nicht darüber nachdenken."). Nach der Chemotherapie will er sich damit auseinander setzen ("Ich werde mich, wenn ich mit der Chemo durch bin, damit befassen.").

Obwohl seine Situation ausweglos ist, hofft er, mit der Therapie, seine tödliche Situation abändern zu können, weil er leben will ("Ich habe es damals gehört und es so hingenommen. Ich wusste, dass ich sehr krank bin, dass der Krebs alles verkürzt. Ich muss heute damit leben. Er ist da, und ich kann nichts dagegen machen. Ich will noch eine weitere Chemotherapie mitmachen, dazu brauche ich alle Kraft, dann werde ich darüber nachdenken.").

Beziehungen sind für Herrn B sehr wichtig. Ein Freund hatte ihn am Vormittag mit dem Fahrrad besucht, worüber er sich freut und sich dadurch aufgewertet, unterstützt und gestärkt fühlt ("Der war drei Stunden unterwegs...[...] Ja, so unerwartet, wir haben eine gute

Beziehung zueinander."). Doch noch wichtiger ist für ihn die Unterstützung der Familie, wenn er ausgefahren wird oder jemand anwesend ist. Bisher unterdrückte er es, mit seiner Frau über den Krebs und seine Gefühle zu sprechen, und kennt auch die seiner engsten Angehörigen nicht, ahnt sie jedoch ("Meine Frau hat das sehr mitgenommen. Ich weiß aber nicht, wie es ihr geht. Wir haben bis jetzt noch nicht darüber gesprochen. Ich fühle mich in meiner Familie wohl.").

Ich unterstütze Herrn Bs Beziehungen und hebe deren Bedeutung für die Begleitung hervor. Zusätzlich werte ich alles auf, was ihm gut tut, und versuche, gefühlvoll auf ihn einzugehen. Wenn ich jedoch Interview- bzw. zu viele Fragen stelle, die sich auf den Krebs beziehen und ihn bedrohen, wird er sprachlos, und es kommt zu einem Gesprächsbruch ("Ich weiß nicht, was ich Ihnen darauf sagen soll.").

### Gespräch 3

Dieses Mal fühlt Herr B sich besser und ist mit sich und seinem Leben zufrieden. Seine Frau, die später zu dem Gespräch hinzu kommen wird, besucht ihn der Rehabilitationsklinik, worüber er sich sehr freut. Er beschreibt seinen Zustand, der sich nur schwach bessert, als wachsendes Pflänzchen. Dieses Bild ist für ihn untypisch, hilft ihm aber dabei auszudrücken, wie gut es ihm geht ("Nun, es ist noch nicht viel besser. Genau genommen ist es nur ein kleines Pflänzchen. [...] Ich weiß nicht, wie ich es sagen soll. Ich spüre, dass ich etwas mehr Kraft habe."). Seinen besseren Zustand bringt er mit dem Essen in Verbindung, das ihm besser schmeckt ("Ich habe heute gut gegessen, darüber freue ich mich."). Er wünscht sich Gesellschaft, die ihn ablenkt, doch wichtiger ist das Essen, das er im Speisesaal gerne mit anderen Menschen gemeinsam einnehmen möchte, was jedoch unerfüllbar bleibt ("Doch es geht nicht.").

Einerseits fühlt er das "wachsende Pflänzchen", andererseits spürt er, wie schwach er ist. Beides nimmt er an und lässt seine Abhängigkeit zu anderen Menschen zu. Er akzeptiert, sich nicht mehr waschen zu können, und genießt die Hilfe, die ihm gut tut und ihn unterstützt, wobei er seine Schwäche kompensiert ("Ich lasse mich jetzt jeden Morgen duschen, das habe ich früher nicht gemacht, aber es gefällt mir. Nicht, weil es eine Schwester hier macht. Es tut mir gut. Ich verspüre dabei irgendwie Lust... Komisch, aber ich fühle mich dadurch besser. Meine Haare sind gewaschen. Ich tue etwas, was ich noch nie ge-

macht habe. Ich wundere mich selbst. Ich fühle mich stärker und besser. Es ist zwar nur ein kleines Pflänzchen, dass es mir gut geht."). Herr B hofft auf die nächste Chemotherapie, die ihm Leben schenken soll ("Um dann die Chemo zu schaffen, die anschließend kommt. Ich möchte noch einige Jährchen leben."). Das Bild des "Pflänzchens" und der "Jährchen", von denen er in der Verniedlichungsform spricht, drücken aus, wie zerbrechlich dieser Wunsch ist.

Ich ermutige ihn, Bilanz zu ziehen, und lege den Schwerpunkt darauf, wie er mit schwierigen Phasen in seinem Leben umgegangen ist, er selbst leugnet jedoch jegliche Probleme. Eher machen sich andere Menschen wie seine Tochter Sorgen um ihn. Schließlich überwindet er sich, über die tiefsitzende Belastung zu sprechen, dass zwei seiner Kinder früh verstarben ("Nein, Probleme hatte ich nie. Außer, aber ich weiß nicht, ob man das Problem nennen kann. Wir hätten eigentlich vier Kinder. [...] Unser erstes Kind war eine Tochter. Sie starb direkt nach der Geburt. Es war eine Totgeburt. Dann bekamen wir unsere Tochter. Sie ist heute 27 und arbeitet, wie Sie wissen, als Krankengymnastin in S. Drei Jahre danach bekamen wir wieder eine Tochter. Sie starb mit 4½ Jahren ganz plötzlich innerhalb von 20 Stunden."). Herr B beschreibt, dass er mit seiner Frau den Tod der Kinder damit bewältigte, dass er den Sohn zeugte. Er kontrolliert seine Gefühle nicht mehr und weint. Ich lasse ihm Raum für seine Trauer, Wut und Schuldzuweisung an die damaligen Ärzte und unterbreche seine Pausen nicht. Ihm wird bewusst, dass es für ihn ein Tabu ist, über den Tod zu reden. Er hat mit seiner Frau nie darüber gesprochen und tut es auch jetzt nicht ("Ich möchte auch nicht darüber sprechen."). Statt miteinander zu reden, soll sich seine Frau ablenken, womit er seine belastenden Gefühle auf sie projiziert, was oberflächlich gesehen altruistisch erscheint. Er selbst versucht sich durch "Dösen" von der Belastung zu distanzieren bzw. diese zu unterdrücken, wenn er sich selbst als positiv eingestellten Menschen darstellt ("Ich versuche das Leben von seiner positiven Seite zu sehen. Das mache ich die ganze Zeit über."), dabei verleugnet er, dass es ihm sehr schlecht geht, er vom Tod bedroht ist und die letzte Chemotherapie abgebrochen werden musste, weil sich sein Zustand so stark verschlechterte ("Die letzten beiden Zyklen habe ich gut überstanden. Mir war zwar schlecht, doch ich habe es gut geschafft. Ich habe eben das Positive gesehen und will, dass es mir besser geht.").

Als ich ihn auf seine Tätigkeit im Kirchenvorstand anspreche, beginnt Herr B lustvoll zu sprechen. Es tut ihm auch gut, dass ich seine Lebenslust mit biblischen Personen in Zusammenhang bringe, womit er sich identifizieren kann ("So was gefällt mir...").

Als seine Frau eintritt, kommt es zu einem Gesprächsbruch, und er geht mühsam zur Toilette. Ich stelle mich Frau B vor, die zwar kontrolliert wirkt, jedoch ausspricht, dass sie ihre Kontrolle verlor und beinahe einen Teller aus Wut und Ärger über die Situation zerschmettert hätte ("Ich konnte nicht mehr."). Ich unterstütze und ermutige sie, für sich selbst zu sorgen.

Ich bin in diesem Gespräch einfühlsam, spiegele ihren Mann und bringe seinen gebesserten Zustand mit ihrem Besuch in Verbindung, wobei ich meistens in der Gegenwart bleibe. Seine Wünsche stelle ich nicht in Frage, sondern bestärke ihn, mache ihm Hoffnung und unterstütze seine Beziehungen zu seiner Familie. Ich öffne ihm einen Raum, um über die verstorbenen Töchter reden zu können und spreche auch meine eigenen Gefühle aus, wodurch ich ihm sehr nahe bin, und lasse ihn auch verleugnen, um sein Selbstbild aufrecht erhalten zu können.

#### Gespräch 4

Die Eheleute wollen ins Freie. Herr B hatte an diesem Tag Untersuchungen, die ihn sehr anstrengten. Es geht ihm nicht gut, und sein gesundheitlicher Einbruch zeigt sich daran, dass er nicht isst. Er versucht seinen verschlechterten Zustand mit dem Wetter zu erklären. Trotzdem kämpft er gegen den Krebs an und macht alles, was ihm angeboten wird. Patienten, mit denen er sich austauscht, geben ihm eine Solidargemeinschaft. Er nimmt seine gesundheitliche Veränderung hin und lenkt sich ab, wenn er von seiner Kirchengemeinde spricht, in der er sich wohl fühlt. Diese, sein Zuhause und die Umgebung erfüllen ihn mit guten Gedanken ("Wir können uns dort bei uns schon wohl fühlen."). Er sorgt sich um seine Frau, die Angst um ihn hat und belastet ist, weshalb er wünscht, dass sie sich zerstreut und von Freunden abgelenkt wird ("Da ist es schon besser, dass Du Dich beschäftigst. Ich habe auch allen gesagt, dass sie Dich rannehmen sollten.").

Seine Frau, die ihn mit ihrer Anwesenheit unterstützt, ist hilflos ("Ja, es belastet mich schon. Ich versuche damit irgendwie fertig zu werden. Manchmal geht es mir nicht gut, und dann weiß ich auch nicht weiter. Es ist so viel. Ich fühle mich dann hilflos."). Ihr helfen die Arbeit im Garten, Musik, Gespräche mit Freunden oder die Kirche, mit der Belastung umzugehen und sich zu entlasten. Ihr Sohn und ihre Mutter helfen ihr dabei.

Ich gebe beiden genügend Raum, um zu sprechen und um sich gegenseitig ihre Gefühle mitzuteilen.

### Gespräch 5

Herrn B geht es schlechter. Er kann nicht einmal mehr zur Toilette gehen, um Wasser zu lassen, und bekommt eine Vitamininfusion. Seine Frau ist inzwischen abgereist. Er fühlt sich in einem Loch, denn der Chefarzt der Rehabilitationsklinik hat ihm alle Aussicht auf Heilung genommen und ihm erklärt, dass er an dem Lungenkrebs sterben wird. Herr B hatte auf eine weitere Chemotherapie gehofft, die sein Leben verlängern könnte ("Er hat mir keine guten Aussichten gemacht. Es ist doch schlimmer, als ich dachte. Er sagte mir, dass ich die Krankheit nicht überleben würde."). Schließlich resigniert er und kämpft nicht mehr weiter, um gesund zu werden, und so hat das Essen als Kampfmittel seine Bedeutung verloren. Trotzdem steht er nach der Infusion kurz auf, um doch noch etwas zu essen.

Herr B, der bisher kontrolliert wirkte, versucht nicht mehr, seine Haltung zu bewahren und weint. Er weiß, dass er nicht mehr lange leben wird. Diese neue Situation, sich als Sterbenden zu akzeptieren, verunsichert ihn ("Ich weiß noch nicht, wie ich das alles schaffen soll."), gleichzeitig versucht er, seine Lebenssituation zu kontrollieren, wenn er aus der Rehabilitationsklinik heraus seine häusliche Umgebung umgestaltet oder sich über ambulante Pflege zu Hause informiert. Er versucht, sein unsicheres Leben in den Griff zu bekommen, wenn er am folgenden Wochenende mit seiner Familie, d.h. mit seiner Frau, dem Sohn, der Tochter und deren Freund über sein Testament und seine Krebserkrankung sprechen möchte und ihnen eröffnen wird, dass er sterben wird. Das Verhalten seiner Tochter, die ihn täglich anruft, und das seines Sohnes, der sich für seine Mutter und das Haus verantwortlich fühlt, zeigen ihm, dass seine Familie ahnt, wie krank er ist. Er will seine Frau schützen, denn er traut ihr nicht zu, mit seiner tödlichen Bedrohung umzugehen. Indem er sich mit ihr vergleicht, lenkt er sich von seiner eigenen Belastung ab. Gleichzeitig wertet er sich im Umgang mit dem Krebs und seinem bevorstehenden Tod auf, weil er meint, sich selbst im Gegensatz zu seiner Frau kontrollieren zu können. ("Meine Frau wird das alles schwerer treffen als mich. [...] Ich kann das, und ich habe den Mut dazu. Sicherlich bemühe ich mich, Haltung zu bewahren, wenn es geht, dann werde ich auch weinen. Ich kann das.") Er hat *sein Haus bestellt* und bis auf seine Grabstelle sein Leben geregelt. Einerseits zeigen seine

Handlungen, dass er langsam von seinem Leben Abschied nimmt, andererseits will er sich noch nicht wirklich verabschieden.

Herrn B belasten keine schwerwiegenden Angelegenheiten mehr, denn er fühlt sich in seiner Familie geborgen. Das Gespräch mit dem Chefarzt hat ihm alle Hoffnung auf Heilung genommen, doch er hofft von seiner Familie und Freunden begleitet zu werden, obwohl er nur sich alleine helfen kann ("Ich fühle mich wie in einem tiefen Loch, doch da muss ich alleine raus, da kann mir keiner helfen. Es ist nicht so, als würde ich mich einsam fühlen, doch es ist alles trotzdem irgendwie einsam. [...] Ich weiß aber, dass ich mit aller Unterstützung wieder herauskommen werde. Bei der Sache mit unserer Tochter ging es mir auch schlecht, aber ich bekam Hilfe. Jetzt werde ich das auch bekommen. [...] Ich weiß aber auch, dass sie gut aufgehoben ist. Wenn ich wieder zu Hause bin, kommen auch meine Freunde aus dem Kirchenvorstand wieder."). Herr B ist optimistisch. Ihm helfen sein Glaube, den er nicht in Worte fasst, sein soziales Engagement, die Gemeinschaft in der Kirche sowie sein Bewusstsein, das eigene Leben von Gott geschenkt bekommen zu haben.

Ich bin einfühlsam, gebe ihm genügend Raum zu sprechen, gehe auf ihn ein und akzeptiere, wenn er reden oder das Gespräch beenden will, und helfe ihm, seinen Gefühlen Worte zu geben, wenn ich z.B. den Stolz über seinen Sohn hervorhebe. Die Beziehung zwischen uns beiden ist so gut, dass Herr B sogar wünscht, dass ich ihn zu Hause besuchen soll ("Sie kommen doch, wenn ich wieder zu Hause bin."), denn mit mir kann er über seine Belastungen und Hoffnungen sprechen, und fühlt sich von mir verstanden und akzeptiert.

## Gespräch 6

Herr B bleibt während des gesamten Gesprächs im Bett liegen. Am Morgen ist er beim Duschen kollabiert. Er bagatellisiert dieses Ereignis allerdings und beschönigt seine Lage, dass es ihm ein wenig besser geht, leugnet dabei sogar den Kollaps und versucht ihn zu erklären ("Nein, so kann man das nicht nennen. Ich musste mich hinlegen, weil ich keine Luft bekam. Die Wärme und die feuchte Luft, das hat mir zu schaffen gemacht.").

Dennoch fühlt er sich psychisch wohl. Den Krebs nimmt er hin und akzeptiert ihn. Er genießt die Besuche seiner Frau und seines Sohnes und lädt mich ein, diesen kennen zu lernen. Er ist mit seiner Familie zufrieden ("Meine Familie ist in Ordnung."). Er ist stolz auf seinen Sohn, aber er sorgt sich um seine Frau ("Ihr geht das sehr nahe.") und wünscht, dass

sie abgelenkt wird ("Wir haben einen großen Bekanntenkreis, der kümmert sich um sie. Ich habe mit ihnen gesprochen, dass sie sie einspannen sollen."), doch es erleichtert ihn, wenn er sieht, wie nahe sich Mutter und Sohn stehen.

Das Familiengespräch soll am Wochenende in seinem Zimmer stattfinden, denn dort fühlt er sich wohl und hat in der gewohnten Umgebung Kraft dafür. Allerdings ist er enttäuscht, dass der zukünftige Schwiegersohn nicht daran teilnehmen wird, versucht jedoch, diesen zu entschuldigen und setzt dessen Bedeutung herab ("Ich hätte mich gefreut, doch es geht nicht. Er hat eben viel zu tun als Unternehmensberater, und da kann er nicht. Wenn er dabei gewesen wäre, hätte er sowieso kein Stimmrecht gehabt."). Herr B hat *sein Haus bestellt* ("Es ist alles geordnet.").

In dem Gespräch mit der Familie geht es um Beziehungen auch über den Tod hinaus. Deshalb gibt Herr B auch die Gegenstände, die er vererben möchte, ganz bewusst ab und verabschiedet sich von seinem Leben ("Meine Frau als Überlebende wird alles bekommen. Ich will aber mit der Familie abklären, wer was erhält. Wie es nachher kommt... Es wird sowieso anders kommen."). Danach bricht er dieses Thema ab und wendet sich seiner Frau zu.

In unseren Gesprächen wird Herrn B deutlich, dass er mit seiner Frau nicht über Gefühle spricht, ihre jedoch solche impliziert ("Wir haben noch nicht darüber gesprochen. Ich denke aber, sie spürt und weiß, was los ist."). Er nimmt sich nun deutlicher wahr, dabei spürt er den Krebs in der Brust, der ihn töten wird, und denkt über sein Leben nach ("Seitdem mir klarer ist, was mit mir los ist, dass der Krebs wächst, denke ich über vieles nach.").

Sicherheit und Gewissheit sind für sein weiteres Leben wichtig ("Ich möchte geklärt haben, was geschieht."). Er wünscht die Sicherheit, in der Nähe seines Zuhauses beerdigt zu werden. An dieser Stelle betrauert er sein Leben und weint. Es tut ihm gut, dass ich ihn bestärke, weinen lasse und ihm helfe, seinen Wunsch auszusprechen.

Ich gebe ihm Raum, um zu sprechen, bin Sprachhilfe und fasse seine Gefühle und Gedanken in Worte. Ich ermutige ihn, mit seiner Familie so offen und gefühlvoll über sein Leben und Sterben zu sprechen wie mit mir, denn das Sprechen und Weinen hat ihn entlastet und ihm Klarheit gebracht. Herr B ist selbst über sich erstaunt ("Ich hätte nie gedacht, dass ich darüber sprechen könnte.").

Er hat sich im Laufe unserer Gespräche entwickelt, bewahrt nicht mehr nur Haltung, sondern zeigt und lebt seine Gefühle aus. Sprechen hilft ihm und entlastet ihn ("Ich habe noch nicht so gesprochen. Und ich merke, dass das Sprechen mir hilft. Ich kann dabei meine



Gedanken ordnen. Ich danke Ihnen dafür."). Diese Gespräche haben die Beziehung zwischen uns beiden vertieft.

### Gespräch 7

Herr B liegt im Bett und hat ein Sauerstoffgerät an seinem Bett. Körperlich geht es ihm schlechter, dennoch fühlt er sich wohl ("Mir geht es nicht gut, aber ich fühle mich wohl. Ich habe keine akuten Schmerzen."). Das Essen dient ihm als Indikator für seinen Zustand, denn es schmeckt ihm.

Er hatte Besuch von zwei Pastoren und sprach mit ihnen über seine Grabstelle und seine Beerdigung, womit er meine Anregung zu einem klärenden Gespräch aufgriff, was ihn zwar Kraft kostete, aber ihm dennoch gut getan hat ("Der Gedanke beschäftigt mich schon lange, und ich habe alles besprochen, jetzt geht es mir besser"). Er konnte besonders gut mit einem der beiden Pastoren sprechen, weil dieser für ihn da war ("Er war präsent."), was ihn im Nachhinein noch so berührt, dass er weint. In diesem Zusammenhang beschreibt er, wie er mit Problemen umgeht, die sich ihm stellen. Er versucht, Belastungen, die er wahrnimmt, direkt zu bewältigen und bei schwierigen Situationen aktiv zuzupacken ("Wenn sich mir Dinge stellen, packe ich sie direkt an. Gedanken, die kommen, werden sofort abgehandelt, ich trage sie nicht lange mit mir herum.").

Herr B wendet sich dem geplanten Familiengespräch am Wochenende in der vertrauten Umgebung seines Zimmers zu. Mittlerweile ist er sogar froh, dass sein zukünftiger Schwiegersohn doch nicht teilnimmt ("Mit ist es jetzt so lieber."). Er möchte, dass die Atmosphäre des Gesprächs intim und ungezwungen ist, und da er spürt, dass alle über seinen Krebs und seinen Tod Bescheid wissen, hofft er auf kontrollierte Gefühlsreaktionen. Es soll ein konstruktives Gespräch werden, das seine und die Situation der Familie klären und ihm und allen Familienmitgliedern Gewissheit geben soll.

Er freut sich auf Zuhause. So ungeordnet wie seine Gefühle in der Klinik sind, so geordnet und kontrolliert sollen sie und das Leben zu Hause werden ("Zu Hause ist auch schon einiges geordnet. [...] Es wird einiges anders und sicherlich leichter."). Er hat einen guten Arzt und einen Pflegedienst mit einem guten Ruf, so dass ihm die Strukturen Sicherheit geben und seine Frau entlastet ist ("Sie ist mit allem so belastet, da soll sie entlastet werden, wenn ein Dienst ihr hilft."). Er akzeptiert, dass er gepflegt wird, und nimmt es hin,

wobei seine Zukunft für ihn ungewiss ist ("Ich muss mich noch daran gewöhnen."). Das unerträgliche Gefühl und die Vorstellung, von einer Frau oder einer jungen Schwester gepflegt zu werden, trennt er von der Notwendigkeit, wodurch die Belastung an Wucht und Gewalt für ihn verliert ("Ich merke, dass ich die Hilfe brauche und es nicht alleine kann, da nehme ich die Hilfe der Schwestern gerne in Anspruch. Es war erst ungewohnt, doch jetzt lasse ich es mir gefallen, weil es nicht anders geht, und dabei sind es Schwestern, die noch sehr jung sind, die mich hier waschen. Ich denke mir nichts dabei. Die sicher auch nicht.").

Herr B spricht nur mit Menschen, denen er vertraut und die ihm helfen. Ich stärke ihn und unterstütze jegliche seiner Beziehungen, bin Sprachhilfe und drücke für ihn aus, dass er Kraft gefunden hat, mit den Pastoren über seinen Tod zu sprechen. Sach- oder Interviewfragen meinerseits hindern zwar das Gespräch, aber nicht die Beziehung zwischen uns beiden.

### Gespräch 8

In diesem letzten Gespräch in der Rehabilitationsklinik geht es Herrn B noch schlechter. Nach einer Pleurapunktion hat er nun Schmerzen. Ich ermutige ihn, eine Krankenschwester zu rufen, um sich ein Schmerzmittel geben zu lassen, aber er will trotz seiner starken Schmerzen Haltung bewahren und sich nichts anmerken lassen, was ihm allerdings nicht gelingt.

Ich spreche ihn auf das Familiengespräch vom vergangenen Wochenende an, das den gewünschten Erfolg hatte, denn jetzt hat seine Familie Gewissheit über seinen gesundheitlichen Zustand ("Jetzt wissen sie Bescheid."). Er hat *sein Haus bestellt*, ist zufrieden und konnte in der Atmosphäre sprechen, wie er es sich gewünscht hatte ("Sie haben es gut aufgenommen, und ich bin beruhigt."). Nach dem Gespräch bekam er die Herausforderung gestellt, seinen Kindern die Erbstücke zu erläutern. Diese Aufgabe belastet ihn zwar ("Ich weiß nicht, ob ich es schaffe."), doch mit seiner Frau kompensiert er seine Situation ("Ich werde es mit ihr zusammen versuchen. Ich sage es ihr, und sie kann es aufschreiben.").

Herr B freut sich auf sein Zuhause, obwohl seine Zukunft ungewiss ist. Die Rehabilitation erfüllte nicht seine Hoffnung auf Heilung, stattdessen bekam er die Gewissheit, todkrank zu sein. Ich vermittele ihm dennoch einen Sinn, denn er hat zu seiner Familie eine neue Beziehung gefunden. Er kann nun offen mit seiner Frau und seinen Kindern sprechen ("Das

war gut!"). Er freut sich, seine Familie und Freunde um sich zu haben, die ihn versorgen und ihm beistehen. Am Ende wünscht er, mich bald wieder zu sehen.

Die Atmosphäre dieses Gesprächs ist vertraut, und Herr B fühlt sich bei mir so geborgen, dass ich bei ihm bleiben soll, auch wenn er einschläft. Er hat starke Schmerzen und nimmt auf meinen Impuls hin ein Schmerzmittel ein, so dass das Gespräch konzentriert weiter geführt werden kann. Ich gebe ihm jedoch leider nicht genügend Raum, um ausführlich über das Familiengespräch zu sprechen.

### Gespräch 9

Zehn Tage nach der Rehabilitation findet dieses Gespräch bei Herrn B zu Hause statt. Er liegt im Bett und kann nur mühsam mit Hilfe ein paar Schritte durch die Wohnung gehen. Sein Bett steht im Wohnzimmer, von hier aus überblickt er sein Grundstück und die Wohnung. Er hat sich eine Atmosphäre geschaffen, in der er sich wohl fühlt und das Gefühl hat zu leben ("Da bin ich mittendrin. [...] Ich würde mich abgeschoben fühlen."). Er wirkt zufrieden, nimmt seinen Zustand an und wird durch Besuche, den Blick in den Garten oder den Fernseher abgelenkt.

Herr B differenziert seinen Zustand. Körperlich geht es ihm schlecht (Ich fühle mich sehr schwach. [...] Körperlich geht es nicht so, wie ich es mir vorgestellt habe."), doch psychisch geht es ihm gut ("Inwendig fühle ich mich wohl. Ich bin hier zu Hause. Ich habe alles, was ich brauche."), weil er in seiner vertrauten Umgebung ist und alle Unterstützung bekommt, die er sich wünscht. Besonders wichtig ist ihm, dass sein Sohn da ist, und stellt gemeinsam mit seiner Frau voller Stolz fest, dass dieser sich vorteilhaft entwickelt ("Oder mit meinem Sohn, der fängt jetzt zu studieren an, der kann sich dann mit einem Buch hierher setzen. Es ist schön, wenn jemand einfach nur da ist. Er ist jetzt auch sehr still geworden. [...] Er ist doch noch jung. Andere machen dies und das. Für sein Alter macht er das gut, und wenn Du [zur Ehefrau gerichtet, Anm. G.M.] jetzt am Wochenende wegfährst, dann ist er die ganze Zeit da, da brauchst Du Dir keine Sorgen zu machen."). So kann er seine Frau beruhigt zu einem Chorwochenende schicken, denn sein Sohn gibt ihm Sicherheit und Geborgenheit, und er wünscht, dass ich ihn ebenfalls kennen lernen soll. In seiner Nähe fühlt sich Herr B ebenso wohl und geborgen wie in meiner.

Herr B wirkt gelassen, zufrieden und glücklich. Er will mitten im Leben sein und es genießen. Er unterbricht seine Frau, wenn sie von einer möglichen Lebensbedrohung während ihrer Reise zu sprechen beginnt, und unterdrückt es, über den Tod zu sprechen, denn jetzt lebt er und will nicht mit dieser Bedrohung konfrontiert werden.

Er wendet sich seiner Frau zu, die ihn nicht loslassen kann. Er wünscht sich, dass sie ihn freigibt, damit er sterben kann. Aktiv sorgt er dafür, dass sie sich nicht isoliert, und schickt sie zu dem Chorwochenende ("Aber jetzt muss sie, und sie soll!") oder zu ihrem Musizierkreis. Herr B schätzt seine Situation genau ein und hat die Kraft, für sich selbst zu sorgen. Er teilt mit, wenn er unbequem liegt, und gestaltet seinen Lebensraum so, dass er zufrieden ist, oder weicht belastenden Gesprächsthemen bzw. Menschen aus.

In diesem Gespräch ist eine Besucherin anwesend, die sich vollkommen deplaciert verhält. Frau B führt sie von ihrem Mann weg.

Ich habe wieder das volle Vertrauen von Herrn B, bin einfühlsam und unterstütze ihn vielfältig. Ich akzeptiere ihn und wende mich keinen Gesprächsthemen zu, die ihn belasten könnten, so spreche ich nicht explizit über den Tod. Ich schlage ihm vor, sich mit dem Rollstuhl in den geliebten Garten fahren zu lassen.

Ein wichtiger Impuls und eine aktive Hilfe ist das Richten der Antidekubitusmatratze. Herr B liegt sehr unbequem und müsste, wenn ich nicht eingreife, einige Tage über das Wochenende warten, bis eine Krankenschwester käme, die in der Lage wäre, die Matratze zu richten. Ich erledige das mit wenigen Handgriffen und mobilisiere ihn gleichzeitig, indem ich ihn durchs Wohnzimmer führe. Dies tut ihm außerordentlich gut und gibt ihm ein sicheres Gefühl ("Danke, ich kann das zwar alleine und möchte es auch alleine versuchen, doch gibt mir die Begleitung Sicherheit. [...] Das ging ganz gut. Ich bin zwar erschöpft, doch ich hoffe, dass es mit dem Krankengymnasten besser wird. Danke für Ihre Hilfe."). Für diese direkte Hilfe möchte sich seine Frau mit Wein bedanken.

## Gespräch 10

Das letzte Gespräch findet zwei Wochen vor dem Tod von Herrn B statt. Er ist nun vollkommen bettlägerig und braucht für alle Aktivitäten des täglichen Lebens Hilfe und Unterstützung. Das Essen ist für ihn nach wie vor Indikator für seine Lebenszufriedenheit ("Ich habe wieder Appetit und habe auch gut gegessen."). Sein körperlicher Zustand verschlech-

tert sich, doch er ist mit seinem Leben zufrieden ("Ja, mir geht es soweit gut, ich fühle mich wohl."). In diesem Gespräch schläft Herr B viel. Fragen, die ihn anstrengen, und sachlichen Themen weicht er mit Toilettengängen aus. In seinen wachen Momenten zeigt er, dass er seine Situation genau wahrnimmt und analysiert, wenn er z.B. darüber spricht, dass er Sauerstoff braucht ("Vermutlich brauche ich von draußen den Sauerstoff nicht. Es hilft mir aber, wenn ich die frische Luft atme.").

Es ist alles geregelt, und er wartet darauf zu sterben, sein Leben ist abgeschlossen ("Ich fühle mich sehr wohl."). Es ist alles gesagt. Er lenkt sich nicht mehr mit Fernsehen ab, sondern möchte Besuche, d.h. Menschen, um sich herum haben. Er schafft es nicht mehr, seinen Kindern über das Erbe Auskunft zu geben ("Nein, ich schaffe das nicht mehr. Ich habe es ihnen aber gesagt. Ich habe darüber gesprochen. Ich habe mit ihnen viel darüber gesprochen."), doch weil er mit ihnen geredet hat, belastet ihn dies nicht.

Die Beziehung zu mir ist vertraut. Herr B fühlt sich in seiner Intimsphäre von mir nicht gestört und wohl in meiner Nähe ("Entschuldigt, aber ich muss jetzt mal. Wenn es Sie nicht stört, bleiben Sie bitte."). Ich interveniere, als Frau B überlegt, ein Medikament abzusetzen, gleichzeitig unterstütze ich ihn, auf den Toilettensstuhl zu gehen, und verstärke ferner die Bedeutung des Arztes, wenn ich diesen aufwerte, weil er Herrn B gewissenhaft versorgt. Dies veranlasst ihn nachzufragen ("Sie sagten vorhin, dass unser Arzt gewissenhaft sei. Wie meinten Sie das?") und bestärkt ihn, einen guten Arzt gewählt zu haben ("Wir haben uns damals diesen Arzt ausgesucht, weil er noch jung war und an seiner Ausbildung noch dran war, so dass wir hofften, dass er uns gut versorgt. Wir sind sehr mit ihm zufrieden."). Diese Nachfrage zeigt, dass er meinen Impuls wahrgenommen hat und sich von mir angenommen fühlt. Als Sprachhilfe verstärke ich seine Bewältigung und fasse seine Gedanken und Worte zusammen. Zum Abschied biete ich mich an, für Herrn B zu beten, was dieser ausdrücklich annimmt. Er hätte sich mehr geistlichen Beistand gewünscht.

Er ist stolz auf seinen Sohn, dass dieser studiert und seine Frau im Alltag unterstützt ("Der hilft bestimmt."). Er freut sich über den Besuch seiner Tochter am Wochenende.

Frau B spricht in diesem Gespräch am meisten. Sie macht einen starken Eindruck, sorgt für ihren Mann, lässt ihn nicht allein, gibt ihm zu essen und ist präsent, was dieser ebenfalls bei seinem Pastor schätzt. Herr B spricht auch nicht mehr über ihre Schwäche und versucht nicht mehr, für sie zu sorgen. Er wirkt ergeben.

### **2.3.7.1 Die Situation als krebskranker und sterbender Mann**

Die Situation von Herrn B entwickelt sich im Laufe der Gespräche. Er kam zunächst aus einer Lungenklinik in die Rehabilitationsklinik, nachdem eine zweite Chemotherapie abgebrochen worden war. In dieser Zeit hatte er gehofft, geheilt zu werden. Als der Chefarzt der Rehabilitationsklinik ihm jedoch jegliche Hoffnung auf Heilung nimmt, weil der Krebs zu aggressiv wächst, beginnt er sich als sterbenden Menschen zu sehen und fühlt sich allein in einem Loch.

Als ihm seine ausweglose Situation deutlich wird, beginnt er schon in der Rehabilitation, seine häusliche Situation zu verändern, Pflege zu organisieren, seinen Nachlass zu ordnen und regelt mit zwei Pastoren seine Grabstelle und seine Beerdigung. Er initiiert ein Gespräch mit seiner Familie in der vertrauten Atmosphäre seines Krankenzimmers, in der er sich sicher und wohl fühlt, und bereitet seine engsten Angehörigen auf seinen Tod vor.

Eine weitere Entwicklung findet statt, als er zu Hause ist. Er hat sein Pflegebett ins Wohnzimmer stellen lassen, von dem aus er in die Küche, den Hausflur und den Garten blicken kann. Gemeinsam mit seiner Familie hat er sich eine heimelige Umgebung geschaffen, in der er gerne Besucher empfängt und sterben wird.

Seine Situation wird von der menschlichen Zuwendung und der ärztlichen Aufklärung bestimmt, nach der er die ihm noch verbleibende Lebenszeit plant. Zunächst hatte er die Hoffnung auf bedingte Heilung und richtete sich auf weitere Lebensjahre ein. Nach der Aufklärung des Chefarztes bereitet er sich nun auf seinen Tod vor. Sein psychischer Zustand wird eher von Menschen, denen er vertraut und von denen er unterstützt wird, beeinflusst als von dem Krebs, was zeigt, wie wichtig Menschen und deren Zuwendung für ihn sind. Seine Situation stellt er stets differenziert dar und unterscheidet zwischen körperlich und seelisch. Herr B fühlt sich, obwohl der Krebs wächst und sein physischer Zustand sich stetig verschlechtert, psychisch wohl und nimmt nachdem er Sicherheit hat seinen bevorstehenden Tod an.

### **2.3.7.2 Die Beziehungen der Gesprächspartner zu Herrn B**

Herr B hat zu vielen Menschen in diesen Gesprächen Beziehungen. Jeder von diesen beeinflusst in irgendeiner Form sein Bewältigungsverhalten. Es tut ihm gut, Besuch zu bekom-

men wie von dem Freund, der drei Stunden mit dem Fahrrad zu ihm unterwegs war, was ihm zeigt, wie viel er diesem wert ist.

Verschiedene Ärzte treten mit Herrn B in Kontakt, zu denen er grundsätzlich ein positives Verhältnis hat, da er von ihnen Hilfe erhofft. Die erste Gruppe von Ärzten begegnet ihm in der Lungenklinik, als er seine Diagnose mitgeteilt bekommt. Gegen diese lehnt er sich auf, denn sie teilten ihm quasi "im Vorübergehen" für ihn unverständlicherweise gefühllos die Krebsdiagnose mit. Er verträgt dort die Chemotherapie nicht und muss sie abbrechen. Indirekt kann dies auch als Aufbegehren gegen seine Erkrankung angesehen werden. Er fühlt sich als Mensch nicht geachtet und lehnt jene mit ihren Impulsen ab, die ihm nicht die nötige Achtung entgegenbringen. Der zweiten Gruppe von Ärzten, zu denen auch das Pflegepersonal gehört, begegnet er in der Rehabilitationsklinik. Hier wendet sich ihm das Personal einfühlsam zu, ist offen zu ihm und sieht in ihm einen Menschen. Der Chefarzt klärt ihn ausführlich und in Ruhe auf, wofür Herr B ihm dankbar ist. Die Schwestern, die sich ihm vorsichtig nähern und ihn pflegen, unterstützen ihn ebenfalls, mit seiner neuen Situation als Pflegebedürftiger umzugehen. Sein Hausarzt versorgt ihn umfassend und gibt ihm Sicherheit. Diesen Menschen vertraut er vorbehaltlos und nimmt jegliche Unterstützung an, die ihm angeboten wird. Seine Schwiegermutter unterstützt ihn bei der Grabwahl ("Sie sagte, dass ich das schon richtig gemacht habe."). Sie wirkt eher im Hintergrund und hat eine für ihn angenehme Distanz zu ihm.

Zu seiner Tochter, die ihn täglich anruft und von der er sich verstanden fühlt, hat Herr B die intensivste Beziehung. Er spürt, dass sie am ehesten ahnt, dass er sterben wird und weiß, wie es ihm geht. Er starb an einem Wochenende erst, als sie angekommen war, was mir später seine Frau in einem Telefonat mitteilte.

Für das Familiengespräch wünschte sich Herr B zunächst, dass auch der Freund der Tochter, der ihm sympathisch ist, anwesend ist, doch dann fühlt er sich wohler, als dieser absagen muss. Das Gespräch wird so intensiver und intimer ("Leider kann ihr Freund nicht mitkommen. Er hat zu tun. Das ist vielleicht besser so, dass er nicht mitkommen kann. Mir ist es jetzt so lieber. Nur wir vier.").

Auf seinen Sohn ist er sehr stolz. Dieser war in der Schule erfolgreich, studiert nun und kümmert sich um Haus und Mutter. Herr B überträgt indirekt seine väterliche Verantwortung auf seinen Sohn. Allein dessen Nähe gibt ihm Geborgenheit und Sicherheit.

Seine Frau B stellt er in den Gesprächen in der Rehabilitation als schwach dar. Sie fühlt sich seiner Meinung nach von der ganzen Situation überfordert. Das Ehepaar spricht genau

so wenig über die Gefühle, die sie beide empfinden, wie über den Tod oder die Belastung der verstorbenen Kinder. Als Herr B wieder zu Hause ist, wirkt seine Frau stark, sie managt das gesamte Leben, so dass er sich fallen lassen und von ihr füttern lassen kann. Sie wirkt in den letzten beiden Gesprächen stark und mütterlich, so dass er sich sicher und geborgen fühlt. Je schlechter es Herrn B geht, umso stärker wird sie. Sie freut sich über die Hilfe, die ihr Mann bekommt, und ist für ihn präsent. Während der Rehabilitation kann sie ihn jedoch nicht loslassen. Er fühlt sich von ihr festgehalten, weshalb er sich darum bemüht, dass sie ihn auch allein lassen kann. Im letzten Gespräch scheint sie ihn freigegeben zu können. Sie spricht von den Äpfeln im Garten, die fast reif zur Ernte sind, und wenn die Tochter kommt, kann sie beim Pflücken mithelfen. Wie die Äpfel zur Ernte reif sind, so ist auch ihr Mann reif für den Tod und stirbt, als die Tochter da ist.

Herr B fühlt sich in der Gemeinschaft der Kirche, d.h. des Kirchenvorstands und der Pastoren wohl. Er bezeichnet sich zwar nicht als hundertprozentigen Christen, aber er ist ein engagiertes Gemeindeglied. Mit seinen Pastoren kann er offen sprechen und fühlt sich von ihnen verstanden und unterstützt, weil sie für ihn da sind ("Sie waren präsent.").

Der Kontakt zu mir ist wichtig für ihn, denn mit mir spricht er über seinen Krebs, seine verstorbenen Kinder und seine Wünsche für die Familie. Ich verstarke seine Bewältigungsmechanismen, unterstütze ihn und interveniere, wo es mir nötig erscheint. Dies akzeptiert er auch, so wie im letzten Gespräch, als es um die Medikamente geht und ich ihm rate, diese nicht ohne den Arzt abzusetzen. Das Verhältnis zwischen mir und Herrn B entwickelt sich sehr schnell zu einer vertrauensvollen Beziehung, die auch nicht durch Interview- oder Sachfragen gestört wird. Ich bin für ihn Sprachhilfe, indem ich seine Gedanken, Worte oder Bilder zusammenfasse und verstarke. Er kann in Ruhe seine Belastung aussprechen und über sich nachdenken, dabei lernt er, seine Gefühle auszudrücken, was ihm selbst gegenüber seiner Frau nicht möglich ist.

### **2.3.7.3 Die Bewältigung von Herrn B**

Herr B ändert im Laufe der Gespräche sein Bewältigungsverhalten. Dies hängt davon ab, wie sich die Situation, die Menschen um ihn herum und er selbst sich im Laufe der Zeit entwickeln, d.h. von den Transaktionen.



Bis zur vollständigen Aufklärung über seine Erkrankung kämpft er zunächst, um für eine weitere Chemotherapie vorbereitet zu werden. Diese direkten Aktionen zeigen sich darin, wie er mit den Ärzten zusammenarbeitet, um geholfen zu bekommen, selbst wenn er deren Verhalten ihm gegenüber missbilligt und sich gegen sie auflehnt.

Er wendet sich intensiv den Menschen zu, bei denen er sich geborgen fühlt und lässt diese Menschen bis zu seinem Tod in seiner Nähe sein, wie die Freunde aus dem Kirchengemeinderat und die Familie. Es sind jene, die ihn nicht enttäuschen und von denen er sich unterstützt fühlt.

Er beobachtet sich und sieht minimale Veränderungen, die er zum Besseren hin interpretiert. In diesem Zusammenhang benutzt er das Bild von einem kleinen Pflänzchen, das wächst, denn er will leben. Verschlechterungen seines Zustands unterdrückt er, obwohl er spürt, dass es nicht besser wird, und will erst später, wenn der Krebs besiegt ist, über seine Belastung nachdenken.

Als ihn der Chefarzt der Rehabilitationsklinik aufklärt, dass er an dem Bronchialkarzinom sterben wird, fällt er in ein Loch und ist deprimiert. Beziehungen und Menschen, die ihn unterstützen und präsent sind, geben ihm neue Kraft. Es hilft ihm, mit mir und den Pastoren sprechen zu können, die ihm zuhören und ihn dabei unterstützen, nachzudenken und Gefühle zuzulassen. Ihn stärkt es, wenn er ehrlich aufgewertet wird und Menschen offen mit ihm kommunizieren.

Nach der Aufklärung durch den Chefarzt verändert sich sein Bewältigungsverhalten, denn er kämpft nicht mehr, um zu überleben, sondern um Lebensqualität. Er sucht Gespräche mit mir, wenn er mich einlädt und mir vertraut, und er sucht ebenfalls den intensiven Kontakt zu seiner Familie, um Abschied zu nehmen. In dem Familiengespräch redet er mit seiner Frau und den Kindern über sein Testament und teilt sein Erbe auf.

Herr B beobachtet sich und sucht nach Erklärungen für seinen Zustand. Er versucht, seine Gefühle und seine Situation zu kontrollieren, wozu er Veränderungen deutet, seine Zukunft inklusive Beerdigung plant und bewusst Abschied nimmt. Bisher hatte er sein Leben kontrolliert, das versucht er auch mit seiner Krebserkrankung. Je mehr sich sein Zustand verschlechtert, umso weniger hat er sein Leben im Griff und umso weniger bemüht er sich auch die Kontrolle und Haltung zu bewahren, und lässt Gefühle zu, wenn er weint. Er hat die Sicherheit zu sterben, dennoch will er aktiv und mit Eigeninitiative wirken, wo es ihm möglich ist. Dies macht er selbst noch in den letzten Gesprächen, wenn er die Freizeit seiner Frau gestaltet. Über seine Gefühle spricht er nicht mit seiner Frau, was ihm zuneh-

mend bewusst wird. Er hatte sich bisher eher von Belastungen abgelenkt, wenn er den Tod eines Kindes mit einem weiteren bewältigt, das er zeugt. Jetzt, da ihm sein eigener Tod vor Augen steht, nimmt er seinen Zustand und seine Gefühle bewusster wahr, und es erleichtert ihn, über das, was ihn belastet oder ihm gut tut, sprechen zu können. Gleichzeitig unterdrückt er es über seinen Tod zu sprechen, um die Bedrohung nicht ständig erleben zu müssen.

Er muss sich langsam daran gewöhnen, dass seine Kräfte nachlassen und er Hilfe für alle täglichen Aktivitäten benötigt. In diesem Prozess, in dem er die Hilfe zulässt, bagatellisiert er anfangs seine Scham, von einer jungen Schwester geduscht zu werden.

Je schlechter es ihm geht, umso unbedeutender wird das Essen als Kampfmittel aber umso höher wird es als Genussmittel. Im letzten Gespräch genießt er die Äpfel, die ihm seine Frau in den Mund gibt.

Seine Bewältigung verändert sich mit dem sich zunehmend verschlechternden gesundheitlichen Zustand und mit seinem Aufenthaltsort. In der Rehabilitationsklinik kämpft er zunächst um sein Leben, dann darum, es zu organisieren, zu ordnen und sich zu verabschieden. Zu Hause wirkt er gelassen, genießt die letzte Lebenszeit vor seinem Tod und möchte Menschen und Leben um sich herum haben. Die Sicherheit und Geborgenheit, die er in der Klinik suchte und für die er kämpfte, hat er nun zu Hause durch seine Familie, den Pflegedienst, seinen Arzt und die Besucher. Hier fühlt er sich sicher, wo das Leben immer unsicherer für ihn wird. Menschen, die ihn nicht ernst nehmen und unehrlich zu ihm sind, hält seine Frau von ihm fern, oder er distanziert sich von ihnen wie von seinem Bruder.

Für Herrn B ist der Glaube in seiner Bewältigung wichtig, allerdings spricht er nicht über ihn und bezeichnet sich selbst nicht als hundertprozentigen Christen. Aber er betont, ein gläubiger Mensch zu sein, und drängt mich beinahe am Ende des letzten Gesprächs, für ihn zu beten. Leider hat er von mir nur verhalten geistliche Unterstützung erhalten, möglicherweise hätten weitere Gespräche mit geistlichen Aspekten stärker thematisiert werden können.

Sein Coping ist von kontrollierten direkten Aktionen zu Beginn unserer Gespräche geprägt und verändert sich hin zu den Menschen, denen er sich zuwendet. Sein aktiver Umgang hilft ihm die Informationen und Kontrollen zu finden, die ihm Sicherheit geben. Er ist schließlich über seinen Bewältigungsressourcen und sich selbst erstaunt.

### 2.3.8 Die Gespräche mit Frau G und Herrn G

Fr. G ist 78 und ihr Mann 80 Jahre alt. Sie wohnen in meiner Nachbarschaft, sind starke Raucher und haben beide Lungenkrebs. Frau G ist meine erste Gesprächspartnerin, mit der ich bis zu ihrem Tod sechs Gespräche führe. Sie weiß schon seit über einem halben Jahr von ihrem Krebs und stirbt drei Tage nach dem letzten Kontakt im Krankenhaus. Mit dem Ehepaar G führe ich über einen Zeitraum von 8 Monaten 10 Gespräche, die letzten beiden mit Herrn G finden in der Wohnung der Tochter statt, die ihn im achten Gespräch zu sich holt und bei der er eine Woche nach dem letzten Gespräch stirbt.

Frau G bekam Bestrahlungen, leidet unter deren Folgen und ist sehr abgemagert. Ihr Mann ist schlank und hat starke Knochen- und Gelenkschmerzen. Im Laufe der Gespräche wird er für einige Tage in eine Lungenklinik eingeliefert, in der ihm Lungenkrebs diagnostiziert wird. Beide rauchen ständig während der Gespräche.

Frau G arbeitete als Verkäuferin, ihr Mann als Schlachter und LKW-Fahrer. Sie haben zwei Kinder und mehrere Enkelkinder und leben in einer kleinen Wohnung mit einer aggressiven riesigen Katze. Nachbarn kaufen ein oder pflegen Frau G, die beiden Kinder samt Familien unterstützen ihre Eltern nur sporadisch.

#### Gespräch 1

Frau und Herr G freuen sich über die Gespräche mit mir und wünschen weitere Besuche ("Es ist doch schön, wenn Sie kommen, sagen Sie nur Bescheid, wir sind zu Hause.").

Frau G weiß, dass sie sterben wird und akzeptiert ihren bevorstehenden Tod ("Ich habe nur noch ein oder ein halbes Jahr."). Sie ahnte schon vor ihrer Aufklärung, dass sie schwer krank ist ("Ich habe schon etwas gehaut..."). Im Krankenhaus bekam sie Gewissheit, dass sie Krebs hat und wurde bestrahlt. Sie ist niedergeschlagen, denn sie weiß, dass sie nicht mehr lange leben wird ("Ich war traurig, denn ich dachte, jetzt ist alles vorbei. Ich habe nur noch ein oder ein halbes Jahr."). Ich spreche für sie aus, dass der Krebs ein Todesurteil ist. Die ständigen Schmerzen belasten Frau G ("Ach, wenn das mit den Schmerzen doch nicht wäre!"). Ich versichere ihr, dass sie ohne Schmerzen sterben kann. Sie vergleicht sich mit ihrem Mann, der an seinen Hüftgelenken wegen seines schwachen Kreislaufs nicht operiert

werden kann, und mildere so ihre eigene Belastung. Die Bestrahlungen geben ihr Hoffnung, dass es ihr besser geht.

Am Anfang des Gesprächs stelle ich Interviewfragen, werde jedoch gegen Ende einfühlsamer. Frau G erzählt ihre Lebensgeschichte und wertet sich und ihren Sohn auf, weil sie beide im Gegensatz zur Schwiegertochter stets in ihrem Leben gearbeitet haben. Sie spricht es zwar nicht direkt aus, doch sie geht mit ihrem Geld sinnvoll um, um sich nicht zu verschulden, womit sie sich in einem besseren Licht sieht als ihr Sohn, der zu Weihnachten übergroße Geschenke macht.

Ihr Sohn brachte ihnen am Wochenende Essen, was sie sich auch von ihrer Tochter wünscht. Allerdings nimmt sie diese in Schutz und hätte gerne Besuch von ihr ("Unsere Tochter hat das auch schon gemacht, aber die hat kaum Zeit. Die ist im Kreiselternrat, da hat sie viel zu tun, kann leider nicht oft kommen."). Ihr Mann lehnt sich gegen die Tochter auf, doch Frau G bagatellisiert die Aggressionen zwischen beiden ("Mein Mann ist wie unsere Tochter, die gehen beide hoch, dann hat es sich aber auch, und alles ist vergessen. Die haben eben alle viel zu tun."). Sie weicht meiner Frage nach ihren Gefühlen über die Beziehung zwischen Vater und Tochter aus und spricht stattdessen über die Harmonie in ihrer Ehe ("Aber zwischen mir und meinem Mann ist kein böses Wort gefallen. [...] Wir sprechen über alles."). Ich stärke ihre Beziehung und spiegele die Harmonie.

Arbeit und Urlaub waren für Frau und Herrn G wichtig, von beidem mussten sie sich jedoch verabschieden ("Wir haben [...] auf einem Campingplatz in G Urlaub gemacht, das war schön und hat Freude gemacht. Jetzt geht das nicht mehr. Wir können nicht mehr.>").

Frau G belastet, dass sie ihren Bruder, der pflegebedürftig ist und in einem Pflegeheim lebt, nicht besuchen kann. Sie lenkt damit von ihrer eigenen Schwäche ab. Ich biete ihr an, sie zu ihrem Bruder zu fahren, worüber sie sich sehr freut.

Herr G ist mit seiner Frau solidarisch und isst nur dann, wenn diese auch isst. Beide leben mit dem Tod und bereiten sich darauf vor ("Wir sind dann zur Bank und zum Notar und haben unser Testament gemacht und für die Beerdigung alles geregelt, so dass alles klar ist."). Frau G möchte aber noch ihre Goldene Hochzeit erleben.

Sie sieht, dass sie sich im Laufe der Erkrankung entwickelte, denn sie setzt sich mit ihrem Tod auseinander ("Früher konnte ich das nicht. Wenn es darum ging, habe ich mich nicht damit beschäftigt, wollte nichts damit zu tun haben. Jetzt ist das anders, da betrifft es mich."). Gebete sind für sie wichtig geworden. Sie kann alles aussprechen, was sie belastet, und das erleichtert sie ("Abends bete ich, und dann, wenn es mal bedrückend ist, geht es mir

besser."). Dabei erinnert sie sich an ihre Kindheit, als der Glaube ihr viel bedeutete. Es belastet sie, dass ihr Mann ihrem Glauben nicht zugetan ist, obwohl er selbst im Krieg im Kugelhagel betete. Sie bedauert auch, dass sie ihren Glauben den Kindern nicht vermitteln konnte.

## Gespräch 2

Zwei Monate später findet dieses Gespräch statt. In der Zwischenzeit haben Frau G und ich uns mehrfach am Gartenzaun stehend unterhalten. Sie erzählte, dass ihr Glaube ihr Kraft gibt, trotz ihrer Lungenentzündung. Ihr Mann hat mittlerweile ein Sauerstoffgerät.

Herr G spricht diesmal kaum, außer dass er mich um Hilfe bei der Handhabung des Sauerstoffgerät bittet, denn er vertraut mir ("Wir wollten Sie schon rufen, weil Sie sich doch mit solchen Sachen auskennen."), ansonsten unterstützt er seine Frau und stimmt ihr stets zu.

Frau G nimmt ein, was ihr die Ärzte verordnen. Ihr Krebs hat sich nicht verändert. Sie beruhigt sich, dass die Lungenentzündung damit nichts zu tun hat. Sie wendet sich von ihrer eigenen Belastung ab und sorgt sich um ihren Mann, ihren Bruder oder Neffen, die alle auch schwer krank sind. Sie vergleicht sich mit anderen Menschen, denen es auch schlecht oder sogar noch schlechter geht als ihr. Als ich sie darauf anspreche, dass sie sich um andere kümmert und nicht um sich selbst, reagiert sie hilflos ("Ja, was soll ich machen."). Sie wendet sich dann sofort wieder der Familie zu und idealisiert sich mit ihr ("Wir haben immer ein gutes Verhältnis in der Familie gehabt. [...] Wir halten nicht nur mit meinem Bruder und meinem Neffen zusammen, sondern unsere ganze Familie, meine Tochter und der Sohn. ").

Frau G nimmt ihren Mann, der sich vom christlichen Glauben distanziert, mit dem Hinweis in Schutz, er habe im Krieg im Trommelfeuer gebetet. Sie zeichnet ein harmonisches Bild ihres Glaubens und bagatellisiert die Uneinigkeit zwischen ihr und ihrem Mann, wobei sie ihre eigene Belastung unterdrückt ("Mein Mann sagt, dass alles in der Natur Gott sei. Das hat er früher gesagt, weil er so erzogen worden ist, sein Vater hat das immer gesagt. [Er nickt zustimmend.] Doch er hat sich geändert. Wir denken zwar nicht gleich darin, doch er lässt mich, und wir streiten uns nicht."). Sie weicht Konflikten in der Ehe aus und vergibt ihrem Mann, um Frieden zu haben, und bewertet ihr Verhalten religiös ("Wir sind zwar keine sehr gläubigen Menschen, doch wir versuchen uns nicht zu streiten. [...] Früher war ich

auch anders als heute. Aber mein Mann war immer so, dass er nicht nachtragend war. Das ist schön an ihm. Ich war schon eher mit dem Streit dabei. Er nicht. Wir vertragen uns schnell wieder, und dann können wir auch schlafen gehen.").

Frau G akzeptiert ihren baldigen Tod. Sie hat ihr Leben abgeschlossen und wünscht sich nur noch, die Goldene Hochzeit zu erleben ("Ja, jetzt leben wir schon so lange zusammen, da möchte ich diesen Tag erleben. Es soll nicht groß gefeiert werden. Das schaffen wir auch nicht, und dann sehen wir mal. [...] Ja, gut, ich weiß, dass jeder Tag geschenkt ist, da freue ich mich über alles.").

Ich bin für beide eine Vertrauensperson, an die sie sich wenden können, die sie begleitet, akzeptiert, wahrnimmt und unterstützt. Trotz seiner kirchlichen Distanz werte ich Herrn G als gläubigen Menschen auf, was dem Paar gut tut. Ich gebe Frau G Worte, dass sie christlich handelt, wenn sie ihrem Mann vergibt, obwohl sie es nicht bewusst macht.

### Gespräch 3

Die Beziehung zwischen dem Ehepaar und mir ist harmonisch, und ein Besuch ist jederzeit auch ohne Anmeldung möglich.

Beide haben mit dem Leben abgeschlossen und möchten sterben. Sie haben ihre Beerdigung geregelt und ihre Tochter ermächtigt, die Finanzen zu verwalten, wenn sie nicht mehr dazu in der Lage sein werden ("Wir haben alles geregelt!") und bereiten sich auf ihren Tod vor ("Es kann uns ja jeden Tag treffen, da muss man vorbereitet sein."). Frau G freut sich sogar auf ihren Tod und hat keine Angst davor, denn sie hofft, ihre Eltern wiederzusehen ("Wovor sollten wir Angst haben? Ich freue mich, wenn ich meine Mutter wieder sehe und meinen Vater."). Mit diesem Ausblick gibt der Tod ihr Geborgenheit und Hoffnung auf ein Paradies. ("Es wird eben ein Paradies sein.").

Herr G ist auf seinen und den Tod seiner Frau vorbereitet und gleicht seinen Umgang damit dem seiner Frau an. Er betont, dass er keine Angst vor dem Sterben hat ("Ja, ich habe kein Problem. Es kommt in letzter Zeit öfter vor, dass ich keine Lust mehr habe. Ich muss nicht mehr leben. [...] Aber ich kann sterben."). Er möchte nicht vor seiner Frau sterben, denn seine Urne soll auf ihrem Sarg stehen.

Frau G vergleicht sich mit ihrem Mann und stellt fest, dass es ihm immer schlechter geht und er auch sterben wird. Sie haben beide mit dem Leben abgeschlossen ("Mir geht es ja so-

weit, doch mein Mann hat Schmerzen. Er will auch nicht mehr so recht. Wissen sie, wir haben mit allem abgeschlossen."). Sie dankt Gott für jeden Tag, den sie erlebt, wenn sie betet.

Sie fühlt sich alt und krank, und ihr Leben ist am Ende angekommen so wie der bankrotte Staat, über den sie spricht. Dieses Bild drückt ihre Situation aus, denn sie steht unmittelbar vor dem Tod. Ich möchte sie im Umgang mit der Pflegeversicherung als qualifizierte Hilfe unterstützen, doch sie lehnt mein Angebot ab, da sie selbständig bleiben will ("Ich möchte niemandem auf der Tasche liegen."). Zusätzliches Geld verlängert ihr Leben und Leiden, doch sie will sterben, wozu sie alles vorbereitet hat, Hilfen bezahlt sie ("Ich weiß ja nicht, wie lange ich noch habe. Ich habe das Alter, und auch die Krankheit ist da, die mein Leben verkürzt. Letzte Woche hat die Nichte meiner Nachbarin zwei Stunden unser Bad geputzt. [...] Morgen wird sie unser Schlafzimmer machen. [...] Ich bezahle sie...[...]. Auch wenn meine Tochter einkaufen geht, gebe ich ihr etwas. Wissen Sie, wir sind alt, das bisschen Brot und was wir sonst noch brauchen, wir geben nicht viel aus und haben gut gespart. Wir haben für unsere Beerdigung alles vorbereitet.").

Frau G ist stolz darauf, unabhängig zu leben und versucht ihr Leben weiterhin zu kontrollieren.

Frau G möchte ihre Goldene Hochzeit, Weihnachten und den Jahreswechsel erleben. Die Goldene Hochzeit ist etwas ganz Besonderes und Außergewöhnliches für sie ("Es hat noch nie, weder aus meiner noch aus der Familie meines Mannes jemanden gegeben, der die Goldene Hochzeit gefeiert hat. Wir haben uns die zum Ziel gesetzt. Dann müssen wir nicht mehr leben. [...] Mehr können wir dann wirklich nicht mehr verlangen. Gott hat uns überhaupt bisher schon viel geschenkt. Wir haben ein schönes Leben gehabt, das reicht nun.") Frau G sieht zufrieden auf ihr Leben zurück und ist Gott dankbar dafür. Die Planung der Goldenen Hochzeit und das Fest selbst lenken sie von ihren Belastungen ab.

Frau G fühlt Schuld und einen Hass, der sie belastet, auf den ich zunächst leider nicht eingehe.

Ich frage beide nach ihren Vorstellungen über den Tod. Frau G hat ganz konkrete Vorstellungen, ihr Mann jedoch nur vage. Ich gebe ihr meinen pastoralen Zuspruch, dass Gott sie liebt und ihr eine bessere Welt schenkt. Ich gehe dann doch auf den Hass ein, den sie spürt, und spreche ihr Vergebung von dem gnädigen Gott zu, was sie beruhigt und wonach sie eine Zigarette raucht und gleichzeitig mit dieser Geste das Gespräch beendet.

## Gespräch 4

Sechs Wochen nach dem letzten Gespräch und nach der Goldenen Hochzeit treffen wir uns wieder. Frau G lädt mich zu einer Tischgemeinschaft ein, ihrem Mann geht es schlechter, so dass er sich kaum an diesem Gespräch beteiligt.

Frau G freut sich über die Zeit, die ich ihr schenke, denn sie sehnt sich nach Zuwendung, die sie von ihrer Tochter nicht erhält und wogegen sie aufbegehrt ("Die jungen Leute haben heute nicht so viel Zeit. Meine Tochter ist immer ganz schnell weg."). Von ihr fühlt sie sich belogen ("Am Sonntag habe ich versucht sie anzurufen. Es ging keiner an den Apparat, dann habe ich noch mal angerufen und am Mittag ein drittes Mal. Ich hatte dann meine Tochter dran und habe sie gefragt, was denn sei. [...] Am Montag habe ich mit meiner Nichte gesprochen. [...] Die hat mir dann erzählt, dass meine Tochter auf F war. [...]. Sie konnten doch auch fahren, da hab ich nichts dagegen und kann auch nichts dagegen sagen. Aber muss sie mir so was erzählen? Sagt, dass sie nicht fährt und auch nicht gefahren ist, und dann ist sie doch gefahren. Ich finde das nicht gut."). Ich stimme ihr in ihrer Empfindung zu, versuche ihr die Situation aber damit zu erklären, dass ihre Tochter sie lediglich schonen möchte. Daraufhin nimmt ihre Wut spürbar ab, und sie wertet ihre Tochter positiver ("Sie wollte mich bestimmt schonen.").

Frau G wünscht sich harmonische Beziehungen, denn sie will mit ihrer ganzen Familie in drei Tagen Weihnachten feiern. Sie blickt zufrieden auf ihr Leben zurück ("Wissen Sie, wir haben ein sehr schönes Leben gehabt.") und verleugnet alle Disharmonien mit ihrem Mann. Für sie zählt nur noch die Zuwendung, die sie sich als Paar und Familie geben, was ihr gut tut ("Wir haben Höhen und Tiefen erlebt. Unser Leben war aber immer schön. Wir hatten uns und auch jetzt, das hilft uns. [...] Wir haben alles und sind mit allem zufrieden. Unsere Kinder kommen Weihnachten. Wir haben unsere Goldene Hochzeit gefeiert."). Ich gebe ihr die Zuwendung, die sie sich wünscht, und für die sie sich am Ende des Gesprächs mit Süßigkeiten für meine Kinder bedankt. Ich gehe leider nicht auf ihr Bedürfnis nach Harmonie ein, sondern wende mich mehr ihren drei Wünschen zu, die Goldene Hochzeit, Weihnachten und den Jahrtausendwechsel noch erleben zu dürfen. Diese Wünsche und Ziele geben ihr Kraft ("Ja, die Wünsche haben uns geholfen."), genauso wie die Zuwendung des Hausarztes, der sie regelmäßig besucht, abhört und dabei betont, dass der Krebs klein geblieben ist, womit Frau G das Wachstum des Krebses und ihren Zustand, der schlechter wird, verleugnet.



Sie möchte vor ihrem Tod noch bei der Konfirmation ihrer Enkelin dabei sein, doch sie weiß, dass sie diese nicht mehr erleben wird ("Es ist aber unwahrscheinlich.")

Die Goldene Hochzeit war für beide ein sehr schönes Fest, sie standen im Mittelpunkt und fühlten sich aufgewertet, da der Pastor nur für sie eine Ansprache hielt. Frau G zeigt mir Bilder von der Feier, wobei ich ihr Selbstbewusstsein stärke durch die Bemerkung, dass sie schick angezogen war. Es waren alle Menschen da, zu denen sie eine intensive Beziehung pflegt, die sich ihr zuwenden und ihr immer wieder neue Kraft geben ("Gefreut haben wir uns sehr, es war ein sehr schöner Tag mit allen Menschen, die wir lieb haben, mit unseren Kindern und Enkeln und den Patenkindern."). Sie betrauert, dass ihr Bruder krank ist und sie nicht besuchen kann. Die Erklärung seines Zustands und dessen Alzheimersche Krankheit helfen ihr jedoch, besser damit umzugehen. Sie würde ihn gerne besuchen. Als ich ihr erneut anbiete, sie zu ihrem Bruder zu fahren, öffnet sie sich und spricht ihren Ärger und ihre Wut offen über ihre Tochter aus, die keine Zeit für sie hat ("Eigentlich sollte ich Ihnen das nicht sagen, aber meine Tochter hat Zeit und würde das nicht machen.").

Ich gebe ihr Worte, wenn ich ausdrücke, dass ihre Tochter undankbar scheint.

Frau G hat mit ihrem Leben abgeschlossen und das angesparte Geld reicht aus, so dass sie sich ein Pflegebett auch ohne die Pflegeversicherung leisten kann ("Das Geld ist egal, wir haben gespart. Warum sollen alles die Kinder haben?").

## Gespräch 5

Dieses Gespräch findet einen Monat später im neuen Jahr statt. Herr G war an Neujahr im Krankenhaus, wo ein Schatten auf seiner Lunge gesehen wurde. Von Seiten der Ärzte fand bisher noch keine Aufklärung statt. Beiden geht es zusehends schlechter, Frau G isst kaum noch.

Das Ehepaar freut sich, mich wieder zu sehen. Ich zeige mich mitfühlend, als ich erfahre, dass es Herrn G immer schlechter ging, so dass er ins Krankenhaus eingeliefert werden musste. Dieser berichtet zynisch, dass er dort der erste Patient im neuen Jahr war, als auch ich darauf zynisch reagiere, fühlt er sich verstanden, öffnet sich und spricht seine Unzufriedenheit über die Behandlung im Krankenhaus aus ("Das war nichts. Ich hatte nämlich eine Lungenentzündung. Die haben nur mein Fieber gesenkt, sonst haben die nichts gemacht."). Herr G nutzt das Gespräch, um sich zu entlasten. Er ist über den Zustand seiner Frau wü-

tend ("Was du immer hast! Dir ist immer zu kalt. Als Du in Russland warst im Winter, war Dir da auch nicht kalt? [...] Du isst nicht richtig, da kann Dir auch nicht warm werden."), dass sie nicht genug isst ("Sieh doch, wie Du aussiehst, so dünn. Du sollst was Fleisch essen, damit Du was auf die Rippen bekommst."), dass sie vergesslich und er selbst ungehalten ist ("Wissen Sie, sie vergisst auch immer so viel, da werde ich richtig wütend, da vergisst sie dann auch zu essen."). Er selbst ahnt, dass er Krebs hat, weshalb er auch nicht mit seinem Hausarzt spricht ("Ich will jetzt nichts mehr hören."), aber er unterdrückt und vermeidet es, an eine Krebserkrankung zu denken. Er will auch nicht von seiner Frau gedrängt werden, sich zu informieren, sondern nimmt seinen Zustand fatalistisch hin ("Ich kann sowieso nichts ändern. Ich schiebe das alles lieber weg von mir, damit ich nicht weiß, was los ist."). Auf die Vermutung seiner Frau, es könne sich um Krebs handeln, droht er mit Suizid. Ich öffne ihm einen Raum, seine Angst vor Leiden und Schmerzen auszusprechen und dass er nicht zur Tochter umziehen möchte, wenn seine Frau tot ist. Es hilft ihm und entlastet ihn, wenn er mit mir über seine Belastung sprechen kann, denn er will leben und nicht leiden und sterben ("Ich mache es doch nicht, aber ich muss mal drüber reden, es nutzt doch nichts. Ich bringe mich nicht um."), obwohl er sich in den vorigen Gesprächen auf seinen Tod mit Testament und Beerdigungsvorsorge vorbereitet hat, was ein Widerspruch in sich ist. Herr G hat Angst, und ich helfe ihm, seine Angst auszusprechen. Er möchte zu Hause bleiben. Mit dem Gespräch bekommt er Kraft, um mit dem Arzt über seine Diagnose zu sprechen und sich der Bedrohung durch den Krebs zu stellen.

Frau G sorgt und kümmert sich um ihren Mann, was ihr hilft, sich von ihrer eigenen Belastung abzulenken. Im Laufe des Gesprächs drückt sie ihre Vorahnung aus, dass er Krebs hat. Sie ärgert sich, dass er den Hausarzt nicht anruft, um Klarheit über seine Erkrankung zu bekommen ("Und ich will wissen, was ist. Er ruft nicht an. Er will einfach nicht wissen, was los ist, das regt mich auf."). Ihr Mann ist eher fatalistisch. Sie ist beunruhigt und hofft, dass ein Krebs bei ihm behandelt werden kann ("Weißt Du, dann bekommst Du Bestrahlungen, und dann sehen wir weiter."). Zum Ende des Gesprächs befragt Frau G mich über Selbstmörder. Ich spiegele sie und stelle heraus, dass sie über den Tod nachdenkt, ihre letzten Lebensziele erreicht hat und nun damit rechnet, jederzeit zu sterben ("Es kann uns jeder Zeit ereilen."). Sie wünscht die Konfirmation der Enkelin noch zu erleben, doch sie weiß, dass sie bald sterben wird, womit sie sich realistisch einschätzt. Schließlich bittet sie mich, ihr beim Einkauf zu helfen, was ich ihr verspreche und sie somit tatkräftig unterstütze.

Die Hilfe ihrer unmittelbaren Nachbarin tut ihr gut. Es kränkt sie jedoch, wenn ihr Mann sehr schroff zu ihr ist ("Mein Mann geht mich dann auch so an, als wären wir auf dem Kasernenplatz."). Ich gehe einfühlsam auf sie ein und unterstützte sie, wenn sie sich gegen ihren Mann auflehnt. Es hilft ihr, ihre Wut auszusprechen und ihm so vergeben zu können ("Ja, ich merke das und bin dir nicht böse."). Ich wiederum widerspreche Herrn G, wenn dieser Gewaltphantasien aus dem Krankenhaus vor Augen hat, um seine Frau zu zwingen, essen zu müssen. Auf diese Weise entschärfe ich die Situation und vermittele zwischen beiden.

### Gespräch 6

Innerhalb der drei Wochen nach dem letzten Gespräch war Herr G in einer Lungenklinik, dort wurden Tumore in seiner Lunge festgestellt, und es geht ihm zusehends schlechter. Seine Frau war in dieser Zeit bei ihrer Tochter, sie wird hinfälliger, ist inkontinent und schläft viel. Herr G bittet mich zu einem Gespräch. Ich unterhalte mich zuerst mit ihm im Wohnzimmer und gehe später zu seiner Frau ins Schlafzimmer, wohin er mir mit einer Nachbarin, die ihn stützt, folgt.

Er wirkt so verzweifelt, dass er sogar von Selbstmord spricht. Er hadert mit sich, dass er so barsch zu seiner Frau ist und fühlt sich ihr gegenüber schuldig ("Ich will meiner Frau sagen, dass sie essen soll, und dann kommt es bei mir barsch heraus. Ich will das doch nicht so sagen."). Ich spiegele seine verzweifelte Situation, so dass er einen Raum hat, um seine Gefühle und die Ungewissheit bzw. Unsicherheit über die Zukunft aussprechen zu können ("Ich weiß nicht weiter. Ich würde mich am liebsten aufhängen, dann ist alles vorbei. Ich weiß nicht, was werden soll."). Er ist bereit, sich von seiner Tochter pflegen zu lassen, da er sieht, dass er alleine, d.h. ohne Hilfe, nicht mehr leben kann. Herr G möchte über die mögliche Pflege für sich und seine Frau informiert werden, weshalb er das Gespräch mit mir sucht ("... und weil Sie da Bescheid wissen, habe ich Sie gerufen."). Ich gebe ihm ausführlich Auskunft, wende mich ihm zu, beruhige ihn, ohne seine Gefühle zu bagatellisieren, und unterstützte den Wunsch der Tochter, ihre Eltern bei sich zu pflegen.

Durch die umfassende Aufklärung über seine Pflege öffnet er sich mir und berichtet von seinem Krebs, der nicht behandelt wird. Er nimmt den Krebs hin und will nur zu Hause sein. Er möchte, dass mit ihm offen und ehrlich gesprochen wird, so wie er es bei dem Arzt der

Lungenklinik und mir erlebt. Herr G spricht über seine eigene Belastung und möchte seine Frau jedoch nicht mit seinen Problemen behelligen. Ich höre ihm aufmerksam zu, und das hilft ihm ("In der Lungenklinik hat ein Arzt mit mir gesprochen. Mit dem konnte ich so sprechen wie mit Ihnen. Da konnte ich mich auch mal aussprechen. Ich brauche das, dass mir mal jemand zuhört. Bei meiner Frau muss ich mich immer zusammenreißen."). Er hofft, dass er sich bei seiner Tochter, wenn er bei ihr wohnen wird, besser ablenken kann, wenn er aus dem Fenster sieht. Herr G ist in seinem Denken ambivalent: einerseits möchte er zu Hause bleiben, andererseits soll die Tochter ihn und seine Frau pflegen.

Er möchte leben, deshalb ist er auch bereit, sein Geld für die Pflege einzusetzen ("Wir haben ja was gespart, das soll sie haben, wir brauchen doch nichts mehr."), um seine Tochter zu entlohnen. Ihn bedrängen Gedanken über seinen eigenen Zustand und den seiner Frau ("Ich habe es mir anders vorgestellt. [...] Ich kann es aber auch nicht ertragen, wie es meiner Frau geht."). Er versucht Suizidgedanken zu unterdrücken und mit Erinnerungen an schöne Erlebnisse zu neutralisieren, was ihm jedoch nicht gelingt. Er hat Angst vor Schmerzen, aber nicht vor dem Tod und weiß, dass er sterben wird ("Ich habe Angst vor Schmerzen. [...] Ich habe keine Angst vor dem Sterben."). Ihn stärkt es, wenn sein Hausarzt ihn aufwertet ("Der sagte, dass er solche Leute wie mich sehr selten erlebt."). Herr G hat in diesem Gespräch mit seinem Leben abgeschlossen, obwohl er leben möchte, und dabei blickt er zufrieden darauf zurück ("Ich habe ein schönes Leben gehabt, wir haben alles gemacht und alles gehabt, was wir wollten. Was soll ich noch? Trotzdem kommen mir die Gedanken, dass ich nicht mehr will."). Er ist in seinem Denken und Verhalten widersprüchlich.

Herr G ist völlig mit seiner eigenen und der Lebenssituation seiner Frau überfordert, denn er weiß nicht, wie er sein Leben und das seiner Frau bewältigen soll ("Es ist alles zu viel, und ich weiß nicht, wie ich es packen soll."). Er wollte unabhängig bleiben, doch nun ist er auf Hilfe angewiesen und muss die seiner Tochter annehmen. Er weiß, dass er das letzte Ziel, die Konfirmation seiner Enkelin, nicht mehr erleben wird ("Ich wollte auch noch länger, doch das schaffen wir nicht mehr.").

Herr G wünscht weitere Besuche von mir und gibt mir die Telefonnummer der Tochter, zu der er plant umzuziehen. Am Ende des Gesprächs soll ich seine Frau besuchen.

Frau G schläft in einem abgedunkelten Schlafzimmer, die Luft ist schlecht. Als ich eintrete, wacht sie auf. Sie wirkt apathisch und wünscht von mir aufgerichtet zu werden. Sie freut sich darauf, bald bei ihrer Tochter zu sein, doch sie muss noch packen und ist erleichtert, dass ihr erspartes Geld ihnen helfen wird ("Wir müssen noch packen. Wir haben ja eini-

ges gespart, das wird uns schon helfen."). Mit diesen symbolischen Worten bereitet sie sich auf ihren Tod vor. Ich bin einfühlsam und frage nach ihrer Angst, doch sie hat keine Angst vor dem Tod, denn sie fühlt, dass Gott ihr hilft. Ihr Glaube lässt sie nicht allein ("Nein, ich habe keine Angst. Ich habe meinen Gott, der hilft und ist bei mir. [...] Ich glaube an Gott. Ich sage ihm alles, und er kümmert sich um mich."). Ich unterstütze ihre Zuversicht, zeige Gefühle, stärke sie und die Beziehung zur Tochter, zur Nachbarin und zu ihrem Mann, der sie küsst, als diese ihn ins Schlafzimmer führt. Die Tatsache, dass Menschen sie lieben und ihr helfen und der Glaube, dass Gott für sie da ist, geben ihr Kraft.

Vier Tage nach diesem Gespräch eskaliert der Konflikt mit der Tochter. Ich werde zu dem Streit hinzugezogen. Herr G will nicht zu seiner Tochter, da er das Gefühl hat, von ihr finanziell betrogen zu werden. Ich mache den Vorschlag, dass diese einen Finanzplan für die Pflege der Eltern aufstellt, womit beide Seiten einverstanden sind. Frau G ist nach dem Gespräch erleichtert, dass Frieden herrscht und zieht zwei Tage später zur Tochter. In der Nacht nach dem Umzug muss sie ins Krankenhaus eingewiesen werden, wo sie am darauf folgenden Morgen stirbt. Herr G zieht vorerst nicht um und bleibt in seiner Wohnung.

### Gespräch 7

Nachdem ich von Frau Gs Tod erfahre, besuche ich ihren Mann noch am selben Tag. Dieser macht einen geschockten Eindruck und ist in seinen gesamten Aussagen und Handlungen ambivalent.

Er wirkt stark, kann auf einmal sicher gehen, ist aktiv, geschäftig und hat sich für das Gespräch mit dem Bestatter vorbereitet. Der Tod seiner Frau scheint ihm Kraft zu geben, dabei kontrolliert er sich und weint auch nicht ("Nein, ich muss nicht mehr weinen. Ich bin auch nicht so traurig. Das hört sich vielleicht komisch an, doch es ist jetzt alles vorbei."). Er blickt am Ende des Gesprächs auf das Leben mit seiner Frau zurück, was ihm hilft, den Schmerz zu unterdrücken, wobei er seine Trauer verleugnet ("[...] meine Frau hat es hinter sich. Mir geht es jetzt auch besser. Wir hatten ein schönes Leben. Sehen Sie, hier sind wir in Finnland in Urlaub. [Er zeigt mir einen Zeitungsausschnitt einer finnischen Zeitung.] Da waren wir. Das war schön. Ich bin schon über das Schlimmste hinweg. Mir geht es besser."). Ich zeige meine Trauer und meinen Trost, weil seine Frau wusste, dass Gott bei ihr ist. Er

akzeptiert ihren Glauben. Für ihn ist wichtig, dass sie gemeinsam mit allen Menschen, die ihnen nahe standen, die Goldene Hochzeit feiern konnten.

Er ist froh, dass seine Frau keine Schmerzen mehr hatte und eingeschlafen ist ("Ich könnte es nur nicht ertragen, wenn meine Frau leiden müsste. Sie ist ohne Schmerzen eingeschlafen."). Er betont, dass er keine Angst vor dem Tod anderer hat, denn er hatte im Krieg viele Tote gesehen, von seinem eigenen spricht er nicht. Selbstmordgedanken trägt er nicht mehr in sich, doch er ist wütend über den Tod seiner Frau ("Meine Frau ist abgekratzt. Tot!"), fühlt sich hilflos ("Ich konnte ihr doch nicht helfen.") und erleichtert zugleich ("Jetzt ist alles vorbei."). Es tut ihm gut, dass ich ihm zuhöre und ihm Raum für seine Gefühle gebe.

Herr G betrachtet seine Lebenssituation und will nicht mehr zu seiner Tochter. Er weiß, dass er Hilfe braucht und wendet sich an mich, da ich in einer Sozialstation arbeite. Trotzig kämpft er gegen seine Situation an ("Ich will hier in meiner Wohnung bleiben. Zu meiner Tochter will ich nicht."). Er will ihr auch nicht mehr sein Geld geben, wie er es im vorigen Gespräch noch bereitwillig vorhatte, denn er hat wieder das Gefühl, dass sie vorhat, ihn zu betrügen ("Die will nur das Eine."). Er muss für sein verbleibendes Leben sein Geld zusammenhalten und bittet mich um Unterstützung, in seiner Wohnung bleiben zu können und gegen die Tochter zu kämpfen. Ich bin ihm behilflich, dass er versorgt und gepflegt werden kann, betone aber mehrmals, dass er bei seiner Tochter besser aufgehoben wäre, akzeptiere jedoch seine Entscheidung und unterstütze seinen Wunsch, zu Hause zu bleiben.

Obwohl ihm nicht mehr viel Zeit bleibt, sieht er dennoch einen Sinn in seinem Leben, und sei es darin, seine Katze versorgen zu müssen, die übrigens nur auf das Ehepaar fixiert war und gegenüber allen anderen Menschen äußerst aggressiv und angriffslustig reagierte ("Ich will noch eine Weile leben. Ich langweile mich nicht. Ich lese viel oder sehe fern, aber das weniger, da ist nichts drin, und dann habe ich noch die Katze. Die muss ich versorgen, und mit der rede ich viel."). Schließlich bedankt er sich bei mir mit einer Tafel Schokolade für das Gespräch.

## Gespräch 8

Zwei Tage später kommt es zu diesem dramatischen Gespräch. Auf der Straße treffe ich den Hausarzt von Herrn G, der meint, dass dieser unter den jetzigen Umständen nicht mehr alleine in seiner Wohnung bleiben kann.

Als ich an der Tür klinge, macht mir niemand auf. Ich höre ihn von außen. Herr G ist gestürzt und kann nicht mehr alleine aufstehen. Erst nach ungefähr zwanzig Minuten schafft er es mit Mühe, die Tür zu öffnen. Ich helfe ihm auf und führe ihn zu einem Sessel im Wohnzimmer, in den er sich erschöpft fallen lässt.

Herr G resigniert ("Mir geht es ganz schlecht, und mir ist alles egal."), hadert und beschuldigt sich, dass er die Pflegebetten abbestellte. Er weiß, dass er sterben wird, wenn er weiterhin die Hilfe seiner Tochter ablehnt, deshalb stimmt er zu, dass diese ihn aufnehmen wird ("Wenn ich noch länger so hier bleibe, dann kratze ich ab. [...] Ja, sie soll kommen! Ich gehe zu ihr, ich kann nicht mehr, mir ist alles egal. [...] Ich hätte hier die Nacht nicht mehr überlebt"). Im weiteren Verlauf des Tages und Gesprächs lässt er alles an sich geschehen. Obwohl ich seinen bevorstehenden Tod anspreche, unterdrückt er es, darüber zu sprechen, doch nun spürt er, wie nahe sein Lebensende ist.

Ich bin in diesem Gespräch sehr einfühlsam, akzeptiere seine Entscheidungen, sehe jedoch gleichzeitig seine Not und werde initiativ. So organisiere ich, dass die Tochter ihren Vater aufnimmt und dieser auch bereit ist, sich noch am selben Abend von mir und einem Nachbarn dort hin bringen zu lassen, wo er sich fallen lässt und nur noch ins Bett will.

## Gespräch 9

Herr G ist seit zwei Tagen bei seiner Tochter, lehnt jegliche Pflege und ärztliche Versorgung ab, und will weder Kontakt zur Familie, noch zu dem Pastor, der zur Vorbereitung der Beerdigung seiner Frau mit ihm sprechen wollte. Er hat sich völlig zurückgezogen, will nicht mehr leben und hat keine Kraft und Hoffnung mehr. Er trauert. Er fühlt sich leer und spürt, dass er bald sterben wird ("Es geht nicht mehr. Das wird nichts mehr. Ich habe auch keine Lust mehr. Keine Kraft. Ich hatte noch Hoffnung gehabt. Nein. In mir ist alles leer. Nichts mehr da."). Herr G lehnt eine Krankenhausbehandlung ab ("Nein, da geh ich nicht hin, da kriegt mich keiner hin."). Kurz zuvor starb seine Frau im Krankenhaus. Nun ist sie

tot, er vermisst seine Katze, musste seine Wohnung notgedrungen verlassen und kann selbst nicht einmal mehr an der Beerdigung seiner Frau teilnehmen.

Seine Wut und Aggression über seinen Zustand lebt er an seiner Tochter aus, als sie ihm Essen anbietet ("Ich kann doch nicht. Lass mich!"). Die Tochter ist verzweifelt. Herr G interessiert, wie viel Geld er hat, denn er spürt, dass sein Leben bald beendet sein wird.

Am Ende des Gesprächs wünscht er einen weiteren Besuch meinerseits.

### Gespräch 10

Zwei Wochen später und neun Tage bevor Herr G stirbt, findet das letzte Gespräch statt. Er zieht sich nicht mehr zurück und sitzt bei diesem Gespräch in einem Rollstuhl am Küchentisch. Es fällt auf, dass er sich wohler fühlt, denn er raucht wieder, isst und ihm schmeckt auch wieder das Essen ("Ja, mir schmeckt es auch wieder."). Er hat wieder Freude am Leben, nimmt jedoch gleichzeitig wahr, dass er sterben wird, und stellt sich auf seinen Tod ein ("Ich hatte keine Lust mehr zu leben, das war alles zu viel. [...] Da weiß ich, dass ich nicht mehr lange habe. Ich weiß nicht, wann das ist. Es wird aber nicht mehr lange dauern. [...] Hier gefällt mir das Leben wieder, hier bei den Kindern habe ich wieder Mut gefasst."), denn ihm wird von seiner Tochter und deren Familie geholfen, sie wenden sich ihm zu. So sieht er wieder Sinn im Leben, weshalb er auch leben und noch nicht sterben will ("Ich freue mich wieder am Leben. Das Leben macht Sinn. Ich will mich nicht mehr umbringen."). Er hatte Angst vor der Zukunft, doch seit er bei seiner Tochter ist, hat er wieder Freude am Leben, obwohl die Zukunft ungewiss bleibt ("Ich hatte Angst. Ich wusste nicht, was werden würde. Jetzt weiß ich es besser, aber alleine hätte ich es nicht gekonnt. Ich bin so froh, bei meiner Tochter zu sein. Mir macht das Leben wieder Freude. Ich hätte das nicht gedacht. Es geht mir hier so gut. Wenn mir das einer vorher gesagt hätte... Ich hätte es aber nicht geglaubt. Ich musste das erst alles selber sehen. Ich denk da jetzt auch nicht mehr so viel nach, auch über mich und meine Krankheit. Ich weiß nicht, wie lange ich noch lebe."). Er unterdrückt Gedanken an den Krebs und lenkt sich beispielsweise mit Musikfilmen ab.

Der Tod seiner Frau schockte ihn beim letzten Gespräch, inzwischen geht es ihm psychisch besser, und er nimmt seine Situation an, doch er vermisst sie sehr, was ihn traurig stimmt ("Ich habe den Schock langsam überwunden. Ich habe hier alles, was ich brauche. Meine Tochter versorgt und pflegt mich gut. Meine Frau fehlt mir aber trotzdem. [...] Be-



sonders nachts. Da ist das Bett leer."). Er ist dabei, ihr Leiden und ihren Tod zu verarbeiten, dabei hilft ihm die Erinnerung an sie, wobei er ihre Beziehung idealisiert ("Ich bin froh, dass ich sie so in Erinnerung habe, als es ihr noch gut ging. [...] Wir hatten schöne Jahre miteinander. Wir haben viele schöne Dinge erlebt. [...] Wir waren zwei verschiedene Menschen. Es ist aber nie ein böses Wort gefallen. Es war schön mit meiner Frau, und jetzt fehlt sie mir."). Als Herr G von dem Tod seiner Frau erfuhr, musste er weinen, und ich bestärke ihn darin, es auch jetzt zu tun. Der Ortswechsel und die Pflege durch seine Tochter unterstützen ihn und helfen ihm, wieder Freude am Leben zu bekommen ("Ich habe mich jetzt aber von dem Schock erholt. Ich wollte nicht mehr, und wenn ich noch länger dort in der Wohnung geblieben wäre, dann hätte ich Tabletten genommen oder... [...] Ich hatte keine Lust zu leben, das war alles zu viel. Hier gefällt mir das Leben wieder, hier bei den Kindern habe ich wieder Mut gefasst.").

Herr G lehnt den Glauben seiner Frau ab ("Und ich habe da auch anders gedacht."). Als die Tochter von dem Glauben der Mutter spricht, betone ich den gnädigen Gott, der die Menschen liebt, was Herr G für sich wiederholt und seinen Glauben mit meinen Worten ausdrückt ("Ja, Gott ist gnädig, der vergibt.").

Er kämpft und instruiert sich, wobei er seinen schlechten körperlichen Zustand, dass er nicht mehr gehen kann und schlecht Luft bekommt, akzeptiert. Er ist mit seiner Situation zufrieden ("Mir geht es jetzt aber besser. Morgens fühle ich mich ganz wohl, aber im Laufe des Tages wird das mit der Luft schlimmer, da bekomme ich weniger Luft und abends, da lege ich mich hin, weil es nicht mehr geht. [...] Wenn ich etwas brauche, muss ich es nur sagen, oder ich werde dorthin gefahren, wohin ich will. [...] Ja, hier habe ich alles.").

Ich bin einfühlsam, spreche Herrn G auf seine Belastungen und seinen Tod an und weiche ihm nicht aus. Ich spreche auch seinen Suizidwunsch aus, von dem er sich nun distanziert, da es ihm bei der Tochter gut geht. Ich werte ebenfalls seine Frau und deren Glauben auf, den er ablehnt, von dem die Tochter jedoch aus dem Mund ihrer Mutter gerne mehr gehört hätte.

Die Tochter versucht ihren Vater nach bestem Wissen und Gewissen zu versorgen, dabei weicht sie dem Gespräch über den Tod aus. Sie hat ein schlechtes Gewissen und wirft sich vor, sich zu wenig um ihre Mutter gekümmert zu haben. Ich gebe ihr den Impuls, die Zeit mit ihrem Vater, die ihr noch bleibt, zu nutzen.

### 2.3.8.1 Die Situation des Ehepaares als krebskranke und sterbende Menschen

Die Situation des Ehepaares ist ähnlich. Beide rauchen sehr viel, beide haben Lungenkrebs, wohnen zu Beginn der Gespräche zu Hause und müssen dann die gemeinsame Wohnung verlassen, um von der Tochter weiterhin versorgt werden zu können.

Frau G bekam bereits vor den Gesprächen Bestrahlungen, bei ihrem Mann wird erst später Lungenkrebs festgestellt, der jedoch nicht behandelt wird.

Die Situation der Eheleute wird von der gebrochenen Beziehung zu der Tochter geprägt, was beide daran hindert, zu ihr zu ziehen, um dort besser versorgt zu werden. Die Eheleute bereiten sich auf ihren Tod vor, wenn sie Beerdigungsvorbereitungen treffen, das Testament machen bei ihrem Notar erstellen und alles Finanzielle mit ihrer Bank regeln.

Sie suchen sich Hilfe bei den Nachbarn oder bei mir, um ihre Situation so zu gestalten, dass sie in ihrer vertrauten Umgebung gemeinsam mit der Katze wohnen bleiben können. Sie kämpfen dafür, doch gelingt es ihnen leider nicht, denn beide sterben außerhalb ihrer Wohnung.

Frau G weiß von Beginn an, dass sie Krebs hat und sterben wird. Sie hat sich zunächst drei Ziele gesetzt, und als sie diese erreicht hat, will sie noch die Konfirmation der Enkelin erleben, obwohl sie spürt und weiß, dass dies nicht mehr möglich sein wird.

Es geht ihr im Verlauf der Gespräche zunehmend schlechter. Sie wünscht sich zwar die Zuwendung ihrer Familie, doch deren innere Beziehungen sind gebrochen, deshalb wendet sie sich den Nachbarn zu. Als ihr Mann zwischenzeitlich ins Krankenhaus eingeliefert wird, wohnt sie bei ihrer Tochter, wo sie sich erholen kann und wohl fühlt. Nach der Entlassung ihres Mannes aus dem Krankenhaus kehrt sie wieder in ihre Wohnung zurück. Es geht ihr mit dem wachsenden Krebs immer schlechter. Sie kann sich nicht mehr selbst versorgen, ist inkontinent, kann nicht essen und schlucken und schläft viel. Schließlich geht es ihr so schlecht, dass sie wieder zu ihrer Tochter zieht, doch noch in derselben Nacht wird sie ins Krankenhaus eingeliefert, wo sie am nächsten Morgen stirbt.

Frau G ist einerseits gefasst und bekommt Hilfe durch ihren Glauben, andererseits sehnt sie sich nach Harmonie und spürt einen unbestimmten Hass in sich. Sie wirkt unruhig, wird jedoch von Gespräch zu Gespräch ruhiger und gefasster.

Herr G leidet an vielfachen Knochenschmerzen und Atemnot, weshalb er medikamentös und mit einem Sauerstoffgerät versorgt wird. Er ahnt, dass er Krebs hat, als er das erste Mal aus dem Krankenhaus zurückkommt. Beim zweiten Mal bekommt er Gewissheit und will

nur noch nach Hause. Sein Verhalten ist widersprüchlich, in den ersten Gesprächen ist er eher schweigsam, doch je schlechter es seiner Frau geht, umso mehr öffnet er sich. Einerseits will er sterben und denkt über Selbstmord nach, andererseits will er leben und plant, zu seiner Tochter zu ziehen bzw. wie er mit fremder Hilfe in seiner Wohnung bleiben kann. Sein Glaube zeigt sich ebenfalls ambivalent, denn einerseits lehnt er den seiner Frau ab, andererseits betet und hofft er auf Gottes Gnade. Nach dem Tod seiner Frau kämpft er darum, in seiner Wohnung zu bleiben, denn er will nicht zu seiner Tochter übersiedeln. Der Schock über den Tod seiner Frau und die Trauer geben ihm soviel neue Energie, dass er sogar wieder gehen kann, jedoch fällt er umso tiefer, als dieser sich legt. Daraufhin hat er keine Kraft mehr, sich zu wehren, und lässt sich alles gefallen, was seine Tochter oder ich organisieren. Später ist er wütend, dass er nicht zur Beerdigung seiner Frau konnte, und begehrt auf, wobei er sich von seinem gesamten Umfeld isoliert. Gleichzeitig lässt er sich bei seiner Tochter völlig fallen und ist nach einigen Tagen sogar froh, bei ihr zu sein, so dass er es genießt, dort zu leben. Mit ihr nutzt er die letzten Tage seines Lebens, um zu reden. Seine Situation ist von der Vorahnung, Krebs zu haben, die sich schließlich in Gewissheit umwandelt, von dem Kampf um sein Leben und der Annahme des Todes mit der Vorbereitung darauf geprägt. Ebenso bedeutsam ist sein Wohnumfeld, denn in seiner eigenen Wohnung fühlt er sich wohl und hat Kraft zu kämpfen, während er sich im Krankenhaus oder bei der Tochter fügen muss.

### **2.3.8.2 Die Beziehungen der Gesprächspartner zu Frau G und Herrn G**

Die Beziehungen der Eheleute sind vielfältig. Ihre Kinder und Enkelkinder, Verwandte, Nachbarn, der Hausarzt und anderes medizinisches Personal werden in den Gesprächen genannt und beeinflussen ihr Coping.

Die Gespräche selbst werden von der Tochter, einem Nachbarehepaar und von mir beeinflusst.

Frau G neigt dazu, Konflikte und Spannungen zu bagatellisieren und wünscht sich harmonische Beziehungen. Der Konflikt zwischen ihrem Mann und ihrer Tochter ist dafür beispielhaft. Ich vermittele zwischen dieser und ihren Eltern und darf jederzeit zu Besuch kommen, da ich Frieden mitbringe. Darüber hinaus stärke und unterstütze ich Frau G und gebe ihr Impulse, ihr Leben zu verändern, indem ich sie über Pflegehilfsmittel oder die Pflegever-

sicherung aufkläre. In bin ein Puffer zwischen den Eheleuten, wenn sie sich nicht einig sind, und mildere die Atmosphäre zwischen beiden, ohne sie zu bagatellisieren. Ich bin für Frau G Sprachhilfe und gebe ihr Raum, ihre Wut über die Tochter auszusprechen, worauf sie erleichtert ist und sieht, dass diese ihr helfen will. Ich informiere sie über mögliche Schmerzen und deren Abhilfe und bin für sie Stütze und Hilfe, auf die sie sich verlassen und die sie rufen kann, wann immer sie mich braucht.

Herr G wünscht sich eine offene und ehrliche Kommunikation, die er im Krankenhaus nur bei einem Arzt erlebte, der ihn aufklärte und ihm nicht zu einer Therapie riet, und ebenso bei mir erlebt. Die Gespräche mit mir unterstützen, stärken und entlasten ihn, denn ich helfe ihm, seine Belastung auszusprechen. Mir gegenüber öffnet er sich, als er zunächst über Suizidgedanken spricht und dann seine Wut, seine Angst vor Leiden und Schmerzen ausdrückt, was er nicht vor seiner Frau und der Tochter machen möchte. Ich gebe beiden Eheleuten die Nähe, die sie sich von ihrer Tochter wünschen und erst von ihr bekommen, als Herr G im Krankenhaus ist und dann Frau G für kurze Zeit im Haus der Tochter lebt und schließlich auch Herr G diese Zuwendung nach dem Tod seiner Frau von der Tochter erfährt.

Ich helfe Herrn G dabei, Worte für seine Situation zu finden, und vermittele zwischen Vater und Tochter, als dieser den Verdacht hat, sie wolle ihn ausnutzen. Dem Hausarzt gelingt es nicht, Herrn G zu überreden, zu seiner Tochter zu ziehen, doch ich genieße bei ihm so viel Vertrauen, dass er nach dem achten Gespräch doch zu einem Umzug bereit ist.

Die Beziehung zur Tochter ist kompliziert, denn das Ehepaar fühlt sich von ihr belogen und finanziell betrogen, weshalb es sie nur dann bemüht, wenn es unbedingt nötig ist. Die Tochter ist bereit, ihre Eltern aufzunehmen, doch diese weigern sich, gemeinsam zu ihr zu ziehen. Frau G wäre schon früher umgezogen, doch ihr Mann weigert sich beharrlich, weshalb es erst kurz vor ihrem Tod und nach ihrer Beerdigung zu den jeweiligen Umzügen kommt. Eltern und Tochter haben ein eher aggressiv distanzierendes Verhältnis zu einander. Nach dem Tod der Mutter wünscht sich die Tochter eine intensivere Beziehung zu dieser gehabt zu haben, doch ich ermutige sie, in den letzten Tagen vor dem Tod des Vaters zu diesem eine intensive Beziehung entwickeln zu lassen, was ihr auch gelingt.

### 2.3.8.3 Die Bewältigung von Frau G

Der Umgang von Frau G mit ihrem Krebs, den sie schon vor Diagnosestellung ahnte, und ihrem bevorstehenden Tod unterscheidet sich von dem ihres Mannes, der sich in seinem Coping seiner Frau anpasst. Sie akzeptiert von Anfang an ihre Sterben und ihren Tod.

In den ersten Gesprächen vergleicht sie sich mit ihrem Bruder oder ihrem Mann, denen es ihrer Ansicht nach schlechter geht als ihr, wodurch sie sich in einem besseren Zustand wähnt. Indem sie sich um beide sorgt, lenkt sie sich von ihrer eigenen Belastung ab.

Frau G verabschiedet sich von ihrem Leben und freut sich schließlich auch darauf. Sie zieht Lebensbilanz und nimmt dabei ihren Tod vorweg und betrauert ihr schönes Leben, das mit Arbeit gefüllt war und von Urlauben unterbrochen wurde. Dabei wertet sie sich auf, wenn sie die harte Arbeit und ihre sparsame Lebensweise betont und sieht, dass sie schwierige Situationen wie den Unfall ihres Mannes bewältigte. Frau G setzt sich mit ihrem bevorstehenden Tod auseinander und freut sich, dass sie danach ihre Mutter treffen wird. Der Tod ist in den ersten Gesprächen noch weit entfernt, denn sie plant ihre Goldene Hochzeit, das Weihnachtsfest mit der ganzen Familie und den Jahreswechsel, obwohl es ihr in den Wochen und Monaten davor schon sehr schlecht geht. Diese Ziele geben ihr Kraft, doch als ihre Wünsche erfüllt sind, findet sie mit der Konfirmation der Enkelin ein neues Ziel, doch sie ist sich bewusst, dass diese Feier für sie zu weit entfernt ist, um sie erreichen zu können.

Sie hat ihr Leben abgeschlossen, ihr Testament gemacht und alle Finanzen geregelt. Sie bereitet sich konkret auf ihren Tod vor, wenn sie ihre Beerdigung plant. Sie wünscht sich schließlich nur noch Kontakt und Frieden mit Gott und ihrer Tochter. Ihre Wut und ihr Aufbegehren gegen diese sind der Sehnsucht nach einer harmonischen Beziehung zu ihr gewichen.

Im letzten Gespräch wenige Tage vor ihrem Tod spürt sie, dass ihr Ende sehr nahe ist. Sie bereitet sich auf ihre letzte Reise vor, wenn sie packen will, um zu ihrer Tochter zu ziehen, und weiß, dass ihr Geld auch reichen wird.

Ihr Glaube ist ihr sehr wichtig, denn er gibt ihr die Geborgenheit, die sie zu Hause in ihrer Kindheit erlebte. Sie erinnert sich gerne daran, als sie Harmonie durch ihren Glauben erlebte. Die Beziehung zu Gott unterstützt sie und gibt ihr Kraft, ebenso helfen ihr Gebete, um sich zu entlasten, denn sie kann alle Belastungen aussprechen, so dass sie durch ihre Beziehung zu Gott keine Angst vor dem Tod hat. Im letzten Gespräch drückt sie aus, dass sie ihr Glaube mit Dankbarkeit erfüllt und Gott ihr hilft, denn er lässt sie nicht allein.

Der Wunsch nach Harmonie und Frieden ist für Frau G so stark, dass sie ihren Mann, der barsch mit ihr spricht, in Schutz nimmt oder Streitigkeiten zwischen Vater und Tochter bagatellisiert und es auch nicht zulässt, wenn ihr Mann diese abwertet.

Frau G bewältigte ihre Krebserkrankung bis zum Tod hauptsächlich mit Hilfe von Beziehungen, die sie unterstützten, stärkten und sie nicht allein ließen. Da waren die Nachbarn, die sie versorgten, die Tochter, die trotz aller Streitigkeiten die Mutter zu sich nahm, ich, der sie besuchte und ihr Raum gab, ihre Belastungen auszusprechen, ihr Mann, der trotz seines zeitweise barschen Umgangs ihr seine Liebe z.B. durch den Kuss im letzten Gespräch zeigte, und Gott, dem sie vertraute, der ihr half und bei ihr war.

#### **2.3.8.4 Die Bewältigung von Herrn G**

Herr G ist am Anfang sehr schweigsam, erst ab dem dritten Gespräch fängt er an, sich mehr und mehr zu öffnen. Er gleicht sein Bewältigungsverhalten dem seiner Frau an und solidarisiert sich mit ihr. Gemeinsam mit ihr bereitet er sich auf den Tod vor und regelt die nötigen Formalitäten für das Testament, d.h. er bestellt mit ihr sein Haus. Herr G akzeptiert in den ersten Gesprächen seinen bevorstehenden Tod und den seiner Frau, obgleich sein nicht therapierbarer Lungenkrebs noch nicht diagnostiziert ist. Seine große Angst, als seine Frau noch lebt, ist allein zu sein, doch will er auch nicht vor ihr sterben. In diesem und anderen Aspekten seines Bewältigungsverhaltens zeigt sich seine Ambivalenz gegenüber seiner Lebenssituation.

Als sein Zustand sich verschlechtert, denkt er zunächst an Selbstmord, aber er will leben und keine Schmerzen haben, was ich gemeinsam mit ihm erarbeite. Er kämpft verstärkt um sein Leben, je bedrohlicher sein Zustand wird und er seine Krebsdiagnose, die er ahnt, mitgeteilt bekommt. Der Plan, zu seiner Tochter zu ziehen, scheitert, weil er befürchtet, von dieser übervorteilt zu werden. Es hilft auch nicht, dass ich zwischen beiden Parteien vermittele. Seine Informationssuche wird diesbezüglich nicht befriedigt, so dass sein Coping diese Impulse ignoriert und eine Neubewertung zum bisherigen Bewältigungsverhalten zurückkehrt.

Bis zum achten Gespräch möchte er zu Hause zu bleiben, wozu er alle ihm möglichen Kräfte mobilisiert, dafür kämpft er und ist auch bereit, Beziehungen aufs Spiel zu setzen.

Als ihm bewusst wird, wie krank er wirklich ist, vermeidet und unterdrückt er es, an Krebs und seinen Tod zu denken, was im Gegensatz zu seiner Annahme des Krebses steht. Gerade dieses Verhalten zeigt, dass scheinbar gegensätzliches Bewältigungsverhalten gleichberechtigt nebeneinander existieren kann. Bis dahin versucht er, sparsam zu leben und sein Geld zusammenzuhalten, denn dieses ist für ihn die Grundlage seiner weiteren Existenz, weil er sich damit Hilfe erkaufen und möglicherweise sein Leben erhalten kann.

Mit Zynismus spricht er über seinen letzten Krankenhausaufenthalt, was ihm hilft seinen Ärger und seine Wut auszudrücken, auszuagieren und zu kanalisieren. Er fühlt sich verstanden, als ich mich ebenfalls mit Zynismus mit ihm solidarisiere.

Nach dem Tod seiner Frau hat Herr G noch einmal übergroße Kräfte, die jedoch wenige Tage später abebben und es für ihn keine andere Möglichkeit mehr gibt, als von seiner Tochter gepflegt zu werden. Ab dem achten Gespräch schwinden seine Kräfte so sehr, dass er sich alles gefallen lässt und sein weiteres Leben fatalistisch hinnimmt. Er gibt allen Widerstand auf zur Tochter zu ziehen. Als er bei seiner Tochter lebt, zeigt er ein letztes Aufbegehren indem er Pflege, ärztliche Versorgung, Essen und jeglichen Kontakt ablehnt und sich vollständig isoliert. Wenige Tage später nimmt er dann doch gerne die angebotene Hilfe seiner Tochter an und fühlt sich schließlich sogar bei ihr zu Hause. Beide kooperieren und vertiefen kurz vor seinem Tod ihre Beziehung.

Herrn Gs Bewältigungsverhalten ist ambivalent. Anfangs, als es seiner Frau noch besser geht, akzeptiert er seinen baldigen Tod, doch als sich ihr und sein Zustand verschlechtern, kämpft er um sein Leben und hat Angst, allein zu sein, schließlich nimmt er fatalistisch sein Leben und Sterben an. Er kämpft, um in seiner Wohnung bleiben zu können, doch als es ihm selber immer schlechter geht und er zusammenbricht, verlässt er diese bereitwillig. Über den Tod seiner Frau ist er zunächst erleichtert und freut sich beinahe darüber, aber wenige Tage später ist er der gesamten Situation hilflos ausgeliefert und wütend darüber. Sein Verhalten ist von Kampf und Resignation, von Annahme und Ablehnung gekennzeichnet, was von seinem jeweiligen Zustand, der Situation und den Menschen um ihn herum beeinflusst wird.

Religiosität spielt als Bewältigungsressource eine geringe Rolle, wohl wendet er sich kurz vor seinem Tod Gott zu.

## 2.4 Beschreibung des Bewältigungsverhalten der Gesprächspartner

Wie Menschen bewältigen oder wie sie *copen*, zeigten die Gesprächsreihen mit den acht ausgewählten Partnern. Ich habe dies jeweils im jeweiligen letzten Abschnitt der Beschreibungen des Bewältigungsverhaltens berücksichtigt. Die Menschen, mit denen ich sprach, zeigten mir sehr eindrücklich, dass der Umgang mit einer schwerwiegenden und das Leben bedrohenden Erkrankung nicht einfach in fünf oder mehr Phasen zu kategorisieren ist, sondern, dass Bewältigungsverhalten ein individuell das Leben und die Umgebung umfassendes Geschehen ist, das durch das transaktionale Stresskonzept anschaulich und nachvollziehbar verständlicher werden kann.

Nachdem ich in den Gesprächen<sup>41</sup> unterschiedliches Coping empirisch gewinnen konnte, werde ich die aus allen Verbatims wahrgenommenen Verhaltensweisen im Überblick darstellen und erläutern.

### 2.4.1 Integration von Coping und Abwehr

Da der Begriff *Coping* im deutschen Sprachgebrauch mittlerweile inflationär genutzt wird, fällt es schwer Bewältigungsprozesse zu klassifizieren und in einen klar umrissenen Rahmen zu stellen, der die Fülle der Äußerungen eines Patienten ordnet. Denzinger war zwar schon vor Jahren der Ansicht – was sich m.E. wenig geändert hat –, dass die "Coping-Forschung [...] bis heute kein einheitliches Bild hinsichtlich Definitionen, Klassifikationen und Rahmenkonzepten..." (Denzinger 1994:64) zeigt. Von diesem Standpunkt aus scheint es mir gerade für die Begleitung von Menschen in existentiellen Situationen sinnvoll, Coping von dem hier zugrunde liegenden Ausgangspunkt zu beschreiben, den ich von Lazarus her sehe.

In diesem Abschnitt<sup>42</sup> gebe ich das Bewältigungsverhalten meiner Gesprächspartner wieder und versuche es klar zu formulieren. Hierzu darf Coping und der psychoanalytische Begriff der Abwehr nicht zu scharf getrennt werden, sondern wie Lazarus versuche ich beide zu integrieren.

---

<sup>41</sup> In diesem Kapitel wird das Bewältigungsverhalten aus allen Gesprächen, die ich führte aufgezeichnet. Es sind somit nicht nur die acht Gesprächsreihen berücksichtigt, sondern Coping aus mehr als 100 Gesprächen.

<sup>42</sup> Bereits im ersten Teil dieser Arbeit klassifizierte ich in 2.2.2.2 Bewältigungsprozesse, worauf ich mich jetzt diesem Kapitel beziehe.



Zu den wichtigen intrapsychischen Bewältigungsmöglichkeiten gehört die Abwehr, weshalb ich darauf eingehe, damit die nachfolgenden Beschreibungen aufgehellt werden.

#### **2.4.1.1 Die Entwicklung des Abwehrbegriffs**

Der Begriff der Abwehr wurde im menschlichen Verhalten von Sigmund Freud eingeführt und taucht 1884 bei ihm erstmals auf (Freud 2000:49). Seine Tochter, Anna Freud, entwickelte ihn weiter. Sie formulierte erstmals 10 Abwehrmechanismen und definierte somit den Begriff näher. "Freud [...] nahm ursprünglich an, daß Abwehrmechanismen immer durch Angst ausgelöst würden" (König 1997:12), worauf der Mensch sich verteidigt, was unbewusst geschieht.

Abwehrmechanismen werden als unbewusste regulative Ich-Funktionen verstanden, "deren vorrangiges Ziel es ist, unlustvolle Affekte und Wahrnehmungen vom Bewußtsein fernzuhalten." (Auchter 1999:28). Sie setzen dann ein, wenn das psychische Gleichgewicht durch innere und äußere Reize bedroht wird, das geschieht, wenn Ängste, Trauer, seelischer Schmerz, Schuldgefühle, Affekte, Objekt- und Liebesverlust, Scham oder Wut abgewehrt werden müssen. Die Psyche versucht innere Gefahren aus dem Bewusstsein zu verbannen, Sicherheit zu schaffen und das Selbst zu erhalten. Je nach Lebensalter werden verschiedene Reifegrade der verwendeten Abwehr unterschieden (König 1997:13).

Anna Freud fasst die Ziele der Abwehrvorgänge folgendermaßen zusammen:

"Das Ich ist siegreich, wenn seine Abwehrleistungen glücken, das heißt, wenn es ihm gelingt, mit ihrer Hilfe die Entwicklung von Angst und Unlust einzuschränken, durch notwendige Triebumwandlungen dem Individuum auch unter schwierigen Umständen noch Triebgenuß zu sichern und damit, soweit es möglich ist, eine Harmonie zwischen Es, Über-Ich und den Außenweltmächten herzustellen." (Freud 2000:171)

Mit dieser Aussage reiht sie sich nur teilweise in das Ziel der Copinganstrengungen ein, dass die Abwehrleistungen dazu dienen, Menschen an seine Umwelt anzupassen und zu schützen. Abwehr reguliert unbewusst somit auch die innere wie die Beziehung zu äußeren Personen.

Abwehr, und das betont das Copingmodell, ist nur ein Teil des Bewältigungsverhaltens eines Menschen. Es geht bei der Bewältigung einer belastenden Situation aber letztlich um mehr als nur diese Belastung abzuwehren, es geht darum, eigenständiges Leben zu ermögli-

chen und psychisches Gleichgewicht entstehen zu lassen und nicht nur darum Ängste abzuwehren.

An dieser Stelle muss ferner berücksichtigt werden, dass es bei der Abwehr darum geht, "was in Beziehungen Abwehr auslöst und weniger darum, was Abwehr in Beziehungen bewirkt" (König 1997:13). Im Coping wird der Abwehr deshalb keine überragende dominante Rolle zugewiesen, weil sie zu kurz greift und nur einen Teilaspekt der intrapsychischen Bewältigung umschreibt, denn Abwehr im Freudschen Sinn geht nicht auf ein Transaktionsgeschehen ein, weshalb Abwehrbegriffe von mir auch nur mit Vorsicht und kontextuell verwendet werden. Ein kranker und sterbender Mensch ist nicht nur mit sich und seinen Ängsten konfrontiert, sondern auch mit Menschen seiner Umgebung, mit denen er zusammenarbeiten, leben muss oder die ihm begegnen. Dies wirkt auf ihn und deshalb besteht Bewältigungsverhalten nicht nur aus Abwehr, sondern ist ein Anpassungsgeschehen.

#### **2.4.1.2 Die Bedeutung der Abwehr im Copingprozess**

Der psychoanalytische Abwehrbegriff hat für die Umschreibung menschlichen Verhaltens im 20. Jahrhundert eine überragende Bedeutung erhalten, die gewürdigt werden sollte. Obwohl sich Freud zunächst mit der Abwehr auf Psychoneurosen bezog, ist sie aber nicht nur ein pathologischer Mechanismus, der Traumata erträglich abmildert,

"sondern zunächst eine zentrale Grundfunktion der menschlichen Psyche. Erst eine rigide, verfestigte Abwehr, die dauerhaft verhindert, daß eine realitätsangemessene Auseinandersetzung mit Reizen, Situationen, Personen, etc. stattfinden kann, muß problematisiert und möglicherweise psychotherapeutisch behandelt werden. Wichtig zum Verständnis von Abwehr und zur Abgrenzung gegenüber den Copingstrategien ist die Tatsache, daß Abwehrmechanismen vor- bzw. unbewußt ablaufen, d.h. normalerweise bemerken wir nicht, wenn Abwehr stattfindet, wir können uns darüber allerdings bis zu einem gewissen Grad im Rahmen der Selbstreflexion (z.B. in einer Psychotherapie) bewußt werden." (Fabry 2005:4)

Der Übergang zwischen Abwehr und Coping ist m.E. fließend, da gerade in Bezug auf Emotionen nicht so strikt zwischen bewusstem Coping und unbewusster Abwehr unterschieden werden darf. Es ist gerade die Vielfalt des menschlichen Verhaltens, die das Copingmodell wahrnimmt und es nicht in ein Wertesystem einordnet, sondern akzeptiert, dass ein Mensch unterschiedlich oder widersprüchlich reagieren kann.

Lazarus integriert erst Mitte der 1980er die Abwehrmechanismen als intrapsychische Bewältigung (Lazarus 1984), wodurch er seinem Modell noch mehr Breite gibt, was letztlich die Akzeptanz des Begleiters, Bewältigungsverhalten wahrzunehmen, um einiges vergrößert.

Hier hat gerade Norma Haan (Haan 1977) einen großen Beitrag geleistet, indem sie erstmals Coping und Abwehrverhalten differenzierte und beide integrierte.<sup>43</sup>

#### **2.4.2 Wahrgenommenes Bewältigungsverhalten**

Mir geht es in dieser Arbeit u.a. darum, vielfältiges, individualisiertes Bewältigungsverhalten aufzuzeigen und ferner darzustellen, dass ein Mensch von vielen Faktoren innerhalb seines Umgangs mit einer Krankheit oder des bevorstehenden Todes beeinflusst wird.

Meinem Erachten nach lässt sich dies in der klinischen Praxis mit Gesprächen am ehesten nachvollziehen. Das gesprochene Wort ist sicherlich nur ein Bereich der Informationsübermittlung, was sich innerhalb eines Gespräches entwickelt und zwischen einem Kranken und Seelsorger ausgetauscht wird. Für Untersuchungszwecke ist es leicht zugänglich. Die Nähe zum praktischen Umgang mit Menschen im seelsorgerlichen Alltag ist hier auch gegeben, so dass beispielhafte Äußerungen eine Hilfe sein können, mit Bewältigungsverhalten umzugehen und es einzuschätzen.

Das Copingmodell versucht grundlegendes psychologisches Verhalten und Reaktionen zu beschreiben, die sich auf Belastungen und andere herausfordernde Situationen ereignen. Es lässt sich dabei von Abwehr- und anderen Konzepten unterstützen und integriert sie, um umfassend Verhalten zu schildern, wie sich ein Mensch individuell an seine Umwelt anpasst.

Bei diesen Beschreibungen, die in Gesprächssituationen gewonnen und nach meiner Einschätzung vorgenommen wurden, ist sicherlich ein gewisser Fehlerquotient zu berücksichtigen. Es soll jedoch dem Leser gezeigt werden, dass die Begleitung eines schwer kranken und sterbenden Menschen ein hochkomplexer Prozess ist, der die Würde eines Menschen achtet und nicht antastet. Jedes Wort kann bedeutend sein.

Es gibt unterschiedliche Zugänge Coping zu kategorisieren und zu systematisieren. Es lässt sich zwischen aktivem und passivem Coping, Coping in Bezug auf eine lang-, kurz- oder mittelfristige Anpassung unterscheiden, ereigniszugewandt bzw. ereignisabgewandt,

---

<sup>43</sup> Vgl. Kapitel 2.2.5

sowie problemorientierten bzw. palliativen Coping unterscheiden (Denzinger 1994:56). Differenzierter erscheint mir hier Heim, der zwischen verhaltensbezogenem, kognitivem und emotionalem Bewältigungsverhalten unterscheidet (Heim 1991: 34f). Er kommt meiner Klassifikation, die sich an Lazarus orientiert, näher. Diese Klassifikation ist nötig, um im Begleitungsprozess auf die Bedürfnisse eingehen zu können.

Die Äußerungen der Gesprächspartner versuchte ich sensibel und mit Achtung zusammenzufassen, damit dem Leser das Spektrum der Bewältigung vor Augen geführt wird.

Dieser Abschnitt darf keinesfalls als lose Auflistung verstanden werden. Es ist eine offene Darstellung des Coping, wie ich es sehr beeindruckend erlebte. Darüber hinaus wird deutlich, dass ein lernzielorientiertes Raster an Menschen nicht angelegt werden darf.

Die Verhaltensweisen sind differenziert phänomenologisch erfasst und den unterschiedlichen Kategorien zugeordnet. Sie dürfen nicht statisch verstanden werden, sondern können ineinander überfließen. Das zeigt sich darin, dass einige Bewältigungsmechanismen mehrfach in unterschiedlichen Kategorien genannt werden, weil sie sich in ihrer Bedeutung überschneiden.

Das Bewältigungsverhalten wird von Emotionen begleitet, die nicht klassifiziert werden sollen, da sie selbstverständlich dazu gehören. Die Zuordnung in die Kategorien<sup>44</sup> informationsbezogenes, handlungsbezogenes, intrapsychisches und beziehungsorientiertes Coping erfolgte als Fremdeinschätzung und ist letztendlich offen. Denn das individuelle Bewältigungsverhalten ist ständig im Fluss und kann je nach Situation anderen Kategorien zugeordnet (Heim 1991:34-55) bzw. bei Bedarf um weitere ergänzt werden.

Das jeweilige Bewältigungsverhalten ergänze und erkläre ich anhand von Beispielen. Hier zeigen sich Ressourcen, die Bandbreite und die Individualität des Copingprozesses, die im Folgenden ausführlich erläutert und mit Zitaten aus den Gedächtnisprotokollen sämtlicher Gesprächsreihen, die ich für diese Arbeit geführt habe und bisher nicht berücksichtigte, belegt werden. Hier wird der Praxisbezug deutlich, was dem Seelsorger helfen soll, Menschen zu verstehen. Gerade die Vielfalt des beschriebenen Coping soll ihn dafür sensibilisieren, den Kranken und Sterbenden umfangreich wahrzunehmen.

---

<sup>44</sup> Die Kategorien orientieren sich an Lazarus. Ich habe allerdings versucht, die sehr macherische Sprache der Copingnomenklatur zu mildern, was nicht immer möglich sein wird. Ferner habe ich die direkte Aktion und Aktionshemmung zusammengefasst, um die Klassifizierung übersichtlicher zu gestalten. Vgl. Kapitel 3.2.2.2.1. Die Klassifikationen von Bewältigungsprozessen

Die Kürzel in Klammern, die jeweils am Ende der Zitate zu finden sind, beziehen sich auf die Zuordnung der geführten Gespräche. Die von mir gewählte Reihenfolge der unterschiedlichen Copingkategorien ist nicht zwingend.

#### **2.4.2.1 Informationsbezogenes Coping**

Dieses Bewältigungsverhalten habe ich als bewusstes sowie unbewusstes Verhalten beobachten können. Hier sucht der Gesprächspartner nach Möglichkeiten, um seine Situation schließlich verändern zu können, seine Emotionen regulieren zu können, bzw. psychisches Gleichgewicht mittels der neuen Informationen zu erhalten. Informationsbezogenes Coping ist gerade für die sekundäre Bewertung bedeutsam, da es nach neuen Bewältigungsmöglichkeiten Ausschau hält. Hier werden Informationen gesucht bzw. die Situation oder die Möglichkeiten, die sich in einer solchen bieten, um zu bewältigen, analysiert.

Ich habe mich hier lediglich auf diese zwei Bewältigungsformen beschränkt, es lassen sich sicherlich weitere beobachten.

**Informationssuche** bedeutet, als Reaktion auf Belastungen nach weiteren Informationen zu fahnden, um eine Situation besser einschätzen zu können. Diese werden benötigt, um Bewältigungsformen zu finden, Situationen oder Belastungen neu einzuschätzen, eine Lage zu beschönigen, andere Informationen zu ignorieren oder nach Veränderungsmöglichkeiten zu suchen. Informationssuche ist ein wichtiger Copingmechanismus, der in sehr vielen Bewältigungsformen genutzt wird und zum Kern des Copingkonzepts gehört.

Beispiele:

*Ich habe neulich in der Klinik ein Plakat gesehen, das von diesem Gen, das kürzlich erst entdeckt worden ist, berichtet. Glücklicherweise kam der Arzt nicht sofort, und ich hatte Zeit, es zu lesen. So suche ich mir ständig alle möglichen Informationen, die mir helfen könnten. Ich lese Bücher, sehe in den Videotext, sehe mir Fernsehsendungen an, lese Artikel, höre Kassetten. Ich will mir nicht vorwerfen, dass ich irgend etwas unterlassen hätte, dass mir hätte helfen können. (H/2/H 9)*

*Sie wollten dann sofort die nächste OP dranhängen. Da hab ich erst mal halt gesagt. Ich wusste ja noch gar nicht richtig Bescheid. Das war für mich die schwerste Zeit überhaupt, bis ich nach der Operation genau gesagt bekam, was los sei. Eine 4,5 cm große*

*Metastase wurde im Lymphknoten festgestellt. Das war auch gut, dass ich erst mal nein gesagt hatte, denn dann wurde die Chemo vorgeschaltet. Ich bekam 3 Zyklen. (314/1/F 7)*

*Die Erfahrung hat dem Arzt gezeigt, dass ich ohne Chemo noch zwei Monate gelebt hätte. Ich wäre also schon tot, hätte ich nichts machen lassen. Mit Chemo hat er erfahren, dass man noch 18 Monate leben kann. Was haben Sie für Erfahrungen? (16.1/5/D 5)*

**Problemanalyse** beinhaltet das Hin- und Herüberlegen verschiedener Alternativen, wobei die eigene Situation und die eigene Person realitätsgerecht eingeschätzt und Entscheidungen geistig vorbereitet werden. Durch die eigene "Diagnose" wird versucht, die Belastung zu bewältigen.

Beispiele:

*Kannst Du bitte die Terrassentüre öffnen? Ich brauche Sauerstoff. (Sie öffnet die Tür und reicht ihm die Nasensonde des Sauerstoffgerätes, dann stellt sie das Gerät an.) Danke, das ist eine gute Luft. Vermutlich brauche ich von draußen den Sauerstoff nicht. Es hilft mir aber, wenn ich die frische Luft atme. (63.1/10/B 12)*

*Trotzdem ist der Krebs da. Er sitzt hier irgendwo und ist auch groß. (Er zeigt auf dem Bauch die Stelle, wo der Krebs sitzt.) Ich fühle mich jetzt wohl. Wenn es losgehen sollte, dann sehe ich weiter. (203/2/W 6)*

*Ich bekomme jetzt auch Wassertabletten. Ich dachte, dass ich gar nicht aus dem Zimmer könnte, doch das ist nicht so schlimm. Meine Leber hat viel zu tun bekommen, da wollte ich ihr nicht so viel Arbeit geben. Sie sollte sich erholen. Doch mein Hirnödem soll kleiner werden. Dann bekomme ich wieder mehr Standfestigkeit. Jetzt wackele ich nur. (134/3/M 16)*

*Ich spritze mir jetzt wieder Mistel. Kennen Sie das? [...] Man muss sich das selber spritzen. [...] Es hilft mir. Es hilft meinen Abwehrkräften. Die Abwehrkräfte werden gestärkt. (264/13/St 30.31)*

#### **2.4.2.2 Handlungsbezogenes Coping**

Handlungsbezogenes Coping umschließt Verhaltensweisen, die direkt beobachtet werden können oder aus den Aussagen und Schilderungen der Gesprächspartner heraus geschlossen

werden können. Diese Bewältigungsformen können aktiv sein oder aber auf Handlungen gerichtet sein.

Verhalten in dieser Kategorie könnte auch indirekt als Abwehrmechanismus gedeutet werden, wenn es darum geht, sich gegen Bedrohungen zu wenden. Auch hier ist die Grenze zwischen bewusstem und unbewusstem Verhalten fließend. Doch wichtiger ist es wahrzunehmen mit welcher Bandbreite Menschen mit einer belastenden Situation umgehen und da sind die unten formulierten Bewältigungsformen offen für weitere.

**Ablenkende Aktivitäten** sind vertraute und routinemäßige Alltagsbeschäftigungen, die zerstreuen und Sicherheit vor den krankheitsbedingten Problemen geben.

Beispiele:

*Ja, hier zu Hause konnte ich im Garten arbeiten. Nicht viel und nur so weit wie meine Kräfte reichen, da passe ich gut auf, dann mache ich Halt und später weiter. Der Garten und die ganze Natur geben mir Kraft und Hoffnung. (H/1/H 9)*

*Wir sind jetzt mitten im Umzug. Mein Sohn und meine Tochter ziehen um. Ich kann denen nicht so viel helfen, aber sie fragen mich und wollen mich dabei haben. [...] Mein Sohn ist auch Handwerker, der kann das alles. Aber einer muss die Kommentare abgeben. [...] Ich habe auch hier noch etwas zu tun. So ein Haus macht halt immer Arbeit. (203/3/W 3-5)*

*Ich will noch eine Weile leben. Ich langweile mich nicht. [...] und dann habe ich noch die Katze. Die muss ich versorgen, und mit der rede ich viel. (G/7/Hr. G 19)*

**Aktionshemmung** unterdrückt Handlungsimpulse wie z.B. Wut oder Ärger, die Schaden anrichten und einer Situation nicht gerecht werden könnten, zugunsten anderer Impulse.

Beispiel:

*Wir rackern nicht nur, wenn ich merke, ich kann nicht mehr, dann ist Schluss. (203/2/W 14)*

**Aktive Compliance** setzt sich selbstverantwortlich und handelnd mit der Belastung auseinander. Diese Art von Eigeninitiative erstreckt sich hauptsächlich auf das medizinische Umfeld und schließt die Nähe zur Informationssuche mit ein.

Beispiele:

*Ich habe mit dem Sozialbeauftragten hier gesprochen. Er will mit der Krankenkasse in Verhandlung treten, was die tragen. So ein Pflegeheim kostet auch 4000 bis 4500 DM oder mehr. Hier gibt es so ein Paket, das mir für drei Wochen angeboten wird, da wird am Montag eine Ärztin mit mir sprechen. Ich will hier bleiben. (16.1/1/D 5)*

*Das ist ganz wichtig, dass alles rechtzeitig geschehen ist. Ich hatte gespürt, dass da etwas nicht stimmt, deshalb bin ich direkt zum Arzt, der hat mich untersucht und dann ging alles ganz schnell. (314/3/F 27)*

*Sie kümmern sich sehr um mich. Ich habe auch das Gefühl, dass der Krebs alles verkürzt. Ich will zunächst erst wieder Kräfte bekommen. Ich esse mit Appetit. Heute habe ich einige Übungen mitgemacht, die kosten aber alle Kraft, das hätte ich nicht gedacht. Ich inhaliere, habe Krankengymnastik, das sind mehr Atemübungen, und Autogenes Training mache ich auch. Früher hätte ich nicht gedacht, dass ich so was machen würde, doch ich werde erst mal mitmachen und dann weitersehen. Das Wichtigste ist, dass ich wieder zu Kräften komme und dann die nächste Chemotherapie weitermachen kann. (63.1/2/B 9)*

*Ich sehe die Möglichkeiten, die sich mir bieten, als von Gott gegeben. Ich mache alles, was möglich ist, und ich sehe, dass es mir gut geht. Ich schließe niemanden in meiner Behandlung aus. Ich weiß, welche Bedeutung die Schulmedizin hat. Ich brauche sie. Doch die anderen Möglichkeiten nehme ich wahr und sehe, dass sie mir helfen, dass ich mit allen zusammen meine Krankheit besiegen kann. (H/5/H 17)*

**Passive Compliance** zeigt sich durch "Nicht-Handeln" und "Geschehen-Lassen", d.h. sich den Experten, vornehmlich den behandelnden Ärzten, zu fügen und auf deren Wissen und fachliche Kompetenz zu vertrauen, ohne selbst Verantwortung zu übernehmen.

Beispiele:

*Der Chefarzt ist mit den Blutwerten noch nicht so einverstanden. Ich nehme so Tabletten, damit mein Blut dünner ist, der Wert ist noch zu hoch. Aber wenn der niedriger wird, dann fängt der Darm an zu bluten. Ich weiß auch nicht, was ich dazu sagen soll, die machen das schon. (63.2/1/W 1)*

*Meine Ärztin hat mich hierher geschickt. Die hat gesagt, dass ich hierher soll. Da bin ich Zwerg gefahren. (14.1/2/R 19)*

**Aktives Vermeiden bzw. Ausweichen** bedeutet, der Konfrontation mit einem Konflikt aus dem Weg zu gehen, um sich so räumlich oder inhaltlich davon zu distanzieren.



Beispiel:

*Das war sehr hart für mich, aber wie hätte der Arzt das sagen sollen? Es war so, wie er sagte. Ich weiß nicht, wie er es hätte anders sagen können. Ich habe Krebs. Ich habe auch über den Tod nachgedacht. Solche Gedanken kommen. Sie sind Theologe, und Sie schreiben an Ihrer Doktorarbeit, wie mir die Schwester sagte. Wie lange braucht man dafür? Haben Sie als Pastor auch gearbeitet? (63.1/1/B 5)*

**Altruismus** beinhaltet, sich bei der Begegnung mit der eigenen Belastung für andere Menschen einzusetzen und ihnen zu helfen. Eigene Wünsche und Bedürfnisse werden dabei in den Hintergrund gestellt.

Beispiele:

*Mir wird es jetzt besser. Ich kann auch schon ganz gut ohne Hilfe gehen und gehe jetzt auch in den Speisesaal essen. Ich nehme an einigen Übungen teil, die Atemgymnastik strengt mich ganz schön an, das hätte ich nicht gedacht, dass die so anstrengend sein kann. Ich will jetzt auch wieder am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Mir war vorher nicht danach, mit Menschen zusammen zu sein. Ich will es wieder. Ich brauche es. Ich komme wieder langsam zu Kräften. Ich muss das jetzt auch. Ich fühle mich schon besser, und jetzt helfe ich dir. Du warst so lange für mich da, nun bin ich dran. (10.1/3/B 4)*

*Ich will, dass es ihr gut geht. Sie hat ja so schon so viel Stress und Arbeit. Sie soll nicht auch noch mit mir belastet werden. (203/5/W 12)*

**Direkte Aktionen** sind alle Aktivitäten, die entlasten und helfen sollen, die jeweilige Situation zu bewältigen, zu kontrollieren oder Gefühle zu regulieren. Diese Handlungen beziehen sich auf gegenwärtige, zurückliegende oder zukünftige Belastungen. Dieser Begriff ist sehr weit und allgemein gefasst und könnte als eigene Kategorie stehen, doch soll er hier als Sammelsurium für verbale und nonverbale Äußerungen genutzt werden, um übergreifend Bewältigungsmöglichkeiten aufzunehmen bzw. Raum für solches Verhalten zu geben, das nicht unbedingt in andere Formen passt. Singen, lachen, sprechen, weinen, beten, Krankengymnastik, Flucht, Blähungen usw. können hier zugeordnet werden. Beispiele führe ich hier keine an, weil handlungsorientiertes Coping immer auch direkte Aktion ist.

**Kompensation** zeigt sich in lustbetonten, meist regressiven Handlungen, die eine Ersatzbefriedigung schaffen, wodurch sich die Belastung vermindert. Hierunter kann Konsum jeglicher Art fallen.

Beispiele:

*Ja, ich spiele gerne Schach. Zu Hause habe ich einen Schachcomputer, gegen den spiele ich. [...] Ich rätsle auch gerne. (11.1/2/B 20.21)*

*Oh, ja, da [Cafeteria] können wir vielleicht einen Kaffee trinken. (264/3/St 3)*

*Ich lasse mich jetzt jeden Morgen duschen, das habe ich früher nicht gemacht, aber es gefällt mir. Nicht weil es eine Schwester hier macht. Es tut mir gut. Ich verspüre dabei irgendwie Lust... (63.1/3/B 8)*

**Konstruktive Aktivität** ist eine subjektiv hoch gewertete Tätigkeit, die ein gewisses Maß an Kreativität beinhaltet und mit oder vor der Krankheit zwangsläufig hintangestellt wurde. Sie muss von der Kompensation, die die Lust betont, und ablenkendem Anpacken, das den Schwerpunkt auf die Routine legt, abgegrenzt werden.

Beispiele:

*Es geht in diesem Gespräch darum, dass klar ist, wer zum Beispiel das Klavier bekommt. (63.1/6/B 17)*

*Der Arzt hat zwar verboten, große Menschenansammlungen zu besuchen, doch gestern war ich zu einem großen Gottesdienst, und das hat mir gut getan. (H/1/H 4)*

*Ich gebe die Hoffnung nicht auf und mache alles, was in meinen Möglichkeiten liegt. Ich ernähre mich gut. Ich habe alles gemacht, was man von der Ernährung her machen kann. (H/2/H 4)*

*Ich habe mich immer gefragt, was das alles soll, was ich erlebe, doch jetzt weiß ich es, dass ich es den Menschen sagen soll. (H/9/H 8)*

**Konzentrierte Entspannung** geschieht durch Körperübungen (z.B. Autogenes Training, Joga, progressive Muskelrelaxation, Meditation, Beten) oder innere Sammlung, um sich abzulenken, von der eigenen Belastung zu distanzieren und Entspannung zu finden.

Beispiele:

*Dann mache ich noch was. Ich brauche einfach Ruhe. Ich sage dann allen, dass sie mich lassen sollen. Ich sage das meiner Frau, dass sie mal eine halbe Stunde was malen*

*soll oder in den Garten gehen soll. Ich brauche nur die Ruhe, die hilft mir, das tut gut, wenn keiner fragt, wenn ich dann alleine bin in der Stille für mich. (203/5/W 6)*

*Ich mache hier jetzt auch alles mit. Ich nehme an den Entspannungsübungen und auch am Joga teil, manchmal schlafe ich dabei auch ein. Ich brauche das, und es hilft mir. Jetzt fange ich wieder an zu leben. (314/3/ F 26)*

**Krankheitsbezogenes Zupacken** bezieht sich auf selbstverantwortliches und aktives Angehen der physischen und psychischen Belastung. Hierzu gehören z.B. Informationen, die eingeholt werden, die Kooperation mit dem Behandlungsteam in Bezug auf die Abklärung oder das Nutzen von Alternativen.

Beispiele:

*Ich habe mir die Luftmatratze besorgt, da liegt es sich sehr gut drauf. Ich habe auch Probleme mit der Inkontinenz, da habe ich auch alles für, wenn ich dann von den Schwestern versorgt werde. Ich weiß, dass es nicht besser wird, und so kann ich mich jetzt schon drauf einstellen. (16.1/8/D 3)*

*Ich spritze mir jetzt wieder Mistel [...] Es hilft mir. Es hilft meinen Abwehrkräften. Die Abwehrkräfte werden gestärkt. (264/13/St 30.32)*

*Ja, das sind meine Übungen, die ich so mache. Mit denen geht es mir gut. Ich sehe mich so um, was es so gibt und ob das was für mich wäre. (H/3/H 3)*

*Ich kenne meine Grenzen und halte sie strikt ein, wenn ich es nicht tun würde, würde ich meine Krankheit verleugnen. Ich lebe mit ihr und mache alles, was ich kann, um dagegen anzugehen. (H/4/H 8)*

**Selbstbeschuldigung** bedeutet, sich den Krankheitszustand selbst besser erklären zu können und sich dabei sowohl die Verantwortung für das eigene Verhalten als auch eine nicht näher umschriebene Schuld selbst zu zuschreiben

Beispiele:

*Wir haben ja was gespart, das soll sie haben, wir brauchen doch nichts mehr. Ich habe auch anders über sie gedacht. Beide haben gearbeitet, da kam sie mal und wollte 300 DM haben. "Wofür?" habe ich sie gefragt, da sagte sie nichts, da habe ich sie rausgeworfen. Ich bin leider so, ich meine das oft nicht so. [...] Ja, wissen Sie, wenn ich hier so sitze und raus sehe, dann kommen die Gedanken, und ich kann machen, was ich will, die kommen. (G/6/Hr. G 7)*

*Ich habe nie einen engen Kontakt zu Menschen gehabt, es hat leider nie geklappt, und jetzt bin ich alleine und falle Menschen zur Last. Wenn zwei Menschen von Anfang zusammen sind und dann wird einer krank, dann geht das. Vielleicht bin auch krank, weil ich nicht an Gott glaube. (218/3/St 23)*

*Ich bin aber selber schuld. Ich habe es verschleppt. Ich hatte Blutungen, die waren nicht schwer. Ich habe gedacht, die gehen wieder vorbei. Erst als es schlimmer wurde, bin ich zum Arzt gegangen. Der hat mich untersucht und gesagt, ich hätte eine Zyste. Ich sollte noch warten, bei der nächsten Periode würde die vielleicht wieder weggehen. Das wurde dann nicht besser. Ich wusste jetzt, dass ich Krebs habe. Ich bin dann ins Krankenhaus. Dort wurde ich untersucht. Der Arzt holte einen vergessenen Tampon heraus. Es ging dann alles schnell. Auf dem Rücken wurde ich bestrahlt, dann bekam ich Blutkonserven, weil ich dort einen Zusammenbruch erlitt. Erst jetzt komme ich wieder zu mir. Es geht etwas bergauf. (264/1/St 7)*

**Sozialer Rückzug** besagt, sich als Reaktion auf eine Belastung aus vertrauten sozialen Kontakten zurückzuziehen, um allein zu sein und in Ruhe nachzudenken, Zeit für sich zu gewinnen oder sich zu erholen. Der Grund kann auch Überlastung im Zusammenhang mit dem Kontakt zu Mitmenschen sein.

Beispiele:

*Es ist schön, wenn meine Familie kommt. Meine Eltern kümmern sich sehr um mich. Das ist mir manchmal zu viel, und dann muss ich ihnen sagen, dass es reicht. Ich muss ab einem bestimmten Punkt Dinge für mich alleine ausmachen. Wenn dann auf mich eingeredet wird, ist mir das zu viel. (314/2/F 10)*

*Wissen Sie, viele Dinge muss man alleine erledigen. (10.2/2/B 20)*

*Mir hat das nichts ausgemacht, auch mal alleine zu sein. Die wollten mich gar nicht lassen. Ich hab sie dann weggeschickt. (203/4/W 5)*

*Ich brauche einfach Ruhe. Ich sage dann allen, dass sie mich lassen sollen. Ich sage das meiner Frau, dass sie mal für eine halbe Stunde was malen soll oder in den Garten gehen soll. Ich brauche nur die Ruhe, die hilft mir, das tut gut, wenn keiner fragt, wenn ich dann alleine bin in der Stille für mich. (203/5/W 6)*

**Wunscherfüllung** beinhaltet Aktivitäten, die auf Grund einer veränderten Einschätzung der Situation unternommen werden und sich auf Wünsche beziehen, die bisher hintangestellt werden mussten.

Beispiel:

*Da[nn, Anm. G.M.] werde ich spazieren gehen, da[nn Anm. G.M.] habe ich mein Essen, da[nn, Anm. G.M.] kann ich trainieren. (63.2/2/W 7)*

**Wut ausleben, Ausagieren, Schuld zuweisen, Anklage oder Auflehnen** entschärfen die belastende, verärgemde und enttäuschende Lebenssituation, wenn Mängel, die berechtigt oder nicht berechtigt sind, in der Betreuung oder der jeweiligen Lebenssituation zum Anlass genommen werden, um anderen Schuld zuzuschreiben oder an ihnen seine Wut auszulassen. Dabei können unerwünschte Gefühle und unkontrollierte Verhaltensweisen zum Ausdruck kommen.

Beispiele:

*Meine Schwester hat schon mit dem Koch gesprochen. Der sagte, dass die alten Leute, dass Essen so lange stehen ließen, bis es kalt sei. Das Essen käme mit 160° C auf die Stationen. Ich habe mit der Pflegerin hier gesprochen und die sagte, dass es nicht stimme. Ihre Wagen könnten höchstens auf 90° C eingestellt werden. Der lügt doch! Mein Neffe ist Anwalt. Ich werde mit dem sprechen, und dann werde ich mit dem Koch sprechen und ihm sagen, wenn es nicht besser würde, dann werde ich das Geld, das ich einzahle, kürzen und solange nicht zahlen, bis es besser würde. Darüber hinaus könnte ich Unterschriften sammeln, und dann würde der fliegen. Der muss schon anständig kochen. (16.1/7/D 2)*

*Ich könne genauso gut zu Aldi gehen und mir da die Vitamine holen. Dann wurde er richtig böse und hat mir alle Hoffnung auf Genesung genommen. Ich habe versucht ihm zu antworten, da hat er mich nicht zu Wort kommen lassen. Da wurde ich böse. [...] Ja, das hat mir gereicht. Ich habe ihm gesagt, dass ich ein kranker Mensch sei, dass er in einer so respektlosen Art nicht mit mir reden dürfe. Ich habe ihn gefragt, ob ich solches Verhalten verdient habe. Er wollte mir dann noch Blut abnehmen, das habe ich abgelehnt und bin dann gegangen. Das hat mir einfach gereicht. So wollte ich mir auch kein Blut abnehmen lassen. Ich habe mich richtig schäbig behandelt gefühlt. (H/7/H 5.6)*

*Ja bitte, holen Sie mir was. (Ich gehe ins Stationszimmer. Die Schwester verspricht sofort etwas zu bringen. Ich gehe zurück, treffe den Pfleger. Er stellt mir das Hospiz vor und berichtet mir auch von den Schwierigkeiten, die vorhanden sind. Ich gehe wieder in die Kü-*

che. Meine Abwesenheit dauerte keine 5 Minuten.) *Scheiße! Wo waren Sie die ganze Zeit?*  
(264/10/ St 11)

### 2.4.2.3 Intrapyschisches Coping

Für das intrapsychische Coping<sup>45</sup> habe ich versucht die kognitiven Prozesse wahrzunehmen, die ich bei den Patienten implizit erfasste. Diese Bewältigung versucht Emotionen zu regulieren, ohne sich mit der Ursache auseinanderzusetzen. Die beschriebenen Selbststeuerungsmechanismen, Abwehrmechanismen und weitere Bewältigungsversuche dienen dazu, psychisches Gleichgewicht zu er- bzw. zu behalten, sowie Situationen zu kontrollieren. Emotionale Belastungen können so gemindert werden.

Die Kenntnisse um die Abwehrmechanismen machen deutlich, dass die Ressourcen, die beim intrapsychischen Coping ermittelt werden, von den Erfahrungen her geprägt sind, die ein Mensch im Laufe seines Lebens schon von frühester Kindheit als effektiv bewertet.

Das Copingmodell spielt keine psychologische Schule gegen eine andere aus, das wird gerade hier deutlich, hingegen integriert es scheinbar unterschiedliche Ansätze, die jedoch in der Anwendung kritisch betrachtet werden müssen.

**Abwarten heißt**, in einer Belastungssituation passiv auszuharren und Entscheidungen oder Handlungen aufzuschieben.

Beispiel:

*Jetzt werde ich vom Chefarzt gerufen, was er wohl will?* (10.2/1/B 8)

*Ich warte jetzt auf die Ergebnisse wegen meines Darmes und dann werden wir weitersehen.* (H/2/H 9)

**Akzeptieren** bedeutet, die Belastung hinzunehmen und zu versuchen, das Beste aus seiner Situation zu machen, um mit der Krankheit leben zu können. Es lässt sich als Aussöhnung mit der persönlichen Situation umschreiben, die das Leben begrenzt, dabei ist der Übergang zum Stoizismus fließend.

Beispiele:

---

<sup>45</sup>Vgl den ersten Teil dieser Arbeit 2.2.2.2.4 Die Klassifikationen von Bewältigungsprozessen

*Ich habe in meiner Ausbildung als Maler Grenzen gesetzt bekommen. Ich wusste immer, wo ich dran war und was ich konnte und weil ich nicht alles konnte, habe ich immer das Beste daraus gemacht. Ich weiß doch auch, was mir gut tut, wenn ich sage, ich habe nichts, was soll das, das hilft nichts, also mache ich es in dem Rahmen, der mir gesetzt ist, damit lebe ich gut. (203/2/W 17)*

*Ich muss da eben durch, ob ich will oder nicht, wenn nicht, dann weiß ich, dass es zu Ende geht. (16.1/4/D 5)*

*Wissen Sie, ich sitze hier. Es wird nicht besser. Ich hatte noch einiges vor, jetzt geht das nicht mehr. (17.2/2/W 7)*

**Antizipation beinhaltet**, eine bevorstehende, erwartete Belastung gedanklich und emotional vorwegzunehmen und sich mit der Angst auseinander zu setzen, so werden eine Vorstellung der Belastung und deren Vorbereitung ermöglicht.

Beispiele:

*Dann werde ich alles ordnen, wenn ich nach Hause komme. Ich bringe alles in Ordnung. Wenn man noch jünger ist, denkt man, dass alles seine Zeit hat. Jetzt, wo alles vorbei ist, wird es Zeit, denn ich habe nicht mehr viel. Ich werde mein Testament machen und Dinge wegwerfen, damit die Erben keine Last damit haben werden. (16.1/4/D 15)*

*Ich muss langsam alles regeln und Abschied nehmen. Ich habe ein schönes Leben gehabt. Ich habe gemacht, was mir gefiel. Es fällt mir aber schwer, manches loszulassen. Da bin ich manchmal traurig. (16.1/6/D 25)*

*Das kann mir auch niemand sagen. Ich erlebe das zum ersten Mal. Das erlebt jeder, der es erlebt, zum ersten Mal. Ich weiß, dass ich diesen Weg gehen muss. Ich würde ihn aber nur besser kennen. Ich möchte auch, dass ich nicht alleine bin. (63.1/6/B 28)*

**Attribution** kommt bei der kognitiven Auseinandersetzung mit einem Konflikt zum Tragen, wenn Ursachen und Erklärungen für eine Belastung gesucht werden, um gegenüber einem verunsichernden und nicht beeinflussbaren Ereignis zumindest ein gewisses Maß an personaler Kontrolle zu gewinnen. In Abgrenzung zur Rationalisierung geht es hier nicht um einen aktiven, sondern um einen gedanklichen Prozess.

Beispiele:

*Wissen Sie, heute ging es wieder etwas. Die letzten Tage waren nicht so gut. An einem Tag ging es, am anderen war es wieder schlechter. Das Wetter ist ja auch schlechter ge-*

*worden, vielleicht liegt es am Wetter. Andere Patienten sagten mir auch, wenn das Wetter schlechter würde, ginge es ihnen auch schlechter. Ich habe mich darauf eingestellt, wie es weiter geht. (63.1/4/B 4)*

*Er hat mich seelisch vergewaltigt, genau ab da fing meine Krankheit an. (264/1/St 13)*

**Autistische Phantasie** umschreibt Tagträume und Wunschphantasien, um die Realität, die eigene Wünsche versagt, mildern zu können. Die Phantasien können Wünsche erfüllen und Befriedigung schenken, wenn sie die reale Auseinandersetzung mit der Belastung ersetzen.

Beispiel:

*Die Frauen von der Begegnungsstätte haben sich um mich gekümmert. Mein Bruder und meine Tante, damit habe ich nicht gerechnet. Und O [gibt es nur in ihrer Vorstellung/Psychose], ich bin in ihn verliebt. O kam oft zu mir ins Krankenhaus. (264/1/St 10)*

**Dissimulieren** fasst alle Bewältigungsformen zusammen, die eine Situation ignorieren oder herunterspielen, wenn äußere traumatische Realitäten nicht anerkannt bzw. ausgeblendet werden. Dies bezieht sich auf die Wahrnehmung der Krankheitszeichen sowie auf deren Konsequenzen, was sich durch "Nicht-Wissen" und "Nicht-Fühlen" oder Minimieren und Verharmlosen zeigt. Hierzu zählen Verleugnung, Verdrängung und Bagatellisieren.

Beispiele:

*Aber ich verstehe es nicht, dass wenn ich ein paar Schritte gehe, ich dann so schlapp bin. (16.1/5/D 13)*

*Ich habe ja schon das Alter und meine Krankheit. Der Krebs ist ja klein geblieben. Der Doktor hört mich immer ab und sagt, dass da Geräusche sind, die seien aber so richtig. Durch die Bestrahlung sind meine Bronchien auch betroffen worden und sind verengt. So wie jetzt am Abend, da kann ich dann nicht mehr. Ich habe auch etwas zum Inhalieren bekommen, und das hilft. Ich sage Ihnen, das ist teuer, das kostet über 160 DM. Kein Wunder, dass unser Staat bankrott ist. (G/3/G 5)*

*Nein, die Ärztin sagte, dass ich mich hier erholen soll. Ich habe keinen Krebs. Ich fühle mich gut. (14.1/2/R 21)*

*Nun Krebs habe ich nicht gehabt, das ist... Ich weiß es nicht. Es war ein Tumor. (15.3/1/F 5)*



**Fatalismus, Stoizismus und Resignation** werden erkennbar, wenn die Hoffnung auf Besserung aufgegeben wird und sich die Kranken bzw. Sterbenden ihrer Situation mutlos ergeben, weil die Belastung als unausweichlich und nicht bewältigbar empfunden wird.

Beispiele:

*Der Arzt meinte, ich solle aber trotzdem mal versuchen, wieder arbeiten zu gehen. Das habe ich gemacht, und auf dem Weg zur Arbeit fuhr mir frontal jemand gegen mein Auto. Ich sollte vielleicht nicht mehr arbeiten gehen. (H/6/H 13)*

*Das ist so, da kann man nichts machen. Ich weiß, dass ich nicht mehr lange habe. Das kommt so. (203/4/W 15)*

*Nein, das wird auch nichts mehr. Ich werde nicht mehr lange leben. (G/6/G2)*

*Es ist für mich deutlich geworden, dass das Leben keinen Zweck mehr hat. Ich lebe nicht mehr lange. Ich kann nicht mehr. Ich bin müde. (264/7/St 9)*

**Hadern, Grübeln und Selbstbedauern** zeigen sich als unaufhörliches Nachdenken, das sich ständig wiederholt und zwanghaft quälend um nicht lösbare Probleme und das eigene Schicksal dreht, das als unverdient und ungerecht betrachtet wird. Diese Bewältigungsform muss zum Rumifizieren abgegrenzt werden, denn hier steht die ungerechte Empfindung im Vordergrund und dort das gedankliche Kreisen.

Beispiel:

*Im Sommer war ich noch zur Untersuchung, da war noch nichts. Da waren alle so froh, dass ich gesund sei. Hier bekam ich dann die Lunge geröntgt, das ist sonst nie gemacht worden, nirgends. Da wird sonst wegen allen möglichen Sachen die Lunge geröntgt und bei mir nicht. Bei meinem Mann haben die bei allen Untersuchungen die Lunge geröntgt. Bei mir wurde es aber nicht gemacht. Naja, vielleicht ist das auch nicht immer nötig. Doch bei mir wäre es vielleicht nötig gewesen. Das sind viele Fragen, auf die es keine Antwort gibt. Vielleicht wäre damals bei mir schon was zu sehen gewesen. Ich weiß es nicht. Genauso wie die Frage nach dem Warum, das habe ich mich auch schon gefragt, doch es gibt keine Antwort, das weiß niemand, so gerne ich es auch wüsste. Das muss ich aushalten. (10.1/3/Fr. B 9)*

**Humor und Ironie** zeigen sich in einer heiteren, witzigen, humorvollen, selbstironischen und gelösten Stimmung, die die Bedeutung der Belastung überspielen und relativieren sollen. In diesen Komplex kann am Rande auch noch der Zynismus eingereicht werden.

Beispiele:

*Mit dem kann man über alles reden. Mit dem kann man reden, als wäre man bekloppt. Verstehen Sie, was ich meine? (Ich nicke.) Man kann mit dem auch Blödsinn reden. Der hat mir sehr geholfen. (63.2/1/W 1)*

*Und ich lache gerne. Ich sehe mir auch gerne etwas Humorvolles im Fernsehen an, das tut mir gut. Ich habe auch viele lustige Dinge erlebt und auch gerne einen Witz gemacht. (16.1/4/D 18)*

*Bitte einen Kakao! (Ich sehe mich um, suche in den verschiedenen Schränken.) Männer und Küche! (Sagt sie lächelnd) (264/17/St 15)*

*Der Professor hat mir auch die Operation erklärt, dass da verschiedene Muskelschichten durchtrennt worden sind, die jetzt wieder zusammenwachsen müssten. [...] Hätte mir das nicht der andere auch sagen können, der ist doch hier Chefarzt oder so. (Es klopft. Eine Schwester tritt ein und bittet ihn nach unserem Gespräch zum Chefarzt zu kommen. Sie geht.) Sehen Sie, wenn man vom Teufel spricht. (10.2/1/B 3)*

**Idealisieren** ist die Überhöhung eines anderen Menschen oder eines Objekts, wie diese sein sollten, oder die eigene Überhöhung, wobei die Realität verkannt wird und z.B. aggressive Gefühle nicht bewusst werden. In diesen Kontext passt auch die **Omnipotenz**, um Enttäuschungen abzuwehren, indem negative, belastende und beeinträchtigende Gefühle in grandiose und positive Vorstellungen über sich selbst umgekehrt werden. Die eigene oder die **Aufwertung** anderer Menschen impliziert aber auch gleichzeitig deren **Entwertung**, um Enttäuschungen im Umgang mit diesen abzuwehren.

Beispiele:

*Ich habe meinem Besuch eher geholfen. Ich bin ja von Anfang an offen mit dem Krebs umgegangen. Es wussten alle meine Verwandten und Freunde, was los war. Ich hatte es ihnen gesagt, oder es ist ihnen gesagt worden. Wir konnten alle offen darüber reden. Das fehlt mir hier im Haus so ein Stück. Es wird hier im Haus nicht über die Krankheit geredet. Das wäre gut, wenn man sich austauschen könnte. Vielleicht liegt es daran, dass ich der Jüngste bin. Die älteren Generationen sind eben nicht so sehr daran gewöhnt, über ihre Gefühle zu reden. (314/2/F 15)*

*Ich habe keine Angst vor dem Tod. Der Tod ist wie ein Freund zu mir. Sie können das noch nicht verstehen. Sie haben noch nicht viel erlebt. (12/2/B 15)*

**Intellektualisieren** bedeutet, das eigene Erleben und seine Gefühle zu abstrahieren und sich so von der Belastung zu distanzieren, dabei wird sprachlich verallgemeinert und unpersönlich gesprochen.

Beispiele:

*Ich habe meiner Tochter Geld für den Winterschlussverkauf gegeben. Wir sind immer losgegangen, und jetzt kann ich nicht. Sie hat mir erzählt, was sie sich schon alles geholt hat. Sie wollte sich aber hohe Schaftstiefel kaufen. Ich habe ihr dann meine angeboten. Mein Mann sollte sie ihr bringen. Hat er auch gemacht. Ich hoffte, dass sie sprechen würden, doch er ist morgens gefahren, wenn sie in der Schule ist. Er braucht noch Zeit. Er wird aber auch schon gesprächiger durch die neue Arbeit. Das andere wird auch schon noch werden. (134/3/M 16)*

*Ich werde bald entlassen, und dann weiß ich noch nicht, wie es mit mir weitergehen soll. Ich habe Bestrahlungen gehabt, bekam eine Chemotherapie. Heute hatte ich mein Abschlussgespräch bei Dr. B. (Chefarzt) hier. Ich weiß noch nicht, wie mein Krebs aussieht. Ich konnte nicht operiert werden, weil die Metastasen zu nah an der Bauchschlagader liegen, dass wäre zu gefährlich gewesen. Ich wurde operiert, ein riesiger Bauchschnitt. Ich wurde aufgemacht und direkt wieder zu, weil sie nichts machen konnten. Jetzt nach der Kur bekomme ich ein CT. Dann muss ich weitersehen, und ich weiß nicht, wie es mit mir aussieht. (222/1/W 4)*

*Ich habe so viel erlebt, gerade die letzten Wochen, als ich ganz unten war und nichts mehr ging. Seitdem habe ich meine Lebenseinstellung noch mehr verändert. Ich sehe die Dinge jetzt gelassener und aus einer anderen Sicht. Man muss so etwas erst erleben, dann sieht man vieles anders und nicht mehr so hektisch. (319/3/F 23)*

**Isolierung** geschieht wie alle Bewältigungsmechanismen unbewusst, um seelisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Isolieren und Unterdrücken können nicht immer voneinander abgegrenzt werden und gehen ineinander über, dabei trennen sie unerträgliche Vorstellungen von ihrem Affekt, d.h. Gefühle, die einer Belastung oder Situation angemessen sind, werden nicht wahrgenommen. Sobald die Isolierung von dem Transaktionspartner erkannt wird, ist die nonverbale Kommunikation ein wichtiger Parameter.

Beispiele:

*Ich habe es [Gefühle auszudrücken] auch zum Teil lernen müssen. Mit dem Weinen war das nicht so sehr, aber ich mach es auch, wenn es nötig ist. Ich nehme mir aber auch nicht alles so zu Herzen. (314/2/F 16)*

*Haben Sie schon mitbekommen, wie das mit meiner Frau gewesen ist? (Ich verneine.) Ja, die ist gestern noch zu meiner Tochter gekommen. In der Nacht ist sie ins Krankenhaus. Sie hat gestern schon keine Luft mehr bekommen. Da hat sie der E, der unser Nachbar ist, den kennen Sie doch auch, zu ihr hingefahren. Dann haben die den Krankenwagen gerufen. Sie ist dann ins Krankenhaus und da heute Morgen gestorben. Sie hat keine Schmerzen gehabt. Sie liegt da, als schliefe sie, hat meine Tochter gesagt. Die war da heute Morgen. Jetzt ist alles vorbei. Ich bin auch über das Schwerste hinweg. (G/7/Hr. G 3)*

*Hier lasse ich mich auch waschen und duschen. Ich merke, dass ich die Hilfe brauche und es nicht alleine kann, da nehme ich die Hilfe der Schwestern gerne in Anspruch. Es war erst ungewohnt, doch jetzt lasse ich es mir gefallen, weil es nicht anders geht und dabei sind es Schwestern, die noch sehr jung sind, die mich hier waschen. Ich denke mir nichts dabei. Die sicher auch nicht. (63.1/7/B 13)*

*Ich wusste jetzt, dass ich Krebs habe. Ich bin dann ins Krankenhaus. Dort wurde ich untersucht. Der Arzt holte einen vergessenen Tampon heraus. Es ging dann alles schnell. Auf dem Rücken wurde ich bestrahlt, dann bekam ich Blutkonserven, weil ich dort einen Zusammenbruch erlitt. Erst jetzt komme ich wieder zu mir. (264/1/St 7)*

**Kognitives Ablenken** wendet die Aufmerksamkeit angenehmeren Inhalten zu, um die momentane Belastung zumindest kurzzeitig vergessen zu können. Dies zeigt sich an konkret beobachtbaren Tätigkeiten.

Beispiele:

*Mir ist häufig schnell langweilig, deshalb brauche ich viel Besuch und deshalb sehe ich viel fern. (264/8/St 13)*

*Ich lache gerne und habe mich auch gerne gefreut. So freue ich mich über puzzeln. (Sie wird immer fröhlicher.) Zu Hause kann ich stundenlang vor einem Puzzle sitzen. (16.1/3/D 9)*

*Ja, ich spiel gerne Schach. Zu Hause habe ich einen Schachcomputer, gegen den spiele ich. (11.1/2/B 20)*

**Modelllernen** bedeutet, sich an Vergleichspersonen zu orientieren und diese als Vorbild und Leitlinie für die eigene Bewältigung anzuerkennen

Beispiel:

*Ich war vor meiner Erkrankung auf einem Seminar. Da war eine Krebskranke, die sprach so schön, die war so stark. Wenn es ihr nicht gut ging, dann ging sie in den Wald spazieren und machte vieles. Ich habe mir da gewünscht, auch so zu sein. (134/1/M 5)*

**Optimismus** zeigt eine positive und zuversichtliche Grundhaltung trotz aller Bedrohung und wird durch ermutigende Erfahrungen oder Persönlichkeitszüge gestärkt.

Beispiele:

*Ich habe mit dem Krebs selbst keine Probleme. Ich weiß, dass ich eine gute Prognose habe, dass bei mir alles weg ist und auch die Metastase. Jetzt kommt noch die Chemo, damit ich ganz sicher bin. (314/1/F 10)*

*Ich hab mich drauf eingelassen. Und jetzt geht es mir gut. Ich habe die Therapie überstanden. Mein Knochenmark bildet zwar noch nicht richtig Blutkörperchen, vielleicht macht es das auch nicht mehr, doch das wird schon. (H/1H 5)*

**Positive Phantasie** macht sich an bestimmten, auch abstrakten Vorstellungen fest, und hilft durch positive Gedanken, Erwartungen und Haltungen die momentan nicht zu ändernde Belastung zu bewältigen.

Beispiele:

*Am Wochenende kommt meine Familie. [...] Wir werden hier sprechen. Hier ist meine Umgebung, hier habe ich jetzt auch noch einen weiteren Stuhl, so dass alle hier gut sitzen können. [...] Nur wir vier. [...] Ich möchte ganz ungezwungen anfangen. [...] Es wird einiges anders und sicherlich leichter. Ich werde mich wohl eher bewegen als hier. Hier liege ich im Bett, doch wenn zu Hause eine interessante Sendung im Fernseher läuft, werde ich aufstehen und mich in den Sessel setzen. (63.1/7/B 9-12)*

*Ich werde auch meinen alten Hausarzt nicht behalten, meine Schwester hat schon eine neue Ärztin gefunden, die kennt sich mit solchen Krankheiten aus und macht auch Hausbesuche. Am 1. November geht es dann dorthin. Ich denke, dass es nur vorübergehend sein wird. Ich will dann so schnell wie möglich nach Hause. (16.1/4/D 5)*

*Ich fühle mich wohl. Manchmal gehe ich auch ins Werk und besuche die Kollegen. Die fragen mich dann, wann ich wiederkomme. Ich soll schnell wiederkommen. Ich sage ihnen*

*dann, dass es noch nicht gehe, dass man erst abwarten müsse und sehen müsse. Wenn es mir wieder so geht, würde ich gerne wieder arbeiten gehen. Es wird sicher nicht mehr so gehen, aber erst mal wieder langsam anfangen. (203/3/W 9)*

**Positives Umdeuten bzw. Sinngebung** können helfen, positive Aspekte der physischen und psychischen Belastung hervorzuheben und dahinter einen Sinn zu sehen, so wird diese als Chance zu veränderter, vertiefter Lebenshaltung und als persönlicher Gewinn gewertet. Positives Umdeuten bezieht sich auf ein konkretes Ereignis, während Sinngebung die gesamte Lebenssituation positiv einschätzt.

Beispiele:

*Ich habe mich immer gefragt, was das alles soll, was ich erlebe, doch jetzt weiß ich es, dass ich es den Menschen sagen soll. (H/9/H 8)*

*Ich habe so viel erlebt, gerade die letzten Wochen, als ich ganz unten war und nichts mehr ging. Seitdem habe ich meine Lebenseinstellung noch mehr verändert. Ich sehe die Dinge jetzt gelassener und aus einer anderen Sicht. Man muss so etwas erst erleben, dann sieht man vieles anders und nicht mehr so hektisch. Ich werde das in meiner Arbeit auch machen. Auch zu meiner Freundin ist es anders geworden. (314/3/F 23)*

*Ich war ganz unten. Später hat man mir gesagt, wie knapp es war, dass ich fast gestorben wäre. Das prägt, das kann ich auch nicht so einfach abschütteln, das will ich auch nicht. Ich habe das erlebt, und das soll da bleiben, denn dadurch habe ich eine andere Sicht für mein Leben bekommen, die will ich behalten. (314/4/F 11)*

*Das war für mich ein Schock, als das Krankenhaus anrief und der Arzt mir sagte, dass meine Frau tot sei. Ich wusste ja gar nicht, dass sie überhaupt im Krankenhaus sei. Da konnte ich nicht mehr und habe nur geweint. Ich konnte nicht dahin, um sie zu sehen. Ich wollte auch nicht, so habe ich sie so in Erinnerung, wie ich sie gesehen habe. (G/10/G 8)*

**Projektion** versucht, die eigene innere Unlust bzw. den eigenen inneren Konflikt anderen Personen zuzuschreiben. Sie kann auch versuchen, eine Beziehung herzustellen, um emotionale Unterstützung zu erhalten, wenn eigene Stimmungen und Impulse im anderen vermutet werden.

Beispiele:

*Sie sehen heute traurig aus. Warum sehen Sie traurig aus? (264/11/St 3)*

*Ich bin hier die Jüngste. Es ist aber letzte Woche noch eine Frau hierher gekommen, die ist auch 60. Sie ist von den Angehörigen hier abgeschoben worden [...] Ich möchte doch noch einmal nach Hause, wenn ich die Chemo hinter mir habe. (16.1/6/D 10.14)*

**Rationalisierung** bedeutet, für sein eigenes Handeln logische Erklärungen zu suchen, dabei werden emotionale Beweggründe außer Acht gelassen. Die wirklichen Motive einer Handlung werden nicht erkannt, stattdessen wird nach einer akzeptablen Lösung gesucht.

Beispiel:

*Welche Bedeutung ich meiner Krankheit beimesse? Da muss ich nachdenken. (Pause) Ich sehe Möglichkeiten, die sich mir bieten, als von Gott gegeben. Ich mache alles, was möglich ist, und ich sehe, dass es mir gut geht. Ich schließe niemanden in meiner Behandlung aus. Ich weiß, welche Bedeutung die Schulmedizin hat. Ich brauche sie. Doch die anderen Möglichkeiten nehme ich wahr und sehe, dass sie mir helfen, dass ich mit allen zusammen meine Krankheit besiegen kann. Der Helicobacter ist nicht mehr nachweisbar, das Lymphom ist soweit auch verdrängt und der Lupus Erythematosus ist inaktiv. (H/5/H17)*

**Reaktionsbildung** zeigt sich durch den Ausdruck von Gefühlen, die den normalerweise erwarteten diametral entgegengesetzt sind. Unbewusst werden erwartete unfreundliche Emotionen als freundliche ausgedrückt, dabei werden aggressive Tendenzen unterdrückt.

Beispiel:

*Eigentlich sollte ich Ihnen das nicht sagen, aber meine Tochter hat Zeit und würde das nicht machen. Auch um uns die Wohnung zu putzen. Glücklicherweise haben wir unsere Nachbarin. Meine Tochter wollte vorgestern kommen, um das Bad zu putzen. Die hat sich noch nicht einmal abgemeldet, ist einfach nicht gekommen. Die ist so schludrig. Wir haben sie sehr lieb, aber seit sie das große Haus hat, hat sie keine Zeit, macht sie nichts. Unsere Nachbarin, die liegt auf dem Boden und macht alles so gründlich. Wir haben unsere Tochter mit in Urlaub genommen, als die jungen Leute noch nicht so konnten, die war mit uns in Schweden und Finnland mit den Kindern. Das haben wir alles gerne gemacht. (G/4/G 13)*

**Reizkontrolle** blendet vorübergehend die Auseinandersetzung oder Erinnerung an Belastungen aus oder schafft Distanz. Es handelt sich hier um eine passagere Nicht-Wahrnehmung und nicht nur um einen räumlichen Abstand.

Beispiel:

*Ich brauche auch meine Ruhe. Ich kann es nicht vertragen, wenn alle fünf Minuten jemand fragt, wie es mir geht. Das macht sie nämlich. Ich sitze einfach da und will an nichts denken. Dann kommt sie und fragt. Da ist es auch gut, dass sie ihren Kurs dort macht, dann habe ich meine Ruhe. [...] Es ist mir manchmal zu viel. Ich will dann einfach nur dazusitzen und an nichts denken. Einfach abschalten. Das kann ich, wenn ich sie weggeschickt habe. (203/4/W 13.14)*

**Relativieren** ist ein Bewältigungsmechanismus, bei dem versucht wird, die eigene Situation zu bewältigen, wenn man sich mit schlimmeren Krankheiten oder Schicksalsschlägen anderer Menschen vergleicht, wodurch die eigene momentane Belastung relativ günstig erscheint und akzeptiert wird. Dies hat eine positive Selbsteinschätzung zur Folge.

Beispiele:

*Ich hab ja nicht viel mitbekommen, aber dass ich noch dran bin. (Er zeigt auf seinen Kopf.) Da sind schon viele nicht durchgekommen, die es nicht geschafft haben. (63.2/1/W 4)*

*Ich weiß ja, dass er kommen wird und das auch schnell. Man beschäftigt sich eigentlich erst damit, wenn es schon zu spät ist. Ich habe, seitdem ich Krebs habe, schon oft daran gedacht... (Kurze Pause) was noch alles gemacht werden muss. Ich werde mich, wenn ich nach Hause komme, um mein Testament kümmern. Ich habe einen Bekannten, der ist ein Kollege von mir, der hat auch Krebs, der hat sich nach Hause verzogen und macht nichts mehr, der kümmert sich um nichts, irgendwann ist es zu spät, dann kann er nichts mehr machen. (203/2/W 10)*

*Mir geht es ja besser als anderen, die keine Zeit zur Vorbereitung auf den Tod haben. (16.1/4/D 6)*

*Mir geht es sehr gut. Ich bin froh darüber. Das Lymphom ist weg. Mit denen ich damals im Zimmer lag, die sind tot. (H/9/H 6)*

**Rumifizieren** ist ein grüblerisches Hin- und Herüberlegen und ständiges gedankliches Kreisen um die Krankheitssituation, ohne zu einem klaren Ergebnis zu kommen, was als beson-



ders belastend und quälend empfunden wird. Es muss zu Hadern, Grübeln und Selbstbedauern abgegrenzt werden.

Beispiel:

*Das ist so, daran kann man nichts machen. Ich fühle mich in Ordnung. Ich frage nicht danach, warum ich den Tumor habe. So etwas frage ich mich nicht, jedoch kommen die Gedanken, gerade, wenn ich so da liege, die lassen mich nicht los. Ich kann nicht so rätseln. Die Gedanken, die kommen. (17.2/1/W 15)*

**Selbstkontrolle, Selbstinstruktion, Haltung bewahren und Kampfgeist** sind willens betont und kämpferisch ausgerichtet und versuchen Gefühle von Schwäche zu unterdrücken oder zu verheimlichen und sich so gut es geht, selbst zu kontrollieren.

Beispiele:

*Ich habe keinen Appetit, doch ich muss essen. [...] Ich muss! Mit Disziplin ist nicht mehr viel los. Ich habe davon nicht mehr viel. (63.1/1/B 7.8)*

*Ich fühle mich wie in einem tiefen Loch, doch da muss ich alleine raus, da kann mir keiner helfen. (63.1/5/B 18)*

*Ich bin jetzt ganz schön k.o. Es war aber nicht so schlimm. Ich bin schon einige Male punktiert worden. Heute ging es aber gar nicht im Sitzen. Der Chefarzt hat es gemacht. Ich konnte gar nicht sitzen. Er hat es im Liegen gemacht. Schmerzen hatte ich nur beim ersten Einstich und dann wird die Nadel immer weiter vorgeschoben und jedes Mal wieder betäubt. Ich habe dann gespürt, dass da was gemacht wurde, doch ich hatte keine Schmerzen. Die habe ich noch nie gehabt. (63.1/8/B 6)*

*Ich habe immer versucht in meinem Leben aufrecht dazustehen. Ich kann sagen, dass ich ein Mensch war, der immer das Rechte gemacht hat. [...] Ich habe schwere Zeiten durchgemacht. Die Scheidung war sehr schwer. Ich kann aber vor mir grade stehen. Ich habe mich durchgekämpft. (16.1/8/D 8.9)*

**Unterdrücken** erfordert einen enormen Willensakt. Gefühle, die der Situation entsprechen, werden bewusst nicht zugelassen, obwohl Einsicht in die Belastung besteht.

Beispiel:

*Verdrängen ist es auch nicht. Verdrängen ist doch, dass das nicht da ist, auch wenn es da ist. Ich weiß davon, ich weiß Bescheid und habe alles in eine Schublade gepackt, das reicht mir. (203/2/W 8)*

**Valorisation** bezieht sich auf das Selbstwertgefühl einer Person, die auf Gedanken, Erinnerungen und Vorstellungen zurückgreift, in denen sie erfolgreich war, Anerkennung erhielt oder sich des positiven Umgangs mit der aktuellen Situation erinnert, wodurch sie sich selbst aufwertet. Dies hilft, Bewältigungsressourcen zu mobilisieren.

Beispiele:

*Ich hab schon ganz andere Sachen geschafft. (11.1/1/B 14)*

*Wissen Sie, wir haben ein sehr schönes Leben gehabt. Für jeden Tag, den wir geschenkt bekommen, sind wir dankbar. Wir haben schwere Zeiten nach dem Krieg erlebt, in der Gefangenschaft und danach. Wir hatten kein Geld. Dann hatte mein Mann den Unfall, da war er erst in H, dann in K und schließlich ist er ins Krankenhaus der Berufsgenossenschaft nach H gekommen. Da war er noch lange, wenn ich mit einem großen Tuch aus unserer Wohnung gewunken habe, konnte er es aus seinem Krankenzimmer sehen. Dann hat er es später nicht mehr ausgehalten, wenn er die Lkws hat fahren sehen. Er wurde dann mit 50 in Rente geschickt. Das war alles schwer. Wir haben Höhen und Tiefen erlebt. Unser Leben war aber immer schön. Wir hatten uns und auch jetzt, das hilft uns. (G/4/G 22)*

**Verneinung** negiert einen Sachverhalt, d.h. dessen richtiger Inhalt wird durch sein Gegenteil ausgedrückt.

Beispiel:

*Sie seien das ganze Wochenende zu Hause gewesen, hat sie [Tochter] mir noch erzählt. Am Montag habe ich mit meiner Nichte gesprochen. [...] Die hat mir dann erzählt, dass meine Tochter auf F war. Was soll ich dazu sagen? Ist das nicht schlimm? Nicht, dass ich sie kontrollieren will. Sie konnten doch auch fahren, da hab ich nichts gegen und kann auch nichts gegen sagen. Aber muss sie mir so was erzählen? Sagt, dass sie nicht fährt und auch nicht gefahren ist, dann ist sie gefahren. Ich finde das nicht gut. [...] Nein, böse ist sie nicht, war sie noch nie. Ich will auch nichts sagen. (G/4/G 5.6)*

**Verschiebung** versucht, die innere Welt auf Kosten der Außenwelt zu entlasten. Bestimmte konflikthafte Belastungen werden auf weniger schwierige Beziehungen verschoben, so dass eine weniger gefährliche Person getroffen wird.

Beispiele:

*Da ging es mir ganz schlecht. Da sagte mir auch Dr. B, dass ich nur noch 18 Monate zu leben hätte. Ich habe meine Ärztin gefragt, und sie sagte mir, dass ich keine 30 Jahre*

*mehr zu leben hätte, man könne das nicht sagen. Ich finde es im Nachhinein sehr hart, so etwas zu sagen. Ein Arzt kann so etwas nicht so sagen. (16.1/6/D 7)*

*Das ist ein Scheißwetter. Der Professor hat doch vergessen der Krankenkasse Bescheid zu sagen, dass ich verlängert wurde. Der Chefarzt hat mit mir gesprochen und alles klar gemacht. Ich werde am Dienstag gehen. Das wird auch Zeit. Ich habe keine Lust mehr, hier zu bleiben. (63.2/2/W 2)*

**Wunschdenken** lässt erkennen, dass eine Belastungssituation als unsicher und nicht zu bewältigen eingeschätzt wird.

Beispiel:

*Ich habe den Krebs, da muss was gemacht werden, und ich scheine gute Aussichten zu haben. Ich weiß, dass der Krebs nicht ganz verschwinden wird, dass ich nicht geheilt werden kann, aber ich will, dass er so klein gehalten wird, dass ich eine Weile damit leben kann. (16.1/3/D 12)*

#### **2.4.2.4 Beziehungsorientiertes Coping**

Diese Bewältigungsform beschreiben Cohen und Lazarus (Cohen 1979) erst spät. Es geht um soziale Unterstützung als aktives Aufsuchen und die Inanspruchnahme anderer Menschen, was gerade in der Begleitung, die angenommen wird, für einen dritten erfahrbar wird.

Nützliche Beziehungen oder solche die nutzbar gemacht werden, sollen belastende oder schädigende situationale Bedingungen reduzieren, ein positives Selbstbild und das psychische Gleichgewicht aufrechterhalten und sichern. Befriedigende Beziehungen beeinflussen das Wohlbefinden und haben Einfluss auf den Gesundheitszustand.

Diese Bewältigungsform wirkt dem sozialen Tod entgegen, wenn Beziehungen aufgesucht und aufrechterhalten werden.

Es ließen sich diese Bewältigungsmöglichkeiten sicherlich in die direkte Aktion einordnen, doch gerade in der Zuwendung geschieht Begleitung, die die Aufmerksamkeit von sich auf andere lenkt, Hilfen mobilisiert und sich Unterstützung sichern kann.

Ich sehe hier nicht nur die Zuwendung zu Menschen, sondern füge bewusst die Religiosität ein, d.h. die Hinwendung zu Gott, wodurch dieses Coping eine geistliche Qualität bekommt. Somit gehe ich über Cohen und Lazarus hinaus.

**Emotionale Entlastung** wird genutzt, um der Situation durchaus angemessene Gefühle offen auszudrücken. Dies kann verbal oder nonverbal, sich selbst oder einem Transaktionspartner gegenüber geschehen, dadurch wird die innere Belastung deutlich vermindert.

Beispiele:

*Jetzt geht es mir direkt besser nach diesem Gespräch. Ich habe weniger Schmerzen und werde in den Garten hinausgehen (218/1/St 8).*

*Ich sehe so schrecklich aus, das Bein wird immer dicker. Bitte sehen Sie nicht hin! Es sieht so furchtbar dick aus (218/7/ St 6)*

**Emotionale Unterstützung** zeigt sich als Zuwendung oder Hinwendung zu einem Transaktionspartner, um mit diesem zu sprechen, von ihm verstanden zu werden und Hilfe in unterschiedlichen Formen z.B. einer Tischgemeinschaft, Körperkontakt oder sozialer Hinwendung zu erhalten.

Beispiel:

*Die sind hier alle sehr nett. Ich fühle mich wohl. Ich hatte heute Besuch, ein Freund war mit dem Fahrrad da. Da habe ich mich drüber gefreut. (63.1/2/B4)*

**Hypochondrie** bedeutet zu klagen, die eigene Hilflosigkeit auszudrücken und zu versuchen, andere Menschen an sich zu binden und dann jede Art von Hilfe abzuweisen.

Beispiel:

*St 3: Es geht ganz, ganz schlecht. Ich habe sehr große Schmerzen. (Pause) Ich kann nicht mehr. Ich habe nicht mehr viel vom Leben. Die Krankheit... (Sie spricht immer leiser. Ich verstehe sie nur noch bruchstückhaft.)*

*S 4: Entschuldigen Sie, ich kann Sie nicht verstehen, können Sie bitte noch einmal wiederholen, was Sie gesagt haben?*

*St 4: Ich weiß jetzt, dass ich nicht mehr viel zu leben habe! Schauen Sie mich bitte nicht an. Sie wissen doch, dass ich das nicht ertragen kann. (Ich blicke sie im Verlauf des Gespräches nur noch zeitweilig an und vermeide Augenkontakt.)*

*S 5: Mich erfüllt es mit Traurigkeit, was ich von Ihnen höre, dass Sie nicht mehr lange leben werden.*

*St 5: Ich glaube Ihnen nicht! (Pause) Ich muss jetzt zur Toilette. Ich muss noch meine Tabletten nehmen. (Sie greift nach ihrer Tablettendose.)*

*S 6: Soll ich Ihnen helfen?*

St 6: Nein! (264/7)

**Passive Aggression** beinhaltet, hinter einer freundlichen Maske und angeblicher Kooperation aggressive Gefühle zu verbergen mit dem Ziel, die Beziehung zu dem mit Aggression bedachten Transaktionspartner aufrecht zu erhalten.

Beispiel:

*Der Chefarzt hier ist ein guter Mann. Kennen sie den? (Ich nicke bejahend.) Der hat die Ansicht, dass nur das gemacht werden soll, was bessert aber nicht schadet. Man soll erst mal so zu recht kommen. Ich habe die ganze Zeit hier schlecht geschlafen. Ich kann nachts nicht schlafen. Ich konzentriere mich nur auf das Atmen. [...] Der Chefarzt wollte mir keine Schlaftabletten geben, doch die vertretende Ärztin hat mir welche gegeben, das war heute Morgen. (15.2/1/M 5.6)*

**Religiosität** unterstützt, gibt Kraft und tröstet mit dem Glauben an Gott, der Hilfe und Halt bietet, Zufluchtsort ist und Geborgenheit schenkt. Gottes Wille wird als Fügung gesehen, wobei die Auseinandersetzung mit Gott eine persönliche Beziehung und Hinwendung zeigt. Religiosität und Akzeptanz müssen getrennt werden, hier orientiert sich der Mensch auf Gott hin, dort bleibt der Bezug zu der Situation offen. Religiosität ist im Bereich des beziehungsorientierten Coping eingeordnet, weil es um die Interaktion zwischen Mensch und Gott geht, die z.B. im Gebet ausgedrückt wird.

Beispiele:

*Abends bete ich, und dann, wenn es mal bedrückend ist, geht es mir besser. (G/1/G 17)*

*Wir sind zwar keine sehr gläubigen Menschen, doch wir versuchen uns nicht zu streiten. Gut, wir sind mal anderer Ansicht, wo kommt das nicht vor. Früher war ich auch anders als heute. Aber mein Mann war immer so, dass er nicht nachtragend war, das ist schön an ihm. Ich war schon eher mit dem Streit dabei. Er nicht. Wir vertragen uns dann schnell, und dann können wir auch schlafen gehen. (G/2/G 15)*

*In der Kirche herrscht eine große Gemeinschaft, da kann ich mich auch mal verstecken und werde nicht bedroht. Es geht mir besser, seitdem ich wieder in der Kirche bin. (264/4/St 19)*

*Ich mag es, Gottes Wort zu hören, das hat mir gefallen und gut getan. Ich brauche das. (264/12/St 18)*

*Ich bin einfach nur dankbar Gott gegenüber. Ohne Gott hätte ich nichts geschafft, wäre ich auch schon tot. Ich danke Gott. (H/9/H 7)*

*Ich habe da von unserem Pastor einen Zeitungsausschnitt gehabt. Ach, den habe ich meiner Schwester mitgegeben. Der hat mir gut getan. Der war über den Totensonntag. Er hat gesagt, dass es nach dem Tod noch ein neues Leben gibt. Das war schön zu lesen, dieser Text hat mir gut getan. Ich habe ihn leider nicht. [...] Mir wurde dadurch deutlich, dass mit diesem Leben nicht alles aus ist. Es gibt etwas, was dann kommt. Wir sind Materie und Energie, und Energie geht nicht verloren. Manche Menschen denken, dass sie wieder geboren werden als Tier oder als irgendein Mensch, das gefällt mir nicht so. Aber was der Pastor schrieb, war gut. (16.1/6/D 20.22)*

*Ach, mit Gott hab ich das nicht so. Warum lässt der mich so leiden? [...] Woher kommt der Mensch? Wozu ist der Mensch da? Wohin geht der Mensch? Die Frage nach dem Sinn des Lebens. Ich habe für mich eine Antwort gefunden. (Wir werden unterbrochen, als an der Tür geklopft wird. Die Schwester bringt das Essen herein. Sie begrüßt uns, fragt, wo sie das Essen hinstellen soll und geht wieder.) Ich habe in meinem Leben nicht viel Liebe erfahren. (Sie schweigt.) (218/4/St 22.23)*

*Mir ging es sehr schlecht, doch Gott hat mir geholfen. (12.1/1/B 5)*

**Solidarisieren** bedeutet, dass sich Menschen, die von der gleichen Belastung betroffen sind, begegnen und austauschen. Dies wird als hilfreich und entlastend erlebt, weil sie sich gegenseitig verstehen oder als Gleichbetroffene zusammenhalten. Solidarisieren geschieht auch, wenn jemand sich auf Leidensgenossen bezieht, mit denen er sich identifizieren und diese für sich vereinnahmen kann, dadurch entsteht eine Leidensgemeinschaft.

Beispiele:

*Mir fällt auch auf, dass sehr viele junge Männer Hodenkrebs haben. Vielleicht ist es familiär bedingt, mein Onkel hatte es. Aus meinem Bekanntenkreis hat es noch einer, da gibt es einen Fußballspieler von Schalke 04, der hat es auch. (314/1/F 9)*

*Weil ich neu war, wurde eine Vorstellungsrunde gemacht. Jeder stellte sich vor und sagte, wie er zu der Rohkost gekommen sei. Interessant, dass alle so etwas wie ich hinter sich hatten. Sie standen alle sehr nah vor ihrem Ableben. Ich erzählte dann schließlich von mir und bekam eine gute Resonanz. Ich wurde dann schließlich gefragt, ob ich gläubig sei. Ja, da wurde es spannend. Ich habe dann gesagt, dass ich ein gläubiger Mensch sei. Ich wurde dann gefragt, ob ich auch spüren würde, dass mein Leben geführt würde. Wir haben*

*uns an diesem Abend gut unterhalten, und ich habe gemerkt, dass es noch viele gläubige Menschen gibt, denen Ähnliches widerfahren ist. (H/8/H 10)*

*An einem Tag ging es, am anderen war es wieder schlechter. Das Wetter ist ja auch schlechter geworden, vielleicht liegt es am Wetter. Andere Patienten sagten mir auch, wenn das Wetter schlechter würde, ginge es ihnen auch schlechter. Ich habe mich darauf eingestellt und werde sehen, wie es weiter geht. (63.1/4/B 4)*

## **2.5 Bewältigungsverhalten als adaptiver Prozess an die Krankheit**

Die oben beschriebenen Bewältigungsmechanismen sind Versuche von Menschen, sich mit den eigenen Erkrankungen auseinander zu setzen und sich an die veränderte, lebensbedrohliche Situation anzupassen. Dabei werden Transaktionen geändert bzw. genutzt und Emotionen reguliert. Veränderungen, die immer wieder bei der Verarbeitung der Erkrankung auftreten, führen dazu, die Bewältigung erneut zu modifizieren, um sich den körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen anzupassen und ein seelisches Gleichgewicht zu schaffen. Bewältigung benötigt deshalb Zeit.

Die verschiedenen Krebserkrankungen, denen die Patienten ausgesetzt sind, fordern sie heraus, sich mit Eingriffen, die ihre körperliche Integrität verletzen, Schmerzen, Beschwerden, bleibenden Schädigungen und Beeinträchtigungen zu beschäftigen. Sie müssen sich auf unterschiedlichste Behandlungen und Therapien einstellen, ebenso müssen sie den verschiedenen therapeutischen Teams, allen betreuenden und begleitenden Personen Vertrauen schenken bzw. sich auf die verschiedensten Menschen einstellen, die ihnen begegnen. Gleichzeitig setzen sie sich mit ihrer Lebensbedrohung, dem Tod und dem Sterben, auseinander.

Alle schwer kranken Menschen versuchen auf ihre spezifisch persönliche Art, ihr seelisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten bzw. mit ihren individuellen Bewältigungsmöglichkeiten ihr Lebenskonzept und ihr Selbstwertgefühl wieder herzustellen, denn die Körperintegrität, der Lebensstil und die Autonomie verändern sich. Sie müssen ihre sozialen Rollen und Aufgaben aufgeben oder neu gestalten und neue Aufgaben und Rollen finden. Allen ist gemeinsam, dass sie sich von gewohnten Beziehungen in der Familie, im Freundeskreis und sonstigen Kreisen trennen müssen, um sich von den therapeutischen und betreuenden Teams versorgen zu lassen oder sich von ihrem Leben zu verabschieden. Das emotionale bzw. see-

lische Gleichgewicht wird durch Angst, Unsicherheit, Ungewissheit, Trauer, Hilflosigkeit, Schmerzen, Tod, Isolation oder Entfremdung gestört. Ferner bedeutet die Belastung der Erkrankung eine ungewisse und unsichere Zukunft, die unterschiedlich individuell und auch unkonventionell neu geplant wird.

Die kranken bzw. sterbenden Menschen reagieren auf die unterschiedlichen Anforderungen und Belastungen, wobei die Bewältigung von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird, die von persönlichen Erfahrungen und Kenntnissen in Bezug auf die Krankheit, von Werthaltungen, dem subjektiven und objektiven Krankheitszustand, situativen Bedingungen (ambulanter, stationärer oder familiärer Betreuung) und persönlichen Ressourcen (Persönlichkeit, soziales Umfeld) abhängen.

Sie verarbeiten die Erkrankungen und belastenden Situationen innerpsychisch und durch Handlungen, wobei die Bewältigungsmechanismen bewusst oder unbewusst ablaufen können. In den Gesprächen zeigt sich immer wieder, dass sie Ziele suchen, die sie häufig konkret formulieren, wobei es immer darum geht, seelisches Gleichgewicht zu bekommen und sich auf die veränderte Situation einzustellen.

Das unterschiedliche Bewältigungsverhalten ist von der Persönlichkeit, der Lebens- und Lernerfahrung, dem bisherigen Bewältigungsverhalten, dem Verhalten der sozialen Umgebung, den persönlichen Ressourcen und dem Aufenthaltsort abhängig.

**Zusammenfassung.** Die Bewältigung der belastenden Situation hängt von der Persönlichkeit (z.B. Lebenserfahrung in Krisen, Weltanschauung, intellektuelle Faktoren, Bildung), der Erkrankung (z.B. Art und Stadium, Prognose, Schmerzen, Veränderung der Integrität), des sozialen und des örtlichen Umfelds (z.B. Atmosphäre, Aufklärung durch Ärzte o.a. belastende Behandlungen, therapeutisches und pflegerisches Personal, soziale Beziehungen und Kontakte) ab. Die Kranken bzw. Sterbenden können dabei noch weiter differenziert werden in Menschen, die sich aktiv der Erkrankung stellen und Kampfgeist zeigen, in Menschen, die sich passiv ergeben, und Menschen, die die Erkrankung nicht wahrhaben wollen, wobei es keine Reintypen gibt, sondern lediglich Gewichtungen. Diese drei Arten der Bewältigung können sich ambivalent überschneiden oder abwechseln. Die entscheidenden Faktoren der Bewältigung sind die eigene subjektive, persönliche Einschätzung und äußere Bedingungen, die sich verändern.



## 2.6 Reflexion des Seelsorgers als Gesprächspartner

Zwischen mir und meinen Partnern entstanden schnell gute Beziehungen, so dass wir offene und intensive Gespräche führten. Sie erklärten sich ausdrücklich bereit, mit mir über ihre Erkrankungen zu sprechen.

Die ersten Gespräche, die ich zu Beginn meiner Studien führte, waren jedoch stark von dem Einfluss des Copingmodells geprägt und erschienen starr und ohne emotionale Beteiligung, da ich mehr interviewte und weniger Begleiter war. Ursachen dafür waren der Interviewstil, der sich an Fragebogen anlehnte, und die Beobachterposition, die im Coping üblich sind. Hier zeigten sich die Grenzen des wissenschaftlichen Modells. Ich hatte den Interview- und Fragebogenstil unreflektiert übernommen und spürte, dass Beziehungen zu den Gesprächspartnern gestört waren, keine Nähe zu Stande kam und einige sogar Gespräche abbrachen. Erst als ich begann, mich von dem starren Modell zu lösen und die Menschen **wirklich** zu begleiten, entwickelte sich Nähe.

Da es im Umgang mit schwer kranken Menschen, die direkt vom Tod bedroht sind, für die Seelsorge keine Literatur oder sonstige Anhaltspunkte gibt, die vom Copingmodell beeinflusst sind, musste ich einen eigenen Ansatz für meine Gespräche finden. Auf diesem Weg wurden der seelsorgerliche Standpunkt und geistliche Akzente nicht stark genug betont, weil das mechanische Modell die Gespräche prägte.

Die Auseinandersetzung mit dem Copingmodell zeigte deutlich, dass die Seelsorge eingengt wird, denn Coping, wie es in der Literatur dargestellt wird, beobachtet und lässt den Menschen allein, während Seelsorge nahe am Menschen sein will und versucht "einem anderen Menschen bei der Sorge um sich selbst beizustehen, ihn zur 'Selbstsorge' zu ermutigen." (Ostertag 2001:54). Mit diesem Anspruch bleibt der Seelsorger nicht abseits von dem kranken und sterbenden Menschen stehen, sondern geht auf ihn behutsam zu, begleitet ihn auf dessen eigenem Weg und lässt ihn nicht allein, denn er tritt mit ihm in Beziehung.

## 2.7 Die Begleitung unter der Perspektive von Coping

Das Copingmodell zeigt, dass sich ein Mensch an eine neue Situation anpasst, wenn sie ihn belastet. In dieser Transaktion verändert sie ihn, wobei er seinerseits die Situation beein-

flusst. Krebserkrankungen verändern die gesamte Lebenssituation, d.h. ein Mensch passt sich dieser an bzw. stellt sich auf eine Erkrankung und alle neuen Umstände ein, gleichzeitig wirken diese auf ihn ein und beeinflussen ihn wie z.B. das Wetter, das Essen, das Wohnumfeld, Ärzte mit ihren guten oder schlechten Nachrichten, Pflegepersonal, das Wärme oder Distanz vermittelt, Angehörige, die sich einfühlsam nähern oder mit der Situation überfordert sind, Seelsorger, die zuhören oder verändern wollen. Sterbebegleitung, die das Copingmodell kennt, wird zu einem Prozess, der sich fortlaufend verändert und dem sterbenden und kranken Menschen hilft, seine Situation wahrzunehmen und selbst gestalten zu können. Coping wird deshalb "als stabilisierender Faktor verstanden, der Individuen dabei hilft, während Lebensphasen voller Stress ihre psychosoziale Anpassung aufrechtzuerhalten." (Morgenthaler 2002:290). Die Seelsorge mit ihrem reichhaltigen Schatz ist mehr als Begleitung, denn sie wendet sich im Transaktionsprozess dem Menschen und dem Seelsorger gleichermaßen zu.

Nach den Gesprächen, die ich auf dem Hintergrund des Coping betrachtet habe, bilden sich drei Grundzüge heraus, um sich einem kranken und sterbenden Menschen zuzuwenden, ihn nicht zu bewerten und ihn in dem Prozess seiner Bewältigung zu unterstützen. Unter den Gesichtspunkten Begleiten, Antworten und Sorgen bieten sich Gelegenheiten, sich gegenseitig zu nähern und eine Beziehung entfalten zu lassen. Diese Aspekte schälen den Kern des Modells heraus und machen es fruchtbar, wenn der Begleiter in der Beziehung den Sterbenden und sich selbst verstehen lernen will. Gleichzeitig gehen diese Aspekte darüber hinaus, denn der Seelsorger rückt verstärkt ins Blickfeld der Begleitung. Die drei Dimensionen öffnen die Seelsorge für das Copingmodell und machen es der Seelsorge zu nutzen.

### **2.7.1 Die Dimension des Begleitens im Umgang mit Sterbenden**

Begleiten ist eine Grunddimension im Umgang mit Sterbenden.<sup>46</sup> Menschen, die die Absicht haben zu begleiten, sollen die Sterbenden nicht allein lassen. Seelsorge hat in der Begleitung eine besondere Bedeutung, denn sie tritt mit einem kranken und sterbenden Menschen in

---

<sup>46</sup> Eine Fülle von Publikationen beschäftigen sich damit, wie Sterbende begleitet werden können. Immer wieder erscheinen neue Ratgeber, die Begleitung in allen möglichen und nicht möglichen Nuancen schildern. Auf den Begriff des Begleitens selbst möchte ich nicht weiter eingehen, sondern auf Paul Sporken (Sporken 1992:11-41) verweisen.

eine Beziehung von Seele zu Seele, die einen theologischen und spirituellen Hintergrund hat und über medizinische Betreuung hinausgeht.

Hier nimmt der Begleiter bzw. Seelsorger sich und seinen Partner, d.h. den kranken bzw. sterbenden Menschen, wahr. So sind beide in Bewegung, verändern und entwickeln sich. Um diese Entwicklungen wahrzunehmen, beobachtet der Seelsorger bzw. Begleiter sich selbst und sein Gegenüber und wird gewahr, was sich zwischen ihnen beiden ereignet.<sup>47</sup>

Im Rahmen der Begleitung kommt der umfassenden Wahrnehmung eine herausragende Bedeutung zu, zu der alles Sichtbare und Unsichtbare gehört, was sich in der gegenwärtigen Situation ereignet bzw. bewegt. Der Fokus richtet sich auf den Menschen, der begleitet wird, weshalb kein Platz für irgendwelche Modelle ist. Begleitung muss deshalb *modell-los* sein, denn Coping-, Phasenmodelle u.a. schränken sie ein, weil sie einen Menschen unter einem bestimmten Blickwinkel und nicht in der Fülle seines Verhaltens und Seins wahrnehmen. Ansonsten beherrschen die Modelle den Kontakt zu dem Gesprächspartner, wobei ein Begleiter nicht präsent ist, um eine Beziehung wachsen zu lassen. Das Copingmodell versucht, einen Kranken wahrzunehmen, tritt jedoch, wie oben beschrieben, mit dem Menschen nicht in eine Beziehung.

Seelsorge, die das Copingmodell kennt, wird auf Entwicklungen während der Erkrankung achten. Als Frau D es zu Beginn ablehnte, mit mir über Geistliches zu sprechen, akzeptierte ich ihren Wunsch genauso wie am Ende der Gespräche, als sie über ihren Tod und geeignete Bibelverse für ihre Beerdigung sprechen wollte. Ich beobachtete ihre Entwicklung nicht nur, sondern stand ihr zur Seite. Die große Aufgabe der Begleitung besteht darin, einen Menschen trotz seiner Widerstände anzunehmen und zuverlässig bei ihm zu bleiben. Hier wird dann das Copingmodell zu einer sinnvollen Hilfe, da es den Begleiter schult, den Kranken oder Sterbenden umfassend wahrzunehmen und sich von Vorstellungen und Modellen zu lösen, da nur das Gegenüber im Zentrum, dem Fokus, steht.

Begleitung schließt nicht nur den Kranken und Sterbenden ein, sondern sieht auch das Umfeld und die Angehörigen, die hilflos sind. Seelsorge kann die Kommunikation zu dem Sterbenden unterstützen und vermitteln. Als Frau V in einem Altenheim versorgt werden sollte und dies ablehnte, zog sie sich von ihrer Familie zurück. Die Angehörigen suchten darauf Kontakt zu mir. Ebenso vermittelte ich zwischen Frau und Herrn G und deren Tochter, als sie sich von dieser übervorteilt fühlten, und unterstützte die Kommunikation zwischen Vater und Tochter nach dem Tod der Mutter. Begleitung beobachtet und wertschätzt nicht

nur, sondern sucht Worte zwischen den Betroffenen und deren Angehörigen zu finden, damit sich diese verstehen.

Ich versuchte immer, die Menschen auf ihrem Weg zu bestärken. Begleitung findet zwar stets in der Gegenwart statt, dabei kann die Vergangenheit aber durchaus präsent sein. Dies geschieht dann, wenn Menschen stolz darauf zurückblicken, wie sie einst mit Schwierigkeiten umgingen und ihnen dies nun die Kraft gibt, sich der gegenwärtigen Belastung zu stellen. Ich teilte ihre Hilflosigkeit und war da, so dass sie die Möglichkeit hatten zu reden, was ihnen gut tat. So hatte Frau St nach einigen Gesprächen mit mir, dem Psychologen oder anderen Beteiligten keine Schmerzen mehr. In diesem Zusammenhang zeigt sich die Chance von einer Querschnittsbegleitung,<sup>48</sup> dass auch einzelne Begegnungen dazu beitragen, einen Sterbenden zu unterstützen und zu stärken, so wie es Langzeitbegleitungen machen, wenn Seelsorge wahrhaftig präsent ist und eine wirkliche Beziehung wachsen lassen will.

Im Prozess der Bewältigung einer Krankheit und des Sterbens ist Seelsorge zunächst eine Stimme in der Begleitung. Sie hat kein Monopol, kann aber die vielen anderen Stimmen zum Gleichklang bringen, wenn sie den Menschen wahrnimmt und wertschätzt, so dass dieser im Augenblick der Begleitung die gewachsene Beziehung erleben will. Seelsorge kann dann Perspektive anbieten, wenn sie wirklich in der Beziehung zu dem Partner präsent ist. In diesem Sinn ist der Seelsorger nicht Beobachter, Zuschauer, Missionar oder Funktionär, sondern Begleiter, der durch seine Präsenz mit der Fülle der seelsorgerlichen Angebote mitgeht. Solche Begleitung ist Transaktion im Sinne des Copingmodells.

### **2.7.2 Die Dimension von Deutung und Antwort in der Begleitung**

Kranke und sterbende Menschen bewältigen ihre Situation wie gezeigt mit Hilfe von Anpassungs- und Abwehrstrategien. In den Transaktionen setzen sie sich mit sich selbst und dem Begleiter bzw. Seelsorger auseinander. Dabei deuten sie selbst ihre Situation, wenn sie beispielsweise feststellen, dass sich ihr gesundheitlicher Zustand verändert bzw. mutmaßen, dass sie sterben werden, oder auf Fragen nach ihrem Befinden, den Raum nutzen, den ich ihnen anbiete, um über ihr körperliches, psychisches, soziales oder geistliches Empfinden zu sprechen. Die Antworten zeigen, dass sie durchaus selbstverantwortlich mit ihrem Leben

---

umgehen, sich selbst schützen, nicht alles preisgeben und sich selbst stützen, wenn sie über Vordergründiges oder Hintergründiges sprechen.

Bevor es darum geht, einen Zustand, Aussagen oder sich selbst zu deuten, gilt es, den Weg des Schwerkranken wahrzunehmen, zu bestätigen, zu hören, zu sehen und zu empfinden, was dieser sagt oder noch nicht sagt, wie er folglich in der Gegenwart bewältigt. Insofern akzeptiert der Seelsorger, der vom Copingmodell beeinflusst ist, dessen Selbsteinschätzung und interpretiert ihn nicht, wodurch er ihn achtet und annimmt. Es geht nicht darum, den anderen zu konfrontieren, dies geschieht bereits allein durch die Person und das Erscheinen des Seelsorgers. Vielmehr sollte dieser dem Gewicht der Belastung standhalten, nicht bagatellisieren und auch nicht versuchen dem Gesprächsthema und -partner auszuweichen.

Im gegenwärtigen gesellschaftlichen Umgang mit schwer kranken und sterbenden Menschen klärt der Seelsorger oder Begleiter den Menschen, den der Tod betrifft, über dessen gesundheitlichen Zustand nicht auf, denn das ist in unserer westlich geprägten Gesellschaft in der Regel die Angelegenheit des Arztes, der die Diagnose und den medizinischen Verlauf einer Erkrankung kennt. Dies heißt nicht, dass der Seelsorger der so genannten *objektiven* Wahrheit ausweicht, er wendet sich vielmehr der subjektiven Wahrheit des Kranken und Sterbenden zu, um ihm Räume zu eröffnen, in denen er sich seinen Lebensinhalten, die ihn bedrohen, in Bildern, Geschichten und Symbolen nähern kann. Diese Wahrheit muss keineswegs dieselbe sein, die der Arzt in objektiven Befunden diagnostiziert. Die Symbole<sup>49</sup> und Bilder des Glaubens bieten den Raum, der Leben und Tod mit Worten und Bildern öffnen kann. Wenn der Seelsorger Symbolen und Gefühlen Worte gibt und sich dazu auch des reichen Schatzes des christlichen Glaubens bedient, stürzt er den Schwerkranken nicht schutzlos in die Wahrheit seines Todes. Er begleitet ihn in das Mysterium seines Lebens, das dieser ihm Stück für Stück lüftet. Der Tod oder eine Erkrankung, die einen Menschen bedrohen, nötigen ihn, einen neuen Lebensweg einzuschlagen, wobei der Seelsorger Vertrauen aufbaut und durch den Glauben einen Himmel anbietet, der sich dem Sterbenden und nicht ihm selber öffnet. Die Bilder und Symbole der Gespräche stammten ausnahmslos von den

---

<sup>49</sup> Über Symbole, deren Sprache und Bedeutung gibt es eine große Anzahl von Literatur. An dieser Stelle verweise ich auf Verena Kast (Kast 1999), Elisabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross 1990) und Hans-Christoph Piper (Piper 1990), um nur einige zu nennen, die sich mit Symbolik in der Sprache beschäftigen, denn Sprache ist der wohl wichtigste Träger der menschlichen Kommunikation. Wir teilen uns über sie mit und geben Auskunft. Piper (Piper 1990:158) beschreibt Symbole, die Sterbende in ihrer Sprache nutzen, um sich auszudrücken und ihre Situation zu beschreiben, um ihre Krankheit und ihren Tod zu bewältigen.

Betroffenen selbst. Als Beispiele erwähne ich hier die Zigarette von Herrn W, die er sich am Schluss des letzten Gesprächs anzündete und dieses damit beendete, denn er hatte alles gesagt, was für ihn zu sagen war, oder Frau G, die kurz vor ihrem Tod zur Tochter übersiedeln und ihre Kleidung packen wollte, wobei sie sich auf ihre Reise zu ihr und in den Tod vorbereitete, oder Herr H, der die vom Baum abgefallenen reifen Pflaumen sorgsam vom Boden aufhob. Sie waren für ihn wertvoll, so wie er auch sich selbst als wertvoll ansah, als sein Leben am Boden lag und durch den Krebs zu verfaulen drohte. – Diese alltäglichen Beobachtungen, Handlungen und Geschehnisse werden zu Symbolen des Kranken bzw. Sterbenden, mit denen er dem Begleiter sein Leben deutet, was unbewusst geschieht.

Die Todkranken interpretieren selbst ihr Leben, wenn sie zurückblicken und sehen, dass sie wertvolle Menschen sind. So wie Frau G und Herr G, die stolz darauf sind, dass sie ihr ganzes Leben gearbeitet haben, oder Konflikte bzw. Belastungen bewältigten wie Frau D, die ihre Scheidung und die Auseinandersetzung mit ihrer Familie überstand und stolz darauf ist, dass sie es allein schaffte. Seelsorge kann die Lebensbilanz unterstützen und aufwerten, sie muss den Schwerkranken nicht mit den Traumata seiner Lebensgeschichte konfrontieren, kann jedoch vermitteln, dass Menschen Gnade in den Augen Gottes finden, und ihnen helfen, ihre unterschiedlichen Lebensgeschichten in ihr jetziges Leben hineinzunehmen und die dunklen Stunden des Lebens mit diesem so verknüpfen, dass sie dazu gehören. Als Beispiel sei Herr B genannt. Er nutzte die Gespräche mit mir und sprach erstmals über den Tod seiner Töchter und seine Beerdigung. Ich ermutigte ihn, diese gemeinsam mit seinen Pastoren zu gestalten. Als ihm bewusst wurde, dass die dunklen Abschnitte ebenfalls Teil seines Lebens sind, fand er die Kraft, um sich weiteren Belastungen zuzuwenden.

Die Seelsorge bietet Bilder an oder greift sie auf, damit schenkt sie den Menschen zusätzliche Räume, in denen ihre Lebenserfahrung Platz hat, so dass sie diese mit der gegenwärtigen Belastung vertiefen und neu bewerten können. Wie z.B. Frau D, die nach einem Artikel zum Totensonntag einen neuen Zugang zu ihrem Glauben fand, der ihr am Ende ihres Lebens Hoffnung auf ein Leben nach ihrem Tod gab. Diese Erfahrung half ihr, Sinn in ihrem Leben zu finden, den sie weitergeben wollte, wozu ihr die Elia-Elisageschichte (Vgl. 2 Kön 2, 1-18) Worte gab. Christliche Bilder und Symbole können helfen, eine Situation zu deuten, wobei sie gleichzeitig Raum für den eigenen Weg lassen, der ein Geheimnis bleibt. Diese Impulse haben Platz in der Copingforschung und bereichern sie, denn sie öffnen in diesem theoretischen Modell weitere Zugänge.

Deuten ist demnach die Aufgabe des Kranken bzw. Sterbenden selbst, der seine Symbole und Bilder nutzt, um mit dem Seelsorger zu kommunizieren, und es ist nicht dessen Aufgabe. Vielmehr antwortet dieser in der Transaktion dem Kranken und Sterbenden in der Situation und kann ihm dabei helfen, seine eigenen Bilder zu finden, wenn er seinerseits Glaubensbilder anbietet, die im Copingmodell lediglich so genannte "Impulse" sind, die der Todkranke aufnimmt, um seine Situation neu zu bewerten.

Wenn dieser mit seinen verbalen und nonverbalen Äußerungen seine Situation selbst deutet und sich äußert, dann führt dies dazu, dass der Seelsorger nicht deutet und sich diesbezüglich zurückhält, denn er greift lediglich die Äußerungen des Todkranken auf, orientiert sich daran und gibt dessen Symbolen Worte. In diesem Kontext von Deuten und Antworten wertschätzt er den Sterbenden und versucht, dessen Ressourcen sichtbar werden zu lassen, um ihn zu unterstützen, seinen eigenen Weg in aktiver Auseinandersetzung mit dem kritischen Lebensereignis weiterzugehen.

### **2.7.3 Die Dimension des Sorgens in der Begleitung**

Sorgen im Rahmen der Begleitung von schwer kranken und sterbenden Menschen bedeutet auch, dass diese für sich selbst sorgen. Das Copingmodell kann dabei helfen, sie verstehen zu lernen, wobei die Ressourcen mehr betont werden als die Pathologien. Ressourcen sind jegliche Verhaltensweisen eines Menschen, um eine Situation zu bewältigen, d.h. seelisches Gleichgewicht zu bekommen und sein Leben zu stabilisieren. In der Sterbebegleitung rückt damit das Leben an Stelle des Todes ins Blickfeld, ohne jedoch diesen und das Sterben zu verleugnen oder auszublenden. Ein Mensch bewältigt selbst, d.h. er sorgt für sich in dem Transaktionsprozess.<sup>50</sup>

Wenn nur die Selbstsorge des Todkranken betont wird, unterwirft der Begleiter sich dem starren Copingmodell<sup>51</sup>, so dass es nicht zu einer seelsorgerlichen Beziehung kommen

<sup>50</sup> Beispielhaft sei Fr. V genannt, die sich in den ersten Gesprächen von ihren Kindern umsorgen ließ. Als sie gegen ihren Willen in ein Pflegeheim verlegt werden sollte, wehrte sie sich und mobilisierte in einem Kraftakt ihre Ressourcen. Hr. H sorgte für sich, als er sich immer wieder nach neuen Behandlungsmethoden erkundigte, wenn er sein Trainingsprogramm durchführte oder seine Ernährung veränderte. Fr. D sorgte für sich, als sie sich ihrer religiösen Ressourcen bewusst wurde und begann ihre Beerdigung zu planen, das half ihr Sterben bzw. ihren bevorstehenden Tod zu bewältigen. Sie wirkte zufriedener und schien mit ihrem Glauben an Lebensqualität gewonnen zu haben.

<sup>51</sup> Vgl. Kapitel 2.4. Im wissenschaftlichen Kontext hat es mit seinen Methoden seine Berechtigung, doch in der Seelsorge muss es mit Bedacht betrachtet und darf nicht unreflektiert übernommen werden. Praxisbezogene Literatur, die um die Hospizbewegung entstanden ist, macht auf das Sorgen aufmerksam.

wird. Coping als wissenschaftliches Modell kennt die Sorge für den Menschen nicht<sup>52</sup>, wohl aber die Seelsorge, die davon beeinflusst ist. In der Transaktion zwischen Seelsorger und Patient ist für beide Raum, sich kennen zu lernen, sich gegenseitig zu beeinflussen und füreinander zu sorgen.<sup>53</sup>

In den Gesprächen versuchte ich, meine jeweiligen Partner zu stützen, bei ihnen zu sein und ihnen beizustehen. Dies wiederum ist die Stärke des Copings, wenn es den Schwerkranken wahrnimmt, was nur möglich ist, wenn der Begleiter umfassend anwesend ist. Ich versuchte, die Menschen zu verstehen und ihnen Raum zu geben, sich zu äußern und ihre Belastungen auszudrücken. Dies bedeutet für den Seelsorger zunächst, sich zurückzuhalten, was jedoch in der Betreuung von schwer kranken und sterbenden Menschen äußerst anspruchsvoll ist, denn deren Alltag ist davon geprägt, dass etwas gemacht wird.<sup>54</sup> Dennoch kommt der Dimension des Sorgens eine große Bedeutung zu, wenn sich bei den Angehörigen oder dem Kranken selbst Hilflosigkeit breit macht, je mehr der Krankheitsprozess fortschreitet, der mit dem körperlichen Verfall einhergeht. Dann kann der Seelsorger dem Sterbenden versichern, dass er ihn nicht allein lässt, sondern zuverlässig bei ihm bleibt. Deshalb kann er den Tod zulassen, genauso wie er zulässt, dass der Sterbende seine eigenen Entscheidungen trifft, und diesem Räume eröffnet, er selbst sein zu dürfen.<sup>55</sup> Auf diese Weise wird Leben ermöglicht, was darüber hinaus bedeutet, dass ein Seelsorger kompetent sein und sich im sozialen Management soweit auskennen muss, um bei der Organisation der Versorgung des Kranken oder Sterbenden behilflich sein zu können.<sup>56</sup> Sorgen bedeutet somit,

---

<sup>52</sup> Das Copingmodell nach Lazarus hat keinen Platz für die aktive Sorge, die vom Begleiter ausgeht.

<sup>53</sup> An dieser Stelle verweise ich auf die Beziehung zwischen Fr. D und mir, die mich als Begleiter wünschte und als Geistlichen in den ersten Gesprächen ablehnte. Später bat sie mich um geistlichen Beistand, als sie ihre Beerdigung vorbereitete. Hier beeinflusste ich als Seelsorger allein durch meine Anwesenheit als Pastor die Situation und sorgte für Fr. D, als diese darum bat.

<sup>54</sup> Der Krankenhausalltag ist vom Machbaren geprägt, seien es Untersuchungen, Applikationen von Medikamenten oder in der Hilf- und Machtlosigkeit des Personals pflegerische Tätigkeiten vom Waschen bis zum Lagern. Ähnliches lässt sich auch für die ambulante Versorgung zu Hause sagen. Ein Begleiter, der nur da ist und bereit ist, findet sich im Alltag nicht oft. Es sei denn gut geschulte Hospizmitarbeiter oder Seelsorger begleiten. Ansonsten verlassen Begleiter aus dem sozialen Umfeld nach meinen Beobachtungen Sterbende, je mehr sich ihr Zustand verschlechtert. Besucher lassen sich erst bei der Beerdigung wieder sehen.

<sup>55</sup> So begleitete ich Herrn G nach dem Tod seiner Frau, als dieser sich so stark fühlte, dass er selbst für sich sorgen wollte. Ich ließ es zu, begleitete und stärkte ihn, was ihm für kurze Zeit das Gefühl schenkte, selbständig zu sein, wobei er Kraft bekam, um mit seiner neuen Situation umgehen zu können, auch wenn es nur eine kurze Zeit war.

<sup>56</sup> Es ist nicht die Aufgabe eines Seelsorgers zu pflegen oder hauswirtschaftliche Verrichtungen zu tätigen, dies kann angebracht sein, doch sollte ein Seelsorger vermitteln können und wissen, was zu tun ist. Dies gilt vornehmlich für den ambulanten Bereich. Im stationären Bereich sollte der Seelsorger im Betreuungsteam integriert sein.



sich an diesem zu orientieren, ihn nicht aufzubrechen oder zu drängen, sondern einen Weg zu suchen, auf dem es ihm nach seinen eigenen Vorstellungen wohl ergeht.<sup>57</sup>

Die Aufgabe des Seelsorgers in der Begleitung von schwer kranken und sterbenden Menschen besteht darin, auf deren körperliche, soziale, personale, geistige und geistliche Bedürfnisse zu achten, ihnen beizustehen, so dass sie sich verstanden fühlen, wenn sie sich verbal und nonverbal äußern, dass sie sich getragen und geborgen wissen und Raum bekommen, um zurückzusehen, dass sie in ihrem Leben etwas zurücklassen, auf das sie stolz sein können, was sie stärkt oder belastet. Hier kann sie der Seelsorger mit der Beichte oder Segen entlasten.

In der Sorge um den schwer kranken und sterbenden Menschen kommt dem Trost<sup>58</sup> eine herausragende Bedeutung zu, denn hier entfaltet sich christliche Seelsorge. Trost entwickelt sich, wenn der Seelsorger dem Todkranken nahe ist<sup>59</sup> und zwischen beiden eine persönliche nahe Beziehung entsteht, in der aus dem Glauben des Sterbenden eine persönliche Hoffnung erwächst. Fr. D lehnte zunächst jeglichen christlichen Bezug in unseren Gesprächen ab, doch über die Nähe, die ich ihr schenkte, öffnete sie sich später, um mit mir über ihren Glauben und ihre Beerdigung zu sprechen. Die Texte und Bilder, die ich ihr anbot, trösteten sie und gaben ihr Kraft, sich auf ihren Tod vorzubereiten, denn sie hatte ihre Hoffnung gefunden und war offen für Gedanken, die sich auf ihre Auferstehung bezogen.

Die Aufgabe der Seelsorge ist es, Liebe zu geben, so dass der Kranke oder Sterbende seinen Glauben und seine Hoffnung ausleben kann. Dieser allein bestimmt selbst, in wie weit er christliche Formen und Angebote in Form von Gebeten, Liedern, Texten, Beichte, Krankensalbung oder Abendmahl annimmt. Diese besiegeln nicht den Tod oder das Sterben, sondern bieten an, auf dem Weg, der möglicherweise der letzte sein kann, zu helfen, zu stärken, auf den baldigen Tod vorzubereiten und den Sterbenden der Liebe Gottes zu vergewissern.

In den Gesprächen mit den Kranken wurde immer wieder das Zuhause thematisiert. Alle Patienten äußerten den Wunsch, in irgendeiner Weise nach Hause zu kommen. Wo dies nicht gelang, versuchten sie sich in der Klinik, im Heim oder im Hospiz zumindest eine Art

---

<sup>57</sup> Die Tochter von Fr. V wollte eine professionelle, umfassende Pflege für ihre Mutter. Dies lehnte Fr. V ab und distanzierte sich darauf von der Familie. Die Sorge der Tochter um ihre Mutter bewirkte Gegenteiliges, denn die Mutter distanzierte sich von der Tochter.

<sup>58</sup> Dies ist nicht der Trost, der auf einen fernen Punkt verweist und vertröstet. So genannte Trostsworte, die allgemein gehalten sind und eher die Hilflosigkeit des Begleiters ausdrücken, sind ebenfalls fehl in der Beziehung, sondern schaffen Distanz.

<sup>59</sup> Die Gespräche, die ich führte, waren nicht immer tief gehend und wichen auch schon einmal Problemen aus, doch war ich den Gesprächspartnern nah, weshalb sie sich immer wieder öffneten und sich gute Beziehungen entwickelten.

von Zuhause einzurichten, indem sie sich Gegenstände an ihr Bett oder in dessen Nähe bringen ließen.

Deshalb ist es für die Seelsorge wichtig, ein Zuhause anzubieten oder zu schaffen, wenn der Todkranke in seine Wohnung oder sein Haus nicht mehr zurückkehren kann. Zuhause war für alle der Ort, an dem sie sich geborgen fühlten, Liebe bekamen oder zumindest erhofften, Liebe zu bekommen, wo sie unbeschwert sein und träumen konnten, Gemeinschaft erleben und verstanden werden wollten. Das Zuhause ist der Ort, an dem es warm ist, d.h. emotionale Wärme zu spüren ist, wo gespielt, gegessen, geredet und Gemeinschaft erlebt wird. Es wurde von allen, solange sie nicht dort waren, idealisiert, und wenn sie zu Hause waren, wollten sie nicht wieder fort und wenn möglich, auch dort sterben, auch wenn die Versorgung nicht so professionell und umfangreich war wie in einer Klinik oder einem Heim.

Der Seelsorger kann dem sterbenden Menschen nahe kommen und ihn begleiten, wenn er ihm hilft, sich ein Zuhause einzurichten, das spirituelle Züge trägt, denn damit verbindet dieser einen Raum, in dem er Ruhe und Frieden finden und seinen Glauben frei ausleben kann. Zuhause fühlen sich Menschen wohl und sicher. Diese Gefühle kann der Seelsorger vermitteln, der dem Sterbenden einfühlsam eine irdische Heimat einräumt und Platz für eine himmlische lässt. Ein vertrauter, vertraulicher Umgang stützt, schützt und begleitet einen Menschen, der sich nach Geborgenheit sehnt, leben, lieben und sein Leben in Ruhe und einer vertrauten Umgebung beenden will. Zuhause umschreibt eine irdische oder himmlische Heimat, die sich auf Menschen aus der unmittelbaren Nähe oder auf Gott bezieht, womit das Paradies bzw. der Himmel zu einem Ort wird, wo der Mensch bei Gott und Jesus Christus ist.

Das Zuhause ist ein Raum, in dessen Grenzen sich ein Mensch wohl fühlt, weil er ihm vertraut ist. Hier ist er nicht verlassen, braucht keine Angst zu haben, kann er selbst sein und mit geliebten Menschen seine Last bewältigen, obwohl er auch dort verlassen werden und Angst haben kann so wie Frau V, die sich davor fürchtete, in ein Heim zu kommen, sich von ihren Kindern verlassen fühlte und sich mit ihrer Katze ins Schlafzimmer, ihrem letzten Refugium, zurückzog.

Der Seelsorger kann auch bei der Ordnung des Nachlasses vor dem Tod helfen und den Sterbenden ermutigen, mit seiner Familie zu reden und Ungeklärtes und Unerledigtes zu bereinigen, um sein Haus zu bestellen, so wie es Herr B mit dem Familiengespräch durchführen versuchte.

Die Sorge um das Zuhause verlangt vom seelsorgerlichen Begleiter, dass er den Menschen in seiner Individualität, mit dessen Kultur und Weltanschauung akzeptiert und sich selbst als Gast in dessen Nähe sieht, der einen dritten bzw. fremden Mensch in seinen persönlichsten Raum einlässt. Der Kranke oder Sterbende bezieht diesen vor seinem Tod in sein Leben mit ein, um ihm Wichtiges mitzuteilen, deshalb kann Sorge für einen Kranken und Sterbenden nur einfühlsam, sensibel und äußerst sorgsam geschehen.

### **3 Die Bedeutung des Coping in der seelsorgerlichen Begleitung**

Das Copingmodell kann einem Begleiter helfen einen schwer Kranken und Sterbenden zu verstehen. Ob es die Seelsorge unterstützen kann, soll abschließend in diesem Kapitel geklärt werden.

Begleitung unter Coping nimmt einen Menschen in seiner Individualität wahr, ohne ihn werten zu wollen, d.h. jegliche Äußerung wird akzeptiert und beobachtet, aber nicht interpretiert. Damit stellt sich vom Copingmodell beeinflusste Seelsorge, um es nochmals zu wiederholen, gegen jegliche Phasenmodelle, die einen Menschen deuten und in Phasen einordnen.<sup>60</sup> Begleitung, die sich an Begleiten, Deuten und Sorgen, wie zuvor beschrieben, orientiert, blickt nicht mehr auf die krankhaften und krankmachenden Faktoren eines Menschen, sondern hat vielmehr dessen Ressourcen im Auge und versteht sich als Lebensbeglei-

—~~zielforderung unterworfen~~. Ein Mensch muss, um das Ziel der Sterbephase zu erreichen, die Phase der Annahme erreichen. Nicht der Mensch, sondern die Phasen sind der entscheidende Schwerpunkt der Begleitung, dadurch wird ein mechanisches Bild eines Menschen entwickelt. Dieser Kritik muss sich jedes Modell aussetzen, wenn es menschliches Verhalten betrachtet und beschreibt. Im Gegensatz zu den Phasenmodellen wertet das Copingmodell Verhalten nicht, sondern wertschätzt selbst das Leugnen einer Erkrankung als eigenständige Bewältigungsleistung eines Menschen. Hier zeigt sich ein fundamental qualitativer Unterschied zu den Phasenmodellen, die die Leugnung als negative Äußerung verstehen, die ein Mensch durchleben muss, um zur Annahme seines Todes zu gelangen. Im Copingmodell ist Leugnung eine Bewältigungsleistung, die nötig ist, um das individuelle Leben aufrechtzuerhalten und um sich in einer schwierigen Lebenssituation zu stabilisieren und zurecht zu finden. An dieser Stelle wird der lebensbejahende Ansatz des Copingmodells deutlich. Die Phasen erscheinen ebenfalls stetig zu sein, während ambivalentes Verhalten keinesfalls thematisiert wird. Währenddessen zeigten sich die Gesprächspartner mir gegenüber in ihrem Verhalten unterschiedlich. Einerseits nahmen sie ihre Situation an, andererseits kämpften und wehrten sie sich gegen den bevorstehenden Tod und suchten nach Möglichkeiten, diesem zu entkommen. Diese Ambivalenz unterstützt das Coping und lässt verschiedenes Bewältigungsverhalten, das u.U. gegensätzlich scheint, gleichzeitig zu, denn der Kranke versucht Stabilität zu finden, was er als Wohlbefinden oder Wohlergehen ausdrückt. Hier steht das Copingmodell den Phasenmodellen kontrovers gegenüber.

tung. So macht m.E. der Seelsorger deutlich, dass er kein Therapeut ist, der einen Mensch verändern will. Deshalb scheinen Gespräche auf den ersten Blick nicht immer tiefgreifend zu sein, da sie einen todkranken Menschen nicht nur mit seiner belastenden Situation konfrontieren wollen. Insofern muss – wie ich meine – der Seelsorger über das Copingmodell hinausgehen, denn sein Glaube ist von der Menschwerdung Gottes und dessen Liebe und Erlösung in Jesus Christus für die Gemeinschaft der Gläubigen geprägt und zeigt sich in der Begegnung mit dem Todkranken, dem er Gottes Liebe, Sorge und Trost inkarnieren lässt. Er lässt darum eine Beziehung zu dem Sterbenden wachsen, die den Tod keinesfalls ausklammert, vielmehr unterstützt er ihn, sein verbleibendes Leben zu entfalten, wenn er die Ressourcen ernst- und wahrnimmt und hilft diese auszuleben.

Coping drängt sich nicht auf und gibt dem Seelsorger auch keinen Leitfaden an die Hand, sondern ermutigt ihn, mit dem sterbenden Menschen eine Beziehung zu entfalten. In den Begegnungen hilft es ihm, diesen und sich selbst mit den Gefühlen und Gesprächsinhalten wahrzunehmen, die gesamte Situation umfassend aufzunehmen und zu spüren, dass alle sich gegenseitig beeinflussen.<sup>61</sup> Coping in der Seelsorge lässt eine Begleitung zu einem Prozess werden, in dem der Sterbende seinen eigenen Weg geht, auf dem ihn der Seelsorger begleiten darf. So macht es diesen in einem solchen Prozess nicht hilflos und reduziert ihn wie bei den Phasenmodellen nicht nur zu einem reinen Beobachter, der ohnmächtig beobachten muss, wie ein schwer kranker Mensch sich durch die Phasen quält,<sup>62</sup> sondern kann in eine Begegnung eintreten und an diesem Prozess teilhaben und diesen schon allein durch seine Gegenwart beeinflussen. Coping ist somit keine statische, stereotype Abfolge von Phasen, sondern ein individueller, dynamischer Prozess, der sich in der Transaktion entfaltet, wobei das, was mit den Phasen beschrieben wird, auch erlebt werden kann.

Es sensibilisiert den Seelsorger dafür, dass die Situation mit dem kranken und sterbenden Mensch, der begleitet wird, einzigartig ist und ebenso einzigartig mit der belastenden Situation, der Erkrankung oder Todesbedrohung umzugehen ist, an die er sich auf seine individuelle Art und Weise anpasst. Das ist nach meiner Ansicht der Auftrag der Seelsorge und gleichzeitig bringt sie einen großen Schatz mit, der den Seelsorger unterstützt, was ich im Folgenden ausführen möchte.

---

<sup>61</sup> Dies umschreibt der Begriff der Transaktion.

<sup>62</sup> Wie ich es im Krankenhausalltag immer wieder erlebte, wenn Menschen, die vom Phasenmodell geprägt waren, auf Sterbende zuzugingen.

### 3.1 Seelsorge an Kranken und Sterbenden als christlicher Auftrag

Die Sorge um kranke und sterbende Menschen gehört zu den ursprünglichen und selbstverständlichen Aufgaben der christlichen Gemeinden seit ihren Anfängen (Klessmann 1996:40), die durch das Liebesgebot Jesu motiviert ist (Mt 22,34-40). Hier sind sich die Konfessionen übergreifend einig, wenn evangelisch-lutherischerseits ein "Krankenbesuch als Pflicht christlicher Nächstenliebe" (Kirchenleitung der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands 1994:17) aufgefasst wird oder katholischerseits im 2. Vatikanischen Konzil umfassend im gleichen Geist umschrieben wird:

"Einige Werke sind jedoch schon ihrer Natur nach geeignet, die Liebe lebendig zum Ausdruck zu bringen. [...] Das größte Gebot im Gesetz ist, Gott aus ganzem Herzen zu lieben und seinen Nächsten wie sich selbst (vgl. Mt 22,37-40). [...] Der barmherzige Sinn für die Armen und Kranken und die sogenannten caritativen Werke, die gegenseitige Hilfe zur Erleichterung aller menschlichen Nöte, stehen deshalb in der Kirche besonders in Ehren. [...] Das caritative Tun kann und muß heute alle Menschen und Nöte umfassen. Wo immer Menschen leben, denen es an Speise und Trank, an Kleidung, Wohnung, Medikamenten, Arbeit, Unterweisung, notwendigen Mitteln zu einem menschenwürdigen Leben fehlt, wo Menschen von Drangsal und Krankheit gequält werden, Verbannung und Haft erdulden müssen, muß die christliche Hilfe sie suchen und finden, alle Sorgen für sie aufwenden, um sie zu trösten und mit tätiger Hilfe ihr Los zu erleichtern." (*Dokumente des II. Vatikanischen Konzils 1962-1965*: 8).

Damit folgen Kirchen dem biblischen Auftrag Jesu, wenn sie sich Kranken widmen und sich für sie einsetzen. Sie versuchen dabei, Menschen nicht auszugrenzen, sondern sich ihnen barmherzig zu nähern,<sup>63</sup> wenn sie, wie man es in Kliniken, Hospizen, ambulanten Einrichtungen oder in persönlichen Begegnungen immer wieder beobachten kann, soziale und emotionale Grenzen überwinden.<sup>64</sup>

Christen, die andere Menschen begleiten, geht es um den Menschen als Gottes Geschöpf; "als Abbild des Menschwerdens und Leidens Christi genießt er/sie besondere Achtung und Aufmerksamkeit." (Klessmann 1996:40-41). In der neutestamentlichen Gemeinde war die Sorge um Bedürftige bedeutsam.<sup>65</sup> Für kranke Menschen wurde gebetet, und sie

<sup>63</sup> Beispielsweise der Gelähmte (Mk 2,1-12), der von seinen vier Freunden an Seilen zu Jesus über das Dach herabgelassen wird und mitten im Leben von Jesus ist.

<sup>64</sup> In Mk 1,40-45 wendet sich Jesus einem Aussätzigen zu, berührt ihn und überwindet dadurch das Verbot einen aussätzigen Menschen zu berühren, womit er selbst nach dem Gesetz unrein wurde (Lev 13-15). Ebenso machte sich Jesus unrein und legte damit eine neue Wertigkeit, die den Menschen und nicht mehr den Buchstaben des Gesetzes in den Vordergrund setzte. Begleiter bzw. Menschen, die sich anderen zuwenden machen dies täglich, wenn sie Menschen berühren, ihnen nahe sind und Grenzen aller Arten überschreiten. An solchen Stellen wird dem sozialen Tod entgegengewirkt und Menschen können trotz einer Erkrankung oder ihres bevorstehenden Todes leben.

<sup>65</sup> Für den Dienst an Menschen, die in Not waren, wurden die Armenpfleger eingesetzt (Apg 6,1-7).

wurden gesalbt. Ein Leitfaden im Jakobusbrief (Jak. 5,13-18) half den Gläubigen, mit kranken und sterbenden Menschen in ihrer Umgebung umzugehen und ihren christlichen Auftrag auszuführen. "Die urchristliche Gemeinde hat den Auftrag Jesu, sich den Kranken zuzuwenden, ernst genommen." (Kirchenleitung der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands 1994:18).

Es waren Christen der ersten Jahrhunderte, die sich um Kranke und Sterbende geistlich und sozial sorgten. So entwickelten sie Seelsorge und Krankenpflege (Klessmann:40-41). Das aufkommende Mönchtum, Klosterwesen und die Hospitalbrüder kümmerten sich beispielsweise z.Z. der Kreuzzüge um die Pflege kranker und verarmter Personen (Zöckler 1900:394-395). Besonders der Johanniterorden verschrieb sich im 11. Jahrhundert der Krankenpflege. Im Laufe des Mittelalters entstand dann eine *Ars moriendi*, in deren Mitte kirchliche Amtshandlungen stehen, die die Pflege und das Sterben eines Menschen bestimmen, um seine Krankheit zu begleiten und auf das Sterben vorzubereiten. Mit der Reformation bekam die Betreuung Kranker und Sterbender die Bedeutung von Trost und Beistand beigemessen (Klessmann 1996:44).

Im 19. Jahrhundert mit Florence Nightingale und ein Jahrhundert später in der Mitte des 20. Jahrhunderts mit Cicely Saunders wurde die Versorgung kranker und sterbender Menschen auf eine neue Grundlage gestellt. Es waren nun nicht mehr nur Geistliche, die sich schwerpunktmäßig um Sterbende kümmerten, sondern zunehmend professionalisierte medizinische Fachleute. Provokant auf die Spitze gebracht kann man sagen, statt sich der Menschen mit ihren Bedürfnissen und Problemen anzunehmen, sorgten sich Christen mehr um Riten, Formen und den Bestand ihrer Organisationen. Die christlichen Kirchen ließen sich diese fundamentale diakonische Aufgabe aus der Hand nehmen. Es kommt "zu einer weitgehenden Beziehungs- und Funktionslosigkeit der Seelsorge im Krankenhaus" (Klessmann 1996:46) besonders an Sterbenden, so dass, wie ich es noch in der Mitte der 1980er erlebte, Menschen in einem ehemaligen Ordenskrankenhaus zum Sterben in das Stationsbadezimmer abgeschoben wurden. Die moderne Hospizbewegung rückt jedoch wieder an die Wurzeln der christlichen Sterbebegleitung und Krankenversorgung heran, "dem kranken Menschen so lange wie möglich ein Gefühl des Wohlbefindens zu verschaffen, damit wenn er es will, frei wird, sich seelisch und geistig auf den Tod vorzubereiten." (Lamerton 1992:21). Damit wirkt sie der Überforderung gerade von Angehörigen entgegen und begegnet dem Sterbenden nicht sprach- und hilflos.

Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte zeigt, dass Menschen sich in der Begleitung Schwerkranker und Sterbender bewusst werden, weil sie sich vom Evangelium dazu beauftragt fühlen. Hospize und Hospizgruppen entstehen, die von christlich geprägten Menschen initiiert werden. Sie merken, dass es alle Menschen etwas angeht, zu begleiten, denn es gehört zu den Grundbedingungen des menschlichen Lebens, einen anderen Menschen in die Grenzerfahrung des Todes zu begleiten und ihm beizustehen.

Jesus Christus wünschte sich kurz vor seinem Tod Menschen, die mit und für ihn wach bleiben sollten (Mt 26,36-46). Er war und blieb allein. Franco Rest, der in Deutschland als einer der bedeutenden Initiatoren der Hospizbewegung gelten darf, drückt die positive Entwicklung folgendermaßen aus:

"Christen haben [...] auch in den Sterbenden ihren eigenen Gott, ihren 'alten Christus' erkannt: 'was du den geringsten meiner Geschwister getan hast, das hast du mir getan', lautet der entscheidende Satz. Daraus resultierte der christliche Impuls für die Begegnung mit Gott bei der Pflege und Begleitung Sterbender." (Rest 1995:213)

Deshalb ist die Begleitung eines kranken, sterbenden Menschen ein christlicher und seelsorgerlicher Auftrag, der jeweils ein individueller Akt ist, um "anderen Menschen in einer Weise nahe zu sein, daß sie menschenwürdig ihren eigenen Tod sterben können" (Schmatz 1982:28).

### **3.2 Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod im biblischen Kontext**

Um dem Auftrag einer christlich geprägten Begleitung nachzukommen, ist es m.E. wichtig sich der Grundlagen bewusst zu sein, um kompetent "situationsadäquat, verständlich und sachgerecht mit religiösen Deutungsmustern und ritueller Praxis umzugehen." (Gerstenkorn 2006:327). Dazu möchte ich den biblischen Umgang mit Sterben und Tod darstellen.

Die Behandlung von Sterben und Tod wird von Weltanschauungen geprägt, die zwischen Religionen und Kulturen differieren, aber auch viele Gemeinsamkeiten zeigen. Biblisch-christliche Standpunkte sind pluralen Todesvorstellungen gewichen oder so stark von diesen beeinflusst, dass es schwer fällt, das Originäre zu erkennen. Elisabeth Kübler-Ross beschreibt einen Gedanken, der schon seit der Antike bekannt ist und sich bei Menschen, die Sterbende begleiten, immer mehr durchsetzt. Über den Sterbeprozess schreibt sie,

"daß der körperliche Tod des Menschen mit dem Geschehen identisch ist, wie wir es bei dem Heraustreten des Schmetterlings aus dem Kokon sehen können. Der Kokon

samt seiner Larve ist der vorübergehende menschliche Körper. Diese sind aber nicht identisch mit Ihnen, sie sind nur ein vorübergehendes Haus [...]. Sterben ist nur ein Umziehen in ein schöneres Haus, wenn ich das symbolisch sagen kann. Sobald der Kokon, sei es durch Selbstmord, Mord, Herzschlag oder durch eine chronische Krankheit, also ganz egal wie, irreparabel beschädigt ist, wird er den Schmetterling, also Ihre Seele, freigeben." (Kübler-Ross 1992b:9-10).

In der Antike war für Platon der Körper ein Hindernis für die Seele, die nach dem Tod im Jenseits eine Reinigung erfährt (Braun 1996:224), um dann ewig zu leben. Diese und ähnliche Vorstellungen, die sich im Kern überschneiden, leben in Religionen und verschiedensten Weltanschauungen bis in die Gegenwart.

Religionen haben zu allen Zeiten versucht, Menschen auf den Tod vorzubereiten. Die großen Gräber der Steinzeitmenschen, der Pharaonen oder chinesischen Kaiser zeugen mit ihren Grabbeigaben oder Grabverzierungen davon, dass das gewöhnliche Leben nur vorübergehend und nicht befriedigend erlebt wurde, weil ein Mensch von einer ersehnten vollkommenen höheren Sphäre getrennt und entfremdet lebt. Er scheint sich nach einer wahren Heimat zu sehnen,

"die seine wirkliche Identität bedeutet und die man das Unverfügbare, Unbedingte, Unaussprechliche, das Absolute, die Gottheit, Gott oder auch anders nennt. Der Sinn des Daseins vollendet sich in seinem Ende. [...] Dabei handelt es sich nicht etwa nur um den Glauben der Christen (wie der Juden und Muslime) *an eine Auferweckung* [...] sondern, Anm. GM] auch – um die *Überzeugung der Buddhisten von einem Nirwana*, von 'Erlöschen', also von einem Endzustand ohne Leiden, Gier, Hass und Verblendung [...]" (Küng 1995:33-34).

In diesem Synkretismus wird der Tod nicht nur zu einem Ende und Verlöschen jeglicher Existenz, sondern er wird auch verklärt und zu einem Erlöser stilisiert, der den Menschen in ein besseres Leben hineinhebt. In idealistischen Reinkarnationsträumen versucht man sich mit dem Tod zu arrangieren, wodurch das Brutale und Zerstörerische des Todes bagatellisiert, negiert und geleugnet wird. Dieser begegnet zwar dem Menschen durch die verschiedensten Medien<sup>66</sup> heute häufiger als in vergangenen Zeiten, doch er wird nicht mehr existentiell persönlich erlebt, denn es wird nicht mehr zu Hause gestorben, sondern in Heimen oder

---

<sup>66</sup> Man denke nur an Kampfszenen in Actionfilmen, Kriegsfilmern oder Reportagen aus den unterschiedlichen Kriegsgebieten z.B. des Nahen Ostens, wo Zuschauer live bei Kampfhandlungen beteiligt sein und sehen können, wie Menschen getötet werden. Oder bei der Übertragung von Hinrichtungen nicht nur in asiatischen Medien, sondern auch in deutschen Medien, z.B. wurde im Dezember 1989 die Hinrichtung des rumänischen Diktators Nicolae Ceausescu in den Nachrichten zeitgleich gezeigt. Kinder erleben in ihren Computerspielen, wie Menschen getötet werden. Der Tod ist öffentlich aber nicht persönlich. Die Distanz der Medien lässt Menschen sich nicht hautnah und existentiell mit dem Tod auseinandersetzen. Der Mensch wird in Bezug auf den Tod zu einem Voyeur und sucht den Schauer bzw. *Kick*, wenn er in Ausstellungen wie *Körperwelten* des Dr. Hagens geht. Der namenlose enthäutete Tote macht nicht mehr betroffen, denn als Individuum ist er nur noch verschwommen als Mensch zu sehen.



Krankenhäusern oder nicht mehr mitten im Dorf beerdigt, sondern anonymisiert in befriedeten Bezirken außerhalb des Lebensraumes.

Vieles hat sich um das biblisch-christliche Verständnis gewuchert, so dass es wichtig ist, nach dem Ursprung einer christlichen Sterbebegleitung zu fragen. Im Zusammenhang mit dieser Arbeit soll gleichzeitig gefragt werden, ob das Copingmodell mit den biblisch-christlichen Vorstellungen in einen Zusammenhang gebracht werden kann.

### **3.2.1 Alttestamentlicher Umgang**

Im Alten Testament gibt es viele Aussagen über den Tod und den Umgang mit ihm. Der Tod steht zwischen Gott, dem Lebensspender, und dem Menschen, weshalb der Mensch aus der unmittelbaren Nähe Gottes herausgetrennt wird (Gen 2,16ff). Der Tod im Alten wie im Neuen Testament ist unnatürlich, denn Gott verhängte diese Trennung über die Menschen, weil diese ungehorsam waren und Gott misstrauten (Neudorfer 1994: 2010). "Das Alte Testament ist auch im Blick auf den Tod ein Zeugnis der absoluten Majestät und Heiligkeit Gottes [...] Das Sterben ist ein Majestätsakt Gottes, genau wie das Geborenwerden." (Henig 1984: 10).

Das Alte Testament beschreibt die Interaktion des Lebensbereichs bzw. der Sphäre mit dem Tod, sowie die Beziehung des kranken und vom Tod bedrohten Menschen zu Gott.

#### **3.2.1.1 Die Sphäre des Todes**

Der Lebensbereich eines Menschen in der Sphäre des Todes bezieht sich darauf, dass der Tod nicht nur den Augenblick des Exitus, des biologischen Todes, umschreibt. Der Tod ist auch kein Übertritt von einer in eine andere Seinsweise.

Es "gibt hier keinen Dualismus, 'keine eigenständige ... Todesmacht neben Gott' [...] oder gar über ihm [...]. Es gibt aber auch nicht den ewigen Kreislauf von Werden und Vergehen, wie er in den (Fruchtbarkeits-) Religionen von Israels Umwelt so mächtig in Erscheinung trat. Von Verharmlosung des Sterbens kann angesichts der drastischen Ausdrucksweise keine Rede sein (Jes 14,11)" (Neudorfer 1994: 2010).

Der "Tod ist hier ein Bereich, ein Raum, eine Sphäre, die ins Leben der Menschen hineinreicht, und eben besonders der Kranke ist in diesem Bereich des Todes." (Preuss

1974:66). Die Brutalität des Todes wurde den Menschen in Israel ganz besonders durch das stellvertretende Sterben in den Opferriten ständig vor Augen gehalten.

Der Tod tritt im Alten Testament als Bedrohung sowie als eingetretenes Faktum auf. Die Menschen leben damit, dass ihr Leben endlich und begrenzt ist (Ps 90, 3-12) und wissen, wann sie sich zurückziehen, um den Nachkommen ein eigenes Leben zu ermöglichen. So handelt in 2 Sam 19,32-41 der alte Barsillai, der König David während des Krieges gegen Absalom unterstützte. David will ihn nach Jerusalem mitnehmen und ihm eine Altersversorgung zukommen lassen. Er lehnt jedoch die Einladung des Königs ab und tritt zu Gunsten seines Sohnes zurück, weil er sich auf seinen Tod Zuhause vorbereitet – "so *kann* der Mensch sterben; dann ist die Notwendigkeit des Todes zugleich eine Möglichkeit, der der Mensch sich nicht verschließt." (Jüngel 1973:85).

Die Vätergeschichten zeigen einen beinahe gelassenen Umgang mit dem Tod, und von Abraham, Isaak, David oder dem Priester Jojada heißt es, dass sie alt und lebenssatt starben (Gen 25,8; 35,29; 1 Chr 23,1; 2 Chr 24,15), was eine besondere Gnade darstellt. Der Tod schließt das Leben ab und wird respektiert. Er steht dem Leben aber stets entgegen, weil es das Ziel Gottes mit den Menschen, die ihm gehorsam sind und der Menschen selbst das Leben ist. "Sowohl das Dt [...] wie bes. Ez [...] stellen als Lohn für den Gehorsam gegenüber dem Wort Gottes nichts anderes als langes Leben in Aussicht." (Dingermann 1986:218)

Weniger ergeben steht zunächst der noch nicht mit einem hohen Alter gesegnete Hiob seinem möglichen Tod gegenüber und geht ambivalent damit um. Besitz, geliebte Menschen und seine Gesundheit hat er verloren und ist sozial tot. Die Menschen haben sich bis auf wenige Freunde von ihm distanziert. Einerseits fragt er aggressiv nach der Ursache des Leids und warum der Tod so unterschiedlich und ungerecht Menschen trifft (Ijob 21,3-34). Sein Gottesbild ist durcheinander geraten, denn die guten und gerechten Menschen wie er werden nicht nur gesegnet, sondern auch existentiellen Verlusten ausgesetzt, womit er offensichtlich nicht gerechnet hatte und nun versuchen muss, dies einzuordnen und zu bewältigen. Andererseits bekennt er sich zu Gott, der auch über den Tod hinaus treu ist und dass der Tod nicht die letzte Erfahrung ist (Ijob 19,25-27). Er hofft auf seinen Erlöser, der ihn nicht allein lässt. Hiob ist ein Beispiel dafür, dass ein schwer kranker und vom Tod gezeichneter Mensch bereits faktisch tot war, denn er galt als unrein. "So waren z.B. aussätzig Menschen Kranke, die zugleich damit als Unreine vom Kult ausgeschlossen und abgeschnitten waren." (Preuss 1974:67). Gleichfalls waren diese Menschen auch von jeglichem gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen, denn sie mussten sich außerhalb des Lagers, Ortes oder

der Stadt aufhalten (Lev 13,45f). Diese Form der Krankenpflege und Sterbebegleitung steht der der Gegenwart entgegen, doch muss sie in den kulturellen Kontext eingeordnet werden.

"[...] die Toten standen schon außerhalb des Gottesdienstes der alttestamentlichen Bundesgemeinde. Tote berühren machte unrein. Ebenso Gräber. Tod hieß also auf Grund dieser ersten Aussagenreihe Schmerz, Weh, Unreinheit. Deshalb reichte auch der Tod tief hinein in das Leben. Krankheit, Gefangenschaft und Feindesnot sind schon eine Art von Tod. Manche Beter des Alten Testaments fühlten sich schon im Totenreich (Scheol), während sie doch 'nur' krank oder in Not waren. Ihre Genesung und Befreiung aus der Not feiern und preisen sie als eine *Errettung aus dem Tode*: 'Ja, Du hast mein Leben vom Tode errettet, mein Auge vor Tränen bewahrt, meinen Fuß vor dem Falle' (Ps. 116,8)". (Rienecker 1981:119)

Diese wenigen Beispiele zeigen einen sehr differenzierten Umgang mit dem Tod und Sterben im Alten Testament und machen auf individuelle Begegnungen aufmerksam. Es werden Menschen vorgestellt, die aktiv mit dem Tod umgehen, aggressiv werden, sich ergeben oder verdrängen und somit dem Leser auf vielfältige Art einen Spiegel vorhalten. Die biblischen Erzählungen zeigen die Trennung von Menschen und Gott, die mit dem Tod einhergeht und machen gleichzeitig auf die reale Grässlichkeit des Todes aufmerksam (Klein 1983: 85). Die Bibel beschönigt den Tod nicht und entmythologisiert ihn sogar, wenn sie ihn von den kulturellen Vorstellungen der umliegenden Völker befreit und damit von einem verleugnenden Mythos eines Lebens nach dem Tod in einem wie auch immer gearteten Jenseits befreit. Der Tod trennt von Menschen und Gott, jegliche Bindung an Gott ist aufgehoben. Im Tod fehlen den Menschen Merkmale, die das Leben ausmachen.

Im Alten Testament ist der Tod "als das Ende des Lebens Merkmal der menschlichen, ja überhaupt der gesamten geschöpflichen Existenz; er stellt eine unüberschreitbare Grenze dar und ist deshalb geeignet als ein Kriterium für die menschliche und kreatürliche Existenz, die in ihrem Ziel der Vergänglichkeit und Todesverfallenheit auch mit 'Fleisch' umschrieben werden kann." (Plöger 1978:78).

Die Reinheitsgebote drücken aus, dass das Alte Testament deutlich macht, "daß Israel im Ggs. zu seiner rel. Umwelt eine sakrale Gemeinschaft mit den Toten grundsätzl. ablehnte u. dem Toten jede mythische Dignität absprach." (Dingermann 1986:219).

In den umliegenden Völkern hingegen sah die Sphäre des Todes wesentlich weiträumiger aus. In Mesopotamien bekommen nur außerordentliche Helden ein angemessenes Leben im Totenreich. Der Tote geistert als wesenloser, blasser Schatten durch die Hallen der Unterwelt aus der er niemals wiederkehrt. Berühmte Könige wie Gilgamesch oder Urnammu erscheinen nur als bleiche Totenrichter. Es gibt keinen Trost, da es keine Hoffnung auf Wiederkehr gibt (Braun 1996: 120-123). Im Königreich Urartu halten sich die Toten in der Nähe der Lebenden auf (:123-125). Für die Hethiter werden der König und die Königin

nach ihrem Tod zu Göttern, andere Tote werden von der Mutter ins Totenreich geholt, wo die Seele weiterlebt (:125-129). In den Kulturen, die sich um Israel in Syrien und Palästina herum gebildet hatten, gab es ein zyklisches Denken über Leben und Tod hinaus, hier spielte die Totenbeschwörung eine große Rolle. Die Toten korrespondierten nach ihrem Eingang ins Totenreich, aus dem es keine Rückkehr mehr gab, mit den Lebenden (:129-131). Im Zoroastrakult lebten die Toten in den Ahnen weiter, weshalb hier die Verehrung der Ahnengeister eine große Rolle spielte (:140) und schließlich setzte sich für die Ägypter (:150) das Leben in einem Jenseits fort, wo es für die Griechen nach dem Tod auch weiterging (:189).

Diesen Todesvorstellungen widerspricht wie aufgezeigt das Alte Testament und integriert den Tod nicht in sein Glaubensleben. Eine "explizite Auferstehungshoffnung finden wir nur an wenigen Stellen" (Neundorfer 1994: 2010), stellen auch andere Autoren<sup>67</sup> heraus, um bedeutender werden, wie ich meine, die Texte die die Beziehung zwischen Mensch und Gott betonen und in einen Auferstehungsglauben enden.

### **3.2.1.2 Der Tod in der Beziehung des Menschen zu Gott**

Der Tod trennt von der Lebensgemeinschaft mit Menschen und mit Gott. Der Mensch ist "nicht mehr innerhalb der Interessensphäre Jahwes." (Preuss 1974: 67).

Der Tod hat den Menschen in einen neuen Zustand versetzt, der ihn aus jeglicher Möglichkeit zu handeln entfernt hat. Wie Jahwe zu Toten steht, beschreibt beispielsweise Ps 88.

"An den Toten, heißt es hier, tut Jahwe keine Wunder mehr (V.11). Tote stehen auch nicht (!) auf, um Gott zu preisen. Jahwes Treue und Güte werden im Totenreich weder berichtet noch gerühmt, ebensowenig wie seine Wunderkraft und sein Heilshandeln (V. 13). [...] V.11-13 geben somit einen klaren Einblick in das, was dem Israeliten am Tod so schrecklich war: nicht das Faktum des Sterbens oder des Totseins an sich, sondern die darin und damit erfolgende bzw schon erfolgte Trennung von Jahwe und der Ausschluß von seinem Lobpreis. Leben unter Gott heißt Loben Gottes. Dies aber wird im Sterben unmöglich gemacht. [...] Da das Lob Jahwes doch am Tod keine Grenze haben kann, hofft man auf Auferstehung, um weiter und wieder ihn loben zu können (vgl. Jes 26,7-19 und dort die Verse 8 und 19: 'steht auf und rühmt...' (: 70).

Das Alte Testament macht deutlich, der Tod ist die Trennung von Gott und dem Leben, damit ist der Mensch ohne Beziehung zu Gott. Der Tod wird damit zu einem Problem, das nur mit der Hoffnung auf Auferstehung und folglich zu neuem Gottes Lob gelöst werden

---

<sup>67</sup> Jünger 1973:101ff oder Dietrich & Vollenweider 2002:582-600. Die zuletzt Genannten geben zu diesem Thema eine ausführliche Literaturangabe.

kann. Die "innige Verbindung mit Gott in der Zeitlichkeit wird ihm zum Unterpfand und zur Bürgschaft des zukünftigen Heils: 'Du wirst meine Seele nicht in der Unterwelt lassen und nicht zugeben, daß Dein Heiliger verwese.'" (Rienecker 1981: 121). Über der Härte des Todes, der das Leben auslöscht, steht der Mensch im Gedächtnis Gottes und kann die Hoffnung haben, auferweckt zu werden (Jes 49,15-16). Schließlich spricht das Alte Testament auch von der Auferstehung der Toten.

"Nicht im bildlichen, sondern im eigentlichen Sinne spricht Daniel von der Auferstehung. Aber es ist doch keineswegs eine lehrhafte Auseinandersetzung, sondern die Auferstehung erscheint als dringende Forderung des Glaubens an Jahwe. Die Gerechten können unmöglich im Totenreich bleiben." (: 124).

Der Tod ist in der Bibel und gerade im Alten Testament ein Unglück, weil er von allem trennt, deshalb trauern die Menschen, und es kommt keine Freude im direkten Kontakt mit einem geliebten Menschen auf, der stirbt. Die Bibel ermutigt zur eigenen Trauer und Gefühlen und ihr ist es wichtig, dass "der Schmerz und die Trauer der vom eigenen oder fremden Tod betroffenen Menschen voll und ganz anerkannt und ernstgenommen wird. *Wer traurig ist, muß sich dessen nicht schämen und muß seine Trauer weder vor Gott noch vor den Menschen verbergen.*" (Jehle 1993:43).

Aus der Trauer heraus gibt das Alte Testament m.E. Trost im Bild der Wiederherstellung Jerusalems auf die Auferstehung der Toten in Jes 26, 19: *Deine Toten werden leben, die Leichen stehen wieder auf; wer in der Erde liegt, wird erwachen und jubeln. Denn der Tau, den du sendest, ist ein Tau des Lichts; die Erde gibt die Toten heraus.* (Rienecker 1981:123). In Ez 37 beschreibt der Prophet "die leibliche Auferstehung auf eine recht anschauliche Weise." (:123) und in Daniel 12,2.3 "ist der Auferstehungsglaube klar ausgesprochen. [...] Von den Toten stehen alle oder möglicherweise nur viele auf: die gerechten zum ewigen Leben, die Bösen zur ewigen Schmach." (Braun 1996: 136).

Nachdem der Mensch durch den Tod, auch durch den Tod vor dem Tod, aus der Gemeinschaft mit den Menschen und Gott herausgetrennt worden ist, tritt Gott mit dem Menschen mit der Auferstehung wieder in eine Beziehung.

"[...] Jesajaapokalypse (25,8): 'Gott vernichtet den Tod auf immer.' Aber es ist diese Prophezeiung in Wahrheit doch wohl die letzte Konsequenz eines Glaubens, der Gott als Schöpfer nicht nur, sondern als leidenschaftlichen Herrn und Partner eines Bundes kennt, in dem die Liebe regieren soll. Denn 'die Liebe ist stark wie der Tod' (Hohes Lied 8, 6). Wer aber so stark wie der Tod ist, ist stärker." (Jüngel 1973:103). Aus dieser Sicht leuchtet ein Auferstehungsglaube am Ende des Alten Testaments auf.

Im jüdischen Verständnis gab es keinen einheitlichen Glauben an eine Auferstehung. So verleugneten sie die Sadduzäer (Braun 1996:136), während andere jüdische Konfessionen an ihr festhielten. In dieses Umfeld hinein kommt später Jesus, der sich Menschen nähert und von den Einstellungen des Alten Testaments sicherlich auch geprägt war.

### 3.2.2 Die Sorge Jesu um leidende Menschen

Seelsorgerlich bietet das Alte Testament aus meiner Sicht unmittelbar wenig Hilfe für den Umgang mit Sterbenden und die Thematik dieser Arbeit, doch es unterstützt das Verständnis des Neuen Testaments und ist dessen Grundlage. Es darf aber nicht übersehen werden, dass die Bibel kein Rezeptbuch für die Seelsorgearbeit an Schwerkranken und sterbenden Menschen ist. "Dazu kommt, daß die Krankheit zur Zeit Jesu [und auch z.Z. des Alten Testaments, Anm. G.M.] im Unterschied zu heute nicht als pathologisch-physiologisches Phänomen, sondern als religiöses verstanden wurde." (Schmatz 1982:42).

Neutestamentliche theologische Abhandlungen beschäftigen sich hauptsächlich mit dem Tod Jesu und leider weniger mit dessen Umgang mit Kranken und Sterbenden. Trotzdem lässt sich erkennen, wie Jesus sich Menschen in existentiellen Nöten näherte. Es sind gerade die Geschichten, die die Theologie lebendig und für die Seelsorge fruchtbar werden lassen. In diesen Geschichten proklamiert er seine Gottesherrschaft, und es besteht dabei ständig eine Spannung zwischen dem gegenwärtigen und dem zukünftigen Reich Gottes. Es geht um das Heil, das er den Menschen bringt, wenn

"er die Herrschaft Gottes verkündigt, dann geht es um die Erfahrung des eschatologischen Eingreifens Gottes in die Weltwirklichkeit. Wenn Jesus Sünden vergibt, dann greift er aufgrund seines Auftrags nicht nur in das Vorbehaltsrecht Gottes ein, was ihm die jüdischen Schriftgelehrten vorwerfen, sondern er nimmt damit Gottes eschatologische Sündenvergebung vorweg (Mk 2,5-7 parr). Wenn er dämonisch Besessene heilt, löst er diese Menschen aus ihrer Bindung an die Macht des Bösen, um ihnen die Zukunft des Heils zu eröffnen (Lk 11,20). Dasselbe gilt für Jesu Zuwendung zu den Armen, den Notleidenden und Ausgestoßenen. In Gestalt von Gleichnishandlungen, wie etwa den Mahlgemeinschaften, greift er Motive der eschatologischen Vollendung auf und rückt damit sein Handeln in den Zusammenhang der endgültigen Heilsteilnahme. Indem er den Tod auf sich nimmt, bestätigt er sein Wort, daß jeder, der sein Leben um der Gottesherrschaft willen verliert, es gewinnen wird (Mk 8,35parr, vgl. mit Lk 18,29); und indem er sich mit dem gebrochenen Brot identifiziert, kennzeichnet er seinen Tod als Hingabe für andere (Mk 14,22 parr). [...]

Es ist unübersehbar, daß mit Jesu Leben und Wirken das rettende Handeln Gottes offenbar geworden ist, noch unabhängig von der Frage, welche Bedeutung dabei die

Auferstehung und Wiederkunft, sein Tod oder seine Menschwerdung besitzen. Die konkrete Gestalt seiner irdischen Geschichte und seines Wirkens ist als solche signifikant im Zusammenhang mit dem rettenden Handeln Gottes." (Hahn 2002:375)

Ich möchte Hahns Ausführungen ebenfalls um die drei Totenerweckungen erweitern, die von Jesus in den Evangelien beschrieben werden. Die These von der Errichtung des Gottesreiches durch Jesus Christus in all seinem Handeln vertreten Theologen jeglicher Couleur (vgl. Mussner 1986:219ff; Dietrich & Vollenweider 2002:582-600 u.a.) und dies gilt meines Erachtens besonders für den Umgang mit Sterbenden und Kranken.

Jesus ist auch heute noch Vorbild für Menschen, die sich um kranke und leidende Menschen sorgen und Krankheit und Leiden nicht bagatellisieren, wobei sie das durch ihn angebotene Heil weitergeben. Jesus heilte Menschen körperlich, psychisch, sozial und erweckte Tote (Mt 11,5) mit dem Ziel, dass die Menschen vom Unheil zum Heil geführt würden (Mat 20,29-34).<sup>68</sup> In dieser Art der emotionalen Zuwendung nimmt er den einzelnen Menschen wahr, das zeigt das Beispiel von der Frau, die mit ihren Blutungen Probleme hatte und von ihm zunächst unbemerkt seine Kleidung berührte, trotzdem er von vielen bedrängt wurde. Er wendet sich ihr zu und nimmt sich nur für sie Zeit, obwohl sie bereits geheilt ist (Mt 9,18-26). Er sieht Krankheit und Leid als Unheil, woraus er befreien will, um Menschen schließlich wieder ein gutes Leben zu ermöglichen. "Die Heilungen sollen dabei zeichenhaft die Größe und Herrlichkeit des endgültigen Heilszustandes erahnen lassen. Jesus lädt zum Glauben ein und will damit erreichen, daß der Mensch sich zur Haltung des Sich-Gott-Anvertrauens durchringt." (Schmatz 1982:42). Hier zeigt sich echtes Mitleid, wenn er sich mit den Menschen identifiziert, d.h. sie umfassend wahrnimmt und aus dieser Haltung heraus sich den Menschen zuwendet, wobei er den Menschen Impulse gibt, um ihr Leid, ihre Krankheit oder Sterben neu zu bewerten.

Jesus nimmt gesellschaftliche Stigmata wahr. Wenn er heilt, begegnet und begleitet er, holt die Menschen aus ihrer Isolation heraus und macht sie wieder gesellschaftsfähig. Die Sorge um Kranke und Sterbende im Sinne Jesu Christi ist nichts anderes als Nächstenliebe und Gottesliebe (Mk 12,28-33). Er berührte Kranke und Aussätziges, machte sich so im Sinne des Alten Testaments unrein, doch gleichzeitig holt er Menschen, die durch ihre Krankheit aus der Gemeinschaft und von Gott getrennt waren, aus dem Tod – auch aus dem sozialen Tod – heraus. Diejenigen, die ins Abseits der Gesellschaft gedrängt waren, erleben Nähe und Berührung, was sie heil macht. Diese Begegnungen trösten in Angst, Krankheit,

<sup>68</sup> Die Menschen wurden gesund und folgten Jesus nach. Sie glaubten an ihn, der nicht nur professionelles Interesse an den Menschen hatte. Er zeigte Gefühle wie Mitleid. Er fordert entsprechend von denjenigen, die seinem Beispiel folgen, dass sie ebenso handeln, vgl. Mt 25,34ff.

Leid, Sterben und Not. "Ein Gott der Liebe muß auch ein Gott des Trostes sein. Jesus verheißt den Trauernden Trost (vgl. Mt 5, 4), macht im Trost Mut (vgl. Mt 9, 2) und lädt alle ein, die unter Lasten stöhnen, bei ihm Ruhe zu finden (vgl. Mt 11, 28)." (Schmatz 1982:43). Dabei überschreitet er religiöse und gesellschaftliche Grenzen, wenn er sich erniedrigt, selbst Leidender wird, um die Menschen aus der Unheilssituation herauszuholen. Dies ist Solidarität.

Sich um kranke und sterbende Menschen zu sorgen heißt nicht nur seine eigenen Gefühle wahrzunehmen, sondern die Ängste, Nöte, Leiden und die Gefühle in Bezug auf die Krankheitsdiagnosen des Gegenübers wahrzunehmen. Jesus, der die Menschen liebte, tröstete sie, machte ihnen Mut und nahm ihre Gefühle wahr und ernst.<sup>69</sup> Er sprach mit den Menschen und gab ihnen die Möglichkeit, sich auszusprechen und sich von ihren seelischen Lasten befreien zu können (Mt 11,28). "Weil Jesus Krankheit und Gesundheit in den größeren Rahmen von Unheil und Heil stellt, geht es ihm immer um mehr als medizinische Heilung, nämlich um eine tiefer greifende Heilung, um die endgültige Rettung des Menschen aus Sünde und Tod." (Schmatz 1982:44). Deshalb gehört zu den Krankenheilungen Jesu immer auch der Glaube.

Glaube und Heilung gehören bei Jesus zusammen. Er strebt bei seinen Heilungen immer den Glauben an,<sup>70</sup> dass Menschen sich nicht nur an ihn wenden, um somatisch heil zu werden, sondern dass sie auch bereit sind, sich ihre Sünden vergeben zu lassen, um damit die tatsächliche Ursache ihres Unglücks, die Sünde, beseitigen zu lassen. Wer sich öffnet, um von der Macht, die die Sünde hat, befreit zu werden, und Jesus zu folgen, wird heil, d.h. von der Macht der Sünde entbunden.

Die Sorge Jesu um kranke und leidende Menschen erstreckt sich auch auf den Missionsdienst seiner Jünger, um Menschen auf das Reich Gottes vorzubereiten. Er schickt aus, um zu predigen und zu heilen, d.h. Menschen in ihren körperlichen und seelischen Problemen zu begleiten und zu helfen (Lk 9,1-6), denn die obigen Beispiele zeigen, dass Jesus, bevor er heilte, die betroffenen Menschen begleitete.

Die Sorge um kranke, leidende und sterbende Menschen ist im Verhalten Jesu und in seinem Auftrag zur Weiterführung seines Dienstes begründet.

---

<sup>69</sup> In der Bergpredigt gibt er den Menschen Hoffnung auf Trost (Mt 5,4) oder spricht den Leidenden selbst Trost zu und wendet sich mit der Vergebung der Sünden auch der psychischen Last der Menschen zu (Mt 9,2).

<sup>70</sup> So fragte er die Blinden, bevor er sie heilte, ob sie glaubten (Mt 9,27ff) oder der oben erwähnten Frau bestätigte er, dass ihr Glaube ihr geholfen habe (Mt 9,22).



Es ist nicht nur der heilbringende Umgang mit den Menschen, der tröstet und hilft, sondern auch die Theologie, die über den Tod hinaus sieht und Hoffnung schenkt, "daß Christus durch seinen Tod dem auch über den Tod herrschenden Diabolos die Macht genommen hat [...], daß durch sein Leiden die Entmächtigung des Todes erfolgt ist und daß er die Menschen von der 'Furcht vor dem Tode' befreit hat." (Meinhold 1980:164).

Jesus begleitet die Menschen, ist bei ihnen, er antwortet ihnen, indem er sich intensiv zuwendet und er sorgt für sie. Insofern wendet er sich den Menschen im Sinne dieser Arbeit zu.

Die im Alten Testament behutsam angedeutete Gewissheit des Sieges über den Tod wird durch Jesus Christus deutlicher, dass sich Gott als Herr über den Tod erweist und Tote aus der Beziehungslosigkeit des Todes in eine neue Lebensbeziehung ruft, als Jesus Christus vom Tod aufersteht. In seinem Leben beginnt Jesus von Nazareth die Macht der Beziehungslosigkeit zu brechen und vollendet dies am Kreuz. Diese neue Wirklichkeit, die im Glauben erfasst werden kann, ist mit dem Tod nicht mehr das Ende der Zeit, sondern der Beginn eines neuen Äons, der mit Jesus Christus schon angebrochen ist (Klein 1983:102) und in der Zukunft erst bei seiner vollendet wird. Hiervon spricht die Heilige Schrift durchweg in gleichnishaften Bildern. "Wir werden auch an einem Sterbebett [...] nicht über das demütige Verharren in Bildern hinauskommen." (Hennig 1984:15) Vieles bleibt geheimnisvoll, auch wenn von der Hoffnung auf Auferstehung gesprochen wird.

"Auferstehung der Toten gibt es nur durch Auferstehung der Toten (Röm. 8,11). Unsterblich ist niemand und nichts, auch meine Seele nicht. Ohne das Wunder der Neuschöpfung durch Gott (2. Kor. 5, 17), durch den Gott, der 'allein Unsterblichkeit hat' (1. Tim. 6,16), gibt es keine Auferstehung der Toten und kein ewiges Leben" (Hennig 1984:16), vermöge des Lebens, des Todes und der Auferstehung Jesu Christi.

Dieser Standpunkt, den ich vertrete, wird auch anders gesehen und von Theologen wie Ratzinger in Frage gestellt, der im Ganztod eine Radikalisierung (Ratzinger 1978:70) und Biblizismus (:94) sieht und auf diese Weise polemisiert, wobei die Sorge um den leidenden und sterbenden Menschen leider in den Hintergrund tritt.

### **3.3 Bewältigung im Hinblick auf die Heilsdimension des Glaubens**

Welche Bedeutung hat nun der christliche Glaube, das Wissen um den für Notleidende sorgenden Jesus auf die Bewältigung eines sterbenden bzw. schwer kranken Menschen? Kann

das christliche Verständnis von Sterben und Tod dem Begleiter wie den Betroffenen helfen auch die existentiellen Fragen zu beantworten?

An dieser Stelle möchte ich aber keine dogmatische Diskussion oder gar konfessionskundliche Erörterung über die verschiedenen Lehrauffassungen darstellen oder vergleichen, das ist nicht die Aufgabe dieser Arbeit und es muss von mir auch nicht wiederholt werden, was in vielen Dogmatiken schon dargelegt worden ist. Es wäre m.E. kontraproduktiv und nicht in meinem Sinne über richtig oder falsch einer Theologie zu urteilen. Es geht in der Seelsorge vielmehr darum die Vielfalt der Bilder eines Menschen und die, die er aus dem Reichtum des christlichen Glaubens auch für sich rezipiert, fruchtbar werden zu lassen, damit er seine Situation bewältigen kann.

"Zusammenfassend kann man sagen: Der Mensch existiert nach christlichem Verständnis, weil ihn Gott gewollt und ihm das Leben geschenkt hat. Er stirbt, weil er nicht Gott ist, sondern ein Geschöpf, dessen individuelles Leben begrenzt ist. Endlichkeit, Begrenztheit und Unvollkommenheit werden während der zeitlichen Existenz des Menschen in Momenten der Selbstüberschreitung bereits transzendiert. Wo der Mensch über sich selbst hinaus in-Beziehung lebt, wo an seinem Leben Gottes Liebe für das Leben sichtbar wird, wo er sich hingibt an Ehrfurcht, Liebe und den Tod, wird seine Bestimmung zum vollendeten Leben bereits erfahrbar und partiell erreicht. Wenn das zeitliche Leben des Menschen endet, wird es nicht vom Nichts verschluckt, sondern vollendet [...]. Sein Leben erhält Sinn und Wert nicht etwa aus dem, was er geleistet und erworben hat, sondern daraus, dass Gott sein Leben gewollt hat und durch Anteilgabe an seinem eigenen ewigen Leben vollendet." (Lammer 2004:254)<sup>71</sup>

"Wer den Sohn hat, der hat das Leben; wer den Sohn Gottes nicht hat, der hat das Leben nicht." (1 Joh 5,12). Leben ist durch den Glauben an Gott kein biologischer Vorgang mehr, sondern in Gott zusammengefasst. Gott selbst ist das Leben und dies geht über die immanente Biologie hinaus. Wo Gott ist, wo eine Beziehung zu Gott existiert, wo mit Gott gesprochen und an ihn geglaubt wird, da ist Leben. Diese Erfahrung haben die Gesprächspartner gemacht, was an Fr. D deutlich wurde, der es half mit den Bildern der Bibel Zugang zu ihrem endlichen Leben zu finden.

Das Leben wird aber vom Tod bedroht. "Der T.[od, Anm. G.M.] darf nicht gesehen werden als bloß med. Exitus, der am rein uhrzeitlich gedachten Ende des Lebens steht u. da als bloß biolog. Vorkommnis gesehen wird. Er ist vielmehr von vornherein als ganzmenschliches Ereignis zu fassen." (Rahner 1986:222) Von Gott getrennt oder entfernt zu sein, nicht

---

<sup>71</sup> Lammer orientiert sich in ihren Ausführungen am Apostolischen Glaubensbekenntnis. Ihr ist es wichtig dem Klienten ein persönlichkeitspezifisches und situationsspezifisches Credo zu ermöglichen (vgl. Lammer 2004:243). Hier ist sie von Klaus geprägt. Dieser Ansatz fügt sich m.E. hervorragend in das Copingmodell mit ein und unterstützt meine Art der Begleitung, die den Patienten im Mittelpunkt sieht und sich an ihm orientiert.

an ihn zu glauben oder gar gegen ihn zu kämpfen, bedeutet Tod, denn der Tod steht in Opposition zum Leben und zu dem, der Leben ist. Der Glaube versichert dem Gläubigen Leben. "Nach Gottes ursprünglichem Heilsplan sollte der Tod nicht sein, weil der Mensch über seine natürliche Todverfallenheit durch eine besondere Nähe zu Gott als der Quelle des Lebens hinausgehoben war." (Lotz 1976:79).

In diesem Sinne weiß der Gläubige "um sein 'Sein zum Tode' und muß sich dieser Situation mutig und entschlossen stellen." (Haunhorst 1997:168), wie Christiane Haunhorst Karl Rahners Verständnis des Todes als zum Leben gehörend beschreibt. Ein Gläubiger nimmt in diesem Bewusstsein den Tod in sein Leben mit hinein. Der Tod wird nicht durch Eliminierung, Verleugnung oder Verzweiflung bewältigt, sondern dadurch, dass er im Leben als Teil seines Lebens wahrgenommen wird, d.h. in seiner Wirklichkeit bejaht. Dies ist möglich, weil im christlichen Glauben die Hoffnung auf Auferstehung der Toten verankert ist, die über den Tod hinausgeht. Diese Art der Bewältigung ist ein lebenslanger Reifungsprozess. "Der reife Mensch sieht die Bedeutung des Todes für das menschliche Dasein und ringt ein Leben lang um eine ausgereifte Stellung zu ihm." (Schmatz 1982:142). Die Vorbereitung auf das Sterben sollte für den gläubigen Menschen schon in der Kindheit beginnen, wenn Verlusterlebnisse nicht isoliert erlebt, sondern mit ins Leben hineingenommen werden.

Christliches Sterben findet seinen Höhepunkt in der Taufe, wenn ein Mensch bewusst in die Lebensgemeinschaft mit Jesus Christus tritt und aus der tödlichen Beziehungslosigkeit befreit wird (Röm 6,1-11). In der Taufe liefert sich der Mensch Jesus Christus aus und gibt ihm sein Leben. Wer sich konsequent diesem Geschehen hingibt, der nimmt das neue Leben an, womit er von Tod und Sünde zum Leben mit Gott geführt wird (Röm 6,7). Dies ist keine Projektion, sondern findet seine Ursache im Leben Jesu, das dem Tod entsprungen ist.

Der Gläubige kann in der Gegenwart in einem neuen Leben seinen eigenen Tod vorwegnehmen, wenn die Eschatologie in seinem Leben zentral ist. Die Voraussetzung für diese Lebensweise ist eine radikale Metanoia, die gewiss macht, dass Jesus Christus von den Toten auferwecken wird. Sie hilft das eigene Sterben wahrzunehmen, denn der Mensch, der von Jesus Christus befreit und erlöst wurde zu einem neuen Leben, nimmt von dem alten Abschied. Dies geschieht nicht nur einmal in der Taufe, sondern täglich im Leben. Das Sterbenmüssen oder Abschiednehmen kann dabei für Menschen dazu führen ihren Glauben zu finden so wie Frau D in den Gesprächen, dass das Leben schließlich ein Geschenk ist (Schockenhoff 1992:118-119). Dies lässt aus der Dankbarkeit Hoffnung wachsen.

### 3.3.1 Der Tod, der letzte Feind

Der Tod bedroht das Leben und deshalb gehört es zu den Grundfunktionen des Menschen, darauf zu reagieren, auch um sich zu schützen, was sich als Angst vor dem Tod zeigt. Darauf wies ich bereits im ersten Theoretischen Teil dieser Arbeit im Kap. 1.1.3 hin und unterstreiche dies nun theologisch.

"Angst ist [...] eine Schutzfunktion des Lebens. Und es gehört zu den Bausteinen der Menschlichkeit des Menschen, Angst haben zu können. Er schützt sich indem er sich ängstigt. [...] Sie [die Angst, Anm. G.M.] ist menschlich, zutiefst menschlich. In ihr meldet sich in elementarer Weise das menschliche Recht auf Leben. Daß die Passionsgeschichte auch Jesus von der Todesangst nicht ausnimmt, sollte uns davor bewahren, von den Christen zu behaupten, ihr Glaube schließe die Angst vor dem Tode a priori aus, wie er sie künstlich erzeugt. Aber er geht auf sie ein." (Jüngel 1973: 162-163)

Der Tod bedroht den Menschen. Insofern führt er ihn nach Jüngel in die "Verhältnisslosigkeit" (Jüngel 1973: 163) und trennt von allen Beziehungen, was unweigerlich zur Angst führt. Die einzige Möglichkeit mit dieser Angst umzugehen, scheint selbst für manchen Philosophen nur der Glaube zu sein. "Der Glaube scheint überhaupt die wirksamste Waffe gegen die Furcht vor dem Tode zu sein, und vor allem in Grenzsituationen scheint sich die Stärke des Glaubens zu offenbaren." (Eismann 1987: 27)

Karl Barth geht in eine ähnliche Richtung wie Jüngel. "Der Gott gegenüber fehlbare Mensch kann den Tod nur als Feind, als übermächtiges Gericht, als Bedrohung mit dem Nichts erwarten." (Barth 1948:772). Barth differenziert den Tod. Für ihn gehören Sterben und Tod zur Natur des Menschen wie Erzeugung und Geburt (:770). Das naturhafte Sterben bringt er damit noch nicht mit dem Sold der Sünde zusammen, sondern der zweite Tod ist die Folge der Sünde und somit Gericht und Strafe. "... eine Unterscheidung zwischen Ende und Fluch, Sterben und Strafe, Tod und Todesgericht ist nicht nur möglich, sondern notwendig, nicht nur erlaubt, sondern geboten." (:769). Der Tod ist für Barth nicht an sich Gericht, da er der Schöpfung Gottes zugehörig ist. Der Tod bekommt für Barth aber "das große Merkmal der Unnatur" (:731) von Christus her, der durch seinen Kreuzestod das zerstörte Verhältnis zwischen Gott und Mensch wieder herstellte. Hier bekommt der Tod bei Barth eine eschatologische Konnotation. Möglicherweise verharmlost er den Tod ein Stück weit, doch nähert er sich einem modernen medizinischen Menschenbild.

Auch für Rahner ist der Tod eine große Bedrohung, "so ist der T. der sichtbarste Ausdruck der Endlichkeit des Menschen." (Rahner 1986:225). Quer durch alle Konfessionen und gesellschaftliche Strömungen ist der Tod der Feind des Menschen.

Der Feind wird ausgegrenzt. Der Tod wird zwar angesprochen, und die Medien sind voll von sensationslüsternen Geschichten, bei denen möglichst viele Tote vorkommen müssen, aber dennoch wird der Tod versteckt und wie ein bedrohlich großes Mysterium behandelt. Das kann in Großstädten Deutschlands erlebt werden, wenn Trauergesellschaften 15 Minuten Zeit haben, um Abschied zu nehmen oder wenn zunehmend anonymisiert selbst ohne Trauerfeier auf Friedhöfen bestattet wird, die möglichst weit weg vom gesellschaftlichen Leben in begrünten Randbezirken angesiedelt sind.<sup>72</sup> Die Gesellschaft lebt, als "ob wir nicht sterben müssten" (Schlund 1987:12), wobei platonische Unsterblichkeitsvorstellungen mitschwingen.<sup>73</sup> Trotzdem bleibt der Tod für eine säkulare Gesellschaft auch Feind, obwohl von Euthanasie, dem guten Tod, gesprochen wird, der als Befreier und Erlöser von Schmerzen und Krankheiten beschrieben wird. Doch Menschen setzen sich zur Wehr und kämpfen auch gegen den Tod beispielsweise mit Patientenverfügungen, um das Sterben selbst bestimmen zu können, damit die moderne Medizin den Todeszeitpunkt nicht mehr bestimmen soll.

Der christliche Glaube hingegen stellt sich wie beschrieben dem Tod und öffnet den Blick nach rückwärts und vorwärts, damit der Mensch sich selbst erkennt und sich in Relation zur Ewigkeit versteht. Der Tod bedroht den Mensch, er ist nicht der sanfte Freund, der hinüber geleitet.

Tod und Sterben haben nach christlichem "Verständnis den Schrecken verloren; denn die durch Sünde bedrohlich gewordene Macht des Todes ist durch Christus überwunden. Nach 1 Kor 15,26 wird als 'letzter Feind der Tod beseitigt' [...] Dementsprechend wird in Offb 2,11 gesagt, daß dem, der 'überwindet', vom zweiten Tod nichts mehr angetan werden kann. [...] Es wird ihn am Ende der Zeiten auch nicht mehr geben (Offb 20,14)." (Hahn 2002:775)

Hahn zieht in die Richtung Barths. Gott hat den Menschen nicht zum Tod, sondern zum Leben erschaffen. Die Sünde trennte von Gott und bedroht durch den Tod jedes Leben auf dieser Erde. Wer mit der Sünde in Berührung gerät, erhält als Sold den Tod. Sünde wird zu "einer die Totalität der Existenz bestimmenden negativen Größe [...]: wo die Sünde herrscht, da herrscht der Tod." (Brunner 1960:432). Dies betrifft den einzelnen Menschen

<sup>72</sup> Auf Hamburger Friedhöfen ist es üblich, das ein ganzer Trauergottesdienst maximal 15 Minuten dauern darf. Werde die Zeit überschritten, so könne es auch zu einem Abbruch der Trauerfeier kommen, sagte man mir dort. Ferner berichteten mir persönlich Bestatter und Mitarbeiter auf Friedhöfen, dass es immer häufiger vorkomme, dass Angehörige ihre Verstorbenen ohne Trauerfeier einäschern lassen, um sie anschließend anonym auf einem Urnenfeld bestatten zu lassen.

<sup>73</sup> Die platonische Vorstellung von der unsterblichen Seele ist tief im Denken der Menschen verhaftet, wurde 1512 sogar im Laterankonzil als Dogma verankert, fand auch im protestantischen Denken Eingang und hat sich gerade bei Menschen, die heute mit Sterbenden Umgang haben, als unverrückbarer geistlicher Bestandteil manifestiert, was gerade die Literatur von Elisabeth Kübler-Ross betrifft, wie oben gezeigt.

wie die gesamte Menschheit. So hat sich der Mensch aus freier Entscheidung heraus "aus der Gottesnähe [...] von der Quelle des Lebens getrennt, wodurch er die Lebensfülle verlor, die den Tod zu bannen vermochte." (Lotz 1976a:93). In Folge dessen unterliegt der Mensch dem Tod, da er sich der lebensspendenden Zuwendung Gottes entzogen hat und selbst die Wurzel, die ihn mit dem Leben verbunden hat, zerstört. Der Tod wird so zur Trennung von Gott und Leben.

Jesus Christus hat durch sein Leben hier auf dieser Erde und durch seine Liebe für die Menschen einen Ausweg geschaffen, den Tod zu besiegen. Die Hoffnung auf die Auferstehung der Toten gibt dem Leben Vertrauen, dass Gott das Unmögliche möglich machen kann, und Zukunft, dass die Liebe Gottes im und über den Tod hinaus nicht allein lässt.

"Die Situation des Sterbenmüssens oder des endgültigen Abschiednehmens kann für gläubige Menschen zur Chance einer Glaubensentdeckung werden, die sie den Ernst dessen wirklich ermessen läßt, was sie ein Leben lang gebetet, geglaubt und mit dem Credo der Kirche bekannt haben. Erst durch den Tod erfahren wir mit letzter Gewißheit, was wir durch den Glaubenssatz von Gott als dem Schöpfer des Lebens oft nur gedankenlos dahinbeten: daß unser Leben nicht selbstverständlich, sondern eine unverdiente Gabe Gottes ist." (Schockenhoff:1992:118-119).

Vermittels des Glaubens kann sich ein Sterbender der Verheißungen Gottes hingeben und sich auf die Treue Gottes verlassen. Gott selbst wird den Tod zerstören, sein Leben und sein Tod sind Garant für die Vernichtung des Todes, deshalb ist die Auferstehung der Sieg über den Tod.

Der Tod zerstört und bedroht die menschliche Existenz, er trennt von Plänen, Hoffnungen, Wünschen, Beziehungen und vor allem vom Leben. Die "moderne Todesromantik" (Pöhlmann 1985:352) übersieht die vernichtende Gerichtsdimension und will sie in letzter Konsequenz nicht wahrhaben. Christen nehmen den Tod ernst, fürchten ihn und trauern. Aber dennoch hoffen sie "und warten auf die selige Hoffnung und Erscheinung der Herrlichkeit des großen Gottes und unseres Heilands Jesus Christus [...]" (Tit 2,13) und wissen, dass der alles bedrohende Tod, der manchmal der Qual, den Schmerzen und dem Leiden eines Menschen ein Ende setzt, letztendlich vernichtet werden wird, weshalb sie den Tod nicht sakralisieren oder banalisieren. Der Tod ist nicht Erlöser. "*Christus* erlöst uns, indem er unseren Tod stirbt, tötet unseren Tod, indem er sich töten läßt von unserem Tod. Victor quia victima" (:353).

Der Tod ist der Feind des Menschen, doch er ist ein überwundener Feind durch Jesus Christus. Dies ist über alle konfessionellen Grenzen hinweg Konsens, ob man eine Trennung von Leib und Seele postuliert wie Rahner (Rahner 1986: 222) oder auf der anderen Seite

den Tod des ganzen Menschen wie Barth. Doch dogmatische Feinheiten spielen letztlich im seelsorgerlichen Kontakt eine untergeordnete Rolle, denn schließlich geht es um das Gegenüber, das aus der Hoffnung heraus Kraft für sein Leben gewinnen soll, um zu bewältigen, wodurch sich die frohe Botschaft, das Evangelium, für den kranken und sterbenden Menschen entfalten kann.

### **3.3.2 Sterbebegleitung in der Hoffnung auf Auferstehung**

Sterben bedroht den Menschen, doch nach christlichem Glauben ist der letzte Feind, der Tod, vernichtet, wie es der Apostel Paulus im 1 Kor 15,26 beschreibt, "denn die durch Sünde bedrohlich gewordene Macht des Todes ist durch Christus besiegt." (Hahn 2002:775). Entsprechend kann der Tod dem Gläubigen *nichts* mehr anhaben, und der Mensch kann sich stattdessen von Hoffnung leiten lassen. Als Christen leben wir "in der Hoffnung, dass der Tag kommen wird, an dem alle Tränen abgewischt werden und wir alle wieder miteinander und mit Gott vereint sein werden." (Gutmann 2002:224)

Vielleicht mag dies wie eine Vertröstung klingen, eine Feuerbachsche Projektion, doch die Hoffnung im Angesicht des Todes, im Erleiden von Krankheit und Schmerzen ist mehr als Projektion. Der Tod ist zwar die Grenze der menschlichen Existenz, doch jenseits dieser Grenze hilft der Glaube an Jesus Christus weiter, der das Fundament für diese fundamentale Hoffnung ist. Sein Tod und seine Auferstehung sind die Hoffnung,

"dass Gott dem Tode die nichtende Macht genommen hat und auch dort, an unserer Grenze, unser uns treues Gegenüber sein und bleiben wird und für uns gutsteht. Dies verändert unser Leben, genauer: unser Verhältnis zu ihm, schon Hier und Jetzt. Darum kann Paulus sagen: 'Ist jemand in Christus, so ist er eine neue Kreatur' (II Kor.5,16)" (Hildebrandt 2001:332).

Diese Hoffnung macht deutlich, dass der Tod nicht die beängstigende Leere ist oder das endgültige Aus des Lebens bedeutet, sondern die heilvolle "Gegenwart Gottes beim Menschen" (:332), die sich im vertrauenden Glauben entwickelt und zu einer Gewissheit wird. "Gottes gewiss werden, das ist schon Anteil bekommen an Gottes Ewigkeit" (:332), die über den Tod hinaus im neuen Leben sich entfaltet.

"Es gehört zu den überraschenden Erfahrungen, [...] daß chronisch kranke und sterbende Menschen niemals ohne Hoffnung sind." (Schockenhoff 1992:119) Eine Erfahrung, die ich ebenfalls mit Schockenhoff teile, wobei ich zwischen einer alltäglichen Hoffnung, dass

ein Medikament oder ein Eingriff erfolgreich verlaufen und heilen bzw. helfen können und einer fundamentalen Hoffnung, die auch über dieses Leben hinausblickt, unterscheide. So trägt Hoffnung durch die Zeit und ist gleichzeitig von der Grundlage und dem Erreichen des Ziels abhängig. Hilft der Eingriff oder das Medikament nicht, was trägt dann? Gerade in der seelsorgerlichen Begleitung können die vielen alltäglichen Hoffnungen, die oftmals enttäuscht werden, gestärkt werden, indem Impulse zu einem gelassenen Umgang mit ihnen gegeben werden. Die Hoffnung auf ein Leben über den Tod hinaus, bekommt dadurch Nahrung, dass die alltäglichen Hoffnungen bewusst als Geschenke wahrgenommen werden, über die ein Mensch keine Berechtigungen und Verfügungen hat. "Die Hoffnung auf das ewige Leben erwächst dem Menschen nicht durch eine eigenmächtige Verlängerung dessen, was er von sich aus in seinem Leben erreicht und bewirkt hat. Sie ist vielmehr Geschenk, das der Mensch nur mit leeren Händen empfangen kann." (Schockenhoff 1992:122). Diese fundamentale Hoffnung wächst, wenn ein Mensch lernt, das selbstgestaltete Leben loszulassen und die Enttäuschung, das Leben zu verlieren, wahrnimmt.

Der Verlust des Lebens ist neben der Geburt das existenziellste Ereignis, das ein Mensch erleben kann, wobei die Geburt noch nicht bewusst wahrgenommen wird. So braucht er gerade im Sterben und in der Krankheit Beistand. Wie dieser allerdings aussehen soll, müssen Sterbender und Begleiter aushandeln, denn für das Sterben gilt genauso wie für das Leben, dass ein Mensch nicht solitär für sich allein lebt. So ist eine Begleitung, die von der Hoffnung auf Auferstehung und der Liebe Jesu Christi zu einem Menschen geprägt ist,

"christliche Hilfe zum Sterben, die die menschliche Not des Sterbens richtig versteht als Appell, sich ihm zuzuwenden, beizustehen, einen würdigen Platz zum Sterben einzuräumen und Nähe und Geborgenheit zu schenken, letztendlich die zwingende Konsequenz der evangelischen Botschaft, die als Botschaft der Menschlichkeit zugleich die Aufgabe der Humanisierung des Menschen und seiner Lebenswelt inkludiert." (Klein 1983:226).

Der Glaube an die Auferstehung wird aber erst dann zu einer Hilfe in der Begleitung, wenn er in den Alltag der Gemeinde und des persönlichen Lebens inkarniert wird. Wenn dies gelingt, ist der Tod und ein Leben in der Auferstehung kein Rand- und Tabuthema mehr. Er verliert seine mit Angst besetzte Aura und wird entmythologisiert, weil die Kraft des Glaubens Beziehungen stark werden lässt, denn nichts, auch nicht der Tod kann durch den Glauben von Jesus Christus trennen.

So wird Sterbebegleitung zu einem "mitmenschlichen und seelsorgerl. Beistand für Sterbende." (Eibach 1994:1905). Seelsorge bleibt dabei nicht auf einer Beobachterposition ne-



ben dem Sterbenden stehen, sondern ist ihm behilflich sein Leben zu resümieren und sich mit seinem verbleibenden Leben auch kritisch auseinander zu setzen. Seelsorge, die sich in der Hoffnung auf Auferstehung versteht, soll dem Sterbenden helfen,

"daß sein Leben trotz der dunklen Seiten von Gott bejaht ist, er sich deshalb mit Gott, seinem Leben und seinen Nächsten versöhnen und sich in die gnädige und bewahrende Hand des Gottes fallenlassen darf (Röm 8,31ff), der dem Tode die Macht genommen und ewiges Leben verheißen hat (2Tim 1,10)." (Eibach 1994:1906).

Hoffnung auf ein neues, ein ewiges Leben ist kein Vertrösten auf eine unbestimmte Zukunft, dort wo Worte fehlen, sondern diese Hoffnung zeigt sich schon im gegenwärtigen Leben, wenn Menschen die Möglichkeit und Freiheiten bekommen ihr endendes Leben auf ihre Art zu leben, wenn sie ihr Verhältnis zum Leben selbst gestalten können und Begleiter auch eine Andersartigkeit zulassen und unterstützen. Die Hoffnung auf eine Auferstehung wird dort beginnen, wo Begleiter anfangen die alltäglichen Hoffnungen zu teilen, wo sie ermöglichen einem kranken und sterbenden Menschen das Leben zu genießen und auszugestalten, so dass mit Bonhoeffer ausgerufen werden kann: "[...] nur wenn man das Leben und die Erde so liebt, daß mit ihr alles verloren und zu Ende zu sein scheint, darf man an die Auferstehung der Toten und eine neue Welt glauben; [...]" (Bonhoeffer 1994:88).

### **3.4 Der Beitrag des Coping für die Seelsorge**

Sterben und Tod im theologischen Kontext weisen vermittelt des Glaubens auf das Heil des Menschen und schließlich auf das Leben hin, das gegenwärtig gelebt wird bzw. auf das zukünftig gehofft wird. Sterben und Tod sind Teil des Lebens und keine das Leben ausgrenzende Dimension. Der Umgang mit Sterbenden, der beispielsweise von dem Phasenmodell geprägt ist, scheint mir bei einem Kranken oder Sterbenden eine *Störung* zu implizieren, wohingegen Coping davon ausgeht, dass Menschen durchaus mit Belastung umgehen können. Diese Umgangsweise kann den Vorstellungen des Begleiters entsprechen, muss es aber nicht. Vornehmlich steht das Leben, das es aufrechtzuerhalten gilt, im Blickfeld, denn hierbei setzt ein Mensch seine im Leben erworbenen Fähigkeiten ein. Das Copingmodell, das Krankheit oder Tod keineswegs verleugnet, aber auf das Leben blickt und sowohl den Seelsorger, als auch den Schwerkranken motiviert, kann von einem Seelsorger genutzt werden.

Sterbebegleitung wird für den Seelsorger zu einem Lernprozess im Gegensatz wie von mir beschrieben das Phasenmodell, das den Sterbenden in einen solchen Lernprozess hinein-

leiten möchte, damit dieser zu Annahme gelangt. Es geht darum, das Gegenüber kennen zu lernen und für Impulse den *καίρός* zu finden, die für den Seelsorger bedeutsam sind, um die Dimension des Heils anzubieten. Möglicherweise findet dieser sich nie, sehr verhalten oder sogar ganz offen. Hier begibt sich nun der Seelsorger in eine Sphäre, in der er sich dem Patienten behutsam nähert, sich ihm oder ihr widmet und aufnimmt.

### 3.4.1 Die Wahrnehmungsschule

Das Copingmodell fordert den Seelsorger auf, eine intensive Beziehung zu kranken und sterbenden Menschen wachsen zu lassen. Der Prozess der Bewältigung ist nicht vorhersehbar,<sup>74</sup> weshalb Begleitung Zeit und Einsatz braucht.

Ich konnte erleben, dass es allen Kranken gemein war, zweierlei Reaktionen zu zeigen, nachdem ihnen ihre Diagnose eröffnet worden war. Entweder äußerten sie, dass sie geschockt gewesen seien, als ihnen diese mitgeteilt wurde oder dass sie eine Vorahnung hatten, nachdem sie erste Symptome der Krebserkrankung spürten. Sie zeigten zwar auch Bewältigungsverhalten, das bei den Phasenmodellen beschrieben wird, d.h. sie leugneten ihre Erkrankung, waren zornig, verhandelten, waren depressiv oder akzeptierten sie, doch dies geschah auch gleichzeitig, so dass sich deutlich ambivalentes Verhalten zeigte.<sup>75</sup> Gerade die Gespräche machten deutlich, dass Bewältigungsverhalten individuell und von der Lernfähigkeit eines Menschen abhängig ist.<sup>76</sup> Darüber hinaus benötigt es Zeit, sich an die Belastung zu gewöhnen und diese annehmen zu können, denn das gesamte Leben, der Körper, die Wahrnehmungsfähigkeit, die Menschen, die Umgebung mit all ihren Beziehungen etc. verändern sich mit einer Krebserkrankung.

Der vom Coping beeinflusste Seelsorger tritt, wenn er an dem Menschen wirklich interessiert ist, für den er da sein will, in eine *Wahrnehmungsschule* ein. Er beginnt von dem Schwerkranken zu lernen, wie dieser als Mensch mit seiner Erkrankung umgeht und auf Grund seines eigenen Potentials selbst mit seinen eigenen Belastungen umgehen und diese bewältigen kann. Dabei unterstützt ihn der Erfahrungsschatz seines Lebens. Jeder Mensch hat in seinem Leben auf unterschiedliche Art und Weise Belastungen und Konflikte erlebt

<sup>74</sup> Anders bei den Phasenmodellen, die die Bewältigung vorhersehbar machen, denn die Phasen sind bekannt.

<sup>75</sup> Die Gespräche mit Frau V und Frau M sowie mit Herrn W und Herrn G zeigen deutlich ambivalentes Verhalten, das sie gleichzeitig lebten. Dies ist weiter oben in den Gesprächen ausführlich dargestellt.

<sup>76</sup> Dies ist bei Frau D zu erkennen, die mit wachsendem Krebs ihre Spiritualität kennen lernte.

oder Erfahrungen mit dem Tod gemacht, wodurch er eine Einstellung dazu gewonnen hat. Hier werden Geschichten und Träume, die die Menschen erzählen, bedeutsam, genauso wie nonverbales Verhalten, das sich symbolhaft zeigt. Auf diese Weise findet Begleitung in der Gegenwart statt und nicht in der Vergangenheit, die aber das jetzige Bewältigungsverhalten beeinflusst, denn vormals lernte der jetzt todkranke Mensch, mit schwierigen Situationen umzugehen, um nun die schwere physische und psychische Belastung zu bewältigen. Begleitung vertröstet nicht auf eine Zukunft, sondern findet gegenwärtig in Beziehungen statt.

Eine weitere Provokation des Coping besteht darin, jegliches Verhalten eines Menschen, das dazu dient, mit der belastenden Situation umzugehen, als angemessen zu betrachten, es gibt folglich kein unangemessenes oder sogar falsches Verhalten. Ein Kranker hat die Freiheit, sein eigenes Bewältigungsverhalten entwickeln zu können. Er wird allerdings, wie die Gespräche in den Transaktionen zeigen, nicht alles, was möglich wäre, entfalten, um bestehende Beziehungen, die ihn unterstützen und ihm gut tun, nicht zu zerstören. Coping macht deutlich, dass jegliche Äußerungen Teil der Bewältigung sind. Die Phasenmodelle werten lediglich das als positiv, was zur Annahme des Sterbens führt, im Copinggeschehen sehe ich jedoch alles als förderlich an, das hilft das Leben und das innere psychische Gleichgewicht zu stabilisieren und aufrecht zu erhalten, d.h. Wohlbefinden zu erlangen. Der Begleiter bzw. Seelsorger wird deshalb versuchen, Bewältigungsressourcen wahrzunehmen, die den kranken Menschen unterstützen können, dazu gehören u.a. Symbole, um die eigene Situation, Sehnsucht bzw. Hoffnung auszudrücken.<sup>77</sup> Der Seelsorger ist durch den reichhaltigen Schatz christlicher Symbole sensibilisiert, einen Menschen auch mit dessen Nöten wahrzunehmen und hat die Möglichkeit zu antworten, um Unausprechliches darzustellen und auszusprechen.

Der Begleiter tritt in eine Transaktion, das bedeutet, dass auch er die Situation, die auf sein Gegenüber wirkt, beeinflusst und umgekehrt. In dieser Beziehung nimmt er dessen Krankheit und Sterben wahr, die wiederum auch auf ihn selbst wirken, so dass er sich auch mit seinem eigenen Sterben und Leben auseinander setzen muss. Die Wahrnehmungsschulung bezieht sich darum in der Transaktion auf beide Partner.<sup>78</sup>

Das Copingmodell hilft einerseits dem Begleiter, die Transaktion zu verstehen, stellt aber andererseits den Seelsorger in Frage. Dies ist eine weitere Provokation, denn "Seelsor-

<sup>77</sup> Es gibt eine Fülle von Literatur, die sich mit der Symbolsprache Kranken und Sterbender beschäftigt, so dass ich darauf nicht weiter eingehen werde. Ich verweise hier auf Fußnote 49.

<sup>78</sup> In diesem Zusammenhang hat die Copingforschung allerdings den Fehler gemacht, und das offene Modell durch Kataloge von Bewältigungsverhalten versucht zu klassifizieren. Als bekanntestes Beispiel im deutschsprachigen Raum sei an dieser Stelle die schon mehrfach besprochene BeFo genannt.

ge an Trauernden und Sterbenden bemüht sich [...] um die Freisetzung eines christlichen Verhaltens im letztmöglichen Versuch einer Realitätsbewältigung." (Winkler 1994:450): In Opposition dazu steht Seelsorge, die von einer aktiven, vielleicht auch macherischen zu einer wahrnehmenden Seelsorge werden muss, die zwar ihren Auftrag hat, jedoch zuerst die Beziehung zu dem Sterbenden sucht. Hier möchte ich auf Kap. 2.5 verweisen.

Coping in der Seelsorge betont die Individualität des Menschen (Vgl. Kap.1.2). Dies zeigten auch die Gespräche, dass Bewältigung von der Persönlichkeit eines Menschen und der Kommunikation mit dem Seelsorger abhängig ist. Der Schwerkranke wird seinen eigenen Weg gehen, mit oder ohne Seelsorger, aus diesem Grund kann dieser ihn auch getrost dem Tod überlassen. Er kann nicht die Verantwortung für den Sterbenden übernehmen und darf nicht versuchen, dessen Pläne zu durchkreuzen, denn dies könnte die Beziehung nachhaltig gefährden. Der Seelsorger kann zwar durchaus Angebote machen, ist und bleibt jedoch lediglich ein Fragment im Chor der gesamten Begleitung, d.h. eine von vielen Stimmen, die in der Transaktion Impulse abgeben und den Todkranken stärken, unterstützen und diesem helfen, die Bedeutung seiner Erkrankung selbst zu finden. Auch aus diesem Gesichtspunkt heraus wird der Seelsorger sich in seiner Bedeutung wahrnehmen, wo er steht, wer er ist, wem er begegnet und folglich den Patienten würdigen und wertschätzen.

### 3.4.2 Die Sorge um die Seele

Einem todkranken Menschen beizustehen und ihm nahe sein zu wollen, bedeutet in dessen Intimsphäre einzudringen, zumal wenn dieser bettlägerig ist oder möglicherweise sogar unbekleidet. Aber nicht nur der Körper ist nackt, sondern auch die Seele, die existentiell bedroht ist. Deshalb gilt es, sich einfühlsam und vorsichtig dem Schwerkranken zu nähern. Ein Seelsorger bringt mit seiner Person und seinem Amt eine Fülle von Symbolen mit, mit denen der Kranke Assoziationen verbindet, die sich als Barriere in der Transaktion entwickeln, ihn aber für den Seelsorger auch öffnen können.<sup>79</sup>

Dieser kann spirituelle Angebote machen, die den Sterbenden nicht zu etwas zwingen wollen, was dieser nicht möchte. Es geht bei der Begleitung nicht um Mission. Ein Sterbebett ist kein angemessener Ort, einen Menschen zu *bekehren* oder ihm eine religiöse Über-

---

<sup>79</sup> So assoziierte Frau D anfänglich mit dem Seelsorger jemanden, der sie vor ihrem Tod missionieren wollte, was sie auf gar keinen Fall wünschte.

zeugung nahe zu legen oder sogar aufzuzwingen, wie ich es erlebte, sondern diesem mit Verständnis für dessen eigenen religiösen Hintergrund zu begegnen und spirituellen Beistand anzubieten, d.h. zu sorgen, dass der Kranke seine Glauben leben kann. Das Sterbebett ist aber sehr wohl der Ort, an dem die Möglichkeit besteht, sich zu bekehren und/oder mit seiner Umwelt ins Reine zu kommen. Der Seelsorger hat somit die Aufgabe, dem sterbenden Menschen zunächst das anzubieten, was diesem bekannt ist, und ihm keineswegs etwas wegzunehmen, was er besitzt, das können Glauben oder Entscheidungen sein.

In dem Bewältigungsverhalten eines Menschen finden ständig Neubewertungen statt, die auch von der Transaktion mit dem Seelsorger abhängen. Von daher kann und darf dieser nicht nur passiver Beobachter sein und daneben stehen und nebenher zu gehen, sondern er muss ein zuverlässiger Begleiter sein, der seine eigene Position hat und an dem sich der Sterbende, wenn es nötig und gewollt ist, orientieren kann.

Menschen, die ihrem Lebensende entgegengehen, ahnen meiner Feststellung nach, dass es hinter der sichtbaren eine andere Wirklichkeit gibt, die der Seelsorger anbieten und vorstellen kann. Je nach Weltanschauung beschreiben Menschen diese spirituelle Wirklichkeit unterschiedlich. In diesem Kontext vertritt der Seelsorger durch sein Erscheinen Gott, der da ist, da war und da sein wird.

Es ist für den Seelsorger wichtig zu wissen, wer er ist und sich dessen bewusst zu sein. Ziemer drückt es selbstbewusst aus, und ich möchte mich ihm anschließen: "Ich treibe Seelsorge, weil ich *beauftragt* bin. [...] Seelsorge ist Nachfolgepraxis im Wirkungsbereich des Evangeliums." (Ziemer 2000:180) Ich bin als Seelsorger für den Kranken oder Sterbenden da und halte mit ihm aus, sichere ihm die Nähe Gottes zu, bringe damit Leben, Hoffnung und Liebe zum Ausdruck und begleite mit meiner Position einen Menschen so, dass zu diesem eine Beziehung wachsen kann, weil ich durch meinen Auftrag verpflichtet bin. Seelsorge ist kein Dienst, dem ich beliebig nachgehe oder weil ich ein Menschenfreund bin, sondern weil ich dazu berufen bin. Diese Gewissheit von meiner Kirche und meinem Glauben berufen zu sein, kann von Zweifeln befreien und Sicherheit schenken.

Begleitung ist folglich nicht machbar, sondern entwickelt sich. Der Seelsorger ist kein "Macher" mit einem totalitären Anspruch, sondern selber ein Mensch, der sich in der Begleitung auch ohnmächtig fühlen darf, dem durchaus bewusst ist, dass er ebenso sterblich ist und die Symbole, die er als Salbung, Abendmahl, Texte, Lieder oder Gebete anbietet, sich selbst auch zuspricht. Der Seelsorger sollte darum auch selbst glauben, was er sagt, wenn er von Heilung spricht, sollte er daran glauben, dass Gott Wunder tun und heilen kann, wenn

er von Leben und Auferstehung spricht, geht das nur, wenn er selbst an die Auferstehung glaubt, sonst hat er nicht das Recht darüber zu sprechen und gaukelt es lediglich vor. Seine Worte wären nur eine weitere Tabuisierung des Todes, und er wäre darüber hinaus unglaubwürdig.

Die Gespräche und das bisher Gesagte, machen deutlich, dass Sterbebegleitung ein Beziehungsgeschehen ist. Der Seelsorger wird ein Mensch, der in das Umfeld eines ihm zunächst Fremden eintritt und sich von seiner Rolle oder Funktion befreien muss, um seinem Gegenüber wirklich begegnen zu können. Theorien und Modelle hindern den Blick für das Gespräch und die Person, um der Situation und dem Menschen wirklich offen begegnen zu können. So kann der Begleiter zu einem wirklichen Partner werden, der hilft, dem Sterbenden ein Zuhause entstehen zu lassen.

Ein Seelsorger, der sich auf den Weg der Sterbebegleitung begibt, wird willens sein, sich Kompetenzen anzueignen, die den Partner unterstützen, um leben zu können.<sup>80</sup> Wer nicht von hierarchischen oder wirtschaftlichen Zwängen geprägt ist und in keiner Funktion zu dem Sterbenden steht, hat im Krankenhaus, Heim oder dessen Zuhause die Möglichkeit, die Umgebung zu vernetzen und ein Team aus allen Menschen, die für den Todkranken tätig sind oder in einer Beziehung zu diesem stehen, zu bilden. Auf diese Weise ist eine nachhaltige und umfassende Begleitung möglich.

In den Gesprächen zeigte sich, dass der Glaube für fast alle Sterbenden eine Bedeutung hatte, denn er gab ihnen Zukunft, Kraft und Hoffnung, die Gegenwart bzw. nähere Zukunft, d.h. den Moment leben zu können und aus der Situation, für die es eigentlich keinen Ausweg gab, dennoch einen Ausweg zu finden. So sah z.B. Frau D durch ihren Glauben einen Weg über den Tod hinaus und fand einen Sinn in ihrem Leben vor dem Tod. Nur wenige Sterbende äußerten sich nicht über ihren Glauben, doch für sie bekam das Zuhause oder die Beziehungen zu Partnern oder Kindern spirituelle Bedeutung, denn dort fühlten sie sich geliebt, geborgen oder sicher.

Die Aufgabe einer Seelsorge darf es nicht sein, dem Todkranken die Verantwortung für sein Leben abzunehmen, sondern ihm Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, so dass er – unterstützt von Menschen, die ihn lieben – selbst bewältigen und Worte finden kann, die eigene Situation auszudrücken.

---

<sup>80</sup> Ein Seelsorger mit seinen geistlichen Kompetenzen sollte sich demzufolge medizinische, pflegerische und soziale Kompetenzen aneignen, um im Idealfall ein Sterben zu Hause möglich werden zu lassen.

Coping betont die Ressourcen eines Menschen, um mit einem belastenden Ereignis umzugehen, deshalb kann Begleitung auch nur die Selbsthilfe unterstützen. Der Seelsorger, der zuhört, wahrnimmt, unterstützt, ermutigt, stärkt, segnet und Hoffnung auf Heilung und Heil auch über den Tod hinaus vermitteln will, muss sich zurückhalten, seine eigene Hilflosigkeit aushalten, sich bewusst sein, selbst sterben zu müssen und den Sterbenden seinen eigenen Weg gehen lassen. Er wird dem Sterbenden zum Partner und unterstützt ihn, sein Leben selbst zu bestimmen, um einen eigenen Weg gehen zu können.

Hier wird Coping sichtbar, wenn der Begleiter sich an den Ressourcen orientiert und Impulse gibt, diese zu mobilisieren.<sup>81</sup> Es bleibt nicht aus, dass er Worte finden muss, um Unausprechbares und Unausgesprochenes auszusprechen.<sup>82</sup> Somit wird er in diesem Prozess zur Sprachhilfe, um der Situation und Gefühlen Worte zu geben. Der Seelsorger wird in solchen Situationen zu einem Mensch, der Gott in die Gegenwart des Gesprächs holt und das Gottesbild, das der Sterbende hat, lebendig werden lassen kann, um es gegebenenfalls zu ergänzen und einen Gott darzustellen, der im Leben und im Tod Geborgenheit, Hoffnung und Liebe schenken will. Gott, der zuhört, der versteht, der Räume schenkt, um schreien, weinen oder lachen zu können, wertet einen Menschen auf. Diesen Gott kann der Seelsorger anbieten, wenn er bei dem Sterbenden ist, bleibt und Gott vertritt, denn mit seinen Aufgaben besitzt er die Möglichkeit, Situationen zu entspannen, wenn er Vergebung zuspricht, betet und segnet oder Situationen sich zuspitzen, wenn der Todkranke sein Leben erkennt und dieses vor seinem Tod neu bewerten und u.U. verändern möchte.

Christliche Seelsorge bietet mit ihren Symbolen Menschen Möglichkeiten an, helfen zu können und das eigene Leben neu zu bewerten. Die Beichte befreit und erleichtert, die Krankensalbung lässt Nähe durch Berührung spüren und riechen, richtet auf, stärkt und stillt damit tiefe Bedürfnisse, die versichern, dass das Leben von Gott begleitet wird, denn dieser wendet sich dem Sterbenden zu. Dieses Symbol hat auch bei nachlassender geistiger Kraft Bedeutung. Beim Abendmahl kommen Zeichen und Worte zusammen und ergänzen sich. Brot und Wein sättigen und stärken das Leben nicht nur physisch. Das Brechen des Brotes weist auf Teilen, Hingeben und Solidarität hin, dessen Entgegennehmen symbolisiert, dass der Mensch auf Gott und andere Menschen angewiesen ist und sich beschenken lässt. Der Kelch dagegen symbolisiert Gemeinschaft, Heil, Lebensfreude und Hingabe. Wein zu emp-

---

<sup>81</sup> Wie bei Frau D, die ich ermutigte, ihr Zimmer im Pflegeheim häuslich zu gestalten oder Herrn G, den ich ermutigte eigene Entscheidungen zu treffen.

<sup>82</sup> Dies geschah, wenn ich für die Gesprächspartner Gefühle oder Situationen in Worte fasste.

fangen erfüllt. Zudem bietet das Symbol des Abendmahls Vergebung an, was den Menschen befreit.

Die Symbole, die das Leben unterstützen und Ressourcen mobilisieren, können durch Texte, Worte, Lieder, Musik, Kerzen, Blumen, Berührungen u.a. ergänzt werden. Es müssen nicht nur Symbole sein, die geistlichen Charakter besitzen. Verlässlichkeit und Konstanz in der Begleitung zeigen dem schwer kranken oder sterbenden Menschen, dass er wichtig und wert ist, geachtet zu werden. Rituale, die sich wiederholen, sind äußerst wichtig, um Beziehung und Vertrauen wachsen zu lassen.<sup>83</sup> Zu den Ressourcen gehört es auch, die Ziele, die ein Mensch hat, zu unterstützen, denn diese tragen zu dessen Wohlbefinden bei und befähigen ihn, handlungsfähig zu bleiben, so dass er sein Leben neu gestalten kann.<sup>84</sup> Ziele helfen, sich sicher zu fühlen und von der Belastung zu distanzieren, denn wenn die Beerdigung geklärt ist, kann auch die Angst vor dem Tod geringer sein, da es einen Ort gibt, wo der Sterbende letztlich hingeht.<sup>85</sup> Alle Gesprächspartner hatten durchweg das große Ziel, zu Hause bleiben zu können oder nach Hause zu kommen, wo sie bis zuletzt leben wollten. Dieses Zuhause war teilweise auf den Himmel ausgerichtet.<sup>86</sup>

Wenn der Seelsorger Ziele wahrnimmt, ist es unerlässlich, die sterbenden Menschen zu unterstützen, diese Ziele auch zu erreichen, denn es bedeutet, die Ressourcen auszuschöpfen, wodurch das Leben stabilisiert wird. Den Sterbenden war stets bewusst, ob die Ziele realistisch zu erreichen waren oder nicht, und wenn diese im Bereich des Möglichen waren, tat ich alles, um sie dabei zu unterstützen.<sup>87</sup>

Ein Seelsorger, der sich wirklich um die Seele eines Menschen sorgt, bemüht sich um den Menschen. Er zeigt seine Hoffnung, dass dieser das eigene Sterben überleben kann, wenn er seine Sehnsucht nach Ewigkeit, d.h. nach Leben, lebt, dabei muss er nicht nur vom Himmel reden, sondern kann sich auch an den Vögeln im Wald erfreuen wie z.B. Frau St.

In der Sorge um den Menschen zeigt sich, dass das Copingmodell, ohne dass dieses als solches gekennzeichnet bzw. ohne dass es bekannt ist, von Seelsorgern trotzdem berücksichtigt wird. Gerade wenn es um den Umgang mit Angst geht, dann gibt es für die Seelsor-

---

<sup>83</sup> Herr H ließ am Ende der Gespräche das Ritual entstehen, mir Gemüse oder Obst zu schenken, was die Beziehung zwischen uns beiden vertiefte, denn oft entstanden entscheidende Gesprächsinhalte auf dem Weg durch den Garten.

<sup>84</sup> Herr B hatte das Ziel, seine Beerdigung vorzubereiten und sein Erbe zu ordnen. Als er dies gemacht hatte, konnte er zufrieden und beruhigt nach Hause fahren.

<sup>85</sup> So war es für Frau D wenige Tage vor ihrem Tod wichtig, dass ihre Schwester mit ihr den Friedhof besichtigte.

<sup>86</sup> Wie für Frau G, die sich darauf freute, dann mit ihren Eltern wieder zusammen zu sein.

<sup>87</sup> Wenn ich z.B. Frau G anbot, sie zu ihrem Bruder ins Heim in der Großstadt zu fahren.



ge keine Frage, die nicht gestellt werden darf, keine Sorge, die nicht ausgedrückt werden darf (Ziemer 2000:284). Ebenso geben gerade die biblischen Psalme Raum zu klagen und Seelsorge, die von Coping beeinflusst ist, lässt diese und andere Gefühle zu, hält sie aus und würdigt sie als Umgang mit der Belastung. Die Stärke, die aus dem Copingmodell erwächst, bedeutet dem Kranken und Sterbenden Kraft zuzugestehen eigenständig mit einer Belastung umgehen zu können und für mich als Seelsorger bedeutet es, aushalten zu können, sich als zuverlässig zu erweisen, auch wenn mein Gegenüber anders denkt und glaubt als ich.

### **3.4.3 Biblisch-theologische Reflexion**

Seelsorger, die kompetent Sterbende begleiten wollen, müssen sich bewusst sein, worum es für sie geht, wenn sie einen Menschen begleiten, nämlich

"um seelsorgerliche Handlungsfähigkeit, die sich aus der Möglichkeit situativer Distanzierung von Geschehen ableitet; es geht um die Wahrnehmung verschiedener Schritte bzw. Stufen eines Sterbeprozesses; es geht darum, sich auf die jeweils individuelle Art des Sterbens einzustellen." (Winkler 1997:434).

Winkler geht in seinen Ausführungen auf die Einzigartigkeit des Sterbens ein und fordert indirekt, das Copingmodell für die Poimenik fruchtbar zu machen, damit es ihr "Anliegen innovativ vertritt" (Winkler 1997:444). Die Forderung nach Ansätzen, die Alternativen zu Kübler-Ross bieten, wurden in den letzten beiden Jahrzehnten laut, doch könnten sie stärker vorgetragen werden und weniger leise und beinahe nebensächlich wie bei Winkler. Doch Bücher wie von Fässler-Weibel (Fässler-Weibel 1997) oder das Jahrbuch für Biblische Theologie (Ebner 2005) sind auf der Suche, Sterbende zu verstehen, was zeigt, dass dies nach wie vor ein aktuelles Thema ist und dass die Theologie nach Zugangswegen sucht.

Seelsorger versuchen zu verstehen und dabei ist es bedeutsam ihren theologischen Standpunkt zu reflektieren. Das Copingmodell sehe ich hier als Hilfe, weil es den individuellen Zugang unterstützt und nicht den Tod, sondern den Umgang des lebendigen Menschen mit seiner Bedrohung im Fokus hat. So gesehen ist Sterbebegleitung die Begleitung eines lebendigen Menschen, denn "Sterben [ist, Anm. G.M.] – Leben bis zuletzt" (Rosenkranz 1999).

Seelsorge mit Sterbenden konzentriert sich darum auf das Leben. Menschliches Verhalten ordnet der Seelsorger auf der Grundlage des Copingmodells nicht mehr ein, sondern er sieht den Menschen in einem Prozess eingebettet, der Freiheiten lässt aber auch Angebote

macht. Gerade hier wird es interessant einen biblisch-theologischen Standpunkt zu vertreten. Der Blick in die Bibel zeigt m.E. die freie Entscheidung, die ein Mensch für sein Leben trifft, um Wohlbefinden bzw. psychisches Gleichgewicht zu finden, wie ich es in dieser Arbeit vertrete. In der Episode von dem so genannten Reichen Jüngling in Mk 10,17-27 ist die Beziehung des Seelsorgers Jesus so, dass er ihn liebt, dass er sich ihm zuwendet und nachdem der Reiche sich von Jesus entfernt, Jesus diese Entscheidung respektiert. Diese grundsätzlich seelsorgerliche Haltung findet sich auch in Seelsorge, die vom Copingmodell geprägt ist. Der Seelsorger behält seinen Standpunkt und bleibt dem Patienten treu, wenn dieser sich gegen den Seelsorger oder dessen Impulse ausspricht. Meiner Meinung nach hat der Seelsorger die Entscheidungen des Klienten zu akzeptieren.

Vom Copingmodell beeinflusste Seelsorge achtet das Selbstbestimmungsrecht und die Autonomie des Menschen, der nach der Auffassung dieser Arbeit im Umgang mit belastenden Erlebnissen so agiert, dass er sich mit seinem Umgang psychisches Gleichgewicht bzw. Wohlbefinden sichert. Hier bewahrt Seelsorge mit ihrer Begleitung die Menschenwürde, wenn sie sich in Liebe dem Menschen zuwendet.

Die wohl schwerwiegendste Maxime des christlichen Glaubens ist die Voraussetzung der Gottesexistenz, ohne die Seelsorge nicht denkbar ist.

"Gottesglaube widerspricht einer Weltsicht, die behauptet, dass mit den Tatsachen dieser Welt die Weltwirklichkeit angemessen sei. Für eine Lebenseinstellung, die auf ein in sich geschlossenes Diesseits festgelegt ist und das überhaupt Mögliche danach bemisst, müssen mit dem Begriff 'Gott' auch die christlichen Bekenntnisaussagen 'Auferstehung der Toten und das ewige Leben' zur baren Mythologie werden." (Hildebrandt 2001:329).

Diese Prämisse ist meine Voraussetzung auch von Hoffnung zu sprechen, die der wesentliche Kern der Auferstehung ist: "Gott ist nicht ein Gott der Toten, sondern der Lebenden." (Mk 12, 27). "Gibt es keine Auferstehung der Toten, so ist auch Christus nicht auferstanden. Ist aber Christus nicht auferstanden, so ist unsre Predigt vergeblich, so ist auch euer Glaube vergeblich [...] Nun aber ist Christus auferstanden von den Toten als Erstling unter denen, die entschlafen sind." (1 Kor 15, 14.20). Diese beiden biblischen Texte drücken den "Inhalt der Hoffnung: Auferstehung der Toten und das ewige Leben" aus (Hildebrandt 2001:318). Das Reden vom Ende des Lebens ist auch Reden vom Neuanfang. Es ist keine Vertröstung, sondern ein Ausblick, der angeboten werden.

Diese Hoffnung leitet die Seelsorge an schwer kranken und sterbenden Menschen. Aber dieses Leben ist nicht der einzige Sinn der menschlichen Existenz, denn der Mensch lebt in

der Hoffnung auf einen neuen Himmel und eine neue Erde, wobei der Tod, wie beschrieben, sich ihm als Feind in den Weg stellt. Trotz der Hoffnung gehört der Tod zum Leben und Seelsorge nimmt ihn ins Leben hinein, um mit ihm umzugehen, wodurch das Leben bewusster wahr- und angenommen werden könnte.

"Die christliche Hoffnung auf den Gott, der die Toten auferweckt und aus dem Nichts das Sein schafft, nimmt den Tod in seiner Tödlichkeit radikal wahr, nämlich an seiner Wurzel, die im nihil steckt. Er ist nicht eine Erscheinung unter anderen, von denen keine das Ich trifft. Das Leben findet auch keinen Identitätspunkt, der es gegenüber dem Tode exterritorial und immun machen könnte. Vielmehr kann das Leben hier als ein Leben zum Tode angenommen werden durch den Glauben an die Auferstehung und in der Hoffnung auf den, der aus dem Tode Leben schafft." (Moltmann 1966:329).

Im biblischen Kontext heißt das Ideal nach Moltmann, alt und lebenssatt zu sterben wie Abraham (Gen 25, 29) und bei den Vätern begraben zu werden wie David (1 Kön 2,10). Die Hoffnung des Alten Testaments über den Tod hinaus richtete sich nicht auf eine außerirdische Welt, sondern war im *Land der Väter* und in der Zukunft des Volkes verankert, womit sie sich auf die Kinder und Kindeskinde richtete. Sterbende lebten in der Gemeinschaft des Volkes oder der Familie. Ihr Leben und Sterben war von ihrer eigenen Lebensgeschichte geprägt, die aus den Beziehungen in der Lebensgemeinschaft gewachsen war.<sup>88</sup> Diese Sichtweise erweitert das Neue Testament, wenn Jesus im Vaterunser bittet: "Dein Reich komme!" Die Hoffnung Israels ist im Neuen Testament der Glaube an die Auferstehung zu einer weltumspannenden und sozialen Hoffnung geworden, die mit dieser Erde verbunden ist. Die christliche Hoffnung flüchtet sich nicht in ein Jenseits, um die Welt zu vergessen und vor ihr zu fliehen, sondern vollendet die Geschichte eines Menschen und die Beziehungen, die darin gewachsen sind. Krankheit und Sterben beziehen sich in der christlichen Begleitung auf das Leben in der gegenwärtigen Situation, das in die Auferstehung mündet. Das kommende Gottesreich, das hier auf dieser Erde schon beginnt,<sup>89</sup> wird sichtbar, wo sich Menschen im Geist Jesu Christi begegnen aber erst vollständig sichtbar erlebt, wenn Jesus Christus wiederkommen wird und eine "Beseitigung des Sterbens" (Goppelt 1985:120) vollzogen wird. Hier werden die alltägliche Hoffnung, z.B. einen Tag, eine Un-

<sup>88</sup> Vgl. 1 Kön 2, 1-10. David wünscht sich vor seinem Tod, dass sein Sohn in seinem Auftrag zwei Morde begehen soll. Er entlastet sich, indem er zwei andere Männer beschuldigt und findet Genugtuung, denn er weiß, dass sein Sohn sich über den Tod hinaus treu verhalten wird. Ferner sucht David die Nähe seines Sohnes und wendet sich ihm zu, was ihn stärkt, tröstet und im Sterben nicht allein sein lässt. Die Lebensgeschichte Davids beeinflusst sein Bewältigungsverhalten vor dem Tod, und er hofft in seinem Volk weiterzuleben.

<sup>89</sup> Denn das Reich Gottes hat mit dem Kommen Christi vor 2000 Jahren schon begonnen, wenn Jesus sagt, dass das Reich Gottes schon mitten unter den Menschen sei (vgl. Lk 17,21) und es wird vollendet bei seinem nächsten Kommen.

tersuchung zu bewältigen oder dass ein Medikament wirkt, und auch eine fundamentale Hoffnung mit einbezogen, die von der Beziehung zu Menschen und Gott geprägt ist, der über die jetzige Existenz hinaus eine Sehnsucht schenkt, die in die Auferstehung hineinreicht. Seelsorge, die so geprägt ist, akzeptiert die Gegenwart und die Bewältigung eines Menschen, denn diese ist der Weg in den Tod und in die Auferstehung. Christliche Begleitung ist eine Welle im Bewältigungsverhalten eines Menschen, das ständig im Fluss ist, und kann ihn tragen und unterstützen oder untergehen lassen, wenn sie ihn heftig überspült. Krankheit und Sterben sind im christlichen Sinn dynamische Prozesse, die sich in Transaktionen ereignen und in die Auferstehung münden und somit einen besonderen Weg zum Leben weisen, denn "Leben ist mehr als ein definitives Sich-Verstehen, nämlich die neue Beziehung des glaubenden Ich zu dem Du Gottes. Diese Beziehung ist darauf angelegt, leibhaft und endgültig schaubar zu werden." (:642-643).

Die Hoffnung auf die Auferstehung soll nicht auf ein Jenseits vertrösten, sondern helfen, das Leben nicht nur auf das Diesseits zu reduzieren, sondern über den Tod hinauszublicken. Dieser Impuls kann ein Beitrag dazu sein, das Leben, die Krankheit und den Tod neu zu bewerten, um mit der Bedrohung umzugehen, die möglicherweise nicht erst eintritt, wenn der Mensch alt und lebenssatt ist, sondern noch mitten im Leben, wenn er voller Pläne und Wünsche ist, wenn Krankheit und Tod auch als Strafe wahrgenommen werden können. Wie Frau St, die im dritten Gespräch ihren Ärger und ihre Wut über ihren Krebs auf den Vater projiziert oder eine Erklärung für den Krebs in ihrem mangelnden Glauben sieht, obwohl sie den Krebs und auch ihr Sterben angenommen hatte. Seelsorge muss an solchen Stellen aushalten, wahrnehmen, da sein und Gefühle zulassen. Die Befreiung, die durch das aussprechen von Worten und Gefühlen auch als Anklage geschehen kann, hat der Seelsorger zuzulassen, denn sie dienen in dem Bewältigungsprozess der Entlastung und sind die Möglichkeit, dem Sterbenden Nähe, Wärme und Liebe zu vermitteln, so dass er Gottes Beistand vermittelt durch die Seelsorge erleben kann. Wie in der Geschichte um den verstorbenen Lazarus in Joh 11,1-45 als die um den toten Bruder trauernde Marta Jesus anklagt, nicht rechtzeitig da gewesen zu sein und Jesus diese Emotionen aushält und den Fragen nicht ausweicht. Jesus schenkt hier vor allem Geborgenheit im Schmerz, um dann aus dem Tod neues Leben hervorbrechen zu lassen. Hadern, anklagen und Kämpfen gehören zusammen, denn wenn dies geschieht, wenn es sich gegen Jesus oder Gott richtet, dann richtet es sich auch gleichzeitig an Gott. Wenn der Seelsorger sich treffen lässt und aushält, gibt er zu verstehen, dass Gott davon getroffen bzw. betroffen ist (Piper 1990:90-91). Wie im Buch Hiob, wo Gott

die Anklagen Hiobs aushält, woraus letztlich Trost entsteht. Bewältigung geschieht dabei in der Kommunikation und durch aktives nonverbales Agieren des Seelsorgers oder dessen aktives Schweigen.

An dieser Stelle wird die Provokation einer Seelsorge deutlich, die vom Copingmodell beeinflusst ist. Überlieferte Gottesbilder und Theologien werden in Frage gestellt, denn der Glaube an Gott, der eine Auferstehung schenken möchte, ereignet sich in der Transaktion und gibt dem Kranken oder Sterbenden die Freiheit, seinen Gott, der ihm persönlich begegnen will, in seiner Lebensgeschichte zu entdecken, um sich ihm auf seine Weise zu nähern. Es geht somit letztlich um das Heil, das Gott den Menschen anbietet und ihnen eröffnet, wenn sie es annehmen wollen. Heil mündet dabei nicht in die Heilung von Krankheit oder ewiges Leben, sondern zeigt sich auch in der Zufriedenheit und dem Genuss des gegenwärtigen Lebens. In den Gesprächen zeigte es sich beispielsweise, dass die Patienten sich auch ohne Medikamente über Schmerzlinderung freuten wie Frau St. Ergänzend zeigen gerade die biblischen Zeugnisse, "daß alles Geschehen, im einzelnen wie im ganzen, Gottes Heils willen entspricht." (Wilckens 2003b:114). Da eine Seelsorge an schwer kranken und sterbenden Menschen, die unter dem Einfluss des Copingmodells steht, Mission nicht im Blickfeld hat, führt sie trotzdem zu individuellen Beziehungen und Begegnungen Gottes mit den Menschen.<sup>90</sup> Die Bibel beschreibt Bilder und Vorstellungen, die der Mensch von Gott hat und auf die Gott eingeht,<sup>91</sup> wodurch sie zur Sprachhilfe für den Seelsorger wird und Geschichten und Bilder anbietet, mit denen sich der Kranke identifizieren kann. Damit findet das Wort Gottes seine Integration in einer Seelsorge, die vom Copingmodell geprägt ist und wird für die Gespräche und die Seelsorgearbeit zu einem bestimmenden Element und ist nicht nur ein Hilfsmittel.

Dem Tod darf seine Brutalität nicht geraubt werden. Sein feindlicher, trennender und grausamer Akzent, der die Menschen leiden lässt, bleibt erhalten, denn Krankheit und Tod führen den Menschen in das dunkle Dasein des Lebens, das Teil seiner Existenz ist.

<sup>90</sup> Als Beispiel für eine biblische Sterbebegleitung möchte ich die Elia-Elisageschichte anführen (vgl. 2 Kön 2, 1-18). Elia wird bald sterben. Elisa begleitet ihn in die tiefsten Tiefen und bis auf die höchsten Höhen. Beide gehen miteinander und Elisa lernt Elia wahrzunehmen. Er geht in die "Wahrnehmungsschule" Elias, denn in der Begegnung und der Begleitung nimmt er Elia umfassend wahr im Gegensatz zu den Prophetenschülern, die aus der Ferne nur beobachten, d.h. Elisa tritt in eine Transaktion mit Elia. Elisa versichert Elia zu begleiten und bei ihm zu bleiben. Elisa deutet Elia nicht, sondern Elia deutet seinen Zustand selbst. Aus Dank für die Begleitung beschenkt Elia Elisa. Elisa unterstützt Elia, als dieser sich von der Umwelt zurückzieht und vom Leben auf dieser Welt getrennt wird. Diese Geschichte zeigt die Freiheit, die ein Mensch haben kann, sein Sterben zu gestalten, und sie zeigt einen Begleiter, der den wahrnimmt und akzeptiert.

<sup>91</sup> Beispielsweise Hiob, der mit Gott diskutierte oder Elia, der in der Begegnung mit Gott andere Vorstellungen von diesem hatte.

Die Bibel schildert unterschiedliches Bewältigungsverhalten<sup>92</sup> im Angesicht des Todes. Abraham stirbt alt und lebenssatt (Gen 25,8). Jesus hat große Angst vor seinem Tod und bricht zusammen (Mk 14, 35). Er resigniert, als er spürt, dass er nicht ausweichen kann und wendet sich Gott zu, sucht Nähe und Beziehung zu ihm (Mk 14, 36), ist jedoch in seinem Sterben allein und fühlt sich selbst von Gott verlassen (Mk 15, 36). Jesus kämpft gegen seinen Feind, den Tod, und lehnt sich gegen ihn auf. Wir erfahren, dass das Ende des Lebens und Sterbens von Jesus mit einem Zuhause in der himmlischen Heimat verknüpft ist. Jesus begibt sich in die Hände seines Vaters (Lk 23,46)<sup>93</sup> gibt am Kreuz sein Leben ab und stirbt (Joh 16, 30), um nach seinem Tod im auferstandenen Zustand zu seinem Vater zu gehen (Joh 20, 17).

Es gibt sicherlich noch weitere Deutungen, die den Tod Jesu umschreiben, doch ich möchte keine dogmatische oder neutestamentliche Diskussion hier durchführen, mir geht es im Zusammenhang dieser Arbeit darum zu zeigen, wie solidarisch sich Jesus letztlich mit seinem Sterben und Leben dem Menschen zuwendet und das viele Geschichten der Bibel, die sich um Leiden, Trauer und Sterben drehen, seelsorgerlich hilfreich sind, weil sie die fundamentalen Gefühle und Probleme, die gerade Sterbende erleben, beschreiben. Ferner helfen sie dem Seelsorger sich und seinen Standpunkt zu reflektieren, wozu Bibliodramen recht hilfreich sein können.

Sterben ist im Neuen Testament ein aktiver Umgang mit dem Leben, das in Gemeinschaft geschieht und das Ziel hat, zum Vater im Himmel zu kommen. Der Tod bedeutet die äußerste Entfernung des Menschen von Gott, doch gleichzeitig auch die absolute Abhängigkeit von dem, der Leben schenken will, hier ist die Erfahrung Jesu am Kreuz beispielhaft, der in seinem Schmerz die Ferne Gottes und den Wunsch nach dessen Nähe herausschreit.

"In dem Schrei seiner Verlassenheit von 'seinem Gott' konzentriert sich alle Errettung ganz allein auf diesen selbst. Nie war Jesus so total auf Gott angewiesen wie in dieser Stunde. [...] Für die Erfahrung des Gekreuzigten selbst in seiner Todesstunde ist seine Rettung und der Triumph seiner ganzen Sendung, die nach Gottes Heilswillen in der Auferstehung des Menschensohns aus seinem ihm verordneten Leiden und Tod in endzeitlicher Wirklichkeit geschehen soll (Mk 8,31; 9,31; Lk 13,32), ganz fern und unerfindlich gewesen." (Wilckens 2003b:106).

Jesus ist hier für Menschen eine Hilfe, wenn er ihre Gefühle, wie z.B. die Gottverlassenheit, ausdrückt.

---

<sup>92</sup> An dieser Stelle möchte ich nur wenige Begebenheiten anreißen und aufzeigen, dass die Bibel keine Norm für eine Ars Moriendi erstellt, sondern Menschen ihr Leben individuell und unterschiedlich beendeten und starben.

<sup>93</sup> Das Motiv des Zuhause ließ sich auch bei fast allen Gesprächspartnern feststellen und wurde weiter oben besprochen.

In der Transaktion kann Seelsorge auf dem biblischen Hintergrund einen sterbenden Menschen seinen eigenen Weg in den Tod gehen lassen, der für beide unverfügbar ist. Dabei kann der Glaube als Hilfe angeboten werden, der zwar kein Garant für einen leichten Tod, wohl aber ein Symbol für die partnerschaftliche Beziehung zwischen Gott und Mensch ist, die sich in der Liebe zeigt. "Ich habe dich je und je geliebt, darum habe ich dich zu mir gezogen aus lauter Güte."(Jes 31, 3) Der bekennende Glaube an Gott, der selbst in der größten Todesbedrohung zuverlässig bleibt, begleitet den Sterbenden bis in den Tod, und ist deshalb auch keine weitere "Bewältigungsressource".<sup>94</sup> So ereignet sich die Liebe Gottes in der Transaktion und wird durch den Seelsorger Mensch, der zu einem Ebenbild Gottes wird. Gott selber tritt in die Transaktion mit ein und ist durch die Liebe gegenwärtig. "Denn wo zwei oder drei versammelt sind in meinem Namen, da bin ich mitten unter ihnen." (Mt 18, 20).

Die Begleitung eines kranken und sterbenden Menschen wird zu einer intensiven Gestaltung des Lebens, die den Tod in das Leben holt, um dieses mit der Liebe und Anwesenheit Gottes zu füllen, insofern will Coping keine neue Art der Sterbebegleitung einführen, sondern sensibilisieren, stärken, respektieren und akzeptieren, d.h. den Begleiter unterstützen und ihn dem Sterbenden näher bringen.

### **3.4.4 Das Menschenbild**

In der maßgeblich christlich-biblischen Sichtweise von Seelsorge ist der Mensch das erschaffene Ebenbild Gottes, egal in welchem geistigen oder körperlichen Zustand er sich auch immer befinden mag, denn er ist Geschöpf und Ebenbild Gottes.

"In der Ebenbildlichkeit nimmt der Mensch Anteil an Gottes Größe, Allmacht, Vollkommenheit, die wir oft fahrlässig mit Gesundheit gleichsetzen; und Gott nimmt Anteil an des Menschen Gefährdungen, Unvollkommenheit und Wagnischarakter bis zur Möglichkeit des Scheiterns, die oftmals mit Krankheiten übereinstimmen. Geschöpflichkeit lässt Gott und Mensch zu Partnern werden, die wie Freunde am Schicksal des anderen partizipieren; aber zugleich ist das Geschöpf in der Position der Unerreichbarkeit seines Schöpfers. Krankheit ist Erinnerung an des Menschen Kreatürlichkeit, an seine Sünden-Freiheit, an das Andringen des Todes an seine Lebensschwelle." (Rest 2001a:41-42).

---

<sup>94</sup> In der gegenwärtigen Copingliteratur hat dies zeitweise den Anschein, wenn R.-H. Kremer Religiosität als Copingressource bezeichnet (Kremer 1999). Der Glaube ist sicherlich auch Ressource, doch er geht darüber hinaus.

Gerade der Glaube, dass der Mensch geschaffen, von Gott gerufen und geliebt ist, öffnet den Blick, in einer Beziehung mit Gott zu leben und nicht über das Leben beliebig verfügen zu können, womit allen Euthanasiegedanken im Zusammenhang des Umgangs mit Sterben und Tod widersprochen werden **muss**. Dies gibt dem Mensch Würde. Diese Würde wird aber dort verletzt. "wo über ihn von außen verfügt wird, um ihn zum Mittel für einen wie auch immer gearteten Zweck zu machen. [...] Menschen sind von Gott als die Person erkannt, die sie in Wahrheit sind (Ps. 139,16; Jer. 1,5)." (Herbst 2001:61-62) Somit kommt der Wert eines Menschen nicht vom Menschen, sondern von Gott, was sich auch auf die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens auswirkt. Gott würdigt den Menschen, weshalb die Würde nicht von Leihvorgängen, d.h. von Titeln und Ehren, oder Bewertungsvorgängen, wie in der Nazidiktatur, als von unwertem Leben gesprochen wurde, abhängig ist. "...seine Menschenwürde verliert er nicht. Für sie ist außer Gott nur er selbst verantwortlich." (Rest 2001b:112). Der Mensch gehört als Ganzes zusammen, und die "Atomisierung des Körper-Seele-Geist-Kontinuums in Bestandteile, die wechselseitig über das Ganze bestimmen sollen, ist ein Angriff auf die 'Würde des Menschen'." (:113).

In ihrem Autonomiestreben haben Menschen immer wieder Grenzen überschritten und die Würde des Menschen angetastet, was ihnen nicht gebührte. Dies hat gerade im 20. Jahrhundert in den verschiedensten politischen Lagern zu verheerenden chaotischen Zuständen geführt, die Millionen Menschen das Leben gekostet haben. Der Glaube an den Schöpfergott lässt dem Menschen seine Grenzen erkennen, wobei gleichzeitig der Glaube an Gott den Menschen aufwertet und Würde zuteilt, denn er ist Ebenbild Gottes – wenn auch ein fehlbares. Eine vom christlichen Glauben geprägte seelsorgerliche Begleitung begegnet einem Menschen im Leben und im Tod mit Würde. Leben wird nicht aktiv abgebrochen, sondern ermöglicht. Wie verbunden eine Gesellschaft den Kranken und Schwachen ist, zeigt sich darin wie sie diese würdigt, achtet und deren Leben stärkt und stützt.

Das aktive, macherische Bild vom Menschen im Coping steht im Gegensatz zu der seelsorgerlichen Sichtweise, die diesen als Geschöpf sieht, das sich dem Handeln Gottes anvertraut. So eröffnet die Seelsorge Räume für den toten Mensch und denjenigen, der nicht mehr aktiv handeln kann.



Die Begleitung, die sich nur auf das Copingmodell stützt, wird ihre Grenzen dort erreichen, wo der Mensch sich nicht mehr äußern kann, wo Reaktionen nicht mehr sichtbar sind.<sup>95</sup>

Es liegt mir in dieser Arbeit fern Seelsorge und Coping gegeneinander ausszupielen, denn ich sehe es wie beschrieben als Hilfe und Unterstützung. Auf diese Weise nähert sich die Theologie als Mutter der Wissenschaften einer ihrer Töchter, die sich mit dem Stressgeschehen im intradisziplinären Diskurs beschäftigen.

Die Bewältigungsforschung, aus der das Copingmodell erwachsen ist, versuchte die hochkomplexen Anpassungsprozesse zu differenzieren und darzustellen, was zu unterschiedlich langen Katalogen von Bewältigungsmechanismen geführt hat, wobei z.B. die *BeFo* versuchten das Bewältigungsverhalten zu systematisieren. Doch erst mit der Seelsorge bekommt das Copingmodell ethische Wertigkeit. Gemeinsam achten und wertschätzen sie gleichermaßen den Menschen als jemanden, der selbst denken, reden, glauben, entscheiden und leben kann, selbst wenn dies nicht mehr mit den Dimensionen geschieht, die für mich gegenwärtig wahrnehmbar sind bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder im koma-tösen Zustand. Der Mensch ist auch schwach und hier setzt von der starken Gesellschaft eine Ethik der Barmherzigkeit ein, die aus der christlichen Tradition erwachsen ist. Der Mensch ist ein Wesen, dass auf ein Du angewiesen ist, welches sich in der Liebe entfaltet. Dies beginnt bei der Geburt und setzt sich bis zum Tod fort und zeigt ein fortwährendes Angewiesensein des Menschen auf andere und Gott. Martin Luther formulierte es in der Erklärung zum ersten Artikel des Glaubensbekenntnisses im Großen Katechismus: "Ich glaube an Gott Vater, den Allmächtigen, Schöpfer usw.?" Antwort: 'Das meine und glaube ich, daß ich Gottes Geschöpf bin. D.h.: er hat mir gegeben und erhält mir ohne Unterlaß Leib, Seele und Leben, kleine und große Gliedmaßen, alle Sinne, Vernunft und Verstand usw. [...] Dazu läßt er mir alles Geschaffene zu Nutz und Notdurft des Lebens dienen...' (Luther 1996:92-93) Der Mensch steht in Abhängigkeiten. "So ist das natürliche Dasein der Verfügungsgewalt des Menschen entzogen." (Herbst 2001:68).

---

<sup>95</sup> Komapatienten oder Apalliker zeigen häufig keine sichtbaren Reaktionen, die auf bewusstes Verhalten hinweisen, doch darf der Umgang mit Menschen nicht von seinem aus der Fremdwahrnehmung her definierten Bewusstseinszustand abhängig gemacht werden, sondern davon, dass die Würde eines Menschen unantastbar ist. Kommunikation wird darüber hinaus zu einer Frage der Ethik. Für mich war es im Umgang mit Menschen jeglicher Bewusstseinslage immer selbstverständlich sie bewusst wahrzunehmen und mit ihnen so zu kommunizieren, als nähmen sie mich genauso wahr, wie ich sie. Das bedeutet für den Umgang mit komatösen Menschen, dass ihre Wahrnehmung nicht nur auf verbaler oder nonverbaler Ebene liegt, wo gesprochen oder gestikuliert wird, sondern dass Wahrnehmung auch über das Hören und Berühren stattfindet.

Der Mensch ist nicht nur ein geschaffenes Wesen, dem Grenzen gesetzt sind, sondern auch ein geistig, geistlich, sozial und leibliches Lebewesen, das in dieser Welt lebt. Er ist "ein Teil von Natur und Welt, kommunizierfähig, sexuell und individuell geprägt, seinem Schöpfer verantwortlich, zur Auferstehung bestimmt." (Gnilka 1999:47). Dabei steht der Mensch unter der Macht der Sünde und muss mit dieser umgehen. "Die Sünde betrifft den Menschen in einer Weise, daß sie sein Leben zerstört[...]" (:62) und letztlich in den Tod mündet.

"So ist der Tod nicht nur als die allen bewußte Aussicht auf das physische Sterben präsent, sondern auch im geistigen Sinn als verfehltes, gottentfremdetes Leben. [...] Die unausweichliche Erfahrung des Todes wird in der biblischen Sprache offenbar in besonderer Weise für geeignet gehalten, den Menschen zum Überdenken seiner existentiellen Situation zu bewegen [...]" (:68-69),

d.h. der Mensch muss mit seinem Tod umgehen, ihn bewältigen, was ihm durch das Heilsangebot und dessen Annahme erleichtert werden könnte (vgl. 1 Kor 15,56.57; 2 Kor 3,5). Sterben ist kein Reifungsprozess im Sinne der Phasen, sondern das Ende, der Abbruch des Lebens, was Angst macht und mit Symptomen verbunden sein kann, die keine Abrundung des Lebens sind, sondern Stress, Chaos und Zerstörung bedeutet. "Sterben ist der dem Geschöpf verordnete, oft bittere letzte Weg, der Abschied von allem, was ein Mensch tat und litt, liebte und besaß. Dieses Sterben ist jedem Menschen auf seine Weise auferlegt." (Herbst 2001:71). So kann Glauben und auch Bewältigungsverhalten erwachsen, das aus der Beziehung, die diese stiften, sich ereignet und endliches Leben kann geborgenes Leben vermittelt des Glaubens an den Auferstandenen werden.

Wie Menschen ihre Situation erlebten, habe ich in Kapitel 2.3 beschrieben. Dort wurde deutlich, dass das Bewältigungsverhalten nicht einheitlich ist, sondern jeder Mensch individuell mit seiner Belastung umgeht und die Fülle seiner ihm eigenen Bewältigungsmöglichkeiten nutzt, um mit seinen Gefühlen und dem Umgang in der Situation seelische Stabilität zu gewinnen. Einige Menschen agierten tendenziell eher aktiv in ihrer Bewältigung, doch es gab keine reinen Persönlichkeiten, die nur aktiv oder passiv waren.<sup>96</sup>

Seelsorge und Coping machen beide in ihren unterschiedlichen Sprachen darauf aufmerksam, dass es keine Bewältigung ohne Beziehungen gibt, denn der Mensch lebt nicht in einem Vakuum, sondern braucht die Gemeinschaft, um seine Gefühle auszuleben. Die Kom-

---

<sup>96</sup> Beispielsweise schien Fr. V eher jemand zu sein, die sich passiv einer Situation ergab. Sie ließ die Reise planen oder sich einfach von ihrem Sohn umsorgen, als sie jedoch in ein Heim sollte, wurde sie sehr aktiv und ergriff jegliche Initiative, um in ihrer Wohnung bleiben zu können. Herr H unternahm, je bedrohlicher eine Situation wurde, noch mehr Anstrengungen, um sich umfassend über weitere Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, obwohl er passiv wirkte und sich Behandlungen meist fügte.

plexität des menschlichen Verhaltens im Umgang mit belastenden Situationen wird im Copingmodell ausführlich dargestellt, weshalb die Seelsorge sich dieses zu Nutze machen und sich seiner bedienen sollte.

### **3.5 Möglichkeiten und Grenzen des Coping in der Seelsorgearbeit**

In der bisherigen Literatur werden Seelsorge und Coping besonders in Bezug auf Sterbende noch nicht zusammengesehen, obwohl Wissenschaftler schon seit einiger Zeit herausstellen, dass Coping "in beliebig unterschiedlichen theoretischen und inhaltlichen Kontexten eingesetzt werden" (Weber 1997:10) kann. Das Copingmodell zeigt, wie sich ein Mensch an eine veränderte Situation in einem Prozess anpasst und mit seinen persönlichen Möglichkeiten versucht, mit einer Situation innerlich und äußerlich umzugehen, wobei es "einen Erklärungsrahmen für Verhalten [bietet, Anm. G.M.], der in dieser Breite und Offenheit von anderen Konzepten [...] nicht geboten wird" (Weber 1997:11). Gleichzeitig eröffnet das Copingmodell einen Horizont, der dem ethischen Anspruch der Seelsorge entspricht, denn "Bewältigung ist ein Zugeständnis an Schicksalsschläge und die Härten des Lebens. 'Bewältigung' impliziert die Anerkennung, daß etwas schwierig, zumindest nicht einfach ist." (:11) Dieser Hintergrund bewahrt den Seelsorger davor nicht nur vorschnell und negativ zu werten, sondern auch zunächst unverständliches Verhalten des Gesprächspartners als eigenständiges Bewältigungsverhalten zu missachten. Die Kommunikation kann mit diesem Verständnis vor Blockierungen geschützt werden.

Coping schärft den Blick für die Situation und hilft Verhalten zu verstehen und zu erkennen. Die gezielte Wahrnehmung und das Wissen um die hochkomplexen Anpassungsprozesse helfen besser auf den Kranken einzugehen. Das Copingmodell unterstützt die Wahrnehmung und lehrt, dass das Bewältigungsverhalten zur Lebensgeschichte und zu einer Persönlichkeit gehören und sich dabei aus den Möglichkeiten eines Menschen entwickeln. Es gibt kein unangemessenes Bewältigungsverhalten, selbst wenn der Kranke verleugnet, verdrängt oder massiv aufbegehren sollte. Mit dem Bewältigungsverhalten setzt sich der Kranke und Sterbende mit seiner Erkrankung auseinander. Krankheitssymptome werden wahrgenommen und in irgendeiner Form anerkannt, ob sie gelehnet oder sich ihnen zugewendet werden, entscheidet der Patient, genauso geschieht es mit der Auseinandersetzung von medizinischen Behandlungsvorschlägen. Zur Bewältigung gehört es Beziehungen zur

Umgebung, Ärzten, Pflegern, Seelsorgern, Sozialarbeitern u.a. zu entwickeln und sich mit Perspektiven und der Zukunft auseinanderzusetzen, ebenso wie die Beziehungen zur Familie und dem persönlichen Umfeld zu erhalten bzw. neu zu gestalten. Coping hat dabei stets das Ziel Wohlbefinden zu schaffen bzw. emotionales Gleichgewicht zu entwickeln und das Selbstwertgefühl zu bewahren. (Salewski 1997: 44)

Mir fiel mit dieser Arbeit der Reichtum an Bewältigungsverhalten auf, das ist einerseits faszinierend, andererseits liegt hier auch eine Gefahr verborgen. Ein Seelsorger, der mit dem Coping arbeitet, muss sich selbst auch wahrnehmen und reflektieren, deshalb sollte beachtet werden, sich von dieser Faszination nicht gefangen nehmen zu lassen, sondern nach dem Kern, dem individuellen Zugang zu einem Menschen, in der Transaktion zu suchen, um den Reichtum der Beziehung, die sich entwickelt, wahrzunehmen und gegebenenfalls in der Begleitung Impulse anzubieten, d.h. es ist Aufgabe des Seelsorgers die Ressourcen eines Menschen zu wertschätzen, um sie zu fördern und für ihn deutlich zu machen.

An dieser Stelle soll auf die Grenzen aufmerksam gemacht werden, obwohl es Forscher wie Olbrich gibt, die meinen: "Das Thema Coping setzt wenig Grenzen" (Olbrich 1997:230), um dann die Grenzen in Prozessen sozialer Unterstützung zu sehen (:231) und um weitere Entwicklungen in der Erkenntnis des Verständnisses von Regulation menschlichen Verhaltens und Erlebens zulassen zu können (:235). Er sieht die Grenzen somit in einer Beschränkung der Erkenntnis, wenn sich auch Transzendentes dem empirisch Erfassbaren entzieht. Ein Copingprozess der sich nur auf Manifestes und kognitiv fassbares begrenzt, greift zu kurz.

"Die Transaktion, die Lazarus in der Einheit von Person und Situation im Prozeß der 'cognitive appraisal' gesehen hat, wird von dem Geschehen, das im autopoietischen Bewußtsein abläuft, nicht direkt berührt. Wir werden aber dadurch auf eine Form der Regelung aufmerksam gemacht, die unser Denken vielleicht über das hinaus anregt, was Lazarus in dem zentralen Teil seiner Copingtheorie über Transaktion gesagt hat." (:238)

In Bezug auf die Sprache suggeriert das Copingmodell,<sup>97</sup> dass Bewältigung und Begleitung machbar scheinen, obwohl im Angesicht schwerer Erkrankungen und des Todes der Mensch, d.h. hier der Seelsorger, ohnmächtig und hilflos wird.

"Hier ist eine **Grenze der Sterbebegleitung**, die wir – auch um der seelischen Gesundheit der Begleitenden – nicht verschweigen dürfen: diesen bitteren Charakter des Todes wird auch eine noch so einfühlsame und kompetente Sterbebegleitung nie ganz

---

<sup>97</sup> Vgl. Kapitel 1.2. Im Copingmodell wird von Bewältigungsstrategien oder Bewältigungsmechanismen gesprochen und auch das Modell von Lazarus macht Bewältigung sehr mechanisch, wenn nach jeder Bewertung eine Reaktion erfolgt.

aufheben können. Ohnmacht ist die Grunderfahrung aller, die es mit Sterbenden zu tun haben." (Herbst 2001:71)

Begleitung ist nicht machbar, das zeigten die Gespräche, sie entwickelt, entfaltet sich und beobachtet nicht nur. Die Sprache kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Modell seinem totalitären Anspruch, menschliches Verhalten wahrzunehmen, nicht genügen kann. Bisher blieb Coping in der Seelsorge unberücksichtigt, von daher ergab sich für diese Arbeit die Schwierigkeit, es umzusetzen. Die in der Forschung angewandten Fragebogen<sup>98</sup> und die Interviewer versuchten das Verhalten eines Menschen umfassend zu beschreiben, doch ließen sie spirituelle Gesichtspunkte außer Acht oder gruppierten sie als einen weiteren Bewältigungsmechanismus ein, was m.E. eine Engführung ist. Gerade die Seelsorge macht deutlich, dass Begleitung nur fragmentarisch stattfinden kann und Leben nicht verfügbar ist, wobei Beziehungen wachsen. Obwohl das Copingmodell mit seinem Verständnis von Transaktion in eine Beziehung treten möchte, kommt es seinem Anspruch nicht nach, denn das wissenschaftliche Modell bleibt in der Beobachterposition.

Das Copingmodell geht leider nur auf Belastungen ein, die einen Mensch schädigen, bedrohen oder herausfordern. Es gibt keine Auskünfte über Einflüsse, die nicht schädigen. Positive Gefühle, Wertschätzung, Akzeptanz, Freiheit, Freude, Liebe u.a. gehören nicht zu den Untersuchungen der klassischen Copingforschung, wohl werden sie bei den Bewältigungsmechanismen berücksichtigt, denn Coping setzt sich mit Verhalten, das fördert und positive Bedingungen für das Leben anbietet, ein. Seelsorgegespräche können im Gegensatz zu standardisierten Interviews, die üblicherweise mit dem Copingmodell umgehen, Leben unterstützen und positive Gefühle verstärken, wenn eine beständige und nachhaltige Beziehung angeboten und wachsen gelassen wird. Die Gespräche zeigten, dass ein Interviewstil sprachlos macht, in der Beziehung stört und Gefühle weniger berücksichtigt. Gefühle hatten im freien Gespräch mehr Platz, um sie wahrnehmen zu können. Doch sind Interviewfragen teilweise notwendig, um Informationen zu erhalten, die sich auf den Kontext des Kranken oder Sterbenden richten und ihm auch verhelfen seine erlebte Situation in Worte zu fassen.

Die Stärke des Copingmodells liegt auch darin, jegliches Verhalten in die Bewältigung eines Menschen einzuordnen, wobei Abwehrmechanismen nicht herausgetrennt, sondern in die Bewältigung integriert werden. Die Abwehrmechanismen fördern das seelische Gleichgewicht und sind kein Ausdruck einer Pathologie, sondern ein stetiger Entwicklungspro-

---

<sup>98</sup> Vgl. BeFo oder Ways of Copingchecklist. Diese Engführung der Kataloge raubt dem freien und offenen Modell, das Lazarus einst entwarf, seine Dynamik, denn sie schränken es massiv ein.

zess. Bewältigungsverhalten darf deshalb nicht gewertet werden, denn es zeigt sich als für den Klienten *sinnvolles* Handeln in einer Situation.

In diesem Prozess spielt der Zeitfaktor eine Rolle. Der Seelsorger hat über einen langen Zeitraum die Gelegenheit den kranken und sterbenden Mensch zu beobachten, der sich der Situation anpasst. Die Zeit stellt den Raum zur Verfügung, in dem sich ein Mensch an eine Situation anpassen und in der er seine Möglichkeiten erproben kann. Dies findet in der Gegenwart statt, die allerdings von vergangenem Erleben beeinflusst wird.

Die Grenzen des Coping werden vom Seelsorger beeinflusst, ob dieser bereit ist, auszuhalten und zu akzeptieren. Coping will primär nicht verändern. Im Gegensatz zur Seelsorge, die von einem Angebot geprägt ist, das sie weitergeben möchte. Glaube, Hoffnung, Liebe haben für das Transaktionsmodell nur eine ganz nebensächliche Bedeutung. Hoffnung hat als Reaktionsform eine "stark situationsabhängige Rolle" (Lehr & Thomae 1991:196) im Coping, während sie in der Seelsorge die Grundlage für die Liebe Gottes zu den Menschen ist, die in den Tod begleitet.

Das Copingmodell versucht in erster Linie weltanschaulich neutral zu, weshalb es für Theologie und Religiosität nur einen Platz als Bewältigungsressource hat. Ein Seelsorger, der ein Angebot hat und in eine Transaktion eintritt, ist keine Ressource, sondern kann zum Begleiter werden, der mit seinem Lebenshintergrund eine Position einnimmt. Das Modell ist eine theoretische Hilfe, um zu verstehen, dass und wie Bewältigung individuell geschieht und von der Persönlichkeit eines Menschen geprägt ist. Es stellt den Seelsorger in Frage, wenn es ihn auffordert, sich von allen Modellen –auch vom Copingmodell(!)– zu lösen, damit er sich auf den Kranken konzentrieren kann, um diesen wahrzunehmen. Der Seelsorger wird sich in der Transaktion nicht aufdrängen, denn er hat einen mündigen Menschen vor sich, der eigenverantwortlich Entscheidungen treffen kann. Aus diesem Grund unterstützt Seelsorge, die vom Copingmodell geprägt ist, den kranken und sterbenden Menschen, in Freiheit zu leben und zu sterben.

Der Tod stellt für die Begleitung und jegliches Coping die natürliche Grenze dar, jegliche Kontrolle, Veränderung, Anpassung und Bewältigung ist hier beendet. Anders eine Seelsorge, die vom Coping geprägt ist, für sie ist der Tod eine durch den Glauben und die Hoffnung auf Auferstehung überbrückbare Grenze, was ich weiter oben bereits diskutierte. Olbrich, der als einer der bedeutenden Copingforscher in Deutschlands zu verstehen ist, sieht Grenzen des Coping, hebt die Forschungsergebnisse aber nicht auf, sondern fordert auf, weiterzusehen und nicht stehen zu bleiben. Bemerkenswert ist bei der Betrachtung der

Literatur der hohe Grad an Selbstkritik, die die Ergebnisse keinesfalls aufheben will, aber gerade für eine Seelsorge unter dem Einfluss des Coping, den Blick weitet und Wege und Hilfen aus dem Schatz des christlichen Glaubens als ergänzende Hilfe für die Begleitung und vor allem für den Patienten hinzuzieht.

"Aber vielleicht können wir hinter der Copingforschung noch etwas anderes erkennen. Lassen Sie mich schließen mit einem Zitat des 30jährigen Karl Jaspers: 'Den Menschen zu erkennen, ist wie eine Seefahrt auf dem unendlichen Ozean, Kontinente zu entdecken; jedes Sich-Festsetzen auf Land oder Insel lehrt gewisse Tatsachen, aber hebt die weitere Erkenntnis auf, wenn man hier gleichsam im Zentrum der Dinge zu sein behauptet, und die Theorien sind gar wie ebenso viele Sandbänke, auf denen wir festsitzen, ohne eigentlichen Boden zu gewinnen.'" (Olbrich 1997:244).

### **3.6 Kommunikation in der Seelsorge unter dem Einfluss von Coping**

Begleitung von kranken und sterbenden Menschen ereignet sich durch Kommunikation, sei sie verbal oder nonverbal, was ich bisher als Teil des Transaktionsgeschehens beschrieben habe. Kommunikation steht in Abhängigkeit zur Zeit, die ein Seelsorger zur Verfügung hat bzw. der Gesprächspartner schenkt. Sie ist ebenfalls auf die Sprachfähigkeit und Aufrichtigkeit der Begleiter angewiesen, wie sie gleichsam auch durch den Grad der Ohnmacht und Hilflosigkeit der Umstehenden bestimmt wird. Kommunikation ist ein Konstrukt aus vielfältigen Faktoren, wofür ein Seelsorger sensibilisiert sein sollte. "Nicht zuletzt wird Kommunikationsfähigkeit entwickelt durch unsere Fähigkeit zur eigenen Reflexion, dadurch, daß wir in der Lage sind, über eigene Unzulänglichkeiten und sichtbare und unsichtbare Probleme nachzudenken." (Husebø 2000:107).

Kommunikation, die vom Copingmodell geprägt ist, wird nach wie vor beobachten, zuhören, schweigen und sprechen lassen, d.h. am Anfang steht die Wahrnehmung des Menschen und seines Systems. Es geht um die Kommunikation des Kranken und seiner Umgebung inklusive der Menschen, die seinen Raum und seine Zeit füllen. Kommunikation heißt hierbei sich nicht nur zu verständigen, sondern auch in Verbindung mit jemanden zu stehen, mit dem ich mitgehe, das geht über den direkt-verbale Sprachcode mit all seinen Signalen hinaus und achtet auch das Schweigen, die Mimik, die Gestik, die Körperhaltung, die ebenfalls Signale auch symbolisch-nonverbal aussenden, und natürlich die Gefühle eines Kranken, die unter dem Einfluss von Krankheit und Sterben stehen. Die Menschen kommunizieren nicht nur gegenseitig auch mit Blick- und Körperkontakt, sondern auch mit dem Raum,

und der Umgebung. Dies kann alles zum Wohlbefinden beitragen genauso wie die Menschen, die sich auf den Kranken beziehen, die ebenfalls mit ihren Gefühlen, verbal und non-verbal kommunizieren und dabei auch ihr Coping beispielsweise als Betroffenheit in die Kommunikation mit einbringen. "Für den Patienten oder den sterbenden Menschen konkret heisst das, dass er darauf angewiesen ist, *wie* wir mit ihm und untereinander in Kommunikation stehen – und *wie gut* wir das machen." (Pampaluchi-Wick 1997:129). Ich sehe es als Aufgabe des Seelsorgers, der häufig nicht Teil des Systems Krankenhaus oder Familie ist, hier zu koordinieren und darauf zu achten, dass der Kranke mit einem System umgeben ist, dass ihm psychisches Gleichgewicht gewährt, was nicht bedeutet, dass konfliktreiche Begegnungen ausgeschlossen werden müssen, z.B. in Bezug auf die Diagnostik, die gerade sterbenden Menschen immer wieder Nachrichten übermittelt, die nicht positiv sind. Ein besonderer Schutz würde einen Patienten isolieren.

Dies führt mich zum nächsten Punkt der Wahrheit am Krankenbett, die immer wieder diskutiert wird. "Die Wahrheit am Bett eines Schwerkranken und Sterbenden hat viele Dimensionen: Wahrheit des Todes, Wahrheit des Sterbens, des Sterbenmüssens, des Sterbenwollens, des Nicht-sterben-Könnens – Sterben und Tod eines anderen Menschen und zugleich unser eigenes Schicksal." (Rest 2004:249). Die Wahrheit am Krankenbett ist mehr als das Aussprechen einer Diagnose oder Prognose, es geht hier um Begegnung mit einem Menschen und mit mir, dass ich mich zu allererst als Sterbender begreife und mit meinem Tod lebe. Es geht also um die Bewältigung, das Coping, meiner Sterblichkeit, so dann um die wahrhaftige Aufklärung durch jemanden, der einen Informationsvorsprung hat, für jemanden dessen menschliche Existenz betroffen ist. Husebø diskutiert dieses Thema sehr ausführlich, weil sie selbst als erfahrene Ärztin in Hospizen und Kliniken Erfahrungen machte, dass die kalte Wahrheit töten und Beziehungen des Kranken zur Umwelt zum Abbruch führen kann (Husebø 2000:124-125), deshalb achtet sie die Transaktionen und mahnt zu ausführlichen Vorbereitungen. Es geht nicht darum Wahrheit zu verschweigen, sie muss mitgeteilt werden, darauf hat der Patient ein Anrecht, aber die reinen diagnostischen Fakten und Prognosenstellungen sind nicht die alleinige Wahrheit, ebenso wie unrealistische und vorgetäuschte Hoffnung auf Heilung. Die diagnostische Aussage, dass jemand sterben wird, ist vom jeweiligen medizinischen Kenntnis- und Wissensstand abhängig. Ich habe es immer wieder erlebt, dass solche Diagnosen gerade in der Terminierung des Lebens irren. "Die Wahrheit des Menschen ist diagnostisch-pflegerisch nicht erfassbar; sie erschließt sich einzig dem zusätzlich in Liebe nach Wahrheit Fragenden, der über die Entdeckung der Wahrheit



seines eigenen Sterbens die 'andere' Wahrheit erspürt." (Rest 2004:251). In unserer Gesellschaft ist es üblich, dass der Arzt eine Diagnose mitteilt, doch es zeigt sich im Klinikalltag als hilfreich, wenn die Aufklärung eines Patienten als Teamwork betrachtet wird. "Man muss nicht alles sagen, was wahr ist, aber das, was gesagt wird, muss wahr sein." (Rest 2004:252). Was dahin führt, dass Begleiter wahrhaftig sein müssen. Hier geschieht Transaktion, denn im Werden der Wahrheit und Entwickeln der Aufklärung reift der Begleiter. Der Seelsorger kann Hoffnung ins Gespräch bringen, die über das Leben hinausblickt. Die Informationen, die gegeben werden und darauf weist Husebø hin, können Patienten emotional überfordern, das muss nicht in einen Suizid münden (Rest 2004:252). Eine infauste Prognose kann aber zum falschen Zeitpunkt übermittelt worden sein und einen Trauerprozess mit Enttäuschungsreaktionen initiiert haben. Hier hat die Umgebung die Bewältigung wahrzunehmen, die sich nach Rest als Selbstisolation oder Verleugnung zeigen kann. Die nonverbale Kommunikation kann diesen Prozess positiv unterstützen, wenn Menschen zeichnen, Musik machen oder hören, die ihnen gut tut, wenn sie berührt werden und wenn die Umgebung sich ihrer Bedürfnisse widmet.

"Wahrheitsmitteilung hat sich nach den Bedürfnissen des Menschen zu richten. Die körperlichen Bedürfnisse stellen nur eine Grundlage dar, die allerdings dem Diagnostischen offen steht. Wahrheit entsteht aber erst, indem den Bedürfnissen nach Achtung, Liebe, Sicherheit und Begegnung entsprochen wird. Für die Aufnahme der Wahrheit ist der Mensch zu seinem Gott und in der Beziehung zu anderen Menschen geöffnet, in der sozialen Gemeinschaft, im Verhältnis zu den Dingen, zum Raum und zur Zeit." (Rest 2004:253).

Um mit der Wahrheit umzugehen, brauchen Menschen Zeit und Ruhe, was die Gespräche inhaltlich deutlich machten wie Herr H, der seinen Garten und sein Zuhause brauchte, um mit den Wahrheiten, die ihm gesagt wurden, umzugehen, andere Menschen brauchen Menschen, um reden zu können. Der Umgang mit der Wahrheit entspricht dem Coping des einzelnen. Auch hier kann der Seelsorger nicht anders, als das individuelle Verhalten des Gesprächspartners zu akzeptieren. "Die Wahrheit betrifft nicht nur die Frage, ob ich sterben muss, sondern mehr: Warum muss ich sterben? Warum sterbe *ich*? Wozu, wohinaus sterbe ich? Was war, was ist das für ein Leben, das meines ist und war?" (Rest 2004:254). Eine persönliche ungestörte Gesprächsatmosphäre in der alle Gefühle zugelassen sind, wird dem Aufklärenden helfen sich im richtigen Moment verständlich erklären zu können.

Das Hauptmedium in der Kommunikation wird die Sprache bleiben. Der Begleiter wird versuchen dem Tempo des anderen zu folgen und auszuhalten. Hilfreich erzeigt es sich immer wieder, wenn Kranke das Tempo vorgeben und von sich aus die Kraft und den Mut ha-

ben zu sprechen, was Begleitern hilft, sich von der Beklemmung vor einem Gespräch los zu machen. Diese Offenheit des Patienten öffnet auch das Gegenüber. "Durch die Gespräche entsteht Nähe, inniges Verbundensein und seelische Bereicherung." (Tausch 1997:98). Das Ehepaar Tausch beschreibt zum Teil ihre eigenen Erfahrungen als Krebskranke und Begleiter, dass durch einfühlsame und ehrliche Gespräche dem Kranken und Besuchern selbst möglich wird, "Ängste und Spannungen zu vermindern und sich auf das Bevorstehende einzustellen. Aus der Gesprächspsychotherapie wissen wir, wie günstig das Sprechen über belastende Erfahrungen ist." (Tausch 1997:98) Ich selbst erlebte es auch, dass Kranke sagten, dass nach dem Gespräch Schmerzen nicht mehr da seien.<sup>99</sup>

Gespräche, die sensibel und einfühlsam sich an den Kranken orientieren, werden sich mit Deutungen und Interpretationen zurückhalten, damit der Kranke in seiner Bewältigung seine eigene Deutung finden kann. Der Begleiter wird den kranken Menschen akzeptieren und sich als zuverlässig erweisen, selbst wenn dieser inakzeptables Verhalten entwickelt. Beziehungen können wachsen, wenn der Seelsorger ihn unterstützt, stärkt und Räume eröffnet, in denen der Kranke ein Zuhause findet, sich öffnet und wohl fühlen darf. Dort kann sich ein Mensch geborgen fühlen, seine Bewältigung und seinen Sinn finden, denn seine Gefühle werden zugelassen. Auf diese Weise geschieht Geleiten und Begleiten, bei dem der Seelsorger den Gesprächspartner annimmt und beide ihren Weg finden.

In der Kommunikation kann der Seelsorger Sprachhilfe sein, wenn er hilft Situationen in Worte zu fassen und Unaussprechliches stellvertretend auszusprechen.

Das Copingmodell lässt viel Raum für nonverbale Kommunikation, die die Transaktion beeinflusst und sich auch als Sorge zeigen kann, denn aktive Hilfe z.B. beim Ausfüllen von Formularen, dem Richten des Bettes u.a. umfasst sie genauso wie Pünktlichkeit. Der Begleiter beeinflusst allein durch seine Anwesenheit die Situation. Hier kann er durch Gerüche, Handlungen, Bewegungen, Körperkontakt sein Gegenüber unterstützen und stärken oder ablehnen.<sup>100</sup> Hierzu zählen auch die oben genannten Symbole, die die Seelsorge aus dem Schatz des christlichen Lebens mitbringt, wenn er segnet und hierzu die Hände auflegt. Der Körperkontakt als Kommunikationsmittel darf mehr berücksichtigt werden, denn durch unaufdringliche Berührungen werden Wärme und Nähe, Schutz und Sicherheit vermittelt, dass der Begleiter nun ausschließlich nur für den Kranken ganz da ist. Dies kann damit gezeigt

---

<sup>99</sup> Vgl. Frau St.

<sup>100</sup> Ich möchte an dieser Stelle nicht alle Möglichkeiten und Formen der nonverbalen Kommunikation aufzählen, dies wurde in zahlreichen Publikationen ausführlich gemacht.

werden, indem der Begleiter sich dazu setzt und sich bei einem Bettlägerigen nicht erhaben über ihn und vor das Bett stellt.

Sterbebegleitung ereignet sich und wächst in Beziehungen zwischen Seelsorger und einem Menschen, der lebt. Der Begleiter darf nicht am Rande stehen und ein Ereignis kommentieren, wie es in der Geschichte um die Himmelfahrt Elias geschah, als die Prophetenschüler nur mit Elisa sprachen und nicht mit Elia selbst (vgl. 2 Kön 2). Der Begleiter ist mit-tendrin und wird genauso wie der Sterbende gezwungen mit der Situation umzugehen und diese zu bewältigen.

Eine Begleitung wird sich folglich nicht nur bis zum Ende der physischen Vitalzeichen erstrecken, sondern Ehre, Achtung und Wertschätzung auch über den Tod hinaus kommunizieren. Dies ist besonders in Bezug auf das Gehör von Bedeutung. Das Hören "ist (neben dem Fühlen [weshalb ich auch Berührungen in diesem Abschnitt so betont habe, Anm. G.M.]) die Sinnesleistung, von der wir wissen, daß sie zuletzt stirbt. Dies sollte Veranlassung dazu sein, sich genau zu überlegen, was man am Bett eines Bewußtseinsgetrübten oder verwirrten Menschen sagt[...]" (Becker 1993:101) Als jemand der das System im Blick hat, ist es die Aufgabe des Seelsorgers darauf zu achten, dass Streitereien von Angehörigen oder behandelnden Personal vor Menschen, die scheinbar nichts mehr wahrnehmen zu unterbleiben haben. Ein Mensch nimmt wahr, sei es eine Berührung, ein guter Zuspruch, ein Gebet oder ein Segen, "auch wenn er darauf scheinbar nicht mehr wunschgemäß reagieren kann." (Becker 1993:101).

Kommunikation unter dem Einfluss von Coping nimmt sensibel den kranken und sterbenden Menschen wahr, geht auf dessen Bedürfnisse ein. Sie sieht umfassend die Umgebung, den Raum und die Zeit, denn sie weiß, dass jegliche Äußerung und jeglicher Einfluss eine Bewertung des Patienten impliziert, die sich auf dessen Wohlbefinden auswirkt. Die Frage an den Seelsorger ist dabei, was er mit seinem Kontakt und seiner Kommunikation will, womit es zu einem Reflexionsprozess kommen wird.

### **3.7 Zusammenfassung**

Sterbebegleitung gehört zu den ureigensten Aufträgen des Christentums. Dieser Auftrag wird durch Coping unterstützt und transparent, denn das Copingmodell hilft dem Seelsorger, den kranken und sterbenden Menschen zu verstehen. Obwohl es ein säkulares Modell

ist, ermöglicht es nicht nur dem christlichen Glauben, sich entfalten zu können, sondern es bietet sich meines Erachtens sogar an, bewusst in der Seelsorge eingesetzt zu werden, um die Schätze der Seelsorge und des christlichen Glaubens anzubieten. Sie ist die Hoffnung, die der christliche Glaube mit sich bringt, sei es der Auftrag, einfach nur da zu sein und gerade die Schätze der christlichen Zeichenhandlungen finden im Copingmodell einen Widerhall und Raum, wo sie angebracht sind und vom Sterbenden gewünscht werden. Seelsorge, die sich als Begleitung und Hilfe am Lebensende oder in schwierigen Lebensabschnitten versteht, wird durch Coping gefördert, weil dem Seelsorger menschliches Verhalten verständlicher wird und er Reaktionsweisen einordnen kann, da er es gelernt hat, zu allererst wahrzunehmen.

Das transaktionale Stresskonzept hat m.E. eine hohe Bedeutung für die Seelsorgearbeit. Es kann ein tieferes Verständnis für menschliche Handlungen geben und in Bezug auf die Begleitung eines mit seinem Tod konfrontierten Menschen möglicherweise individuelle Antworten darauf geben, wie und warum eine Person mit der Bedrohung, der Schädigung oder Herausforderung des Sterbens und des Todes fertig wird und eine andere Person nicht. Es sensibilisiert wie kein anderes Modell in der Begleitung Sterbender, den Seelsorger für den kranken und sterbenden Menschen und dessen einzigartigen Situation.

Zwischen den Schwerkranken, mit denen ich sprach, gab es kaum Gemeinsamkeiten bis auf den Beginn der Erkrankungen. Als bei der Diagnoseeröffnung Schock erlebt wurde oder die Kranken Gewissheit über ihre Ahnungen oder Vermutungen erhielten. Auch hier ließ sich das Verhalten nicht in Phasen oder sonstige Modelle einordnen, was für den Seelsorger bedeutsam ist, der sich von Konzepten, Modellen, Seelsorgetheorien und Theologien lösen muss, um einem Menschen wirklich begegnen zu können. Unter diesem Aspekt wird Seelsorge im Angesicht des Todes zu einer Lebensbegleitung, die den sterbenden und kranken Menschen wertschätzt, stärkt, eine Perspektive durch die Kraft des Glaubens anbietet und das gesamte Lebensumfeld nicht aus den Augen lässt. Der Seelsorger wird folglich Leben fördern und zum Leben hinführen wollen, wenn er mit dem Kranken bzw. Sterbenden in eine Beziehung hineintritt und diese sich entwickeln lässt. Diese Beziehung besteht nicht nur darin, das Gegenüber zu beobachten und umfassend wahrzunehmen, sondern als Mensch *modell-los* in das Leben eines anderen hineinzutreten und dabei mit seinem Glauben und dem Bewusstsein der Gegenwart Gottes eine ausgestreckte Hand anzubieten, die sich als zuverlässig und standhaft erweist, wenn sich ein Mensch dem Ende seines Lebens nähert

und der andere mit der Kraft Gottes, die das Universum schuf, aushält und schließlich einfach nur da ist.

"Ich muss als Seelsorger den 'Glauben' des anderen nicht verbessern oder korrigieren wollen, aber je konkreter wir über den Glauben ins Gespräch kommen, umso deutlicher lassen sich auch Akzente setzen. Der Glaube an die 'Kraft in mir' – kann er nicht gestärkt werden und wachsen durch den Glauben an die 'Kraft außerhalb von uns?' Man kann sich nicht alles selbst geben. Es wäre schon viel gewonnen, wenn man darüber ins Gespräch käme." (Ziemer 2000:283).

Sterbebeistand mit Coping beinhaltet die beiderseitige eigenverantwortliche Selbstsorge und Adaption an die neue, veränderte Situation, wobei es nicht um die Eingruppierung in eng gefasste Phasen geht, sondern um die Ermöglichung des Lebens. Die Vielfalt des Lebens zeigt sich gerade im Sterben und im Umgang mit dem bevorstehenden Tod, was die Gespräche deutlich machten und auf dem Hintergrund des Transaktionsmodells dem Seelsorger, der begleitet, einen weiten Horizont für die Menschen eröffnet, denn dieses Modell schärft nicht nur den Blick für die Wahrnehmung des Kranken und Sterbenden und für sich selbst, sondern hat im Gegensatz zu anderen Ansätzen auch die Umwelt mit all ihren Einflüssen wie Raum, Zeit, Ort, Behandlungsteams, Angehörige und viele andere mehr im Blick und unterstützt die Einzigartigkeit des Menschen, wie sie seit der Schöpfung dem Menschen eigen ist. Der Mensch steht allein vor seinem Tod und muss mit diesem allein umgehen, doch Seelsorge, die den individuellen Menschen sieht, lässt ihn nicht allein. Dies ist der Beitrag der Copingforschung für die Seelsorge.

## **4 Schlussfolgerungen**

Das Erleben von Krankheit, Sterben und Tod ist in der westlichen Gesellschaft ambivalent. Einerseits wird es in den Medien von Menschen, die zuschauen, häufig beobachtend erlebt, andererseits im privaten Umfeld persönlich und hautnah immer seltener. Der zunehmende medizinische Fortschritt lässt Menschen immer älter werden und zögert das Sterben hinaus. Dies schafft Ängste vor langem Leiden und Siechtum oder lässt den Menschen gleichgültig Sterben und Tod verdrängen, unterdrücken oder verleugnen.

Elisabeth Kübler-Ross verstand es auf populäre Art und Weise, Sterben und Tod zu thematisieren und mit den von ihr entwickelten Sterbephasen ein Bewusstsein für die Problematik zu schaffen, wodurch sie vielen Menschen ein würdevolles Sterben ermöglichte.

Doch wie Menschen mit ihrem Tod tatsächlich umgehen, blieb dieses Lernziel orientierte Phasenmodell letztlich schuldig zu erklären. Es lässt viele Fragen offen, beispielsweise warum Menschen so unterschiedlich mit ihrem Leben, das vom Tod bedroht ist, umgehen. Warum Menschen einerseits kämpfen, nach Hilfen suchen oder andererseits verleugnen.

Der Ansatz von Richard S. Lazarus und seiner Gruppe, der aus der Stressforschung heraus das Copingmodell entwickelte, bringt eine Verstehenshilfe für Seelsorger und Menschen, die sich um Sterbende bemühen, um diese verstehen zu lernen und schließlich auch begleiten zu wollen. Dieses naturwissenschaftliche Modell kann gerade für die Seelsorgearbeit fruchtbar gemacht werden, wenn es im Blick auf den biblischen Umgang von Sterben und Tod herangezogen wird und hilft die Ressourcen des Kranken nutzbar zu machen, wenn Impulse gegeben werden, die das Phasenmodell explizit nicht kennt. Gerade christliche Seelsorge stellt den Tod als Feind klar heraus, beschönigt ihn nicht, aber sie lässt Hoffnung auf Auferstehung zu und bietet sie an. Seelsorge, die vom Copingmodell beeinflusst ist, wird den Kranken und Sterbenden in ersten Linie geleiten und begleiten, ihn annehmen und jegliche Äußerung und Handlung akzeptieren und zulassen, die im Zusammenhang mit der Bewältigung des Sterbens steht. Ebenso wird sich der Seelsorger mit Antworten und Deutungen zurückhalten und sie dem Sterbenden überlassen, wobei er Impulse geben kann, selbst zu deuten und Worte zu finden. "Gesunde haben kein Recht, Kranken zu predigen, dass sie sterben müssen und sich damit abfinden sollten. Das wäre eine böse Alternative zur traditionellen Verdrängung." (Haacker 2005:78). Der kranke und sterbende Mensch trägt selbst in sich Fähigkeiten und Möglichkeiten seine Situation zu deuten. Der Seelsorger hat lediglich die Aufgabe, ihn zu seinen Ressourcen zu geleiten und auf diese aufmerksam zu machen.

Dieses Menschenbild, das durch Coping gefördert wird, wertet den Menschen als intelligentes und eigenverantwortliches Wesen auf, mit seinem Leben selbst umzugehen und es zu gestalten. Eine so geprägte Sterbebegleitung nimmt sich in ihrer Bedeutung zurück. Hier beginnt die Sorge des Seelsorgers um den Menschen, wobei er durch das Copingmodell sensibilisiert worden ist und nun über das Modell hinausgeht und seine sorgende Verantwortung wahrnimmt und frei von Modellen, die den Kranken und Sterbenden in ein vorgefertigtes Bild zwingen, für den Menschen da ist, den er unterstützt, sein Leben selbstbestimmt mit den Möglichkeiten und Hilfen zu leben, die die Medizin und gesellschaftlichen Systeme anbieten. Dies braucht für den Begleiter Zeit und intensive Zuwendung, in der der

Seelsorger die Liebe Gottes und dessen Anwesenheit dem Sterbenden näher bringen und durch ihn selbst spüren lassen kann.

Coping will keine neue Art der Sterbebegleitung einführen oder sein, das kann es nicht, was die Grenzen des Modells deutlich machen. Coping schärft aber wie kein anderes Modell die Wahrnehmung für den Kranken und Sterbenden, es unterstützt die Selbstwahrnehmung und es sensibilisiert den Seelsorger für die Bewältigung desjenigen, den er begleitet, dass er ihn stärken, respektieren und akzeptieren lernt. Vor allem ist das Copingmodell eine Hilfe für die Seelsorgearbeit Menschen verstehen zu lernen.





## Bibliographie

- Adl-Amini, Bijan 1992. *Nachtstunden des Lebens: Krisen verstehen - Krisen bestehen*. Freiburg i.B.: Herder.
- Aguilera, Donna C. 2000. *Krisenintervention. Grundlagen – Methoden – Anwendung*. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Aldwin, Carolyn M. 2000. *Stress, coping and development. An integrative perspective*. New York: The Guilford Press.
- Angel, Hans-Ferdinand 1996. *Der religiöse Mensch in Katastrophenzeiten: Religionspädagogische Perspektiven kollektiver Elendphänomene*. Frankfurt a.M.: Lang.
- Ansohn, Eugen 1975. *Die Wahrheit am Krankenbett: Grundfragen einer ärztlichen Sterbehilfe*. Hamburg: Furche.
- Ariès, Philippe 1996. *Geschichte des Todes*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Arnold, Walter, Eibach, Ulrich & Kindler, Uwe 1981. *Der verdrängte Tod*. Giessen: Brunnen.
- Atrott, Hans Henning & Pohlmeier, Hermann (Hg.) 1990. *Sterbehilfe in der Gegenwart*. Regensburg: Roderer.
- Auchter, Thomas & Strauss, Laura Viviana (1999). *Kleines Wörterbuch der Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Aue, Michael, Bader, Birgit & Lühmann, Jörg 1995. *Krankheits- und Sterbebegleitung: Ausbildung, Krisenintervention, Training*. Herausgegeben von Deutsche AIDS-Hilfe. 2. erg. und neu ausgestattete Aufl. Weinheim: Beltz.
- Aymanns, Peter 1992. *Krebserkrankung und Familie: Zur Rolle familialer Unterstützung im Prozeß der Krankheitsbewältigung*. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Baltes, Margret M. & Skrotzki, Elke 1995. Tod im Alter: Eigene Endlichkeit und Partnerverlust, in Oeter, Rolf & Montada, Leo (Hg.): *Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch*. 3. vollst. überarb. und erw. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1137-1146.
- Barth, Karl 1948. *Die Kirchliche Dogmatik*. III/2 *Die Lehre von der Schöpfung*. Zollikon-Zürich: Evangelischer Verlag.
- Bartholomäus, Lore 1986. *Ich möchte an der Hand eines Menschen sterben: Aus dem Alltag einer Sterbeklinik*. Mit einem Nachwort von Josef Mayer-Scheu. 5. Aufl. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.
- Baumgardner, Ann H. & Arkin, Robert M. Arkin 1987. Coping with the prospect of social disapproval. Strategies and Sequelae, in Snyder, C.R. & Ford, Carol E. (ed.). *Coping with negative life events. Clinical and social psychological perspectives*. New York: Plenum Press, 323-346.
- Baumgartner, Isidor (Hg.) 1990. *Handbuch der Pastoralpsychologie*. Regensburg: Pustet.
- Baur, Eva Gesine & Schmid-Bode, Wilhelm 2003. *Und danach? Wie der Tod keine Angst macht*. 1. Aufl. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Becker, Christian 1941. *Trost und Kraft in Sterbensnot: Eine Hilfe fürs Sterben und Vorbereitung auf einen seligen Tod*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Becker, Paul 1993. Formen der Kommunikation, in Beutel, Helmuth & Tausch, Daniela, 99-101.

- Becker, Paul & Eid, Volker (Hg.) 1984. *Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden: Praktische Erfahrungen und wissenschaftliche Reflexion*. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.
- Becker, Paul & Reiner, Artur 1979. *Beobachtungen und Hilfen am Sterbebett aus ärztlicher und seelsorgerlicher Sicht*. Heidelberg: Haug.
- Beland, Henry 1982. Multiple Sklerose: Verlauf und Bewältigung einer chronischen Krankheit und ihre Bedeutung im Leben der Betroffenen: Eine empirische Untersuchung. Dissertation Dr. disc. pol. Universität Göttingen.
- Berger, Klaus 1997. *Ist mit dem Tod alles aus?* Stuttgart: Quell.
- Beutel, Helmuth & Tausch, Daniela (Hg.) 1993. *Sterben - eine Zeit des Lebens: Ein Handbuch der Hospizbewegung*. 3. Aufl. Stuttgart: Quell.
- Beutel, Manfred 1988. *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: Ed. Medizin.
- Bieberstein, Klaus 2003. Der Umgang mit dem Tod im Alten Israel. Leben mit dem Tod – Leben geben den Tod. *Welt und Umwelt der Bibel* 1: 4-11.
- Bliesener, Thomas 1984. *Gesprächskrisen: Entstehung und Bewältigung von Komplikationen in der Gesprächsführung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Blumenthal-Barby, Kai (Hg.) 1982. *Betreuung Sterbender*. Mit einem Geleitwort von Helmut Kraatz. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.
- Boeger, Annette Gertrud Maria 1988. *Bewältigungsversuche bei chronischer Krankheit am Beispiel von Krebs- und Dialysepatienten*. Dissertation Dr. phil. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn.
- Bohlen, Reinhold 1996. Klagen - Leben - Hoffen – Trösten: Die geistliche Rede angesichts von Sterben und Tod. *Trierer Theologische Zeitschrift* 105, 275-284.
- Bonhoeffer, Dietrich 1994. *Widerstand und Ergebung. Briefe und Aufzeichnungen aus der Haft*. Herausgegeben von Eberhard Bethge. 15. durchgeseh. Aufl. Gütersloh: Kaiser.
- Bornhardt, Martin; Schobert Kurt & Martin Textor (Hg.) 1987. *Sterbehilfe+Leben: Medizinisch-soziologische Integrationsforschung*, Bd. 4. Münchener Beiträge zur Integrationsforschung. 2. Aufl. München: Schobert.
- Braun, Hans Jürg 1996. *Das Leben nach dem Tod. Jenseitsvorstellungen der Menschheit*. Zürich: Artemis & Winkler.
- Breakwell, Glynis M 1986. *Coping with Threatened Identities*. London: Methuen.
- Breuer, Anneliese 1989. *Bewältigungsformen von Tod und Sterben*. Dissertation Dr. sc. math. Universität zu Köln.
- Brommer, Jürgen 1989. *Sterben und Tod als Lernbereich der Erwachsenenbildung: Eine explorative Studie zum Lehr-/Lerngeschehen im Themenbereich "Sterben und Tod"*. Frankfurt a.M.: Lang.
- Brüderl, Leokadia 1988. *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung*. München: Juventa-Verlag.
- Brugger, Genovefa 1984. Die psychische Bewältigung von Epilepsie zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung. Dissertation Dr. phil. Dissertation. Universität Tübingen.
- Brunner, Emil 1960. *Dogmatik*. Bd. 3, *Die christliche Lehre von der Kirche vom Glauben und von der Vollendung*. 2. Aufl. Zürich: Zwingli-Verlag.
- Buckman, Robert 1990. *Was wir für Sterbenden tun können: Praktische Ratschläge für Angehörige und Freunde*. 1. Aufl. Zürich: Kreuz-Verlag.
- Büchsel, Hermann Martin Friedrich 1933. κρίσις. *Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament* Bd. 3, 942-943.

- Bühlmann, Walbert 1987. *Leben, Sterben, Leben: Fragen um Tod und Jenseits*. Graz: Styria.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) 1996. *Sterben und Sterbebegleitung: Ein interdisziplinäres Gespräch*. 3. unveränd. Aufl. Berlin: Kohlhammer.
- Burish, Thomas G. & Bradley, Laurence A. (Hg.) 1983. *Coping with Chronic Disease*. San Francisco: Academic Press.
- Burkhardt, Friedrich & Steuer, Walter (Hg.) 1980. *Infektionsprophylaxe im Krankenhaus: Leitfaden für Pflegeberufe*. Stuttgart: Thieme.
- Busing, Rolf 1988. *Stress vor dem Wettkampf: Analyse und Bewältigung*. Lübeck: Schmidt-Römhild.
- Cardinal, Claudia 2005. *Sterbe- und Trauerbegleitung. Ein praktisches Handbuch*. Düsseldorf: Patmos.
- Caruso, Igor A. 1968. *Die Trennung der Liebenden: Eine Phänomenologie des Todes*. Bern: Hans Huber.
- Chirban, John T. (ed.) 1985. *Coping with Death and Dying: An Interdisciplinary Approach*. Lanham: University Press of America.
- Cohen, F. & Lazarus R[ichard] S. 1979. Coping With The Stress of Illness, in Stone, G., F. Cohen F & N. Adler (ed.) *Health Psychology*. San Francisco: Jossey Bass, 217-254.
- Cooper, Cary L. & Roy Payne (ed.) 1988. *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Crosby, John F. & Nancy L. Jose. Death 1983. Family Adjustment to Loss, in McCubbin, Hamilton I. & Charles R. Figley (ed.). *Stress and the Family*. Vol. II: *Coping with Catastrophe*. New York: Brunner/Mazel, 76-89.
- Denzinger, Reinhard Josef 1994. Abwehr und Coping bei erwachsenen Leukämiepatienten unter Knochenmarktransplantation. Dissertation Dr. rer. biol. hum. Universität Ulm.
- Dietrich, Walter & Samuel Vollenweider 2002. Tod. II. Altes und Neues Testament. *TRE XXXIII*, 582-600.
- Dingermann, F 1986, Tod. II. Im AT. *LTHK Sonderausgabe* 10, 218-219.
- Detering, Elmar 1993. Copingstruktur und Copingverhalten bei Patienten mit degenerativen Kleinhirnerkrankungen. Dissertation Dr. med. Universität Lübeck.
- Dohrenwend, Barbara Snell & Dohrenwend, Bruce P. (ed.) 1974. *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. New York: John Wiley & Sons.
- Dokumente des II. Vatikanischen Konzils 1962-1965. Verordnungen. Apostolicam Actuositatem* 8. Online im Internet: URL: [http://www.vatican.va/archive/hist\\_councils/ii\\_vatican\\_council/documents/vat-ii\\_decree\\_19651118\\_apostolicam-actuositatemge.html](http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_decree_19651118_apostolicam-actuositatemge.html) [Stand 15.08.2006].
- Ebner, Martin u.a. (Hg.) 2005. *Jahrbuch für Biblische Theologie* Bd. 19, *Leben trotz Tod*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Eckenrode, John (ed.) 1991. *The Social Context of Coping*. New York: Plenum Press.
- Eibach, Ulrich (1994). Sterbebegleitung. *Evangelisches Lexikon für Theologie und Gemeinde* 2, 1905-1906.
- Eibach, Ulrich & Frey, Christofer 1996. Was eines Lebens Wert und Würde ist: Gesundheitsideale, Medizintechnik und Fragen der Ethik. *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 40, 128-134.

- Eismann, Walter 1987. *Die Angst und der Tod. Versuch eines Ansatzes, inwiefern die Angst vor dem Nichtsein als unbegründet einsichtig gemacht werden kann.* Frankfurt a.M.: Haag und Herchen.
- Eissler, K.R. 1978. *Der sterbende Patient: Zur Psychologie des Todes.* 1. Aufl. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Ellerbrock, Jochen 1996. Zufriedenheit und Glaube: Religiosität im Alter. *Religion heute* 28, 260-265.
- Encyclopaedia Britannica.* Vol 1: *Webster'S Third New International Dictionary of the English Language Unabridged With Seven Language Dictionary* 1986. Chicago: Merriam Webster Inc.
- Engelke, Ernst 1980. *Sterbensranke und die Kirche.* München: Kaiser.
- Eser, Albin 1995. Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen, in Jens, Walter & Hans Küng. *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung.* Mit Beiträgen von Dietrich Niethammer und Albin Eser. Zürich: Piper, 149-184.
- Faber-Milkau, Ingeborg 1996. Subjektive Symptombewältigung bei Myasthenia gravis dargestellt im Zusammenhang mit dem »Coping-Prozess«. Dissertation Dr. med. Universität Hamburg.
- Fabry, Götz 2005. Stress II – Coping und Abwehr. *Vorlesung Medizinische Psychologie.* Online im Internet: URL: <http://www.medizinische-psychologie.de> [lehre] [vorlesung] [Stand 20.07.2006].
- Fässler-Weibel, Peter (Hg.) 1997. *Sterbende verstehen lernen.* Freiburg: Paulusverlag.
- Faller, Hermann 1998. *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken.* Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Feilzer, Heinz 1996. Seelsorgerische und liturgische Begleitung bei Sterben und Tod. *Trierer Theologische Zeitschrift* 105, 241-249.
- Feldmann, Klaus 1997. *Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse.* Opladen: Leske und Budrich.
- Felten, Engelbert 1996. Predigt und moderne Malerei: Die geistliche Rede angesichts von Sterben und Tod. *Trierer Theologische Zeitschrift* 105, 285-291.
- Fichten, Wolfgang & Gottwald, Peter (Hg.) 1994. *Sinnfindung und Lebensqualität: Diskussionsbeiträge zur Bewältigung der Krebserkrankung. Bericht zur psychoonkologischen Tagung an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg März 1993.* Oldenburg: bis.
- Figley, Charles R. & McCubbin Hamilton I. (ed.) 1983. *Stress and the family.* Vol.II. *Coping with catastrophe.* New York: Brunner/Mazel.
- Filipp, Sigrun-Heide 1981a. Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse, in Philipp 1981, 3-52.
- Filipp, Sigrun-Heide 1981b (Hg.). *Kritische Lebensereignisse.* München: Urban und Schwarzenberg.
- Filipp, Sigrun-Heide (Hg.) 1979. *Selbstkonzept- Forschung: Probleme, Befunde, Perspektiven.* Mit Beitr. von Daryl J. Bem u.a. 1. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Filipp, Sigrun-Heide & Aymanns, Peter 1997. Bewältigungsstrategien (Coping), in von Uexküll, Thure. *Psychosomatische Medizin.* Rolf H. Adler u.a.(Hg.). 5. neubearb. und erw. Aufl. München: Urban und Schwarzenberg, 277-290.
- Fischer, Ellen 1993. "Warum gerade ich?": Vorstellungen von Schuld und Strafe sowie andere religiöse Motive im Kontext der Bewältigung von Krankheit. Dissertation Dr. med. Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

- Fischer, Johannes 1996. Aktive und passive Sterbehilfe. *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 40, 110-127.
- Fuehrer, Ruth 1960. *Besuch und Seelsorge im Krankenhaus: "Und ihr habt MICH besucht." Matth. 25,36.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Freud, Anna 2000. *Das Ich und die Abwehrmechanismen.* 16. Aufl. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Frey, D., Gaska, A., Möhle, Ch. & Weidemann, J. 1991. Age is just a matter of mind: Zur (Sozial)-Psychologie, in Haisch, Jochen und Zeitler, Hans-Peter (Hg.): *Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung.* Heidelberg: Asanger, 87-108.
- Friedman, Howard S. (ed.) 1992. *Hostility, Coping and Health.* Washington D.C.: American Psychological Association.
- Gaissmaier, Regina 1991. Krankheitsverarbeitung bei knochenmarktransplantierten Leukämiepatienten: Entwicklung und Anwendung eines Kategoriensystems zur systematischen Fremdeinschätzung des Bewältigungsverhaltens. Dissertation Dr. med. Universität Ulm.
- Gastager, Heimo & Gastager, Susanne (Hg.) 1982. *Hilfe in Krisen: Wege und Chancen einer peronalen Krisenintervention.* Basel: Herder.
- Gerstenkorn, Uwe 2006. Religiöse Kompetenz im Alltag der Sterbebegleitung. *Wege zum Menschen.* 58, 312-328.
- Gilmore, Anne & Gilmore, Stan (ed.) 1987. *A Safer Death: Multidisciplinary Aspects of Terminal Care.* New York: Plenum Press.
- Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm L. 1974. *Interaktion mit Sterbenden: Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gnilka, Joachim 1999. *Theologie des Neuen Testaments.* Freiburg im Breisgau: Herder.
- Godzik, Peter & Jeziorowski, Jürgen 1989. *Von der Begleitung Sterbender. Referate und Beschlüsse der Generalsynode der VELKD in Veitshöchheim 1988.* Hannover: Lutherisches Verlagshaus.
- Goppelt, Leonhard 1985. *Theologie des Neuen Testaments.* 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Gramigna, Ronald 1996. Coping und Methadon: Eine Untersuchung über Bewältigungsmuster und -ressourcen von Methadonpatienten am Sozialpsychiatrischen Dienst des Kantons Luzern. Dissertation Dr.phil. Universität Zürich.
- Graßhoff, Uta 1992. Copingstrategien und soziale Unterstützung bei der Bewältigung von Lebensereignissen und ihre Bedeutung für den Verlauf der Schizophrenie. Dissertation Dr. phil. Universität Mannheim.
- Graul, Joachim 1994. Krankheitsbewältigung und Lebensqualität bei Patienten mit gastrointestinalen Tumoren unter Berücksichtigung psychosozialer Betreuung. Dissertation Dr. phil. Universität Hamburg.
- Groeger, Wolfgang 1977. Zur Funktion kognitiver Bewältigungsstrategien in Angstsituationen: Eine experimentelle Untersuchung am Beispiel der Angst vor öffentlichem Sprechen. Dissertation Dr. phil. Universität Bochum.
- Groetschel, Rose 1984. Belastungen, Bewältigungsressourcen und Herz-Kreislauf-Risiken. Dissertation Dr. med. Bremen.
- Gründler, Georg 1979. *An der Schwelle: Brennende Fragen um Sterben, Tod und das Leben danach.* Wuppertal: Brockhaus.
- Gutmann, Hans-Martin 2002. *Mit den Toten leben – eine evangelische Perspektive.* Gütersloh: Kaiser.

- Haacker, Klaus 2005. Krankheit, Gebet und Heilung. *Theologische Beiträge* 02/05, 60-79.
- Haan, Norma 1977. *Coping and defending: Processes of self environment organization*. New York: Academic Press.
- Hahn, Ferdinand 2002. *Theologie des Neuen Testaments*. Bd. 2, *Die Einheit des Neuen Testaments. Thematische Darstellung*. 2. durchgeseh. und um ein Sachregister ergänzte Aufl. Tübingen, Mohr.
- Halsig, Norbert 1988. Erfassungsmöglichkeiten von Bewältigungsversuchen: Interview/Exploration und Fragebogenverfahren, in Brüderl 1988: 162-191.
- Hank, Petra 1996. *Ärgererleben und Ärgerverarbeitung im Alltag*. Hamburg: Kovac.
- Harmsen, Elisabeth 1975. Angst vor Alter und Tod, in Neuss, Manfred (Hg.). *Problem Angst. Wie können wir sie überwinden*. 1. Aufl. Stuttgart: Quell.
- Haunhorst, Christiane 1997. Karl Rahners Theologie des Todes als Grundlage einer praktischen Begleitung von Sterbenden. Dissertation Dr. phil. Freie Universität Berlin.
- Heilemann, Anne 1997. Geschlechtsspezifische Aspekte der Krankheitsbewältigung bei chronisch Kranken am Beispiel des Morbus Crohn. Dissertation Dr. med. Universität Göttingen.
- Heim; Edgar u.a. 1991. *Berner Bewältigungsformen: BEFO. Handbuch*. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Heimes, Thomas 1987. Psychophysische Aktivierung in einem "Active"- und einem "Passive-Coping"-Paradigma. Dissertation Dr. med. Universität zu Köln.
- Heinrich, Vita 1986. Die Bewältigung belastender Lebensereignisse und Körperbeschwerden bei Frauen: Eine empirische Analyse des Zusammenhangs in einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung. Dissertation Dr. rer. nat. Universität Osnabrück.
- Heinz, Andreas 1996. Aspekte liturgischer Begleitung in Krankheit, Sterben und Tod. *Trierer Theologische Zeitschrift* 105, 250-258.
- Heinz, Hans 2000. *Leben aus der Zukunft: Wende der Zeit – Wandlung der Welt*. Hamburg: Saatkorn.
- Hennig, Kurt 1984. *Gottes Wort: Geleit im Sterben: Zum Dienst an Schwerkranken und Sterbenden*. Stuttgart: Quell.
- Hepp, Hermann (Hg.) 1992. *Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben*. 1. Aufl. Düsseldorf: Patmos.
- Herbst, Michael (Hg.) 2001. *Der Mensch und sein Tod. Grundsätze der ärztlichen Sterbegleitung*. Frankfurt a.M.: Lang.
- Heyn, Martin 1989. Bewältigungsstrategien von Brust und Genitalkrebspatientinnen: Eine empirische Untersuchung an Patientinnen der Nachsorgesprechstunde der Universitäts-Frauenklinik Freiburg. Dissertation Dr. med. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.B.
- Hildebrandt, Bernd 2001. "Was dürfen wir hoffen?" Der Mensch und seine Zukunft, in Herbst 2001, 319-336.
- Holmes, Thomas H. & Masuda, Minoru 1974. Life Change and Illness Susceptibility, in Dohrenwend & Dohrenwend 1974, 45-72.
- Holtmann, Monika 1994. Sterbegleitung, in Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.). *Sterbegleitung. Dokumentation der Fachtagung am 24. September 1992 in Düsseldorf*. Redaktion: Raphael Gaßmann, Annette Hünefeld, Eckart Schnabel. Ahaus: Hartmann, 42-47.
- Howe, Jürgen (Hg.) 1992. *Lehrbuch der psychologischen und sozialen Alternswissenschaft*. Bd. 4, *Sterben – Tod – Trauer*. Heidelberg: Asanger.
- Howe, Jürgen 1987. *Das Sterben als Gegenstand psychosozialer Altersforschung*. Stuttgart: Enke.

- Howe, Jürgen 1992. Die Phasentheorie des Sterbens von Kübler-Ross, in Howe 1992, 54-68.
- Hünemann, Peter 1984. Glaube an die Auferstehung von den Toten. Theologische Reflexion auf die Zumutung des Evangeliums, in Hünemann, Peter (Hg.) 1984. *Sterben, Tod und Auferstehung. Ein interdisziplinäres Gespräch*. 1. Aufl. Düsseldorf: Patmos, 61-80.
- Hunke, Sigrid 1986. *Tod – was ist dein Sinn?*. Pfullingen: Neske.
- Hurding, Roger 2003. *Roots and Shoots. A Guide to Counselling and Psychotherapy*. London: Hodder and Stoughton.
- Hurth, Elisabeth 2004. *Tod im TV*. Online im Internet: URL: <http://www.pfarrverband.de/pfarrerblatt/archiv.htm> [Stand 12.11.2006]
- Hurth, Elisabeth 2005. *Tod im TV*. Online im Internet: URL: [http://www.sonntagsblatt-bayern.de/news/aktuell/2005\\_47\\_01\\_01.htm?PHPSESSID=a94109c780969ee730be933483d77a9b](http://www.sonntagsblatt-bayern.de/news/aktuell/2005_47_01_01.htm?PHPSESSID=a94109c780969ee730be933483d77a9b) [Stand 12.11.2006]
- Husebø, S 2000. Kommunikation, in Husebø, S & Klaschik, E(berhard), 107-165.
- Husebø, S & Klaschik, E(berhard) 2000. *Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle und Kommunikation*. 2. überarb. Aufl. Berlin: Springer.
- Husemann, Friedrich 1982. *Vom Bild und Sinn des Todes. Entwurf einer geisteswissenschaftlich orientierten Geschichte, Physiologie und Psychologie des Todesproblems*. Stuttgart: Fischer.
- Huthmacher, Richard Alois 1991. *Die Angehörigen Schwerst- und lebensbedrohlich Kranker sowie sterbender Erwachsener: Psychosoziale Belastungen, emotionale Reaktionen, Möglichkeiten der Betreuung*. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Hytten, Karsten 1989. *Studies on Stress and Coping: Psychosocial and Physical Dangers. Establishment and Manifestations of Negative and Positive Response Outcome Expectancies*. Oslo: Division of Disaster Psychiatry Department of Psychiatry, Gaustad Hospital University of Oslo. The Joint Norwegian Armed Forces Medical Services.
- Imhof, Arthur E. & Weinknecht, Rita (Hg.) 1994. *Erfüllt leben – in Gelassenheit sterben: Geschichte und Gegenwart: Beiträge eines interdisziplinären Symposiums vom 23. -25. November 1993 an der Freien Universität Berlin*. Berlin: Duncker und Humboldt.
- Jäckle, Susanne Annemarie 1989. Die Beteiligung der Knochenmarktransplantation: Zwei Kategoriensysteme im Vergleich. Dissertation Dr. med. Universität Ulm.
- Jakoby, Bernard 2004. *Auch du lebst ewig. Die Ergebnisse der modernen Sterbeforschung*. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Jannisse, Michel Pierre (ed) 1988. *Individual Differences, Stress, and Health Psychology*. New York: Springer.
- Jehle Frank 1993. *Dem Tod ins Gesicht sehen. Lebenshilfe aus der Bibel*. Zürich: Benziger.
- Jens, Walter 1995. Si vis vitam para mortem: Die Literatur über Würde und Würdelosigkeit des Sterbens. in Jens, Walter & Hans Küng 1995. *Menschenwürdig sterben: Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. Mit Beiträgen von Dietrich Niethammer und Albin Eser. Zürich: Piper, 87-123.
- Jezirowski, Jürgen (Hg.) 1986. *Leben als Last: Sterbehilfe – Freitod – Menschenwürde*. Hannover: Lutherisches Verlagshaus.
- Johne-Manthey, Birgitt & Thurke, Monika 1990. *Bewältigungsstrategien bei Brustkrebs: Ergebnisse einer Längsschnittstudie*. Heidelberg: Asanger.
- Jüngel, Eberhard 1973. *Tod*. 3. Aufl. Stuttgart: Kreuz-Verlag.

- Kaiser, Julia Maria 1994. Stressbewältigung: Die langfristigen Folgen einer extremen Belastungssituation. Dissertation Dr. med. Universität Aachen.
- Kast, Verena 1999. *Die Dynamik der Symbole: Grundlagen der Jungschen Psychotherapie*. 3. Aufl. München: dtv.
- Kast, Verena 1996. *Der schöpferische Sprung: Vom therapeutischen Umgang mit Krisen*. 6. Aufl. München: dtv.
- Kast, Verena 1989. *Trauern: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. 10. Aufl. Stuttgart: Kreuz.
- Katona, Hermann 1996. Sich mit Sterben und Tod auseinander setzen. *Lebendige Katechese* 18, 64-66.
- Katz, Petra 1995. *Der ganz alltägliche Ärger: Vom Umgang mit Alltagsproblemen*. Münster: Waxmann.
- Katz, Petra & Schmidt, Andreas R. 1991. *Wenn der Alltag zum Problem wird: Belastende Alltagsprobleme und Bewältigungsmöglichkeiten*. Stuttgart: Angewandte Psychologie.
- Keleman, Stanley 1995. *Lebe dein Sterben*. 4. Aufl. Salzhausen: iskopress.
- Kettling, Siegfried 1990. *Du gibst mich nicht dem Tode preis: Biblisch theologische Grundlegung und persönliche Erfahrung*. 2. Aufl. Wuppertal: Brockhaus.
- Keupp, Heiner 2004. Die Normalität der Krise oder die Krise der Normalität – Krisenpotenziale im globalisierten Netzwerkkapitalismus, in Müller, Wolf und Scheuermann, Ulrike (Hg.). *Praxis der Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte*. Stuttgart: Kohlhammer, 20-32.
- Khoury, Hanna 1990. *Coping bei essentiellen Hypertonikern in Abhängigkeit von Verhaltenstraining, Angstbewältigungsstil und Ärgerausdruck*. Frankfurt a.M.: Lang.
- Kiepenheuer, Kaspar 1978. Die innere Welt des sterbenden Kindes. *Familiendynamik* 4, 84-298.
- Kirchenleitung der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands (Hg.) 1994. *Agende für evangelisch-lutherische Kirchen und Gemeinden*. Bd. 3. *Die Amtshandlungen*. Neu bearb. vom Liturgischen Ausschuss der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands (VELKD) und beschlossen von der Generalsynode und der Bischofskonferenz. Hannover: Luth. Verl.-Haus.
- Kleiber, Dieter & Filsinger, Dieter (Hg.) 1989. *Altern – bewältigen und helfen: Psychosoziale Projekte zur Hilfe und Selbsthilfe*. Heidelberg: Asanger.
- Klein, Wolfgang M. 1983. *Christliches Sterben als Gabe und Aufgabe: Ansätze zu einer Theologie des Sterbens*. Frankfurt a.M.: Lang.
- Klessmann, Michael 1996. Von der Krankenseelsorge zur Krankenhausseelsorge – historische Streiflichter, in Klessmann, Michael (Hg.). *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 40-48.
- Klessmann, Michael (Hg.) 1996. *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Klessmann, Michael 2004. *Pastoralpsychologie. Ein Lehrbuch*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Klett, Uta 1991. Die Bedeutung von Bewältigungsstrategien für die Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit chronischer Polyarthrit. Dissertation Dr. med. Universität Würzburg.
- Kluge, Eike-Henner W. 1975. *The Practice of Death*. New Haven: Yale University-Press.
- Knupp, Bernhard 1996. Zusammenfassung der Diskussionsbeiträge Teil I, in Knupp, Bernhard & Stille, Wolfgang (Hg.) 1996. *Sterben und Tod in der Medizin*. Unter Mit-



- arb. von Kay Blumenthal-Barby. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 52-53.
- Koch, Frank 1990. Zum Umgang mit Sterbenden. *Krankenpflege* 2, 84-86.
- Koch, Uwe & Schmeling Christoph 1982. *Betreuung von Schwer- und Todkranken: Ausbildungskurs für Ärzte und Krankenpflegepersonal*. Mit einem Geleitwort von R. Kautzky. München: Urban & Schwarzenberg.
- König, Karl 1997. *Abwehrmechanismen*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Körner, Martin 1992. Abwehr und Coping – ein konzeptueller Vergleich mittels wissenschaftlicher Textanalyse. Dissertation Dr. med. Universität Ulm.
- Kohlmann, Carl-Walter 1990. *Stressbewältigung und Persönlichkeit: Flexibles versus rigides Copingverhalten und seine Auswirkungen auf Angsterleben und physiologische Belastungsreaktionen*. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Krause, Matthias Paul 1996. *Elterliche Bewältigung und Entwicklung des behinderten Kindes: Eine Längsschnittuntersuchung unter besonderer Berücksichtigung des Interaktionsverhaltens*. Frankfurt a.M.: Lang.
- Krauss, Harald 1982. Über das Zusammenwirken von Selbstbild und Bewältigungsform. Dissertation Dr. phil. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn.
- Krech, David u.a. 1997. *Grundlagen der Psychologie. Studienausgabe*. Augsburg: Bechtermünz.
- Kremer, R.-H 1999. Interne Copingressource Religiosität. Ihre Wirkungsweise, Bedeutung und Effektivität bei der Bewältigung des Schlaganfalls. Dissertation Dr. med. Universität Erlangen.
- Kremer, Raimar 2001. *Religiosität und Schlaganfall: Bewältigen religiöse Menschen anders?* Frankfurt am Main: Lang.
- Krohne, Heinz Walter (ed.) 1993. *Attention and Avoidance: Strategies in Coping with Aversiveness*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Krumsiek, Rolf 1994. Rede des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, in Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.). *Sterbebegleitung. Dokumentation der Fachtagung am 24. September 1992 in Düsseldorf*. Redaktion: Raphael Gaßmann, Annette Hünefeld, Eckart Schnabel. Ahaus: Hartmann, 7-18.
- Kruse, Torsten & Wagner, Harald (Hg.) 1986. *Sterbende brauchen Solidarität: Überlegungen aus medizinischer, ethischer und juristischer Sicht*. München: Beck.
- Kübler-Ross, Elisabeth 1992a. *Interviews mit Sterbenden*. 16. Aufl. Stuttgart: Kreuz.
- Kübler-Ross, Elisabeth 1989. *Reif werden zum Tode*. 6. Aufl. Gütersloh: Mohn.
- Kübler-Ross, Elisabeth 1992b. *Über den Tod und das Leben danach*. 14. Aufl. Neuwied: Verlag "Die Silberschnur".
- Kübler, Ross, Elisabeth 1985. *Verstehen was Sterbende sagen wollen. Einführung in ihre symbolische Sprache*. 1. Aufl. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Kübler-Ross, Elisabeth 1990. *Was können wir noch tun?: Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod*. 6. Aufl. Gütersloh: Mohn.
- Küng, Hans 1983. *Ewiges Leben?* 3. Aufl. München: Piper.
- Küng, Hans 1995. Menschenwürdig sterben, in Jens, Walter & Hans Küng. *Menschenwürdig sterben: Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. Mit Beiträgen von Dietrich Niethammer und Albin Eser. Zürich: Piper, 15-85.
- Kulesa, Christoph 1982. Zur Theorie der Krise, in Gastager & Gastager 1982, 67-93.
- Kurz, Manfred (Hg.) 1995. *Kranke und Sterbende begleiten. Gedanken, Gebete und Lieder*. Stuttgart: Quell.
- Kuss, Otto 1937. *Die Theologie des Neuen Testaments*. 2. Aufl. Regensburg: Pustet.

- Lämmlin, Georg & Scholpp, Stefan (Hg.). *Praktische Theologie der Gegenwart in Selbstdarstellungen*. Tübingen: Francke.
- Lamerton, Richard 1992. *Sterbenden Freund sein: Helfen in der letzten Lebensphase*. 2. Aufl. Freiburg: Herder.
- Lammer, Kerstin 2004. *Den Tod begreifen: Neue Wege in der Trauerbegleitung*. Mit einem Geleitwort von Yorick Spiegel. 2. Aufl. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Lauer, Werner 1983. *Sterben und Tod: Eine Orientierungshilfe*. München: Pfeiffer.
- Lauer, Werner (Hg.) 1989. *Sterbende Menschen begleiten auch im Krankenhaus, möglich, finanzierbar, human?*. Freiburg: Katholischer Krankenhausverband Deutschland.
- Lazarus, Richard S. 1991. *Emotion and Adaptation*. Oxford: Oxford University Press.
- Lazarus, Richard S. 1998. *Fifty Years of the Research and Theory of R.S. Lazarus. An Analysis of Historical and Perennial Issues*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lazarus, Richard S. 1999. *Stress and emotion. A new synthesis*. London: Free Association Books.
- Lazarus, Richard S. 1981. Streß und Streßbewältigung – ein Paradigma, in Filipp 1981b, 198-232.
- Lazarus, Richard S. & Susan Folkman 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, Richard S. & Raymond Launier 1981. Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt, in Nitsch 1981d, 213-260.
- Lazarus, Richard S. & Bernice N. Lazarus 1994. *Passion and Reason: Making Sense of Our Emotions*. Oxford: University Press.
- Legewie, Heiner & Ehlers, Wolfram 1999. *Handbuch moderne Psychologie*. Augsburg: Bechtermünz.
- Lehr, Ursula & Hans Thomae 1991. *Alltagspsychologie: Aufgaben, Methoden, Ergebnisse*. Darmstadt: Wiss. Buchges.
- Levine, Seymour & Holger Ursin (ed.) 1980. *Coping and Health*. New York: Plenum Press.
- Lewis, C.S. 1990. *Über die Trauer*. Mit einem Vorwort von Verena Kast. 2. Aufl. Zürich: Benziger.
- Lienhard, Peter 1992. *Ertaubung als Lebenskrise: Bewältigung des Gehörverlustes im Erwachsenenalter*. Luzern: Edition SZH.
- Lohölter, Herbert 1992. Präoperative Ängste von Kindern und ihre Abhängigkeit von mütterlichen Copingprozessen. Dissertation Dr. med. Universität Bochum.
- Lotz, Johannes B. 1976a. *Tod als Vollendung: Von der Kunst und Gnade des Sterbens*. 1. Aufl. Frankfurt a.M.: Knecht.
- Lotz, Johannes B. 1976b. Der Tod in theologischer Sicht, in Paus, Ansgar (Hg.) 1976. *Grenzerfahrung Tod*. Graz: Styria, 73-82.
- [Lück, Helmut] 1982. Krankheit – ein Weg zum Leben?: Gespräch mit Anne-Marie Tausch. *Gruppendynamik* 13, 289-293.
- Lückert, Heinz-Rolf 1981. Sterben zwischen Angst und Hoffnung, in Interdisziplinärer Fortbildungskongress. Sterben zwischen Angst und Hoffnung. Referate. Hg. Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung. Bad Nauheim: Braun, 1-24.
- Lückert, Heinz-Rolf 1994. *Einführung in die kognitive Verhaltenstherapie: Allgemeine Grundlagen. Die Modelle von Beck, Ellis, Lazarus, Lückert, Mahoney und Meichenbaum*. München: E. Reinhardt.
- Luther, Martin 1996. *Der Große Katechismus. Die Schmalkaldischen Artikel*. Bd 1, in Metzger, Wolfgang (Hg.). *Calwer Luther-Ausgabe*. Stuttgart: Hänssler.

- Margalit, Malka 1994. *Loneliness Among Children With Special Needs: Theory, Research, Coping, and Intervention*. Berlin: Springer.
- Marks, Isaac 1993. *Ängste. Verstehen und bewältigen*. 2. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Marks, Issac 1977. *Bewältigung der Angst: Furcht und nervöse Spannung - leichter gemacht*. Berlin: Springer.
- Maaser, Wolfgang 1996. Vom Umgang mit dem Lebensende. *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 40, 94-109.
- McCubbin, Hamilton I. & Figley, Charles R. 1983 (ed.). *Stress and the family*. Vol I. *Coping with normative transitions*. New York: Brunner/Mazel.
- Meinhold, Peter 1980. Leben und Tod im Urteil des Christentums, in Stephenson 1980, 144-164.
- Metschnabel, Karin 1992. Bewältigungsverhalten bei chronischer Krankheit am Beispiel der terminalen Niereninsuffizienz und des Non-Hodgkin-Lymphoms und therapeutische Konsequenzen. Dissertation Dr. med. Universität Nürnberg.
- Mette, Norbert 2005. *Einführung in die katholische Praktische Theologie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Meusling, Ulrike 1994. *Psychosoziale Belastungen und psychologische Interventionsmöglichkeiten beim systematischen Lupus erythematodes*. (Dissertation Dr. phil.) 1. Aufl. Berlin: Köster.
- Meyer, Joachim-Ernst 1981. Das Verhältnis des Menschen in unserer Zeit zum Sterben und zum Tod, in Interdisziplinärer Fortbildungskongress. Sterben zwischen Angst und Hoffnung. Referate. Hg. Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung. Bad Nauheim: Braun, 1-10.
- Möhring, Peter 1988. *Mit Krebs leben: Maligne Erkrankungen aus therapeutischer und persönlicher Perspektive*. Berlin: Springer.
- Möller, Christian 2004. *Einführung in die Praktische Theologie*. Tübingen: Francke Verlag.
- Mohr, Rudolf 1991. Umgang mit dem Tod in einer säkularen Gesellschaft. *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift* 12, 877-880.
- Moltmann, Jürgen 1966. *Theologie der Hoffnung*. 5. durchgeseh. Aufl. München: Kaiser.
- Monat, Alan & Lazarus, Richard S. (ed.) 1985. *Stress and Coping an Anthology*. 2. Edition New York: Columbia University Press.
- Moos, Rudolf H. (ed.) 1986. *Coping with life crises. An integrated approach*. Plenum Press: New York.
- Moos, Rudolph H. (ed.) 1984. *Coping with physical illness*. Vol. 2. *New Perspectives*. Plenum Publishing Corporation: New York.
- Morgenthaler, Christoph 2002. Von der Pastoralpsychologie zur empirischen Religionspsychologie. *Wege zum Menschen*. 54, 287-300.
- Mühlen, Hartmut 1987. Die Sorgen sterbender Patienten: Ansichten von Ärzten, Schwestern/Pflegern, Spitalpfarrern und Patienten im Vergleich. Dissertation Dr. phil. Universität Zürich.
- Mühlum, Albert 1991. Leben an der Grenze des DA-SEINS: Belastungen und Bewältigungsversuche. *Zeitschrift für Jugendrecht* 4, 208-215.
- Müller, Wolf & Ulrike Scheuermann (Hg.) 2004. *Praxis der Krisenintervention. Ein Handbuch für helfenden Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Müller-Lange, Joachim (Hg.) 2001. *Handbuch Notfallseelsorge*. Unter Mitarbeit von J. Häcker u.a. Wien: Stumpf und Kossendey.
- Musall, Peter (Hg.) 1985. *Erfahrungen, Hoffnungen, Ansichten*. Offenbach/M.: Burckhardthaus-Laetare.

- Mussner, F. 1986. Tod. II. Im NT. *LTHK Sonderausgabe* 10, 219-221.
- Muthny, Fritz A. (Hg.) 1990. *Krankheitsverarbeitung: Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse*. Berlin: Springer.
- Neundorfer, Heinz-Werner 1994. Tod/Sterben. *Evangelisches Lexikon für Theologie und Gemeinde* 3, 2009-2011.
- Neysters, Peter & Schmitt, Karl Heinz 1993. *Denn sie werden getröstet werden. Das Hausbuch zu Leid und Trauer, Sterben und Tod*. München: Kösel-Verlag.
- Nicol, Martin 2000. *Grundwissen Praktische Theologie. Ein Arbeitsbuch*. Köln: Kohlhammer.
- Nicolaou, Markus (Hg.) 1993. *Leben im Angesicht des Todes: Menschen mit Krebs, HIV-Infektion, Aids und Multipler Sklerose erzählen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Niethammer, Dietrich 1995. Menschenwürdig sterben aus der Sicht des Arztes, in Jens, Walter & Hans Küng 1995. *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. Mit Beiträgen von Dietrich Niethammer und Albin Eser. Zürich: Piper, 133-148.
- Nitsch, Jürgen R. 1981a. Zur Gegenstandsbestimmung der Stressforschung, in Nitsch 1981d, 29-51.
- Nitsch, Jürgen R. 1981b. Streßtheoretische Modellvorstellungen, in Nitsch 1981d, 52-141.
- Nitsch, Jürgen R. 1981c. Zur Problematik der Streßuntersuchungen, in Nitsch 1981d, 142-160.
- Nitsch, Jürgen R. (Hg.) 1981d. *Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Huber.
- Oates, Wayne E 1977. *Krise, Trennung, Trauer. Ein Leitfaden pastoraler Fürsorge und Beratung*. München: Kaiser.
- Ochsmann, Randolph 1993. *Angst vor Tod und Sterben: Beiträge zur Thanato-Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Ohler, Norbert 1990. *Sterben und Tod im Mittelalter*. München: Artemis.
- Olbrich, Erhard 1997. Die Grenzen des Coping, in Tesch-Römer 1997, 230-246.
- Ostertag, Martin 2001. Seelsorgerische und ethische Aspekte der Sterbebegleitung, in Bundesvorstand der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (Hg.) 2001. *Palliativmedizin und Hospizarbeit. Dokumentation der Veranstaltung am 26./27. Januar 2001 in Berlin* (Schriftenreihe Heft 13). Berlin: beta seminare, 51-57.
- Pampaluchi-Wick, Joseline 1997. Kommunikation im System des Kranken, in Fässler-Weibel 1997, 127-137.
- Pastoors, Ludger 1992. Die Relevanz christlich-theologischer Inhalte für die ärztliche Sterbebegleitung. Dissertation Dr. med. Friedrich Wilhelm Universität Bonn.
- Paul, Chris (Hg.) 2001. *Neue Wege in der Trauer- und Sterbebegleitung. Hintergründe und Erfahrungsberichte für die Praxis*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Paulay, Dorothy 1986. Slow Death: One Survivor's Experience, in Moos, Rudolf H. (ed.). *Coping with Life Crisis. An Integrated Approach*. New York: Plenum Press, 227-234.
- Pauw, Andreas 1991. Coping der Depression. Dissertation Dr. med. Universität Würzburg.
- Perrez, Meinrad & Reicherts, Michael 1992. *Stress, Coping and Health: A Situation-Behavior Approach. Theory, Methods, Application*. Foreword by Richards S. Lazarus. Seattle: Hogrefe and Huber Publishers.
- Piper, Hans-Christoph 1990. *Gespräche mit Sterbenden*. 4. unveränd. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Plöger, Otto 1978. Tod und Jenseits im Alten Testament, in Klimkeit, Hans-Joachim (Hg.) 1978. *Tod und Jenseits im Glauben der Völker*. 1. Aufl. Wiesbaden: Harrassowitz, 77-85.
- Pöhlmann, Horst Georg 1985. *Abriß der Dogmatik: Ein Kompendium*. 4. verbess. u. erweitert. Aufl. Gütersloh: Gerd Mohn.
- Pöhlmann, Karin 1992. *Effektive Krankheitsbewältigung: Tumor-HIV-Dialyse*. Regensburg: Roderer.
- Poss, Sylvia 1984. How the Terminal Patient Accepts Dying, in Moos, Rudolph H. (ed.) 1984. *Coping with physical Illness*. Vol. 2, *New Perspectives*. New York: Plenum, 391-403.
- Preuss, Horst Dietrich 1974. Psalm 88 als Beispiel alttestamentlichen Redens vom Tod, in Strobel, August (Hg.) 1974. *Der Tod – ungelöstes Rätsel oder überwundener Feind? Eine Ringvorlesung der Augustana – Hochschule Neuendettelsau*. Stuttgart: Calwer Verlag, 63-79.
- Protz, Wolfgang 1994. Coping und subjektive Bewältigungskompetenz bei hämatologischen Systemerkrankungen: Eine Strukturanalyse mit Clustermethoden. Dissertation Dr. phil. Universität. Oldenburg.
- Rahner, Karl 1986, Tod. IV. Theologisch. *LTHK Sonderausgabe* 10, 221-226.
- Ratzinger, Joseph 1978. *Eschatologie – Tod und ewiges Leben*. 2. Aufl. Regensburg: Pustet.
- Raven, Ronald W (ed) 1975. *The Dying Patient*. Tunbridge Wells: Pitman Medical.
- Reichert, Michael 1988. *Diagnostik der Belastungsverarbeitung: Neue Zugänge zu Streß-Bewältigungs-Prozessen*. Stuttgart: Huber.
- Reiman, Bruno W. 1991. *Der Gesellschaftsbezug der Psychoanalyse. Zur gesellschafts- und wissenschaftstheoretischen Debatte in der Psychoanalyse*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Rest, Franco 1991. *Den Sterbenden beistehen. Wegweiser für die Lebenden*. 3. durchges. Aufl. Heidelberg: Quelle und Meyer.
- Rest, Franco 1995. *Leben und Sterben in Begleitung. Vier Hospize in Nordrhein Westfalen. Konzepte und Praxis – Gutachten im Anschluß an eine wissenschaftliche Begleitung*. Münster: Lit.
- Rest, Franco 1989. *Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit: Studienbuch für Krankenpflege, Altenpflege und andere*. Köln: Kohlhammer.
- Rest, Franco 2001. Ambulante und stationäre Versorgungsmöglichkeiten für schwerkranke und sterbende Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, in Bundesvorstand der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (Hg.) 2001: *Palliativmedizin und Hospizarbeit. Dokumentation der Veranstaltung am 26./27. Januar 2001 in Berlin* (Schriftenreihe Heft 13). Berlin: beta seminare, 35-43.
- Rest, Franco 2001b. "Tod" als Konstrukt des lebenden Menschen, in Schlagbeck, Michael (Hg.) 2001. *Theologie und Psychologie im Dialog über Sterben und Tod*. Paderborn: Bonifatius.
- Rest, Franco 1992. Vernetzung der Versorgung Sterbender und ihrer Angehörigen in Nordrhein-Westfalen: Einige Schritte in eine bessere Zukunft, in Nasehi, Armin & Pohlmann, Reinhard (Hg.) 1992. *Sterben und Tod. Probleme und Perspektiven der Organisation von Sterbebegleitung*. Hamburg: Lit, 65-99.
- Rest, Franco 2004. Wahrheit am Krankenbett, in Student, Johann-Christoph (Hg.) 2004b, 249-254.
- Rice, Phillip L. 1987. *Stress and Health: Principles and Practice for Coping and Wellness*. Belmont: Wadsworth.

- Riechers, Gabi 1995. Coping beim Prämenstruellen Syndrom und der Primären Dysmenorrhoe: Eine empirische Studie über angewandte Bewältigungsstrategien. Dissertation Dr. phil. Universität Mannheim.
- Rienecker, Fritz 1981. *Das Schönste kommt noch. Vom Leben nach dem Sterben*. 12. Aufl. Wuppertal: Brockhaus.
- Rieß, Hartmut & Theiss, Alexander 1990. Der Coping-Prozess bei Leukämiekranken: Beschreibung von Einzelfällen und methodischen Zugangswegen. Dissertation Drs. Med. Universität Ulm.
- Ritter-Gekeler, Mariele 1992. *Lebens- und Sterbenskrisen: Untersuchungen zur Entwicklung der Bewältigungskonzepte in Psychologie und Sterbeforschung*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Ritz, Thomas & Dahme, Bernhard 1994. Rationalität/Emotionale Defensivität und Sich-Verschließen: Zwei Konzepte des defensiven Coping und ihre Messung. Dissertation Drs. phil. Universität Hamburg.
- Rosenkranz, Marcus 1999. *Sterben – Leben bis zuletzt. Eine Hinführung zur Sterbebegleitung*. Aachen: Einhard.
- Rüdiger, Dietrich, u.a. (Hg.) 1989. *Gesundheitspsychologie - Konzepte und empirische Beiträge: Förderung von Gesundheit und Bewältigung von Krankheit*. Regensburg: Roderer.
- Rüger, Ulrich, Blomert, Albrecht Franz & Förster, Wolfgang 1990. *Coping: Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Meßinstrumente zur Krankheitsbewältigung*. Unter Mitarb. von Gerhard Schüssler u. Eric Leibing. Göttingen: Verl. Für Med. Psychologie im Verl. Vandenhoeck u. Ruprecht.
- Ruthe, Reinhold 1975. *Krankheit muß kein Schicksal sein: Leib – Seele – Probleme in der beratenden Seelsorge*. Wuppertal: Brockhaus.
- Salewski, Christel 1997. Formen der Krankheitsverarbeitung. *Tesch-Römer 1997*, 42-57
- Saunders, Cicely 1991. *Leben und Sterben: Betreuung und medizinische Behandlung todkrank Menschen*. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Saup, Winfried 1986. Coping im Alter: Ergebnisse und Probleme psychologischer Studien zum Bewältigungsverhalten älterer Menschen. [Masch. Schr.]. Hamburg.
- Schafft, Sabine 1987. *Psychische und soziale Probleme krebserkrankter Frauen: Über die Bewältigung einer Krebserkrankung im sozialen Umfeld, in der medizinischen Versorgung und in Selbsthilfegruppen*. München: Minerva.
- Schanz, Harald 1983. Der Einfluß situativer Stressfaktoren auf die menschliche Arbeitsleistung: Diskussion bestehender Ansätze der Life-Event-Forschung im Gegensatz zur 'Daily Hassles and Uplifts'-Theorie von Lazarus. Dissertation Dr. rer. soc. oec. Universität Augsburg.
- Scherrmann, Thomas E. 1995. Belastungs-Bewältigungs-Prozesse bei Familien schizophrener Patienten: Eine empirische Studie über Belastung und Bewältigungsstrategien von Angehörigen schizophrener Patienten in Bezug zum emotionalen Familienklima und zum Krankheitsverlauf. Dissertation Dr. disc. pol. Universität Tübingen.
- Schlagheck, Michael (Hg.) 2001. *Theologie und Psychologie im Dialog über Sterben und Tod*. Paderborn: Bonifatius.
- Schlebusch, Peter 1995. Familienentlastende Dienste und Eltern geistig behinderter Kinder. Streß, Coping und Copingressourcen: Eine empirische Analyse der Wirkungsweise einer ambulanten Dienstleistung im Kontext psychologischer Streßtheorien. Dissertation Dr. phil. Universität Essen.
- Schlottke, Peter F. 1980. *Selbstinstruktion und Bewältigung von Belastung: Eine empirische Studie mit 9 bis 11-jährigen Kindern*. München: Minerva.

- Schlund, Robert 1987. *Der manipulierte Tod und das menschliche Sterben: Ethische Orientierungen*. Freiburg i.B.: Herder.
- Schmatz, Franz 1982. *Sterbebeistand: Heilssorge um den ganzen Menschen*. Wien: Herder&Co.
- Schmeling-Kludas, Christoph 1988. Besondere Probleme Schwer- und Todkranker, in Koch, U., Lucius-Hoene, G. & Stegie, R. (Hg.): *Handbuch der Rehabilitationspsychologie*. Berlin: Springer, 776-794.
- Schmid, Wolfgang F. 1996. Wir sterben nur in einer Richtung: Folge 1. *Religion heute* 28, 276-279.
- Schmid, Wolfgang F. 1997. Wir sterben nur in einer Richtung. Folge 2. *Religion heute* 29, 50-53.
- Schmid, Wolfgang F. 1997. Wir sterben nur in einer Richtung. Folge 3. *Religion heute* 30, 116-119.
- Schmied, Gerhard 1988. *Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft*. München: Piper.
- Schmitz-Scherzer, R., Kruse, A., & Olbrich, E. (Hg.) 1990. *Altern – Ein lebenslanger Prozess der sozialen Interaktion: Festschrift zum 60. Geburtstag von Frau Professor Ursula Maria Lehr*. Darmstadt: Steinkopff.
- Schockenhoff, Eberhard 1992. Den eigenen Tod annehmen, in Hepp, Hermann (Hg.) 1992. *Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben!* 1. Aufl. Düsseldorf: Patmos, 108-126.
- Schöninger, Ute 1987. *Sterbebegleitung in der Familie: Handbuch für Gemeindefrankenschwestern – zur Anleitung von Laienhelfern*. Frankfurt a.M.: Verlag KRANKENPFLEGE.
- Schonecke, Othmar W. & Herrmann, Jörg Michael 1997. Psychophysiologie, in von Uexküll, Thure 1997. *Psychosomatische Medizin*. Rolf H. Adler u.a.(Hg.). 5. neubearb. und erw. Aufl. München: Urban und Schwarzenberg, 161-197.
- Schröder, Annette 1985. *Psychische Bewältigungsstrategien bei Brustkrebspatientinnen*. Frankfurt a.M.: Lang.
- Schubenz, Siegfried 1993. *Psychologische Therapie bei Entwicklungsbehinderung: Gefährdende Lebensbedingungen und Grundlagen für die Bewältigung ihrer Folgen im Klient-Therapeut-Verhältnis*. Frankfurt a.M.: Lang.
- Schuchardt, Erika 1994. *Warum gerade ich...?: Leben lernen in Krisen – Leiden und Glaube: Schritte mit Betroffenen und Begleitenden*. 8. durchges. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Schüßler, Gerhard & Leibing, Eric (Hg.) 1994. *Coping: Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Schützeichel, Heribert 1996. Das Geheimnis des Todes (Gaudium et spes 18). *Trierer Theologische Zeitschrift* 105, 259-265.
- Schwartländer, Johannes (Hg.) 1976. *Der Mensch und sein Tod*. 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Schwarz, Dieter 1988. Sterben in der modernen Gesellschaft: Psychologische und soziologische Beiträge zum (Über-) Leben angesichts eines weltlichen Todes. *Wege zum Menschen* 40, 273-284.
- Schwarz, Dieter 1987. Zur Alltagswirklichkeit von Klinikseelsorgern. Persönliche und professionelle Bewältigungsformen im Umgang mit schwerer Krankheit, Sterben und Tod: Eine kultursoziologische Untersuchung. Dissertation Dr. phil. Universität Erlangen-Nürnberg.

- Schwarz, Reinhold & Hornburg, Elisabeth 1997. Bewältigungsstrategien (Coping) bei Tumorerkrankungen, in Margulies, Anita u.a. (Hg.) 1997. *Onkologische Krankenpflege*. 2. korr. und erw. Aufl. Berlin: Springer, 217-229.
- Schweidtmann, Werner 1991. *Sterbebegleitung: Menschliche Nähe am Krankenbett*. 1. Aufl. Stuttgart: Kreuz.
- Schwendner, Raimund W. 1986. Erfolgsorientierung, soziale Kompetenz und Stressreaktionen: Eine empirische Studie zum Streß- und Copingverhalten von gesunden und somatisch erkrankten Personen. Dissertation Dr. phil. Universität München.
- Schwendtke, Arnold 1986. Krankenverhalten, kritische Lebenssituationen und Coping: Ein medizinsoziologischer Beitrag zu Analysen über Bewältigungen belastender sozialer Situationen bei chronisch Kranken. Dissertation Dr. disc. pol. Universität Konstanz.
- Schwenk, Joachim 1991. Beschwerden und Bewältigung bei Patienten mit automatischen implantierten Cardioversions- und Defibrillationssystemen (AICD und ECV). Dissertation Dr. med. Universität zu Köln.
- Schwermer, Josef 1990. Seelsorge an den Lebenswenden: Gespräche bei Heirat, Geburt und Tod, in Baumgartner, Isidor (Hg.) 1990. *Handbuch der Pastoralpsychologie: Regensburg: Pustet*.
- Seifert, Rainer 1991. Die Begleitung lebensbedrohlicher erkrankter Schüler: Eine Herausforderung für den Sonderpädagogen an der Schule für Körperbehinderte. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 42, 503-513.
- Selby, Philip & Griffiths, Adrian 1989. *Wegweiser zu einem lebenswerten Altern: Vorbereitung, Bewältigung und Fürsorge*. Inst. für Gesundheitsvorsorge. Geschr. für d. Internat. Stiftung für Gesundheitswesen. Bern: Parthenon.
- Selye, Hans 1981. Geschichte und Grundzüge des Stresskonzepts, in Nitsch 1981d, 161-187.
- Selye, Hans 1985. History and Present Status of Stress Concept, in Monat, Alan & Lazarus Richard S (ed.) 1985. *Stress and Coping: An Anthology*. New York: Columbia University Press: 17-29.
- Selye, Hans 1974. *Stress: Bewältigung und Lebensgewinn*. München: Piper.
- Senn, Hans 1979. *Der hoffnungslose Fall in der Gemeindeseelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Shaw, Rose 1996. Psychologische und psychobiologische Aspekte somatoformer Störungen: Informationsverarbeitung, Coping-Strategien, Psychophysiologie und Patienten mit Somatisierungssyndrom und Hypochondrie. Dissertation Dr. rer. nat. Universität Marburg.
- Shneidman, Edwin S 1992. Formen des Sterbens und Thanato-Therapie, in Spiegel-Rösing & Petzold 1992, 237-258.
- Silbernagl, Stefan & Despopoulos, Agamemnon 1983. *Taschenatlas der Physiologie*. 2. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Sill, Bernhard & Rauchalles, Renée 2001. *Die Kunst des Sterbens*. Regensburg: Pustet.
- Snyder, C.R. & Ford, Carol E. (ed.) 1987. *Coping with negative life events. Clinical and social psychological perspectives*. Plenum Press: New York.
- Spiegel, David & Yalom, Irvin 1984. A Support Group for dying Patients, in Moos, Rudolph H. (ed.) 1984. *Coping with physical Illness. Vol. 2, New Perspectives*. New York: Plenum, 405-417.
- Spiegel, Yorick 1989. *Der Prozeß des Trauerns: Analyse und Beratung*. 7. Aufl. München: Kaiser.



- Spiegel-Rösing, Ina 1992. Der ethische Kontext. Ethik der Medizin, Thanatologie und Psychotherapie, in Spiegel-Rösing & Petzold 1992, 31-83.
- Spiegel-Rösing, Ina & Petzold, Hilarion (Hg.) 1992. *Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanathotherapie. Ein Handbuch*. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann.
- Sporcken, Paul 1992. *Hast du denn bejaht, daß ich sterben muß?: Eine Handreichung für den Umgang mit Sterbenden*. 3. Aufl. Düsseldorf: Patmos.
- Sporcken, Paul 1976. *Umgang mit Sterbenden: Medizinisch, pflegerische, pastorale und ethische Aspekte der Sterbehilfe*. 3. Aufl. Düsseldorf: Patmos.
- Spreter-Müller, Birgit 1985. Kognitive und emotionale Einflüsse auf die Bewältigung stresshafter Ereignisse. Dissertation Dr. phil. Universität Mannheim.
- Steck, Wolfgang 2001. Blick in die praktisch-theologische Theoriwerkstatt, in Lämmlin & Scholpp 2001, 70-89.
- Stein, Nancy L, Leventhal, Bennett & Trabasso, Tom (ed.) 1990. *Psychological and Biological Approaches to Emotion*. New Jersey: Erlbaum.
- Stephenson, Gunther (Hg.) 1980. *Leben und Tod in den Religionen. Symbol und Wirklichkeit*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Stillion, Judith M 1985. *Death and the Sexes: An Examination of Differential Longevity, Attitudes, Behaviors and Coping Skills*. Washington: Hemisphere.
- Stoll, Basil A. (ed) 1986. *Coping with Cancer Stress*. Dordrecht: Martinus Nijhoff.
- Strohmeier, Erich 1990. Multivariate Untersuchung zur Krankheitsbewältigung: Eine Analyse zur Dimensionalität und Struktur von Bewältigungsprozessen bei chronischer Erkrankung (Hämophilie). Dissertation Dr. phil. Universität Oldenburg.
- Student, Johann-Christoph 2004a. Angst, in Student 2004b, 36-40.
- Student, Johann-Christoph (Hg.) 2004b, *Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende*. Freiburg i.B.: Herder.
- Tausch, Anne-Marie & Tausch, Reinhard 1997. *Sanftes Sterben: Was der Tod für das Leben bedeutet*. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Tausch, Daniela 1987. *Die Vorstellung des möglichen Sterbens einer nahestehenden Person: Eine empirische Untersuchung einer psychotherapeutischen Möglichkeit*. Frankfurt: Lang.
- Tausch-Flammer, Daniela 1994. *Sterbenden nahe sein. Was können wir noch tun?* 2. überarb. Aufl. Freiburg i.B.: Herder.
- Tesch-Römer, Clemens, Salewski, Christel & Schwarz, Gudrun (Hg.) 1997. *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Beltz.
- Theis, Joachim 1996. Annäherung an das Thema Tod in unserer Gesellschaft. *Trierer Theologische Zeitschrift* 105, 266-274.
- Thiede, Werner 1994. *Die mit dem Tod spielen: Okkultismus – Reinkarnation – Sterbeforschung*. Gütersloh: Gütersloher Verl. - Haus.
- Thurneysen, Eduard 1946. *Die Lehre von der Seelsorge*. Zürich: Evangelischer Verlag.
- Tietze, Henry G. 1988. *Abschied von Dir: Trennungen und Verluste auf dem Weg zur reifen Persönlichkeit*. Hamburg: Ernst Kabel.
- Ursano, Robert J., McCaughey, Brian G. & Fullerton, Carol S. (ed.) 1994. *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos*. Foreword by Beverly Raphael. Cambridge: University Press.
- Ursin, Holger, Baade, Eivind & Levine, Seymour (ed.) 1978. *Psychobiology of Stress: A Study of Coping Men*. New York: Academic Press.
- Utzmann, Felix 1992. Die Belastung und Bewältigung einer Tumorerkrankung in einer longitudinalen Krebsstudie. Dissertation Dr. med. Universität Erlangen-Nürnberg.

- Van der Zee, Karen 1996. For Better or for Worse?: Social Comparison and Coping with Health Problems. Proefschrift ter verkrijging van het doctoraat in de Psychologische, Pedagogische en Sociologische Wetenschappen. Rijksuniversiteit Groningen.
- Van der Ven, Johannes A. 1990. *Entwurf einer empirischen Theologie*. Kampen: Kok.
- Van Kamp, Irene 1990. Coping with Noise and its Health Consequences. Proefschrift ter verkrijging van het doctoraat in de Psychologische, Pedagogische en Sociologische Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen.
- Van Lankveld, Wilhelmus Gerardus Jozef Maria 1993. Coping with Chronic Stressors of Rheumatoid Arthritis. Een Wetenschappelijke proeve op het gebied van de Sociale Wetenschappen. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Vasconcellos, Esdras Guerreiro 1984. Stress, Coping und soziale Kompetenz bei kardiovaskulären Erkrankungen: Eine empirische Untersuchung mit Herz- und Kreislauferkrankungen. Dissertation Dr. phil. Universität München.
- Veeser, Wilfried 1994. Seelsorge. *Evangelisches Lexikon für Theologie und Gemeinde* 3, 1817-1820.
- Vingerhoets, Adrianus Johannes Josephus Maria 1985. Psychosocial Stress an experimental Approach: Life events, coping, and psychobiological functioning. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor in de sociale wetenschappen. Katholieke Hogeschool Tilburg.
- Vogt, Annette 1987. Formen der Lebensbewältigung älterer lediger Frauen: Untersuchung zur Bewältigung von kritischen Lebensereignissen und alltäglichen Situationen bei ledigen Frauen der Jahrgänge 1920 – 1933 im Vergleich zu verheirateten Frauen derselben Jahrgänge. Dissertation Dr. phil. Universität Münster.
- Von Brandis, Hans-Joachim 1988. *Anatomie und Physiologie für Krankenschwestern und andere Medizinialberufe*. Begr. von H.-J. Brandis. 7. bearb. Aufl. von Winfried Schönberger. Stuttgart: Fischer.
- Von Laer, Hermann 1992. Statistik der Sterblichkeit, in Howe 199, 35-47.
- Von Lutterotti, Markus 1985. *Menschenwürdiges Sterben: Kann sich die Gesellschaft auf das Gewissen des Arztes verlassen?*. Freiburg: Herder.
- Von Wietersheim, Hanjo 2001. Fortbildung in der Notfallseelsorge, in Müller-Lange, Joachim (Hg.). *Handbuch Notfallseelsorge*. Unter Mitarbeit von J. Häcker u.a. Wien: Stumpf und Kossendey, 285-302.
- Wagner, Harald & Kruse, Torsten (Hg.) 1989. *Ars moriendi: Erwägungen zur Kunst des Sterbens*. Freiburg i.B.: Herder.
- Wagner, Klaus-Dietrich 1986. Über Sterben und Tod im Kindesalter. *Wissenschaftliche Zeitschrift der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock* 2, 93-94.
- Wagner-Haase, Monika Klara 1988. Belastungserleben und Bewältigungsverhalten bei psychosomatischen Störungen. Dissertation Dr. phil. Universität zu Köln.
- Wagner-Link, Angelika 1997. *Der Streß: Stressoren erkennen, Belastungen vermeiden, Streß bewältigen*. 6. Aufl. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Weatherhead, Leslie D. 1957. *Warum leiden die Menschen?* 1. Aufl. Zürich: Gotthelf.
- Weber, Hannelore 1997. Zur Nützlichkeit des Bewältigungskonzeptes, Tesch-Römer 1997, 7-16.
- Weiher, Erhard 1999. *Die Religion, die Trauer und der Trost: Seelsorge an den Grenzen des Lebens*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Weikert, Kerstin 1996. *Stottern - Belastung und Bewältigung im Lebenslauf*. Köln: Demos-thenes.

- Wilckens, Ulrich 2003a. *Theologie des Neuen Testaments*. Bd. 1, *Geschichte der urchristlichen Theologie*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.
- Wilckens, Ulrich 2003b. *Theologie des Neuen Testaments*. Bd. 2, *Jesu Tod und Auferstehung und die Entstehung der Kirche aus Juden und Heiden*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.
- Winau, Rolf & Rosemeier, Hans Peter (Hg.) 1984. *Tod und Sterben*. Berlin: de Gruyter.
- Winkler, Klaus 1997. *Seelsorge*. Berlin: de Gruyter.
- Winter, Friedrich 1976. *Seelsorge an Sterbenden und Trauernden*. 1. Aufl. Berlin: Evangelische Verlagsanstalt.
- Winter, Urs 2005. „Der liebe Gott hat es so gewollt“. Die Rolle der Religiosität bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse sowie Impulse für eine pastorale Krisenintervention: Eine pastoralpsychologische Studie. Dissertation Dr. theol. Universität Freiburg, Schweiz.
- Wirsching, Michael 1990. *Krebs - Bewältigung und Verlauf*. Unter Mitarb. von D. Beckmann u. a. Berlin: Springer.
- Wittkowski, Joachim 1978. *Tod und Sterben: Ergebnisse der Thantopsychologie*. 1. Aufl. Heidelberg: Quelle und Meyer.
- Wittkowski, Joachim 1990. *Psychologie des Todes*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Wulf, Hans (Hg.) 1974. *Gib Leben: Neue evangelische Gebete zu Leben und Tod*. 2. Aufl. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Yeagley, Larry 1993. *Trauer durchschreiten – zum Leben zurückfinden*. Ostfildern: DVG.
- Zeidner, Moshe & Endler, Norman S. 1996. *Handbook of Coping: Theory, Research, Application*. New York: John Wiley & Sons.
- Zenz, Helmuth & Manok, Gabriele 1989. *AIDS-Handbuch für psychosoziale Praxis*. Mit einem Geleitwort von Rita Süßmuth. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Ziemer, Jürgen 2000. *Seelsorgelehre: Eine Einführung für Studium und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Zöckler 1900. Hospitaliter. *Realencyklopädie für protestantische Theologie und Kirche* 8, 394-395.
- Zorn, Bärbel 1990. Stressreaktionen und soziale Kompetenz: Eine empirische Studie zum Stress- und Copingverhalten von gesunden Personen, Orthopädie- und Psychiatriepatienten. Dissertation Dr. phil. Universität München.