

Elisabeth Kübler-Ross

Sterben als menschlich- psychologisches Geschehen

Es wurde schon viel darüber geschrieben,¹ daß unsere sterbenden Patienten während ihrer Endkrise mehr Kontakt nötig haben. Da die medizinische Wissenschaft Fortschritte gemacht und der Lebensspanne der Menschen weitere Jahre hinzugefügt hat, stehen wir vor neuen, schwierigeren menschlichen Problemen, denken wir etwa nur an die Fragen der Lebensverlängerung und der Euthanasie sowie an die Rechte des Patienten in bezug auf diese Entscheidungen.

In ihrer ausgezeichneten Schrift «Last Rights»² bemerkt Marya Mannes: «Finde die Antwort oder werde einfach weggerafft!» Wir versuchten denn auch, die Antwort zu finden, als wir vor ungefähr acht Jahren mit unsern Seminarien über den Tod und das Sterben begannen. Den Anstoß dazu hatten einige Theologiestudenten gegeben, die einen Aufsatz über die Krisen im Menschenleben zu schreiben hatten. Sie wählten das Sterben als die größte Krise, der der Mensch entgegenzusehen hat. Als ich um meine Mitarbeit ersucht wurde, beschlossen wir alsbald, solche zu befragen, die direkt in dieser Krise stehen: sterbende Patienten selbst. Dies führte zu einer Reihe von Interviews mit todkranken Patienten und schließlich zu einem einjährigen Kurs über «Tod und Sterben», der für Medizin- und Theologiestudenten, Krankenschwestern, Sozialarbeiter und Angehörige anderer Fürsorgeberufe gedacht war.

Wir baten sterbenskranke Patienten, unsere Lehrer zu sein. Sie wußten es zu schätzen, daß sich jemand um sie interessierte, und da sie Verlangen nach menschlichen Kontakten und Kommunikation hatten, waren sie gern bereit, uns behilflich zu sein. Wir interviewten Hunderte von Patienten, die sich im Endstadium befanden, auf einem sich in gleicher Richtung erstreckenden Befragungsfeld. Unmittelbar darauf diskutierte ein interdisziplinäres Team das Interview, um uns mit unseren eigenen Reaktionen vertraut zu machen, damit wir mit unseren Ängsten und Konflikten beim Anblick dieser Patienten zurechtkämen.

Der vorliegende Aufsatz faßt einige der Haupteinsichten der von diesen sterbenden Patienten erteilten Antworten kurz zusammen.

Obwohl die Ärzte und das Pflegepersonal gegen unser Vorhaben eingestellt waren und oft sogar behaupteten, auf ihren Stationen gebe es keine Todkranken, atmete der Patient selbst jeweils auf, wenn wir mit unserer Bitte an ihn herantraten. Viele von ihnen waren erbot über die «Verschwörung des Schweigens»; sie beklagten sich darüber, daß man ihre Lage nicht offen und ehrlich mit ihnen bespreche und daß sie infolgedessen nicht «ihr Haus bestellen» könnten.

Wir waren sehr beeindruckt davon, daß sie sich bewußt waren, dem Tod nahe zu sein, und daß sie uns anzugeben vermochten, wann der Tod eintreten werde. Ich möchte deshalb betonen: Patienten wissen um das Herannahen des Todes auch dann, wenn sie über den Ernst ihrer Erkrankung nicht in Kenntnis gesetzt wurden. Ferner ahnen meiner Erfahrung nach selbst kleine Kinder, die «abgeschirmt» werden von Eltern und Pflegepersonen, die dem bevorstehenden Tod des Kindes nicht entgegenzublicken vermögen, ebenfalls, daß ihr Tod bevorsteht.

Sterbenskranke machen gewisse Anpassungsreaktionen durch, die ich die Stadien des Sterbens nenne. Selbstverständlich durchlaufen nicht alle Patienten diese Stadien und auf alle Fälle nicht immer in der gleichen Reihenfolge. Im allgemeinen jedoch reagieren die meisten Patienten, Erwachsene mehr als Kinder, zunächst mit Schrecken und Ablehnung. Sie glauben, «dies werde nur dir und dir, nicht aber mir passieren». Ja, weniger als ein Prozent unserer Patienten, die bis zu ihrem Tod im Stadium des Sich-Sträubens verharrten, brachten es über sich, uns zu sagen, sie wüßten, daß ihnen der Tod bevorstehe. Solche Patienten bedienen sich jedoch einer Symbolsprache, um uns dieses Bewußtsein mitzuteilen. Eine junge, von ihrem Mann verstoßene Frau, die drei vorschulpflichtige Kinder hinterließ, vermochte dieser grausamen Realität nicht entgegenzusehen und war überzeugt, Gott habe sich ihrer angenommen und sie geheilt. Wenige Tage vor ihrem Sterben saß ich schweigend bei ihr und hielt ihre Hand; da flüsterte sie plötzlich: «Hoffentlich werden dann, wenn meine Hände erkalten, warme Hände wie die Ihren sie halten!» Unseres Erachtens sprach diese Patientin von ihrem bevorstehenden Sterben, indem sie einfach darum bat, daß während der letzten Stunde ihres Lebens ein lieber Mensch bei ihr sei. Eine Sozialarbeiterin brachte unsere Un-

fähigkeit, dem Tod eines Patienten ins Auge zu sehen, wunderschön zum Ausdruck; sie berichtete von ihrem ersten, sie tief beeindruckenden Besuch bei einem sterbenden Mann ihres Alters: «Ich wußte, daß er mit mir zu sprechen wünschte, doch suchte ich immer abzulenken, machte einen kleinen Scherz oder eine ausweichende, beruhigende Bemerkung, die danebengehen mußte. Der Patient war wissend, und auch ich war wissend, doch als der Kranke meine Angst verspürte, behielt er das, was er mit einem andern Menschen teilen wollte, für sich ..., und so starb er, ohne mich in Verlegenheit zu bringen ...»

Ein Todkranker fühlt bald heraus, wer imstande ist, mit ihm zu sprechen. Er hält sich an die Spielregeln und schweigt sich aus gegenüber solchen, die der Wirklichkeit nicht ins Auge zu blicken vermögen. Alle unsere Patienten waren imstande, uns drei entscheidende Dinge zu verstehen zu geben: *wann* sie der Hilfe bedürfen, *von wem* sie betreut sein wollen, und *was* sie nötig haben. Wenn ein Todkranker sagt: «Setzen Sie sich, bitte», so wünscht er, daß wir *jetzt* etwas Zeit für ihn aufbringen, und nicht erst morgen, denn morgen könnte es zu spät sein. Sterbenskranke entscheiden sich auch, mit wem sie sich über ihre letzten Anliegen aussprechen wollen. Wir können und sollten unsere Dienste ihnen nicht aufdrängen. Daran wurde ich lebhaft gemahnt anlässlich einer meiner letzten Besuche bei einer sterbenden Frau mittleren Alters, bevor ich das Universitätsspital verließ. Weil es mir selbst daran gelegen war, wiederholte ich an jenem Tag zweimal meine Runden, um mich vor meiner Abreise meiner todkranken Patienten anzunehmen. Die betreffende Patientin beeindruckte mich durch ihre tiefe Traurigkeit und ihr Unvermögen, irgendein besonderes Anliegen zum Ausdruck zu bringen. Ich verließ sie mit dem deutlichen Gefühl, mein Besuch sei unerwünscht. Als ich wenige Stunden später zurückkehrte, lag zu meinem Erstaunen ein zufriedenes Lächeln auf ihrem Antlitz. Ich fragte sie, was sie in eine andere Stimmung versetzt habe, und erhielt zur Antwort: «Wissen Sie, heute nach dem Mittagessen ist meine Lieblingsschwester zu mir gekommen. Sie war sonst immer so schrecklich professionell. Heute mittag aber trat sie zu mir herein und stand an das Ende meines Bettes, ohne etwas zu sagen oder zu tun. Da bemerkte ich plötzlich, wie Tränen über ihre Wangen rollten. Sie wurde verlegen und huschte hinaus.» Schier ungläubig fragte ich sie: «Und das ist alles, was Sie gesehen haben?» «Ja», gab sie zur Antwort, «wissen Sie, sie war

immer meine Lieblingsschwester. Ich mußte sicher sein, daß sie mich gern hat.» Dies zeigt, daß keine andere Person des Spitalpersonals dieser Patientin eine bessere Hilfe hätte sein können als diese «Lieblingsschwester», die, ohne ein Wort zu sagen, ihr ihren Kummer und ihr Mitleid zu zeigen vermochte und so ihre liebende Sorge zu verstehen gab.

Wenn ein Patient, der zwischen Leben und Tod schwebt, einen Mitmenschen hat, der imstande ist, mit ihm über realistische Kernfragen zu sprechen, so bringt er selbst es über sich, seine widerspenstige Haltung aufzugeben, und macht dann oft ein Stadium des Mißmuts und der Verdrossenheit durch. Er kritisiert dann Ärzte, Schwestern, Besucher, das Essen, die Behandlung und die Untersuchungen. Er bringt es oft auf meisterhafte Weise zustande, uns schuldbewußt zu machen und zu verärgern, und fällt so gerade dann, wenn er unserer Hilfe am meisten bedarf, noch mehr der Isolation und Einsamkeit anheim. Wir müssen uns bewußt sein, daß seine Verärgerung oft einfach ein Aufschrei ist: «Warum gerade ich?» Wenn wir es lernen, seinen Ärger nicht auf uns selbst zu beziehen, sondern eher als Ausdruck seiner Angst zu verstehen, sind wir ihm vielleicht behilflich, seine Verdrossenheit zum Ausdruck zu bringen, statt daß wir ihn schelten und ihn damit «bestrafen», daß wir ihn noch mehr isolieren und uns ihm entziehen. Vielleicht die schwierigsten Patienten sind die eben erst Erwachsenen, die ihr Leben kaum begonnen haben und denen nun «ihre Zukunft genommen» wird. Allzuoft wünschen wir ihnen «gute Besserung», obwohl wir wissen, daß es mit ihnen nicht gut steht. Allzuoft sprechen Eltern und Freunde mit ihnen über Zukunftsprojekte, die sich nie verwirklichen werden. Der Patient ist sich im klaren ... und wir selbst sind uns im klaren, doch weil wir selbst uns etwas vormachen wollen, ist der Patient zu müde und zu verdrossen, um das Spiel weiterzuspielen. Er zieht sich deshalb zurück, wird einsilbig und macht seinem Mißmut Luft gegenüber jedem, der sein Zimmer mit einem Lächeln oder einem energischen Auftreten betritt. Alle diese Leute bringen ihm ja Dinge in Erinnerung, die er nun langsam aufgeben muß.

Die Familienmitglieder machen den gleichen Ärger durch und fragen Gott vielleicht: «Warum läßt du meinem Kind das zustoßen?» Man sollte gar nicht zu sagen brauchen, daß wir sowohl den Mißmut der Patienten als auch den der Familienmitglieder akzeptieren sollten. Wir sollten ihnen behilflich sein, ihrem Ärger Luft zu machen,

selbst wenn dieser sich auf das Personal oder Gott verlegt. Wenn wir diesen Menschen Verständnis entgegenbringen, statt über sie den Stab zu brechen und sie zu etikettieren, wird es uns vielleicht gelingen, sie zum nächsten Stadium hinüberzuleiten, zum Stadium des Verhandeln. Während dieser Etappe macht der Patient einen ruhigen, ergebenen Eindruck, wie wenn er im Frieden wäre. Es ist gut zu wissen, daß dies bloß eine vorübergehende Waffenruhe ist. Der Patient ist nun imstande, mit dem zu rechnen, was auf ihn zukommt, doch fleht er (für gewöhnlich zu Gott), es möge ihm noch ein wenig Zeit geschenkt werden, «seine unerledigten Geschäfte zu erledigen».

Dies ist für das Pflegepersonal und die Familienglieder die letzte Chance, um ihnen behilflich zu sein, ihr Haus zu bestellen, ein Testament abzufassen, für die Kinder zu sorgen, die sie zurücklassen. Dies ist auch die Zeit, in der der Patient wünscht, eine Reise zu machen, von der er lange geträumt hat, oder einen immer wieder hinausgeschobenen Besuch bei Freunden nachzuholen. Wenn das Verhandlungsstadium vorbei ist, tritt der Patient in das Depressionsstadium ein. Zuerst grämt er sich über erlittene Verluste, spricht über den Verlust eines Herzens, einer Anstellung oder beklagt sich einfach darüber, daß er nicht daheim bei seiner Familie sein kann. Dann hört er auf, sich auszusprechen, und tritt in die Periode des schweigenden vorbereitenden Kummers ein, worin er sich über künftige Verluste zu grämen beginnt. Während dieser Periode stillen Grams bekommen die gesunden Menschen in seiner Umgebung Probleme. Wir ertragen schweigenden Kummer schlecht, und wir geben einem jammernenden Menschen zu oft die oberflächliche Antwort: «Hab guten Mut!»

Es ist merkwürdig, daß wir es einer Witwe gestatten, ein Jahr lang zu trauern über den Verlust eines lieben Menschen, doch wenig Mitgefühl aufbringen, wenn ein Mensch jammert, der doch trotz allem dem bevorstehenden Verlust von allem und jedem, was er geliebt hat, mutig entgegenblickt. Wir ermuntern unsere Patienten, zu jammern, und sind ihnen behilflich, während dieser Zeit der innern Loslösung und Entsagung nicht unmännlich verzagt zu sein. Wir respektieren ihren Wunsch, daß die Besuche reduziert und die Laboruntersuchungen auf ein absolutes Minimum beschränkt werden, und wir ermöglichen es ihnen, wenn es irgendwie angeht, daheim zu sterben und nicht in einem Spital.

Wenn wir die Bedürfnisse unserer Patienten akzeptieren und nicht unsere eigenen Wünsche auf sie projizieren (das Verlangen, ihr Leben um jeden Preis zu verlängern, uns an einen sterbenden Gatten zu klammern und ihn implizit zu bitten: «Stirb mir nicht weg!»), wird der Sterbende bald in das Endstadium der Ergebung eintreten. Er ist nun ohne Furcht und Angst, hat oft nur geringen Schmerz und äußert seinen Gleichmut einfach durch einen stillen Händedruck, indem er etwa sagt: «Meine Stunde ist ganz nahe, und es ist gut so.» Tolstoi wußte vielleicht um diese Ergebung, als er von den letzten Momenten des Iljitsch sagte: «Statt des Todes war ein Licht da», und Iljitsch ausrufen ließ: «So also ist es. Welche Freude!» Und dann ein letztes Murmeln: «Es ist zu Ende, der Tod ist vorbei ...»

Jeder, der mit seinen Patienten durch dieses dunkle Tal geschritten ist, hat dieses hohe Gefühl des Friedens und vielleicht sogar der Vollendung erlebt. Wenn unsere Kranken aus diesem Leben scheiden, so erleben auch wir, das Pflegepersonal, dieses Gefühl des Friedens und der Vollendung, wenn wir imstande gewesen sind, diese Patienten vom Anfangsstadium des Sich-Sträubens durch die Perioden der Prüfung und des Mißmuts, durch die Zeiten des Weinens und Jammerns zu diesem abschließenden Gefühl des Sieges und der Ergebung zu begleiten.

Schließlich wird niemand besser als der sterbende Patient selbst uns aus unserer eigenen Furcht heraushelfen und dazu gelangen lassen, daß wir, schon Jahre vor unserem eigenen Sterben, uns in Hoffnung mit unserer Begrenztheit abfinden. Dies ist ihre Gabe an uns, wenn wir sie in dieser Zeit der Krise nicht im Stiche lassen.

¹ E. Kübler-Ross, *On Death and Dying* (MacMillan, New York 1969); E. Kübler-Ross, *Questions and Answers* (MacMillan, New York 1974) (im Druck).

² Bei William Morrow, New York 1974 (im Druck).

Übersetzt von Dr. August Berz

ELISABETH KÜBLER-ROSS

geboren 1926 in Zürich. Sie studierte an der Universität Zürich Medizin und promovierte 1957. Sie war an verschiedenen Institutionen im Fachbereich Psychiatrie tätig: an der Universität Chicago, an den Spitälern der Universität Chicago, an der Schule für Medizin der Universität Colorado, am Zentrum für Familienhilfe und geistige Gesundheit des South Cook County (Illinois). Sie ist internationale Beraterin für Sterbende und ihre Familien, Psychiater, Schriftstellerin und Dozentin.