

„Wenn man sieht, was die Medizin heute fertig bringt, fragt man sich  
unwillkürlich, wie viele Etagen hat der Tod.“

Jean Paul Sartre

---

## **Psychosomatik**

## **Vorwort**

Die Thematik vom Tod und Sterben ist ein wichtiges Thema in vielen wissenschaftlichen Untersuchungen. Vom biologischen Standpunkt aus gibt es kaum noch Geheimnisse über den Tod und das Sterben. In vielen Kulturkreisen und bei vielen Menschen ist es jedoch emotional immer noch inakzeptabel, sowohl heute als auch gestern. Schuldsuche, verdrängte Trauerprozesse sowie Verzeihen sind Gründe, welche unter anderem bei vielen Menschen psychische Probleme auslösen können. Der heutige Mensch benutzt viele Mechanismen, mit welchen er denkt, die Angst vorm Sterben abzumildern und der Versuch „davor wegzurennen“. Mit eigenen Erfahrungen, Erkenntnissen versucht er, eine Art Formel zur Langlebigkeit zu finden. Im Kontakt mit Tod und Sterben versucht der Mensch, mit unzähligen Mechanismen sich zu wehren, mit der Identifikation, mit Abneigung, Introjektion, aber das Resultat bleibt das Selbe.

Spricht man über Sterbende, welche allein im Krankenhaus, in Altenheimen, zwischen unzähligen Apparaten sterben, so reden wir eigentlich über uns, welche mit der Angst mit dem Kontakt mit dem Tod und unserer Hilflosigkeit konfrontiert werden. In dem Moment des Sterbens bleiben sie allein, und zurück bleibt die Familie, die nahen Angehörigen, der Ehemann, die Tochter, der Sohn, die Mutter, welche danach mit vielen psychologischen Problemen und Traumen auch allein fertig werden müssen.

Der moderne Mensch mit „Besitz“ von Körper, Geist und Seele im Vergleich zum Urmensch befindet sich im technisch höchstentwickeltem Stadium der Medizin, Erkenntnissen, Wissen, aber mit der Todeskonfrontation reagiert er mit großer Angst, welche deutlich größer als die vom Urmenschen ist. Dieser Urmensch hatte weniger materiellen Besitz und weniger Bedarf nach diesem. Der Tod war allerdings für ihn nicht das Ende, sondern der Neuanfang „er kommt als Geist zurück“. Ist das vielleicht ein Ursprung vom „Glauben“ und des Jenseits? Sterben war nichts Beängstigendes und nichts Fremdes.

.

## **Gliederung**

	<b>Einleitung</b>	<b>2</b>
<b>1</b>	<b>Die moderne Medizin Fluch oder Segen</b>	<b>4</b>
1.1	Kurzfristige Lebensverlängerung	5
1.1.1	Beispiele aus der Praxiszeit einer Intensivstation	5
<b>2</b>	<b>Die Natur des Sterbens</b>	<b>5</b>
2.1	Was kommt danach	6
2.2	Nah – Tod – Erfahrungen	7
<b>3</b>	<b>Die fünf Sterbephasen nach Kübler - Ross</b>	<b>8</b>
3.1	Die erste Phase	9
3.2	Die zweite Phase	9
3.3	Die dritte Phase	10
3.4	Die vierte Phase	11
3.5	Die fünfte Phase	12
3.6	Hoffnung	13
<b>4</b>	<b>Resümee</b>	<b>13</b>
	Literatur und Quellenverzeichnis/ Abbildungen/ Bilder	14
	Erklärung	15

## **1 Moderne Medizin „Fluch oder Segen“**

Dank des rasanten medizinischen Fortschritts können heute viele Menschen am Leben erhalten werden, deren Situation noch vor 30 Jahren den sicheren Tod bedeutet hätte. Allein die Einführung der Intensivstationen in den 60er Jahren und die Systeme des modernen Rettungsdienstes und Notarztwesens in den 70er Jahren haben dazu beigetragen, dass zum Beispiel die Herzinfarktsterblichkeit um die Hälfte gesenkt werden konnte. Doch bei allen Vorzügen, kann diese Situation auch eine Problematik bewirken, die den Alltag der Mediziner und Pflegenden auf den Intensivstationen bewegt: die Frage nach dem Sinn all dieser Möglichkeiten. Was für akut kranke Menschen häufig die Lebensrettung darstellt, kann jedoch für den chronischen Kranken der vielleicht am Ende eines Lebens und manchmal auch langen Leidenswegs steht, nicht unbedingt hilfreich sein. Mit computergesteuerter Kreislaufunterstützung, hochmodernen Beatmungsgeräten und Nierenersatzverfahren wird unter Umständen eine kurzfristige Lebensverlängerung erreicht. Oftmals ist der kranke Mensch ohne die behütete, hochtechnische Umgebung der Intensivstation auf Dauer nicht mehr lebensfähig. Richtige Entscheidungen über das technische Mögliche, aber menschlich Würdige zu fällen, ist ein wichtiger Konflikt für Patienten, dessen Familie und Ärzte.

Neue Heil- und Behandlungsmethoden werden fast monatlich entdeckt, immer neue bessere Medikamente kommen auf den Markt. Genau dieses Tempo und die damit manchmal verbundenen Fehler, Risiken sind es, die moderne Medizin einer kritischen Betrachtung auszusetzen. Anlass dazu gab ein Vorfall in einem Krankenhaus in London im Jahre 2006, als eine Reihe Freiwilliger ein neues Medikament, eine angebliche Wunderwaffe gegen Multiple Sklerose getestet wurde. Die angekündigte Sensation entfiel, zum Schrecken aller beteiligten hatte eine große Zahl der Versuchsteilnehmer plötzlich mit lebensbedrohlichen Nebenwirkungen zu kämpfen. (vgl. <http://www.stern.de/gesundheit/gesundheitsnews/lebensgefaehrlicher-test-der-proband-der-studie-tgn-1412-577569.html>)

Jean Paul Sartre hat im vergangenen Jahrhundert einmal das Staunen an den Fortschritten der Medizin damit begründet, in dem er gesagt hat: „Wenn man sieht was die heutige Medizin alles fertig bringt, fragt man sich unwillkürlich wie viele Etagen hat der Tod“. (Sartre um 1950)

Das führt zu einer Erwartungshaltung die der verstorbene deutsche Neurochirurg Detlef B. Linke folgendermaßen formuliert hat: „Wie soll man mit der Tatsache sterben zu müssen seinen Frieden schließen, wenn man in immer mehr Fällen zeigen kann, dass das Leben noch zwei Jahre länger gehen kann.“ (Ethica 2002).

## 1.1 Kurzfristige Lebensverlängerung

Ist die Medizin ein Segen, wenn alte und demente Menschen mit allen nur vorstellbaren medizinischen Kenntnissen und Geräten behandelt werden? Worin liegt der Sinn? Ist es vielleicht eine Art „Forschungsdrang“ der Medizin? Ist es nicht menschenunwürdig einen Menschen am Leben zu lassen, dem mit einem schmerzlosen Tod besser geholfen wäre? (siehe Abbildung eins)

### 1.1.1 Beispiele aus meiner Praxiszeit in der Intensivstation einer Herzklinik

- Eine 83 jährige Demenzpatientin, bettlägerig, werden fünf Bypässe am Herz genäht. Da fragt man sich, ist das der Sinn der Medizin und ist das im Sinne der Patientin noch weiter leben zu können. Auch wenn man sich nicht mehr am Leben an sich beteiligen kann?
- Eine 85 jährige Patientin mit Multiorganversagen wird auf der Intensivstation weiter beatmet, sie wird auf eine Herzklappentransplantation vorbereitet. Kommentar der behandelnden Ärzte: „ Ah, die Patientin wird verlegt, zur Herzklappenverschwendung“

Es ist nicht so einfach, die Frage zu stellen, ob dass was medizinisch machbar ist, sinnvoll ist. Der hypokratische Eid verlangt, dass Krankheiten zu behandeln sind und man keine selektive Auswahl treffen darf über Leben und Sterben. Wer möchte denn die Entscheidung treffen, dass das Leben von dementen Menschen im hohen Alter so sinnlos ist, dass man sie sterben lassen kann und jegliche medizinische Versorgung unterlässt? Die amerikanische Medizin ist auf eine sehr pragmatische Ethik bezogen, nur das ist sinnvoll, was der Gemeinschaft hilft – sowohl von den Kosten als auch von der Arbeitskraft und den Belastungen für die Gesellschaft. Es gibt dazu ein Computerprogramm, welches nach Punktkriterien errechnen, wie sinnvoll eine medizinische Intervention ist und wie angebracht. Bei einem niedrigen Punktwert wird nicht mehr interveniert. (vgl: joinpoint Analysen, relative survival, z.B. SEER Stat Fact Sheet: Colon/ Rectum)

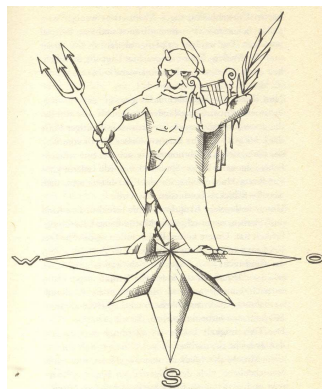


Abbildung 1. Georg Kleemann, 1978 Feig aber glücklich, S.25

## **2 Die Natur des Sterbens**

Heute sterben Menschen häufig allein in Krankenhäusern, zwischen fremden Menschen und Gerätschaften, entfernt von Menschen mit denen sie ein Leben lang verbracht haben. Diese Situation erinnert häufig an das Mittelalter und Verhaltensmuster zu geistig kranken Patienten, welche damals oft in Institutionen isoliert waren, weit weg von „der normalen Welt“, weil man zu viel Angst vor dem Kontakt mit diesen geistig Kranken hatte. Ein wichtiger Grund war Angst, dass es einen selbst treffen könnte sowie die Hilflosigkeit etwas dagegen tun zu können.

Der Tod ist aus unserem modernen Gesellschaftsleben verschwunden. Laut einer Pressemeldung der Grünen aus dem Jahre 2009 wünschen sich 80% der Menschen ein würdevolles Sterben im Kreise der Familie. Tatsächlich erleben dies jedoch weniger als 20% - die meisten Menschen sterben in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. (vgl. Dr. Klaus Witt, Trauerblockaden auflösen, Comed 11/2010). Psychologisch betrachtet entstehen negatives Zusammenwirken und Schmerz, weil Menschen davon ausgehen, dass das Erleben der Krankheit, der Vergänglichkeit und des Abschiedes nicht so sein dürfe, wie es gerade geschieht. Es wird als ungerecht und zu früh interpretiert. Sterben erfasst den ganzen Menschen mit geballter Wucht: alle Gelebte und Versäumte, alles Schöne und Bedauerliche, alles Ungelöste, alle Beziehungen und alle offenen Fragen nach dem Woher und Wohin kommen hoch. Jeder Mensch ist eine einmalige Persönlichkeit, und so ist auch jedes Sterben einmalig und individuell verschieden. Jeder Einzelne geht im Angesicht des Todes seinen ganz eigenen Weg – sowie er sein Leben lang seinen eigenen Weg gegangen ist. Dabei gibt es kein „richtiges“ oder „gutes“ Sterben, kein „falsches“ oder „schlechtes“ Sterben.

### **2.1 Was kommt danach**

Was kommt danach - das ist wahrscheinlich jenes Diskussionsthema, dass die Menschheit seit Beginn am meisten beschäftigt, besonders ab einem gewissen Alter, in dem man so etwas nicht mehr erfolgreich verdrängen, verharmlosen oder verhöhnern kann bzw. immer offener mit sich und anderen diskutieren, jedenfalls irgendwie klären muss.

Wer religiös veranlagt ist, und dies auch in Zeiten der Krise als Stütze erlebt, der hat es leichter. Er glaubt – und fühlt sich dadurch besser aufgehoben. Wer sich hier schwerer tut, aus welchem Grund auch immer, hat – wie das heute so schön trivial heißt – ein Problem. Das kann im Übrigen sehr qualvoll werden, vor allem „wenn man spürt, dass es zum Ende zu geht“.

„Das einzig Tröstliche am Tod ist, dass man dann wirklich wissen wird, was los ist“.  
(John Osborne)

Laut Freud besteht kein Nachweis unseres eigenen Todes, er geht sogar so weit, dass im tiefen menschlichen Bewusstsein keiner an den eigenen Tod glaubt, bzw. unbewusst glauben alle an die eigene Unsterblichkeit. ( vgl. Sigmund Freud: *Triebe und Triebchicksale* (1915). Psychologie des Unbewussten, Studienausgabe, Band III, Fischer, Frankfurt am Main, Sonderausgabe 2000)

Der heutige Mensch hat eine Fülle an wissenschaftlichen Entdeckungen, mit der Erkenntnis vom Sterbeprozess aus biologischem Standpunkt. Er besitzt objektive Merkmale des Momentes des biologischen Todes, das heißt, kognitiv kann er diesen Prozess verstehen, aber emotional kann er viel weniger ertragen als je.

## **2.2 Nah - Todes - Erfahrungen**

Menschen, die praktisch klinisch tot waren (z.B. nach Operationskomplikationen, Herzinfarkt, Suizidversuch, Unfall), dann aber wiederbelebt werden, berichten nach den Erkenntnissen entsprechender Befragungen unabhängig vom Alter, Geschlecht, Herkunft, Religion, Nationalität (also weltweit) über die gleichen „letzten Bilder“: über den eigenen Körper zu schweben, in einen Tunnel einzutauchen, an dessen Ende ein helles Licht wartet, von der „Lebensbilderschau“, in der innerhalb weniger Sekunden das ganze Leben vorbeizieht, sogar von Begegnungen mit Verstobenen und dem Eintritt in eine „angstfreie, zufrieden und glücklich machende Landschaft“.

Wie stellt man sich die Ursachen wissenschaftlich vor?

Ob man an so etwas glaubt oder nicht, es lohnt sich auf jeden Fall die Berichte erst einmal vorurteilsfrei zur Kenntnis zu nehmen (nach dem Vorsitzenden der Deutschen Sektion der International Association for Near- Death Studys, dem Heidelberger Psychiater Dr. Michael Schröter- Kunhardt). Letztendlich ist die Art des Todes unwichtig, sondern die subjektiv empfundene Todesnähe. Um was handelt es sich? Die Nah Todes Erfahrungen liefern die gleichen Bilder, mit gemeinsamen Grundelementen wie Tunnelerlebnisse, Landschaftsbilder und vor allem Religions- oder kulturspezifisch geprägten Situationen, Einstellungen, Erfahrungen. Man kann behaupten, dass es sich hier um eine (weltweite Massen- Hysterie oder Psychose) handelt, medienwirksam unterstützt nach individuellen Wünschen und religiösen Einstellungen untermauert (sehr religiöse Menschen empfinden dies als Bestätigung

vom Jenseits, und nicht religiöse Menschen werden nicht selten nach diesem Erlebnis „erleuchtet“ und werden fanatisch religiös).

Ein gutes Beispiel findet man in dem Film „Flatliners – Heute ist ein schöner Tag zum Sterben“.

Die meisten Kritiker stellen solche Phänomene gar nicht in Frage, sie interpretieren in die letzte Instanz, dass dies biochemischer Natur ist. Die Kritiker sehen die Ursache in der Mangeldurchblutung und der damit verbundenen geringeren Sauerstoffversorgung des Gehirnes (Zerebrale Hypoxie). Das nächste Erklärungsmodell der Wissenschaftler sieht in Halluzinationen die Ursache, vergleichbar mit bestimmten Rauschgiftarten wie LSD oder ähnlichen. Eine wichtige Rolle spielen auch die körpereigenen Opiate (Endorphine), welche im akuten Fall vom Gehirn in den Körper eingeschleust werden. Man muss hier nicht erwähnen, dass hier ein noch sehr hoher Forschungsbedarf ist. Was auf jeden Fall positiv zu bezeichnen ist, ob mit oder ohne religiösem „Zurückkehren“, ist die Abnahme der Angst vor dem Tod, weil der Glaube an ein Leben nach dem Tod (individuelle Erkenntnis) mit dem körperlichen Ende nicht vorbei ist.

„Wir sterben viele Tode, solange wir leben. Der letzte ist nicht der Bitterste.“ (Karl Heinrich Waggerl)

### **3 Die fünf Sterbephasen**

Die fünf Sterbephasen nach der Schweizer Psychiaterin und Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross sind gar nicht so „exotische“ Phänomene, die nur Sterbende betreffen. Man kann dies auch im Alltag beobachten, natürlich in einer abgeschwächten Form, wie z.B. beim Verlust des Geldbeutels oder Schlüssels. Beim Verlust der geliebten Person (Trennung, Scheidung) aber auch der Verlust der Arbeit erleben wir die sogenannte Trauerphase.

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

- Nicht wahrhaben wollen
- Zorn
- Verhandeln
- Depression
- Zustimmung



Wie lange diese Phasen dauern, variiert von Mensch zu Mensch. Vor allem die Reihenfolge, die sie durchlaufen müssen.

### 3.1 Die erste Phase: Das nicht wahr haben wollen

Jeder Mensch ist nach dem Erhalt einer schrecklichen Nachricht erst einmal schockiert. Es paralyisiert uns, das kann doch nicht wahr sein, ich doch nicht- das sind die Gedanken. Der Erkrankte, der seine Diagnose z.B. Krebs erhalten hat, hält es erst vielleicht für einen Irrtum. Das geht doch nicht- ich fühle mich doch nicht krank. In der Regel beginnt das Doktor - Hopping, unzählige Untersuchungen, alternative Diagnosen werden eingeholt, um alles zu klären, dass es nicht wahr ist, dass alles nur ein „Versehen“ ist. Dieses Verhalten ist als ein Schutz für die Seele zu sehen, welcher uns vor dem emotionalen Zusammenbruch bewahren soll. In erster Linie kann dieser Schritt hilfreich sein, um auf langer Sicht das „Undenkbare“ doch anzunehmen. Dieser Zustand dehnt sich über die gesamte Dauer der Erkrankung – über das Fortschreiten der Erkrankung oder einen Rückfall aus. Aus therapeutischer Sicht ist es wichtig, diese erste Phase des nicht wahr haben wollen, als „normale Reaktion“ des Patienten zu akzeptieren. Vielleicht würden wir gern den Patienten „wach rütteln“ und ihm einfach die unzähligen weiteren Untersuchungen zu ersparen, und die Behandlung endlich zu beginnen. Das ist aber nur die therapeutische Sicht. Es ist vielleicht für uns logisch, aber in dieser Phase zählt die Logik nicht. Einige wenige Betroffene halten in dieser Phase fest.

Tabelle 1 Merkmale der Phase Eins

<b>Typische Merkmale</b>	<b>Typische Äußerung</b>	<b>Empfohlenes Verhalten</b>
Schock/ Leugnen/	Nein nicht ich Ich kann es nicht glauben	Abwarten Halt geben
Suchen nach dem „Strohalm“ Im Kreis denken	Gedanken kreisen um die Diagnose Ohnmacht/ Trancezustand	Geduld haben Versuchen zu verstehen

### 3.2 Die zweite Phase: Zorn

Aus der Sicht der Therapeuten ist diese Phase die anstrengendste aber gleichzeitig auch die bedeutsamste Phase. Der Patient rebelliert in dieser Phase an allem und an jedem. Dabei lässt er unbewusst den „Druck“ ab, wird laut, um das Ventil zu öffnen, dieses braucht der Patient um ihn zu entlasten. Oft tut dieses „Ventil öffnen“ dem Patienten sehr gut. In dieser Phase sind Vorwürfe an alles was schuld sein könnte die Tagesordnung. Kompliziert und Nerven aufreibend wird es, wenn der Kranke einfach

nur nörgelig ist, wenn man es ihm nie recht machen kann, und er ständig unterschwellige Andeutungen macht, und er mit seinem provokanten Verhalten volle Aufmerksamkeit verlangt.

Als Therapeuten kennen wir folgende Situation aus der Praxis:

Sie kommen gut gelaunt morgens in ein Patientenzimmer, sie spüren, dass der Patient in einem sehr schlechten emotionalen Zustand ist. Er fordert sie auf, mir geht es sehr schlecht- tun sie was. Er projiziert seine „schlechte Laune“ auf uns Therapeuten. Hier ist eine besondere Pflege und Schutz für uns Therapeuten das Wichtigste. Nicht, in dem wir uns von kranken Menschen abwenden, sondern in dem wir gut lernen, zwischen unseren Gefühlen und denen anderer zu unterscheiden. Grundsätzlich sollte dies in unserem Alltag integriert werden.

Tabelle 2: Merkmale der Phase Zwei

<b>Typische Merkmale</b>	<b>Typische Äußerung</b>	<b>Empfohlenes Verhalten</b>
Wut, Zorn, Hass	Alles geht mir auf die Nerven Ich traue keinem mehr	Vorwürfe nicht persönlich nehmen Zornausbrüche nicht werten, aktiv zuhören
Verbitterung, Selbstklage	Ich halte mich an keine Vorschriften, ich tue was ich will	Zuwendung statt Isolation Gesagtes ernst nehmen, aber nicht persönlich nehmen

### 3.3 Die dritte Phase: Verhandeln

Kübler – Ross beschreibt, dass diese Phase meist nur recht flüchtig sei. Es könnte den Eindruck wecken, dass der kranke Mensch sich mit seiner Krankheit abgefunden hat. Er wirkt ruhiger, gelassener und aktiver. Er beginnt zu verhandeln mit „Gott“ und der Welt. Wenn ich nur noch die Taufe meiner Enkelin erleben kann, dann werde ich mit der Chemotherapie beginnen. Eventuell wird hier der Glaube an Gott erneut geweckt, und mit den Gängen zur Kirche wird direkt mit Gott verhandelt. Es tauchen immer weitere attraktive Ziele auf, an welche der Kranke unbedingt teilhaben möchte. Die Entscheidung zur Operation oder Chemotherapie wird aber weiter nach hinten geschoben, um mehr Zeit zu haben. Es könnte ja ein Wunder geschehen. In dieser Phase ist die Meinung von uns Therapeuten nicht so stark gefragt.

Tabelle 3: Merkmale der Phase drei

<b>Typische Merkmale</b>	<b>Typische Äußerung</b>	<b>Empfohlenes Verhalten</b>
Hoffnungsvoll	Ich nehme alle Behandlungen auf mich: wenn ich noch...	Hoffnungen lassen, keine unrealistischen Illusionen wecken
Aktiv, umgänglich	Ich werde mich an alle Vorschriften halten Wenn ich noch einen Sommer lang leben darf!	Äußerungen ernst nehmen. Positive Stimmungen unterstützen

### 3.4 Die vierte Phase: Depression

In dieser Phase entstehen große ansteckende Gefühle, welche sich bewusst oder unbewusst auf uns Therapeuten projizieren. Der kranke Mensch wirkt in dieser Zeit traurig, klagt oft. Er wirkt starr und weint viel, er spürt immer mehr Angst. In dieser Phase verstehen beide Seiten angesichts des bevorstehenden Todes, besser und verständnisvoller miteinander umzugehen. Kübler – Ross unterscheidet zwei Blickwinkel in dieser Phase:

- a) Depression als Reaktion auf die wahrgenommenen Verluste. Verlust körperlicher Integrität, Verlust von beruflichen Chancen und dadurch Verlangen nach Nachholbarem in „gesunden Tagen“ – Reisen in der Rente, mehr Zeit mit den Kindern verbringen, wenn ich nur weniger Arbeit wird, habe ich mehr Zeit – das waren Wünsche vor der Erkrankung- und dies macht depressiv. Nun ist dies Illusion- keine Realität mehr. Kranke Menschen haben hier einen sehr hohen Mitteilungsbedarf. Sie möchten diese Trauer loswerden und ausdrücken.
- b) Die vorbereitende Depression, wie Kübler- Ross sie benennt wird gekennzeichnet durch eine ruhige Form des Trauerns. Der kranke Mensch isoliert sich immer mehr und hat weniger Mitteilungsbedarf. Kübler – Ross empfiehlt hier für den Patienten noch stärker da zu sein, und gemeinsam die Tränen auszuhalten.

Tabelle 4: Merkmale der Phase vier

<b>Typische Merkmale</b>	<b>Typische Äußerung</b>	<b>Empfohlenes Verhalten</b>
Trauer, Tränen	Ich schaue zurück, es wird mir bewusst, was los ist	Trauer zulassen Körperkontakt, Da sein, Ruhe vermitteln
Angst, Sinnfrage, Lebensbilanz	Ich habe keine Zukunft mehr. Ich möchte meine Glaubensfrage klären.	Keine Wertung der Lebensbilanz Respekt vor der individuellen Form des Abschiednehmens.

### 3.5 Die fünfte Phase: Zustimmung

Nicht alle todsterbenskranken Menschen erreichen die fünfte Phase. Wenn allerdings der Mensch diese fünfte Phase erreicht hat, beginnt die „letzte Ruhe vor der langen Reise“. Der Kampf ist vorbei. Nun hat der kranke Mensch seine Zustimmung gegeben, dass sein Leben zu Ende geht. Es erweckt den Anschein, dass Patienten sich hier in einem gefühllosen, ruhigen Zustand befinden. Der Blick geht in eine andere Richtung, und der Mensch ist kaum noch gesprächsbereit. Angehörige und Therapeuten sind nur noch stille Teilnehmer. Schweigen als Kommunikation. Vielleicht gelingt es Angehörigen- wenn auch unter Schmerzen- eine Art von Erlaubnis zu erteilen, dass er jetzt gehen darf.

Tabelle 5: Merkmale der Phase fünf

<b>Typische Merkmale</b>	<b>Typische Äußerung</b>	<b>Empfohlenes Verhalten</b>
Friedlicher Zustand	Ich mache mir keine Sorgen mehr.	Letzte Wünsche festhalten
Erschöpfung	Ich möchte keine Besuche mehr. Ich wünsche mir einen Besucher, der still bei mir ist. Der Tod ist nicht mehr mein Feind, er ist mein Lehrmeister.	Großes Einfühlungsvermögen, da sein, Hand halten Religiöser Beistand

### **3.6 Hoffnung**

Trotz allem ist in allen Phasen stets auch Hoffnung anwesend. Vielleicht gibt es doch Hoffnung auf Heilung, ein Wunder passiert doch täglich – den anderen. Warum nicht mir!

Für uns Therapeuten, die es doch besser zu wissen meinen, schwer einen objektiven Standpunkt zu erhalten. Die Hoffnung zu verstärken wäre hier falsch, diese aber zu ignorieren, ist noch fataler. Es geht darum, Hoffnung zu zulassen.

Vielleicht ist der sterbende Mensch schon zum Gehen bereit, aber die Familie klammert häufiger an ein Wunder. Als Therapeut gilt es in der Phase nur noch zu zuhören, nicht mehr.

### **4 Resümee**

Die moderne Medizin hat natürlich eine technische und eine wirtschaftliche Seite – mit all den Schattenseiten und Nachteilen, die das mit sich bringt, wie das Streben nach maximalem Profit. Andererseits fließt genau dieser Profit in die Forschung und Entwicklung neuer Medikamente. Und überall, wo Neues entsteht, werden Fehler gemacht, und dies nicht nur in der Medizin. Ein viel wichtigerer Kritikpunkt scheint jedoch die Fixierung der modernen Medizin auf technologischer Ebene zu sein. Der Mensch wird immer häufiger als Funktionswerk gesehen, immer weniger als fühlendes, lebendes an die Umwelt anpassendes Wesen. Der Focus aufs Ganze wird hier oft verzerrt, aus der Forschung wird die Persönlichkeit immer mehr isoliert und gleichzeitig wird vergessen, dass viele Zivilisationskrankheiten zu großen Teilen durch unsere Lebensweise und eben diese Persönlichkeit entstehen können. Damit die negativen Folgen möglichst gemindert werden, ist gesellschaftlich eine neue Kultur des Leben und Sterben gefordert, in der möglichst früh das Bewusstsein für die eigene Vergänglichkeit geschaffen wird. Die auf jeden Menschen zukommende Wahrheit soll durch eine frühe Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und Tod, durch Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten geregelt werden. Diese Auseinandersetzung soll Berührungängste und Gesprächsbarrieren abbauen, Ärzte und Therapeuten entlasten, Trauern erleichtern und Schmerz leichter überwinden zu helfen.

*„Gerade wenn man soweit ist, anfangen zu können, muss man sterben“*

*(Immanuel Kant)*

## **Literaturverzeichnis und Quellenverzeichnis**

Joinpoint Analysen, relative survival, SEER Stat Fact Sheet: Colon/ Rectum

Dr. Klaus Witt, Trauerblockaden auflösen, Comed 11/2010

Sigmund Freud: Triebe und Tribschicksale (1915). Psychologie des Unbewussten, Studienausgabe, Band III, Fischer, Frankfurt am Main, Sonderausgabe 2000

Elisabeth Kübler-Ross: Interviews mit Sterbenden. Droemer Knaur. Auflage  
Erscheinungsdatum: Februar 2001.

Elisabeth Kübler-Ross: Über den Tod und das Leben danach. Silberschnur .  
Erscheinungsdatum: 2002.

Elisabeth Kübler-Ross: Erfülltes Leben, würdiges Sterben. Gütersloher Verlagshaus  
Erscheinungsdatum: Januar 2004

## **Zitate**

„Wenn man sieht...“ Jean Paul Sartre

„Wie soll man mit der Tatsache sterben...“ Detlef B. Linke

„Das einzig Tröstliche am Tod...“ John Osborne

„Wir sterben viele Tode...“ Karl Heinrich Waggerl

„Gerade wenn man soweit ist...“ Immanuel Kant

## **Internetverzeichnis**

„Der Stern“ Zeitschrift

<http://www.stern.de/gesundheit/gesundheitsnews/lebensgefaehrlicher-test-der-proband-der-studie-tgn-1412-577569.html>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1. Georg Kleemann, 1978 Feig aber glücklich, S.25

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 Merkmale der Phase Eins

Tabelle 2 Merkmale der Phase Zwei

Tabelle 3 Merkmale der Phase Drei

Tabelle 4 Merkmale der Phase Vier

Tabelle 5 Merkmale der Phase Fünf