

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform „Polyloge“

Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit

Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliothherapie, Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten,
Biographiearbeit, Kreativitätstherapien [Musiktherapie], Kulturprojekte
(Peer Reviewed)

Begründet 2015 von *Ilse Orth* und *Hilarion G. Petzold*
herausgegeben mit *Elisabeth Klempnauer*, *Brigitte Leeser* und *Chae Yonsuk* für
„Deutsche Institut für Poesietherapie, Bibliothherapie, Sprachkultur
und literarische Werkstätten“
an der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“ (EAG) in Verbindung mit der
„Deutschsprachigen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie“ (DGPB)

Thematische Felder:

Poesietherapie – Poesie – Poetologie

Bibliothherapie – Literatur

Kreatives Schreiben – Schreibwerkstätten

Biographiearbeit – Narratologie

Narrative Psychotherapie – Musiktherapie

Intermethodische und Intermediale Arbeit – Kulturarbeit

1972 – 2022 > 50 Jahre FPI und 40 Jahre EAG > Integrative Therapie, Agogik,
Kulturarbeit und Öko-care

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen, Heilkraft der Sprache ISSN 2511-2767

Ausgabe 07/2025

Integrative Therapie und ihr Ansatz in der Sterbebegleitung

Inge Leßner-Wittke *

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold*, *Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc*), Hückeswagen. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>.

EAG Weiterbildung „Integrative Soziotherapie“. Betreuerin/Gutachter: *Ulrike Mathias-Wiedemann, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold*.

Vorwort

1. Theorieelemente zur Anthropologie der Integrativen Therapie
- 1.2. Das Ko-respondenzmodell im anthropologischen Kontext
- 1.3. Konfluenz - Kontakt - Begegnung - Beziehung – Bindung
 - 1.3.1. Konfluenz
 - 1.3.2. Kontakt
 - 1.3.3. Begegnung
 - 1.3.4. Beziehung
 - 1.3.5. Bindung (Abhängigkeit)
- 1.4. Persönlichkeitsmodell
- 1.5. Identität / 5 Säulen der Identität
 - 1.5.1. Der Leib
 - 1.5.2. Der soziale Leib
 - 1.5.3. Arbeit und Leistung
 - 1.5.4. Materielle Sicherheit
 - 1.5.5. Werte
- 1.6. Ziele
 - 1.6.1. Ermöglichung von Grundvertrauen
 - 1.6.2. Identität finden/erhalten/fördern
 - 1.6.3. Begegnungsfähigkeit finden/erhalten/fördern
2. Sterbebegleitung in der IT
- 2.1. Sterben
- 2.2. Krankheitslehre
 - 2.2.1. Defizit/Störung/Trauma/Konflikt
 - 2.2.2. Archaische Regression
 - 2.2.3. Archaische Retrofektion
 - 2.2.4. Archaische Anästhesierung
 - 2.2.5. Archaische Spaltung
- 2.3. Formen der Sterbebegleitung
 - 2.3.1. Sterbebegleitung
 - 2.3.2. Krisenintervention
 - 2.3.3. Thanatopsychotherapie
- 2.4. Setting
- 2.5. Ziele der Sterbebegleitung
 - 2.5.1. "Adaption und kongruentes Sterben" (*D. Barton, 1977*)
 - 2.5.2. Elemente der prozessualen Diagnostik
 - 2.5.2.1. Problem- und Konfliktanalyse

- 2.5.2.2. Lebensweltanalyse
- 2.5.2.3. Kontinuumsanalyse
- 2.5.2.4. Ressourcenanalyse

- 2.6. "reowning - als zielführende Strategie"
 - 2.6.1. Aneignung der Lebensspanne
 - 2.6.2. Aneignung von Welt
 - 2.6.3. Aneignung von Leiblichkeit
 - 2.6.4. Aneignung der zwischenmenschlichen Beziehung
 - 2.6.5. Aneignung und Bekräftigung der Wertewelt

- 2.7. Die therapeutische Beziehung in der Sterbebegleitung
 - 2.7.1. Übertragung und Gegenübertragung in der Sterbebegleitung
 - 2.7.2. Widerstände und Abwehr in der Sterbebegleitung

- 2.8. Integratives mediales Vorgehen

- 3. Beispiele im Begleitungsprozess
 - 3.1. Ausgangssituation
 - 3.1.1. Nottaufe
 - 3.1.2. Praktische Lebenshilfe
 - 3.1.3. Halten und Loslassen
 - 3.2. Abschlussüberlegungen zu den Begleitungen

- 4. Biographisches "Blitzlicht"
 - 4.1. Erfahrungen in New York
 - 4.2. Kindheit und Jugend
 - 4.3. Studium und Weiterbildung
 - 4.4. Weiterbildung in Gemeinde und Krankenhaus

- 5. Standortbestimmung
 - 5.1. Theologisch - anthropologische Überlegungen
 - 5.2. "Anschlussfähigkeit"
 - 5.3. Abschlussüberlegungen
 - 5.3.1. "Literaturunterstützung"
 - 5.3.2. "Einsichten" für die Sterbebegleitung
 - 5.3.3. "Klagemauer"

Zusammenfassung/Summary
Literaturverzeichnis

Dank

Vorwort

„Auf seiner Urlaubsreise kommt ein Tourist in ein Kloster. Bei der Besichtigung zeigt ihm einer der Mönche die Räume, auch die persönliche „Zelle“.
Der Besucher spricht erstaunt: „Sie haben ja gar keine Möbel!“ „Sie doch auch nicht“ antwortet der Mönch. „Nein, ich bin ja auch nur auf der Durchreise „meint der Gast. „Ich auch!“ gibt der Mönch zu bedenken. (Quelle unbekannt)

Wir sind Durchreisende möchte ich im Anschluss an diese kleine Geschichte meinen und gerade beim Schreiben dieses Beitrages wird mir wieder bewusst, wie sehr ich „unterwegs“ bin, je und je versuche meinen Standort zu bestimmen, zu verändern, zu suchen, um ihn erneut an einem anderen Ort zu finden. Wir sind Reisende - Durchreisende – Unterwegsseiende, offen für neue Begegnungen und Ereignisse auf unserem Weg. Und dies ist es wohl, was mich bis heute fasziniert an der *Integrativen Therapie*. Ich schätze die Offenheit dieser Wegorientierung, die eben Orientierung bietet, aber nicht festschreibt, sondern selbst in Bewegung bleibt, in Mehrdimensionalität, Vielfalt, dem menschlichen Leben als „Körper-Seele-Geist-Subjekt im sozialen und ökologischen Kontext und im Kontinuum individueller Biographie und kollektiver Geschichte.“ (Petzold 1974; 1984) Rechnung trägt. Es bleibt eine Wegsuche und Sinnsuche und es ist immer ein gemeinsamer Weg, der gesucht wird. denn ich lebe wahrhaftig nicht allein auf dieser Welt und bin nicht die „Macherin“ meines Lebens, sondern in Interaktion gewinnt Leben Identität und ist zugleich Geschenk.

Und hier wird bereits deutlich an welchen Punkten ich mich bei der eigenen Standortbestimmung dem Modell der *Integrativen Therapie* anschließen kann und wo Differenzen „aufblitzen“. Wohl gerade in den Übergängen menschlichen Lebens, in den Krisen erweist sich, Differenzerfahrung und Verbundenheit. So auch in der Bearbeitung meines Themas.

Im Folgenden möchte ich die für mich relevanten Ansätze der *Integrativen Therapie* und Sterbebegleitung bzw. Thanatotherapie skizzieren, wie sie von H. Petzold und J. Sieper, später von Ina Spiegel-Rösing und Kurt Lückel u.v.a. in die Fachliteratur eingegangen sind. Ich kann hier nicht eine umfassende Darstellung der *Integrativen Therapie* und Sterbebegleitung geben, sondern beziehe mich auf die theoretischen Grundzüge, die für mich grundlegend sind, für meine Praxis, als Pastorin - Krankenhausseelsorgerin.

Ich werde sodann drei Beispiele aus Begleitungsprozessen anführen, um zu verdeutlichen, wie sich meine pastorale Arbeit mit der *Integrativen Therapie* in Sterbebegleitung vereinbaren lässt, ohne dabei die unterschiedlichen Seiten von religiösem *Weggeleit* und psychologischer/ psychosozialer *Begleitung* zu übersehen.

Im Schlussteil möchte ich unter Berücksichtigung einiger biographischer "Blitzlichter" eine Standortbestimmung versuchen und über "Anschlussfähigkeit" von Theologie und Psychologie, Seelsorge und Psychotherapie nachzudenken. Dies mit Unterstützung einiger Literatúrauszüge, um letztlich eigene "Leiteinsichten" für die Sterbebegleitung zu formulieren, wie ein konkretes Beispiel von kreativem Umgang mit Trauer in der Klinik an den Schluss der Arbeit zu setzen.

Diese Arbeit versteht sich als ein Beitrag auf der "Durchreise" durch die fast unübersichtlich gewordene Literatur zum Thema Sterben, Tod und Trauer und dem Versuch einer eigenen Standortbestimmung auf meiner persönlichen "Lebensreise".

1. Theorieelemente zur Anthropologie der Integrativen Therapie

Die anthropologische Grundformel der *Integrativen Therapie* (im Folgenden als IT abgekürzt) lautet: „Der Mensch ko-existiert im Zeitkontinuum als Körper-Seele-Geist-Subjekt in einem sozial und ökologischen Kontext. In der Verschränkung mit diesem Kontext und in der Einbettung in dieses Kontinuum gewinnt er seine Identität: im Kontakt, der Berührung und Grenzziehung zugleich.“ (*Petzold, 1980e*).

H. Petzold gibt seine naturwissenschaftliche Definition von

„...‘**Körper**‘ als die Gesamtheit aller physiologischen Prozesse, also der biologischen und chemo-elektrischen Prozesse und dem in ihnen erfolgten Lernen (z.B. des Immunsystems). ...

„...‘**Psyche**‘ für die Psychotherapie wird verstanden...als die Gesamtheit aller Emotionen, motivationalen und volitiven Prozesse und den in ihnen erfolgten Lernerfahrungen (z.B. Ausbilden emotionaler Stile)... . Die Seele umschließt Antriebe, Motivationen, Gefühle und die Willensdimension des Menschen.“ ...

„...‘**Geist**‘ als die Gesamtheit aller kognitiven bzw. mentalen Prozesse, ihrer Lernerfahrungen und ihrer Lernergebnisse (z.B. kognitive Stile) und Inhalte... .

Geist ist nicht nur Prozess, sondern dieser Prozess bringt Gedankengebäude, Philosopheme, Denksysteme hervor.“ (*Petzold, 1997*)

Diese Triade „Körper-Seele-Geist“ wird „Leib“ genannt.

Dieser „Leib“, der Mensch, diese je eigene Existenz ist zugleich Existenz mit anderen und erkennt, versteht nur mit anderen die Welt, ja entwirft sie kreativ, ko-kreativ für sich und mit und für andere. Der Mensch ist von dieser Doppelstruktur her gekennzeichnet. Er ist Selbstheit und Zugehörigkeit zugleich. Zugehörigkeit meint, die Inter-Subjektivität, das Sein als „mit-Sein“. Der Mensch „weiß um seine subjektive Einmaligkeit als biologisches Ereignis und als Zeitgestalt, um seine intersubjektive Verbundenheit, darum, dass er Mensch nur als Mitmensch ist (Buber, Marcel), wenn er sich selbst im Spiegel anderer Gesichter und Herzen erkennt.“ (Petzold, 1984)

Und Zugehörigkeit meint zugleich das Eingebundensein in die Welt.

Der Mensch „'ist nicht, in die Welt geworfenes Dasein' (Heidegger), sondern er ist auf die Welt hin gerichtet (etre-au-monde, Merleau-Ponty 1964). ... Im individuellen Leben artikuliert sich in einmaliger und unverwechselbarer Form ein Aspekt der Menschheit, der evolutionären Dynamik, der Welt." (Petzold, 1984)

Unter dieser Perspektive werden Anthropologie und Kosmologie verbunden.

Zugehörigkeit, Menschsein ist immer Mit-Menschsein. Wir sind einander verbunden (ob wir das wollen oder nicht), wir finden uns vor in dieser Existenz, die immer schon verbunden ist mit dieser Welt. Wir sind aus Erde gemacht, der Materie dieser Welt.

" Verbundenheit (religio) als Grundverfaßtheit menschlichen Daseins bietet im Hinblick auf die Dimensionen, die uns die moderne Makro- und Mikrophysik und die Biologie erschließen, Möglichkeiten der Transzendenz, die nicht weltenthoben ist, aber eben gerade deshalb unendlich.“ (Petzold 1984)

1.2. Das Ko-respondensmodell im anthropologischen Kontext

„Der integrative Ansatz ist in dem anthropologischen und kosmologischen Axiom gegründet, dass sein Sein, Mit-Sein, Ko-existenz ist, und vertritt die ontologische Position: Sein, ens, being ist Bewegung, Mit-Bewegung, commotilite, und niemals losgelöst von einem Lebenszusammenhang, einem lebens- und sozialweltlichen Bezug... . (Petzold 1993)

„Wichtige Prinzipien und Konzepte (des Ko-respondenzmodells) seien noch einmal in Thesenform zusammengestellt:

1. Alles Sein ist Mit-Sein (*Koexistenzaxiom*) – Petzold (1980g)
2. Alles fließt (*heraklisches Prinzip*) – Petzold, Sieper (1988b)
3. Lebensprozesse vollziehen sich in beständigem Wandel (*metamorphosis*) unter Konditionen von Diskontinuität und Regelmäßigkeit (*Metamorphoseprinzip, Kontinuitäts-/Diskontinuitätskonzept*) – idem (1990b)

4. Der Mensch ist Körper-Seele-Geist-Subjekt im sozialen und ökologischen Umfeld. Leibsubjekt und Lebenswelt sind in primordialer Ko-respondenz miteinander verschränkt (*anthropologische Grundposition*) idem (1974k/1988n,92)
5. Der Leib in seinen unbewussten Strebungen und als wahrnehmende Bewusstheit ist immer auf anderes bezogen (*Intentionalitätskonzept*) – Merleau-Ponty (1945) (Kommutilitätskonzept) – dieses Buch S. 1339ff.
6. Der Mensch ist auf den Mitmenschen gerichtet. Er wird zum Menschen durch den Mitmenschen und bleibt Subjekt durch Intersubjektivität (*Consorsprinzip, Intersubjektivitätsprinzip*) – Petzold (1980g)
7. Identität wird durch attributierende und wertende Interaktionen gewonnen (*Identitätskonzept*) – idem (1984i)
8. Wirklichkeit ist pluriform, in sich mehrdeutig und erfordert Mehrperspektivität und eine transversale Vernunft (*Polymorphieprinzip*) -idem (1990o)
9. Nichts kann ohne seinen spatiotemporalen Zusammenhang, wie er in einem gegebenen Hier-und-Jetzt zugänglich wird, sinnvoll begriffen werden (*Kontext/Kontinuumprinzip, perspektivisches Hier-und Jetzt-Prinzip*) idem (1981e)
10. Sinn ist immer Sinn mit anderen und anderem (*Konsensprinzip*) – idem (1978c)
11. Die konsensuelle Bestätigung der primordialen Koexistenz ist Grundlage von Integrität. Für ihre Gewährleistung gilt es, in „engagierter Verantwortung“ einzutreten (*Integritätskriterium*) – idem (1990n)
12. Das Gesamt von Wirkungen ist (mehr und) etwas anderes als die Summe von Teilwirkungen. Durch das Zusammenspiel von Verschiedenem entsteht Neues (*Synergieprinzip, Konzept der Kokreativität*) – idem (1971k,1990b) Iljine (1990)“ (Petzold 1993)

Diese Grundprinzipien des Ko-respondenzmodells sind untrennbar mit der menschlichen Existenz verbunden. Die primordiale Ko-respondenz ist der Austauschprozess zwischen Mensch und Lebenswelt, ist Seins-Weise und die Intersubjektivität ist die spezifisch menschliche Weise von Ko-respondenz, die sich ausdrückt, handelt, neues schafft und sich erinnert, eben zwischen Menschen und Lebenswelt im Austausch geschieht.

So entwickelt der Mensch ein Bewusstsein, eine Bewusstheit von sich selbst und dem „Anderen“, wird Einheit und Differenz erfahren. Ohne den „Anderen“ gibt es kein „Ich“. Unsere Leiblichkeit ist das gemeinsame in dieser Welt-Sein.

Wir stehen in Beziehung zu unserer Mit-Welt, sind auf sie bezogen, besonders gerichtet auf unseren Mitmenschen. Können nicht überleben ohne ihn.

Wir finden uns vor und finden uns selbst durch und mit dem Anderen, in Interaktion.

So entwickelt sich Identität. Wir sind miteinander verbunden und setzen uns dennoch auseinander, versuchen die komplexe Wirklichkeit zu erfassen, haben eine gemeinsame, unmittelbare Sprache („Körpersprache“) und eine mittelbare „Sprache“ (Symbolik). „Diese zweite, nur den Menschen eigene Kommunikationsform mit Hilfe von Symbolen durchdringt jeden unserer Kontakte. Wir können sowohl ko-agieren (zusammen handeln) wie viele Tiere auch. Außerdem können wir auch ko-respondieren „zusammen sprechen, zusammen denken“. (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach 1993) Findet Begegnung und Auseinandersetzung im direkten und ganzheitlichen Sinn statt, wird über ein Thema Annäherung versucht, ist dies der Prozess der Sinnfindung, der immer ein Versuch der gemeinsamen Sinnfindung ist, so konstituiert sich Konsens.

Ko-respondenz ist also immer Prozess, ist Interaktion zwischen einzelnen oder Gruppen über ein Thema, dessen Ziel die Erschließung von Sinn als Konsens ist und wenn möglich zur Kooperation führt, zum gemeinsamen Handeln. „Voraussetzung für Ko-respondenz ist die wechselseitige Anerkennung subjektiver Integrität, die durch Konsens bezeugt wird und sei es nur der Konsens darüber, miteinander auf der Subjektebene in den Prozess der Ko-respondenz einzutreten“. (Petzold, 1993)

Interaktion setzt die Integrität des je eigenen und des anderen Subjekts voraus.

In welchen Modalitäten nun Ko-respondenz sich vollzieht und welche Strukturelemente dazu helfen soll näher betrachtet werden.

„Primordiale Ko-respondenz ist eine Modalität unserer Existenz in der und mit der Welt.

Intersubjektive Ko-respondenz ist eine Modalität sinn- und handlungsorientierter zwischenmenschlicher Koexistenz. Beide Modalitäten erfordern unmittelbaren Kontakt, Begegnung, Beziehung und führen zu unmittelbaren Erfahrungen von Konsens, Kooperation, Kokreation.“(Petzold 1993)

Auf die Strukturelemente: Konfluenz - Kontakt - Begegnung - Beziehung soll im Folgenden eingegangen werden, weil sie „als zentrales Paradigma heilenden Handelns“ (Petzold 1988) in der IT gelten.

Und dies meint das Handeln im Lebensalltag als auch in der therapeutischen Situation.

1.3. Konfluenz – Kontakt- Begegnung – Beziehung – Bindung

1.3.1. Konfluenz

"Konfluenz wird als Ausdruck der primordialen Verbundenheit verstanden, in der sich der Mensch in der intrauterinen Phase erlebt." Hier vollzieht sich das „Drama der Evolution“ noch einmal. „... der heranwachsende Mensch (ist) noch völlig in der Lebenswelt verwurzelt. Er ist mit ihr über den Leib der Mutter verbunden.“

In dieser vitalen Zwischenleiblichkeit und Koexistenz wurzelt das „Grundvertrauen“, das nicht in der Mutter-Kind-Dyade „sozialisiert“ wird, sondern als je Mitgegebenes verstanden werden muss (*Petzold 1982a*). ...

„Weil es im primordialen Milieu, d.h. in der Leiblichkeit des Menschen selbst, wurzelt, ist es kaum möglich, es grundsätzlich zu beschädigen oder gänzlich zu zerstören, so dass sich eine Chance bietet, selbst bei schwerkranken Patienten über die leibliche Kommunikation zu diesem Bereich einen Zugang zu gewinnen, von dem dann heilende Entwicklungen ihren Ausgang finden können.“ ...

" Das Eingebettet sein in primordiale Konfluenz ist ... etwas „Gegebenes“. Die leibliche Erfahrung der Allverbundenheit setzt eine Sehnsucht nach einem Verbunden-Sein (religio, vergl. *Jantsch 1976*), die – vielleicht – eine bedeutsame Wurzel religiösen Strebens ist, auf jeden Fall aber den Menschen antreibt, auch in seinem späteren Leben Konfluenzerfahrungen zu suchen: im positiven Sinne z.B. im Spiel, im Liebeserleben, im gemeinsamen Orgasmus, im Tanz, in der Musik, im Betrachten einer Landschaft, etwa des Meeres, mit dem man in einem „ozeanischen Gefühl“ (*Freud*) verschmelzen kann, und in besonderer Weise in meditativen Erfahrungen; in negativer Hinsicht in der Spielleidenschaft, im Rauscherlebnis durch Alkohol und Drogen, in destruktiven Ekstasen, z.B. bei Prognomen, in malignen Regressionen, psychotischen Zuständen, aber auch in „notorischen“ Übertragungen und kollusiven Partnerbeziehungen.“ (*Petzold 1986*)

Die Qualität der Ablösung als Prozess der Differenzierung- „Differenz zwischen dem mütterlichen und dem eigenen Körper...durch die Kontakterfahrungen, der ersten Lebensmonate..., bis dass das Leib-Selbst sich über eine unbestimmte Wahrnehmung des Geschiedenseins hinaus durch ein sich entwickelndes Ich als eigenes sieht und erkennt." ... Die Auflösung der Konfluenz in Kontakt als Möglichkeit der Abgrenzung, Ausgrenzung und damit Differenzierung wird demnach konstitutiv für die Ausbildung einer komplexen Persönlichkeit...“ (*Petzold 1986*).

1.3.2. Kontakt

„Die Kontaktfähigkeit ist eine Grundqualität des Körpers. Sie wurzelt in der Physiologie des menschlichen Organismus. Die perzeptive Ausstattung des Körpers, des „totalen Sinnesorgans des Leibes“, stellt beständig Kontaktereignisse bereit. Der Körper berührt und wird berührt – in einem.“ (Petzold, 1986) Und er grenzt sich ab und wird abgegrenzt – in einem. Kontakt geschieht „mitbewusst“, kann aber durch Fokussierung des Bewusstseins (awareness) ins Bewusstsein (consciousness) treten.

Kontakt wird durch kognitive Prozesse interpretiert und zugleich wird er von früheren Kontaktereignissen bestimmt. „Wenn also Kontakt im unmittelbaren Hier - und - Jetzt geschieht (und nur dort), so wird er von der Geschichtlichkeit des Leibes, vom „informierten Körper“, d.h. den in seinen Archiven ruhenden Sedimenten von Kontakterfahrungen, mitbestimmt.“

Dennoch ist der Mensch „...keineswegs nur ein, Organismus. Die Organismus-Metapher (Herzog 1984) führt anthropologisch in die Irre, und die vordergründige schöne Metapher von der 'wisdom of the organism' reduziert den Menschen auf eine Amöbe, die sich homöostatisch reguliert“ (Petzold, 1986)

Im differenzierten Schema des Kontaktverhaltens der IT wird deutlich, dass der Mensch wahrhaftig nicht nur ein Organismus ist, sondern fähig ist, sich zwischen Isolation und totaler Konfluenz zu bewegen. Es ist ihm möglich positive Konfluenz, jetzt als erwachsener Mensch, zeitlich zu begrenzen und Trennung in Ich und DU zu vollziehen.

„Die Paradoxie des Kontaktes besteht darin, dass er Berührung und Abgrenzung zugleich ist und damit die Möglichkeit für Begegnung und Beziehung grundlegt, die es erforderlich machen, in aller Nähe auch die „Fremdheit im anderen“ (Adorno) anzuerkennen. ...

Die Differenzierung von empathischen Vorgängen, wie einseitiger, positiver Konfluenz (Mutter zum Kind/ Therapeut zum Patienten), die stets die Möglichkeit des Rückzuges - Restabilisierung der Ich-Grenzen –des anderen impliziert, als auch die Möglichkeit der beiderseitigen, positiven Konfluenz, die eben zeitlich begrenzt werden kann und ein abgegrenztes Ich und Du voraussetzt.

Von pathologischer Konfluenz kann gesprochen werden, wenn die Ich-Grenze nicht mehr stabilisiert werden kann, so dass es zu einseitigen, bemächtigenden Bindungen kommt..., in der eine Person an eine andere fixiert ist und in sie einzudringen sucht. In der pathologischen Konfluenz können Prozesse der Restabilisierung hin zum Kontakt oder zur Abgrenzung nicht vollzogen werden. Dies kann bis zur Isolation, die keinen Kontakt mehr möglich macht, führen.

Diesen unterschiedlichen Modalitäten des Kontaktverhaltens kommt in der IT eine hohe Bedeutung zu, sie helfen Übertragungs- und Abwehrformen zu identifizieren und ermöglichen eine biographische Zuordnung, um wenn möglich zu einem nicht projektiven Kontaktverhalten zu kommen, wie es für Korrespondenzprozesse, für intersubjektive Beziehungen, kennzeichnend ist. (*Petzold, 1986*).

1.3.3. Begegnung

„Begegnung setzt ein, wenn so viel an Subjekthaftigkeit ausgebildet ist, dass über das Wahrnehmen und Erkennen ein Erfassen möglich ist, in dem der andere als Subjekt – d.h. im Hier-und-Jetzt über den Moment des Hier-und-Jetzt Kontaktes hinaus – in seiner Geschichtlichkeit zugänglich wird, bei gleichzeitiger Bewusstheit der eigenen Subjektivität und des Faktums, dass diese auch vom anderen erfasst wird. So entsteht Intersubjektivität aus Wechselseitigkeit (mutualite) der Empathie.“ ...

„Begegnung ist ein wechselseitiges empathisches Erfassen im Hier-und-Jetzt geteilter Gegenwart, bei dem die Begegneten im frei entschiedenen Aufeinanderzugehen ganzheitlich und zeitübergreifend ein Stück ihrer Geschichte und ihrer Zukunft aufnehmen und in einen leiblichen (d.h. körperlich-seelische-geistigen) Austausch treten, eine Berührtheit, die ihre ganze Subjekthaftigkeit einbezieht. Begegnung ist also ein Vorgang, in dem sich Intersubjektivität lebendig und leibhaftig realisiert.“ (*Petzold, 1993*)

So sind Begegnungen „existentielle Kontakte“ (*Buber 1973*), die mir den anderen, selbst in seiner Fragmenthaftigkeit, in seinem Wesen für einen Moment eröffnen. „Durch die Intensität des Kontaktes weist eine Begegnung immer über die beiden Beteiligten hinaus auf die Beziehung zu allen Menschen und zur Welt: In einer Begegnung mit einem Menschen sind alle meine Möglichkeiten zur Beziehung enthalten.“ „... Im Moment der Begegnung sind beide PartnerInnen radikal gleichwertig (aber durchaus nicht gleichartig). Begegnungen vollziehen sich unabhängig von sozialer Position, vom Geschlecht, von der Erfahrung und vom Alter.“ (*Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach, 1993*) Aber sicher nicht unabhängig von Orten der Begegnung, der sozialen Situation und je eigenen Sozialisation. Sich unter den jeweiligen Bedingungen als „freie“ Menschen zu begegnen ist die Fähigkeit des Menschen zur Intersubjektivität, die dem anderen die Würde zuspricht, die ich selbst für mich in Anspruch nehme.

1.3.4. Beziehung

„In der Begegnung hat sich ein Kontakt vertieft und entfaltet – für eine Zeitlang in einer gegebenen Hier-und-Jetzt-Situation. In der Beziehung ist Dauer und Verlässlichkeit hinzugekommen, die Möglichkeit, in Kontakt zu treten, Begegnungsereignisse zu suchen und zu finden, sich aber auch zurückzuziehen, ohne dass es zu einem Abbruch kommt.“ (*Petzold, 1993*) Dauer und Verlässlichkeit sind ohne die Dimension Zeit nicht zu erfassen. und Beziehung lässt sich nicht reduzieren auf ein Hier-und-Jetzt Begegnungsideal.

Das Moment der Unverbindlichkeit, welches auch in der Begegnung stets gegeben ist, wird hier aufgegeben.

Es bleibt die Freiheit des Menschen gewahrt, eben auch zur Beziehung hin.

“Beziehung ist die in die Dauer getragene Begegnung, eine Kette von Begegnungen, die neben gemeinsamer Geschichte und geteilter Gegenwart eine Zukunftsperspektive einschließt, weil die frei entschiedene Bereitschaft vorhanden ist, Lebenszeit miteinander in verlässlicher Bezogenheit zu leben.“ (*Petzold, 1993*)

1.3.5. Bindung

„Bindung entsteht durch die Entscheidung, seine Freiheit zugunsten einer freigewählten Gebundenheit einzuschränken und eine bestehende Beziehung durch Treue, Hingabe, und Leidenschaft mit der Qualität der Unverbrüchlichkeit auszustatten.“ (*Petzold, 1993*)

Bindung ist mehr als ein Band der Verbundenheit. Es ist die freiwillige Entscheidung mit dem je einen Menschen (in der Ehe/Lebenspartnerschaft, Elternschaft, ...) unauflöslich verbunden zu bleiben. Bindung ist mehr als Beziehung, sie erfordert „Beziehungsarbeit“ und dies über die Lebensspanne hin. Sie ist nie abgeschlossen, wie alle Entwicklung von Identität nicht abgeschlossen ist, sondern sich ebenso als „Life span developmental approach“ erweist.

„Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung (*Petzold 1986h*) sind Beziehungsmodalitäten, die menschliches Miteinander bestimmen. Auch wenn sie als eine Entfaltung im entwicklungspsychologischen Prozess gesehen werden müssen, geht keine der vorgängigen Möglichkeiten in den nachfolgenden unter, sondern bildet einen konstitutiven Bestandteil des jeweils höheren Relationsmodus.“ (*Petzold, 1993*)

Nicht zufriedenstellend erscheint daher ein Kontaktmodell, ja ein Begegnungskonzept, das diese Modalitäten von Beziehung und Bindung umgeht oder nicht genügend berücksichtigt. Dies geschieht in einer Reduktion auf das Hier-und-Jetzt-Konzept oder auch in der verordneten Haltung einer „distanzierten Abstinenz“ Beziehung.

Es erscheint nach *Petzold* „selektive Offenheit“ und „partielles Engagement“ (*Petzold* 1970c,1980g) gefordert. „Im Ansatz *Ferenczis* oder der Integrativen Therapie sind deshalb die Modalitäten Beziehung und Bindung unverzichtbar. Wir können nicht beim Kontakt oder bei der Begegnung stehen bleiben und den ganzen Reichtum zwischenmenschlicher Relationalität, wie er in den Differenzierungen unserer Sprache zum Ausdruck kommt, negieren.“ (*Petzold* 1993)

Die Differenzierung des Kontaktverhaltens, wie dargestellt, geht einher, bzw. ist untrennbar mit der Entwicklung der Persönlichkeit verbunden.

„Aus der archaischen Konfluenz der frühen Mutter-Kind-Dyade bildet sich das Kontaktvermögen, die Fähigkeit, Differenzen wahrzunehmen, heraus.

Es wächst zur Begegnungsfähigkeit durch die Tätigkeit des Ich, dass das Du wahrnimmt, am Du wächst und schließlich zur Beziehungs- und Bindungsfähigkeit findet.

Beziehung ist an das Erleben von Antizipation und Retrospektion gebunden, d.h. aber an die Möglichkeit, Identität miteinander zu leben, sie zu verwirklichen und zu entfalten.

Damit verbunden ist auch die Möglichkeit das soziale Miteinander leben zu können.“ (*Petzold*, 1993)

Im Folgenden möchte ich kurz auf das Persönlichkeitsmodell der IT eingehen, besonders auf die Entwicklung der Identität und die fünf Säulen der Identität betrachten, im Hinblick auf die Möglichkeiten supportiv arbeiten zu können.

1.4. Persönlichkeitsmodell

IT versteht als Grundlage der Persönlichkeit den Körper, als

Leib-Selbst: primäre Struktur: „archaischer Leib“ mit der Fähigkeit zur Wahrnehmung, zur Reaktion und zur Speicherung von Informationen. Eine matte Wahrnehmung ist vorhanden, die sich im Laufe des Säuglingsalters entwickelt, eben mit der Weiterentwicklung der motorischen, sensorischen, emotionalen und kognitiven Reifung...“ von einer unspezifischen Bewusstheit des Existierens, einem vagen Gewahrseins „seine selbst“ bis zu einem klaren ICH-Bewusstsein...“

Ich: sekundäre Struktur: ...“ Das Ich wird aus der

Wahrnehmungstätigkeit der primären Struktur, des archaischen Leib-Selbst geboren. Das Ich ist die Gesamtheit unserer Aktivität und Emotionalität. Es kann sich selbst erkennen, reflektieren :“Ich schaue in den Spiegel und erkenne mich selbst.“

Identität: tertiäre Struktur: „...Als höchste Leistung gebiert das Ich die tertiäre Struktur, die Identität. Ich und Identität sind spezifische Artikulationen des Selbst. Dieses wird durch sie entfaltet und reicher. Die Persönlichkeit ist voll entwickelt, wenn ein funktionsfähiges, Ich, eine prägnante Identität, auf der Grundlage eines stabilen, sich entfaltenden und ausgeformten Selbst aufgebaut wurde, das in diesem Prozess vom archaischen zum integrierten Selbst herangereift ist.“ (*Petzold, 1993*)

„Selbst, Ich und Identität sind prozessual zu verstehen. Sie werden nicht als einmal entstanden, relativ statische Größen (Instanzen) begriffen, sondern als lebendige, prozessuale Synergien ...persönliche Souveränität konstituieren... .

Es handelt sich um eine Modellvorstellung von Persönlichkeit, die es dem Subjekt nahe legt und dabei zu unterstützen versucht, bei aller Prozessualität und Komplexität der modernen Lebenswelt, sich selbst vertraut zu bleiben und kompetent zu navigieren... .“ (*Schuch, 2001*)
Schädigungen dieser Größen können auftreten, wenn sich die Lebensverhältnisse bedrückend verändern, z.B. durch Erkrankung, Trennung, Arbeitslosigkeit, Stigmatisierung, Traumatisierung.

Zur Persönlichkeitsentwicklung, gehört das anthropologische Axiom der Bezogenheit, das Grundvertrauen, als primordiale Verbundenheit mit der Welt und es ist entscheidend, wie dieses Grundvertrauen verstärkt und bewusst erlebt wird, um zu einer Grundlage verantwortlichen Lebens und Handels – mit- den Menschen und mit- der Welt zu werden. Kommt es zu Störungen, entfremdenden Erfahrungen dieses Grundvertrauens, kann eine feindliche Lebenshaltung ausgelöst werden.

Da sich personale Identität aber nur in Begegnungen und Auseinandersetzungen mit der Mit-Welt entwickeln kann, kommt der Qualität dieser Beziehung entscheidende Bedeutung zu. Psychische Erkrankungen, verstanden als Verletzung der Identität und Integrität von Menschen, wurzeln in defizitären, gestörten und traumatisierten Beziehungserfahrungen.

Menschliches Leben und Reifen geschieht nicht aus sich selbst, sondern wird eben in Bezogenheit realisiert.

Dies impliziert, dass Identität sich eben nur in der Verbundenheit mit der zeitlichen, sozialen und ökologischen Dimension des Kontextes konstituiert.

IT definiert das Leib-Selbst, als die Grundlage des Ich, und das Ich wird verstanden als die Gesamtheit aller Funktionen des Wahrnehmens, des Denkens, Fühlens und Handelns.

Identität wird als bedeutendste Leistung des Ich gesehen.

Petzold formuliert, dass ein Mensch seine Identität gewinnt, indem er sich „in leibhaftigem Wahrnehmen und Handeln auf dem Hintergrund seiner Geschichte als der erkennt, der er ist (Identifikation), und indem er von den Menschen seines relevanten Kontextes als der erkannt wird, als den sie ihn sehen (Identifizierung).“ (*Petzold*, 1984)

Identität vollzieht sich also in der Dialektik von Identifikation und Identifizierung und ist stets eingebettet in den sozialen und ökologischen Kontext, im Zeitkontinuum. Jeder Mensch ist einbezogen in das Zeitkontinuum und ist doch zugleich ausgegrenzt, begrenzt in seiner Lebenszeit.

Petzold erstellt ein heuristisches Modell der Stützen der Identität, wie es vor allem für die Einschätzung der Belastung und Gefährdung eines Menschen in einer akuten Krisensituation hilfreich und notwendig ist. Er spricht von den fünf Säulen der Identität, die der Stabilisierung und Sicherheit der menschlichen Existenz dienen, also ebenso Säulen des Supports genannt werden können.

1.5. Fünf Säulen der Identität

1.5.1. Der Leib

Da ist der Leib, als die tragende Säule der Identität. Der Leib ist die Grundlage aller Wahrnehmungen, allen Handels. „Seine Integrität, seine Gesundheit und Leistungsfähigkeit sind Voraussetzungen und Garant eines klaren Identitätserlebens. Sein Abbau, seine Verletzung, sein Zerfall bedeutet Bedrohung der Identität.“ (*Heinl/Petzold* 1980)

Anfang und Ende, Geburt und Tod, unsere ganze Existenz ist durch den Leib bestimmt.

„Ich bin mein Leib“, sagt *G. Marcel* (1978, 48) (*Ladenhauf, K.* 1988)

oder anders gesagt: I am somebody ! und nun nicht irgendwer, sondern Ich bin jemand in einem ganz besonderen Kontext, zu einer ganz bestimmten Zeit.

1.5.2. Der soziale-Leib

Existenz heißt immer Existenz in Beziehungen, mit anderen. „Ich brauche den anderen für meine Selbstverwirklichung, und ich bin wiederum für die ihre notwendig. Die Kehrseite: Mit jedem Menschen, der aus meiner Umgebung stirbt, stirbt auch ein Teil von mir. Die zweite Säule der Identität ist der soziale Kontext, der zu mir gehört und dem ich zugehöre.“ (*Lückel, 1981*)

In der IT wird diese zweite Säule auch das soziale Netzwerk genannt oder nach Moreno das „soziale Atom“ (*Moreno 1947*). „Das „soziale Atom“ wandelt sich im Laufe des Lebens, es nimmt zu, wird reicher und nimmt dann zum Alter hin ab, so dass Moreno (*ibid*) vom „Social Death“ spricht wenn ein Mensch sich nicht mehr in seinem sozialen Zusammenhang identifizieren kann und keine Identifizierungen mehr erhält.“ (*Petzold, 1984*)

1.5.3. Arbeit und Leistung

Identität findet der Mensch in seiner Arbeit. Menschen identifizieren sich durch ihre Arbeit und Leistung und werden durch sie identifiziert. Gerade in der aktuellen Situation, dem Problem der Arbeitslosigkeit wird deutlich, wie sehr Menschen in unserer auf Leistung orientierten Gesellschaft als unnützlich oder „nichts mehr wert“ gelten. Der Wert und die Würdigkeit eines Menschen drückt sich eben auch durch seine Arbeit und Leistung aus. „Da der Verlust des Arbeitsplatzes vielfach auch die Säulen des sozialen Netzes und der materiellen Sicherheit tangiert, kann diese Dimension der Identitätsstützung gar nicht zuviel Bedeutung beigemessen werden.“ (*Ladenhauf, 1988*)

1.5.4. Materielle Sicherheiten

Das Geld, nicht nur auf der Symbolebene für das Leben steht, sondern die materielle Sicherheit, die ökonomischen Ressourcen zugleich benennt und damit das identitätstragende Gefühl des Selbstwertes bestimmt, ist gerade in unserem Kulturkreis bedeutend.

Der Verlust von Unterstützung im ökonomischen Bereich wirkt besonders in Krisensituationen verschärfend.

Armut im Alter oder auch Armut in der Krankheit wirkt mehr als belastend und „ist ein wichtiger Faktor für die Reduktion und den Abbau prägnanter Identität.“ (*Petzold, 1984*)

1.5.4. Werte

Die fünfte Säule der Identität meint die eigenen, persönlichen Wertvorstellungen, Ideologien und auch religiöse Überzeugungen, die zugleich mit anderen geteilt werden.

„Der Bereich der Werte hat für die Identität eine tragende Funktion, besonders wenn die anderen Identitätssäulen beeinträchtigt oder beschädigt sind. Werte haben in der Regel eine hohe Enttäuschungsfestigkeit und einen überdauernden Charakter, da sie meistens immer mit der Existenz von Wertgemeinschaften verbunden sind, aus denen direkt oder virtuell Identifizierungen kommen.“ (Petzold, 1984)

Bei dem bisher Genannten, habe ich versucht Theorieelemente der IT zu skizzieren, habe mich auf die für mich relevanten Themen reduziert und entsprechend versucht das Menschen- und Weltbild der IT zu verdeutlichen.

Mit den anthropologischen Überlegungen, den genannten Strukturen des Ko-respondenzmodells, wie des Persönlichkeitsmodells gehen Ziele und Inhalte der therapeutischen Arbeit einher, die ich im Folgenden als übergeordnete Ziele bezeichnen möchte, um sodann auf den Arbeitsbereich der Sterbebegleitung der IT zu kommen.

Dabei gehe ich davon aus, dass es keine wertfreie Psychotherapie gibt. Werte haben etwas mit den Zielen therapeutischer Arbeit zu tun und es erscheint mir wichtig, diese Ziele vorab zu benennen, um der Klarheit, der Transparenz willen, die ebenso als ein therapeutisches Ziel genannt werden kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ziele der therapeutischen Arbeit der IT auf deren Anthropologie basieren, dem Menschenbild, als Körper – Seele – Geist – Organismus. Der Mensch als Ganzheit, „einzigartig“ und verbunden mit dem „Drama der Evolution“, individuell besonders und doch nur im sozialen und ökologischen Kontext existierend, auf den Mit-Menschen bezogen und in die Verantwortung zur Mit-welt gerufen, zur „kreativen Veränderung“ zur gemeinsamen Sinnsuche.

„Da der ganze Mensch in seinem gesamten Umfeld gemeint ist, kann Therapie nicht auf „Psychotherapie“ beschränkt bleiben, sondern sie ist in gleichem Maße: Körpertherapie, Nootherapie und Sozialtherapie. Und sie bezieht sich auch nicht nur auf pathologische Phänomene, ist also nicht nur von einem Bild des kranken Menschen bestimmt – sondern basiert auf einem Konzept von Gesundheit, dem es über alles „Reparative“ hinaus darum geht, persönliches Wachstum zu fördern.“ (Petzold, 1980/ Lückel 1981)

1.6. Ziele

1.6.1. Ermöglichung von Grundvertrauen

Grundvertrauen als sozialisierte Qualität der menschlichen Existenz, in der wir vom anderen berührt werden und den anderen berühren können.

„Wo immer therapeutische Beziehung dieses Grundvertrauen gegenwärtig setzen kann..., ist Heilung möglich. Sie ist das wesentliche Ziel therapeutischer Arbeit,...

das Erleben von Mit-Sein zu wecken, zu ermöglichen, zu vertiefen und zu bekräftigen.“

(Lückel, 1981)

1.6.2. Identität finden/erhalten/fördern

Identität zu finden und zu fördern, gehört zu den obersten Zielen der therapeutischen Arbeit. Die „fünf Säulen der Identität“ zeigen ein Identitätskonzept, das den gesellschaftlichen Gegebenheiten Rechnung trägt, das Entfremdungserscheinungen aufdeckt und helfen kann, die Ressourcen des Einzelnen und seines Netzwerkes zu stärken.

„Wenn uns diese Säulen der Identität im therapeutischen Prozess präsent sind, entwickeln wir einen schärferen Blick dafür, wo es in der Identitätsentwicklung zu Störungen und Brüchen gekommen ist, aber auch dafür, wo es stabile, sichere Bereiche gibt, auf die wir

zurückgreifen, auf die die KlientIn sich verlassen kann.“ (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach, 1993)

1.6.3. Begegnungsfähigkeit finden/erhalten/fördern

- gemeinsam Sinn finden -

In der therapeutischen Arbeit geht es um die Konstituierung von Sinn, nicht nur im funktionalen Sinne, d.h. es geht um das Erkennen von Zusammenhängen, Strukturen und Gesetzmäßigkeiten, damit Komplexität reduziert wird, Menschen ihre Welt, Erlebnisse, Probleme verarbeiten. Dies kann nur leiblich geschehen, in dem „Sinn“ erschlossen wird durch die „Sinne“ und daher nur in intersubjektiver Begegnung. „So ist auch Sinn immer „Sinn mit anderen“ (Kon-sens) und kann nur im gemeinsamen Fragen, Begegnen und Auseinandersetzen (also durch Ko-respondenz) in der konkreten Situation ermittelt werden. ... Ein großer Teil der therapeutischen Arbeit besteht darin, in einem Begegnungsprozess, in einem gemeinsamen Suchen nach Antwort, meinen Sinn, deinen Sinn, unseren gemeinsamen

Sinn zu finden – Zugang zu dem im Sein vorgegebenen Sinn zu erreichen und Zugehörigkeit zu entdecken.“ (Lückel, 1981)

Diese übergeordneten Ziele aus dem philosophisch-anthropologischen Ansatz der IT sind Voraussetzung für die „Feinziele“, die sich im Prozess der Anwendung, in der Sterbebegleitung ergeben, wie sie die IT als kreativ –humanistisches Verfahren versucht umzusetzen.

Ich werde also im Folgenden der Definition von „Thanato-Therapie“ folgen, wie sie die Verfasser des Buches: „Die Begleitung Sterbender“, Ina Spiegel-Rösing und Hilarion Petzold 1984 gegeben haben, um anhand des Beitrages von *Hilarion Petzold: „Integrative Therapie – der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen“*, in dem genannten Buch, eine mögliche „Fein“- Ziel - Orientierung in der Arbeit mit Sterbenden zu geben.

2. Sterbebegleitung in der Integrativen Therapie

Die Bezeichnung „Thanato-Therapie“ meint „alle Formen der psycho -sozialen Intervention bei Menschen, die von Sterben und Tod betroffen sind. ... mit Thanato-Therapie ist also nicht eine neue Form der Spezialtherapie gemeint. ... sondern meint „nur“ ein Handeln, eine Interaktion, eine Intervention, die von der Orientierung getragen ist, dem Betroffenen auf der psycho- sozialen Ebene beizustehen.“ (Spiegel-Rösing, 1984)

Sie ist kein eigenständiges Verfahren, sondern ein besonderer Aufgabenbereich, im Rahmen einer psychotherapeutischen Methode, hier der Integrativen Therapie, wie sie von Hilarion Petzold und einem größeren Kollegen/innenkreis seit Mitte der sechziger Jahre, als Orientierung im Rahmen der Psychotherapie und klinischen Psychologie entwickelt wurde. „Es handelt sich bei diesem Verfahren um eine Weiterentwicklung der Gestalttherapie von *Fritz Perls, Lore Perls, und Paul Goodman* (Petzold 1984a; *Hartmann-Kottek-Schroeder* 1983; *Perls* 1980). Durch *Perls* (1948) und *Iljine* (1942) wurde die „aktive Technik“ der ungarischen Schule *Sandor Ferenczis* weiterentwickelt und mit dem dramatischen Element improvisierten Spiels, *Morenos* Psychodrama, verbunden. *Perls* und *Iljine* versuchten den psychoanalytischen Ansatz und die Gestalttheorie bzw. Phänomenologie zu integrieren, und in der Verbindung phänomenologisch-hermeneutischer und tiefenpsychologischer Sichtweise liegt heute die Charakteristik der *Integrativen Therapie*, die Ende der sechziger Jahre deutlichere Konturen bekam (*Bünthe-Ludwig* 1984; *Petzold, Maurer* 1984).“ (Petzold, 1984)

Thanatotherapeutische Arbeit, im Rahmen der IT wird von *H. Petzold* definiert als:

“Thanatotherapie ist in vielen Aspekten ‚junger‘ therapeutischer Ansatz für den Umgang mit Menschen, die von Fragen des Sterbens und des Todes betroffen sind, und die der Hilfe für die Bewältigung bzw. Verarbeitung von Verlusten, die der Unterstützung für Prozesse persönlichen Wachstums oder des Beistands und Trostes im Leib bedürfen. Das Sterben ist keine pathologische Sache, sondern ein Lebensprozess, der in das Leben eingebettet ist.“

(*Petzold, 2001*)

Ich beziehe mich im Folgenden auf diese Definition und auf die skizzenhaften Ausführungen, die ich zur Anthropologie und zur Persönlichkeitstheorie, zum Identitätsmodell der IT bereits dargestellt habe und werde hier nicht das Verfahren der IT darstellen, sondern lediglich mich auf den Aufgabenbereich Thanato-Therapie, bzw. Sterbebegleitung beschränken, unter den genannten Prämissen. Weitgehend folge ich Petzold in seinen Ausführungen zur ThanatoTherapie, wie er sie in "*Integrative Therapie - der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen*", in dem Buch: "Die Begleitung Sterbender, Theorie und Praxis der Thanatotherapie" 1984 veröffentlicht hat.

Grundsätzlich wird festgestellt:

Der sterbende Mensch ist vom Verlust des Selbst (*Mc Carthy 1980*) bedroht, das als Leib-Selbst mit dem Sterben des Körpers erlischt. Mit dem Abbau der sensorischen, motorischen, perzeptuellen und mnestischen Fähigkeiten des Körpers geht eine Schwächung und letztlich der Zerfall des Ichs einher, der einen Zerfall der Identität im Gefolge hat. Dieser Prozess des Sterbens erfordert Maßnahmen, Begleitung, Hilfen, so das die kollektive Seite der Identität für den Sterbenden gewahrt bleibt, „...durch Menschen, die ihn auf seinem Sterbebett anschauen, ansprechen, „identifizieren“ als jemanden, der wertvoll und liebenswert ist und den man im Gedächtnis und im Herzen bewahren wird (*Iljine 1972*).“ (*Petzold, 1984*)

2.1. Sterben

Wie wird das Sterben in der IT verstanden? - jedenfalls nicht als Krankheit, sondern als ein Zuendegehen eines Lebensprozesses. Der Tod ist eine anthropologische Konstante, er ist unausweichlich, er ist das Erlöschen der physischen Existenz. Und so wie das Leben in Zwischenleiblichkeit beginnt, so endet es auch im „unentfremdeten“ Sterben. Und so individuell, wie wir unser Leben gestalten, so gestaltet sich auch unser Sterben, in großer Vielfalt. Sterbeprozesse sind daher abhängig von der je eigenen „...körperlichen Verfassung, insbesondere der zerebralen Aktivität, von der Persönlichkeitsstruktur in ihrer biographischen Geprägtheit..., vom Wertesystem und der weltanschaulichen Ausrichtung, von der Art der

Erkrankung, vom sozialen Bezugssystem... und vom Setting: Die häusliche Umgebung beeinflusst Sterbeprozesse in anderer Weise als das Krankenzimmer oder die Intensivstation. Nicht zuletzt wird das Sterben bestimmt von der Einstellung, die ein Mensch gegenüber dem Tod und dem Sterbevorgang hat, so wie sie sich im Verlauf des Lebens durch Sozialisationserfahrungen, Sterbevorbilder und die persönliche Auseinandersetzung mit diesen Themen herausgebildet hat. Hier kommt religiösen ‚believe systems‘ besonderes Gewicht zu, weil sie in der Regel relativ früh sozialisiert und zuweilen geradezu verleblicht wurden.“ (Petzold, 1984)

Die Zurückhaltung der IT gegenüber jedweder Typologie versteht sich auch auf diesem Hintergrund, der unendlichen Vielfalt von Sterbeprozessen. So einzigartig unser Leben ist, wie es nur unseren je eigenen Lebensweg gibt - gelebt als Mit-Mensch – so einzigartig ist auch unser Sterben und für dieses je eigene Sterben gibt es keine Typologie oder Phasenlehre, keinen idealtypischen Verlauf, keine moralische oder ästhetische Norm, sei sie noch so sehr von Frieden oder Ausgesöhtheit oder Erledigung von „unfinished buiseness“ geleitet ist oder meint Rückschlüsse von dem je eigenen Lebensprozess auf den jeweiligen Sterbeprozess ziehen zu können.

Es ist mehr als Respekt geboten, die Anerkennung des „appropriate death“. (Weiseman, 1974) „Da das Sterben den ganzen Menschen betrifft, in seiner leiblichen, seelischen, geistigen Dimension, in seiner sozialen und ökologischen Eingebundenheit, muss der Sterbeprozess als ein hochkomplexes Geschehen aufgefasst werden mit biochemischen, biologischen, psychischen, sozialen, ökologischen und spirituellen Dimensionen. Wird eine von ihnen ausgeblendet, führt dies zu einer Verkürzung oder Fragmentierung des Sterbeprozesses und damit eines humanen, menschengerechten Sterbens. Differentielle Interventionen sind erforderlich, die die genannten Dimensionen berücksichtigen und dies erfordert die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und Bezugspersonen.“ (Petzold, 1984)

2.2. Krankheitslehre

Auf die Krankheitslehre der IT werde ich an dieser Stelle nur insoweit eingehen, als dass ich die Mechanismen wie die archaische Regression, Retrofektion und die archaische Spaltung genauer darstelle. Sie können die Kommunikation und Interaktion des Kranken/Sterbenden mit seiner Umwelt verstellen, können für ihn selbst und seine Bezugspersonen zu großen Belastungen führen und angemessene Interventionen können bei der Auflösung helfen.

Grundsätzliche Bemerkungen zur Krankheitslehre der IT vorab:

„Die infauste Erkrankung stellt ein „kritisches Lebensereignis“ (*Filipp* 1981) dar, das die Persönlichkeit insgesamt schwer erschüttert. Die Belastungen durch Schmerzen, durch körperlichen Verfall, Verlust von Vitalität, Verstümmelung durch operative Maßnahmen und Disfiguration durch Chemotherapie führen zu seelischem Stress und Notreaktionen, Veränderungen der Persönlichkeit und psychopathologischen Phänomenen: krankheitsbedingte Angstzustände, Dysphorien, Depressionen, Suizidalität, Depersonalisierungserscheinungen, psychotische Reaktionen usw. ... mit der Verletzung der körperlichen Integrität durch die destruktiven Krankheitsprozesse wird das Leib-Selbst an der Basis angegriffen. Dies bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die im Leibe begründeten Ich-Funktionen, d.h. auf das ganze Ich, was wiederum eine Beeinträchtigung der Konstituierung von Identität zur Folge hat.“ (*Petzold*, 1984)

Das Miterleben von Krankheit und Sterben kann ebenso als Bedrohung erlebt werden und kann zu Veränderungen im Beziehungsverhalten führen, bis hin zu negativen Identitätszuweisungen oder zum Ausbleiben von Kontaktaufnahmen.

Die gesamte Situation kann als Krise bezeichnet werden, die Identität des Kranken/Sterbenden, seines sozialen Umfeldes ist gekennzeichnet diese anzugreifen und auch die als besonders belastungsfähig genannte „Säule der Werte“ kann ins Schwanken geraten oder gar fallen. „Unter derartigen Belastungsbedingungen treten, abhängig von der Persönlichkeit, vorgängiger Neurosenstruktur und bevorzugten Abwehrformen, spezifische Abwehrmechanismen auf, die z. T. archaischen Charakter haben.“ (*Petzold*, 1984)

Dennoch lässt sich keine Regelmäßigkeit feststellen, so dass ‚prozessuale Diagnostik‘ und differentielle Interventionen angezeigt ist.

Es kann hier auch nur auf einige allgemeine Konzepte zur Pathogenese hingewiesen werden, wie sie auf die Situation von Kranken spezifiziert wurde.

2.2.1. Defizit/Störung/Trauma/Konflikt

Eine pathogene Situation wird beschrieben als:

DEFIZIT

- **mangelnde Stimulierung** für den Patienten, z.B. bei sensorischer, perzeptueller, sozialer Deprivation durch Heim oder Klinikaufenthalt oder
- **einseitiger Stimulierung**, die zu Monotonieeffekten bei Heim-oder

Klinikaufhalten führt.

STÖRUNG

- **uneindeutige Stimulierung**, z. B. Ambivalenz bei Pflegehandlungen, Double-bind Kommunikation
- **inkonstante Stimulierung**, z. B. Wechsel der Pflege bzw. Bezugspersonen, häufige Verlegung.

TRAUMATA

- **Externe Überstimulierung**, z.B. Untersuchungs- oder Operationsstreß, Umgebungswechsel (Verlust der Wohnung, Krankenhauswechsel)
- **Interne Überstimulierung** z.B. Schmerz, Organverlust, Trennungen

KONFLIKT

- O-O-Konflikt** Zwei im **Organismus** angelegte Bedürfnisse treten gleichzeitig auf (z.B. Hungergefühl und Schlafbedürfnis)
-
- O-E-Konflikt** Ein Bedürfnis des **Organismus** kollidiert mit **Externa**-realität (z.B. Müdigkeit mit Entzug von Schlaf durch die klinische Situation)
-
- O-I-Konflikt** Ein Bedürfnis des **Organismus** wird durch ein internalisiertes Verbot gehemmt (z.B. Wunsch nach Zuwendung gehemmt durch das Rollengefälle Arzt/Patient)
- I-E-Konflikt** Eine **internalisierte** Strebung und die **Externa**-realität kollidieren miteinander (Wunsch nach Wahrheit und Verbot einer äußeren Instanz, z.B. Klinikreglement - Wahrheit am Krankenbett)
-
- I-I-Konflikt** Zwei **internalisierte** Strebungen stehen gegeneinander (z.B. Selbstbestimmung versus Anpassung an die ärztliche Anordnung)
-
- E-E-Konflikt** Zwei **externe**, gleich starke Impulse treffen aufeinander (z.B. Lass dich operieren – Auf keinen Fall)
- O/I1.2-I-Konflikt** Zuwendungsbedürfnis (O), auf das man ein Recht (I1) hat und zugleich in der Pflicht steht (I2) wird in seiner Befriedigung durch internalisierte Norm (I) gehemmt. (Dafür ist hier in der Klinik doch nicht der richtige Ort.)
- O/I-E-Konflikt** Das Bedürfnis nach Sexualität (O), gekoppelt mit dem Wunsch nach einer geschützten, vertrauten Umgebung (I),

wird durch die äußeren Umstände (E) der Klinikrealität
gehemmt (Krankenbesuch vom Partner)

(vgl. *Petzold*, 1984, S.447/448)

Toxische Stimulierungskonstellationen, wie s.o. zusammengefasst, werden als Ursache physischer und psychosomatischer Krankheit aufgefasst, die über die Gesamtheit der Lebensspanne und zu jedem Zeitpunkt des Lebens auftreten können. Gerade belastende Situationen, wie sie im Krankenhaus, in Kliniken oder Heimen auftreten, können Identität reduzieren. Besonders im Alter, aber nicht nur, sondern wo immer nicht genügend Beachtung, Fürsorge und Zuwendung im „Hospital setting“ geschieht, stellen sich Defizite, Störungen, Traumatisierungen, Konflikte ein. „Totalitätserfahrungen“, wie sie in der frühen Kindheit erlebt wurden, werden erneut aktiviert, d.h. physische Hilflosigkeit, Negativreizen ausgesetzt, kann sich der Mensch weder durch Flucht noch durch aggressive Aktionen entziehen und kognitive Defizienzien können zu archaischen Bewältigungsstrategien führen. In Krankheitssituationen und im Alter können folgende Reaktionen auftreten:

2.2.2. Archaische Regression

„Nehmen Defizite oder Überstimulierungen eine für den Säugling bedrohliche Form an, so kann als Ausflucht eine Regression der schon entwickelten Ich-Funktionen eintreten. Dieser Rückzug dient der totalen Stimulierung im Schoße der Mutter, die im Körpergedächtnis abgespeichert wurde (vgl. *Ferenczis* Thalassa-Theorie). ... Setzen sich Defizite und/oder Traumatisierungen im Laufe der Entwicklung und Sozialisation fort, so besteht die Möglichkeit, dass die Regression in archaischen Körperebenen hinein zu einem habituellen Bewältigungsmechanismus wird.... Die „archaische Regression“ als Verarbeitungsversuch von Belastungen führt zu konfluenten Verhaltensweisen. Verschmelzungsphantasien und Symbiosewünsche bestimmen die Beziehungen.

Abgrenzungsfähigkeit ist kaum ausgeprägt. Verluste werden als extrem bedrohlich erlebt. ... Fallen zu einem späteren Zeitpunkt in der Entwicklung wieder genügend fördernde Stimulationen an, so können sich die Ich-Funktionen noch in einem Maße entwickeln, dass ein leidlich funktionsfähiges Ich gebildet wird und damit Identität aufgebaut werden kann. Die Basis jedoch ist schwach.

Bei fortgesetzten Belastungen oder schweren Traumatisierungen kann der archaische Abwehrmechanismus wieder zur Wirkung kommen, der den Organismus in ständigem Spannungszustand hält.“ (*Petzold*, 1984)

2.2.3. Archaische Retroflektion

„Die archaische Retroflektion ist einer der primitivsten Abwehrmechanismen (Wilhelm Reich, psychosomatische Theorie des Krebses), der in der IT hohe Bedeutung beigemessen wird. Es setzt dieser Mechanismus besonders bei Traumatisierungen, also Überstimulierungen, ein. Der Organismus des Säuglings bzw. Kleinkindes kann auf unlustvolle Reize nicht durch Flucht reagieren. Aggressive Äußerungen führen zu weiteren Negativreaktionen (z.B. Misshandlungen). Deshalb werden aggressive Regungen zurückgehalten; es kommt zum Affektstau; die aggressiven Impulse richten sich gegen den Organismus selbst, der ohnehin als Quelle des Schmerzes und der Unlust erlebt wird; sie werden in den Körper retroflektiert und entfalten hier ihre destruktiven Kräfte. ...bleibt dieses Muster in der weiteren Entwicklung und im Erwachsenenalter... wird das Leib-Selbst unter Dauerstress gesetzt und ist den archaischen Impulsen ausgeliefert. Die Identitätssäule Leiblichkeit wird unzulänglich ausgebildet. Der Mensch ist in einer permanenten Kampfhaltung.“ (Petzold, 1984)

2.2.4. Archaische Anästhesierung

Neben archaischer Regression und Retroflektion kann auf Traumatisierungen, Störungen und Konflikte auch mit einer Anästhesierung reagiert werden. Der Organismus versucht sich gegen destruktive Impulse unempfindlich zu machen. Der Leib wird verdinglicht, als Fremdkörper erlebt, gefühllos gemacht.

Das Gefühl der Nicht-Identität mit dem Körper führt zu einer vernachlässigenden, lieblosen Haltung dem Leib gegenüber, der oftmals wie eine Maschine ausgebeutet wird und dessen Signale der Erschöpfung oder Überforderung nicht wahrgenommen werden können. Das relativ funktionsfähige Ich konstituiert eine in mehreren Bereichen (Arbeit und Leistung, materielle Sicherheit, Werte) klar ausgeprägte Identität. Die „Säule der Leiblichkeit“ ist defizient, der Bereich „soziales Netzwerk“ im Hinblick auf die Beziehungsintensitäten arm. Es erscheinen diese Menschen psychisch und sozial weitgehend unauffällig, in hohem Maße angepasst, zumeist leistungsbezogen.

Die archaische Alles-oder-Nichts Haltung wird in ihrem destruktiven Aspekten deutlich erkennbar. (Überforderungstypen). (vgl. Petzold, 1984)

2.2.5. Archaische Spaltung

„Ein weiterer Mechanismus, insbesondere mit frühen Konflikten, aber auch Traumatisierungen umzugehen, findet sich in der archaischen Spaltung.

Die unlustvollen, belastenden Ereignisse werden abgespalten, „in den Körper hinein“ gedrängt... (ähnlich dem retrofektiven Moment). Die Folge der Spaltung ist eine Fragmentierung des Selbst. Die Ich-Funktionen werden unausgeglichen ausgeprägt, und die Identität erweist sich als brüchig.“ (*Petzold, 1984*)

Für die IT relevant und untrennbar mit den genannten Abwehrmechanismen verbunden, ist stets der Blick auf die Lebenslaufperspektive, für die Genese von psychosomatischen Erkrankungen. Nur die ständige Einwirkung von Belastungssituationen, die ständige Reproduktion archaischer Abwehrmuster und die Gesamtwirkungen unglücklicher Lebensverläufe können zu genannten Resultaten führen. Stets geht es in der IT um “gesundes und krankes Verhalten aus dem Zusammenwirken aller positiven, negativen und defizitären Erfahrungen, dass also die Abwesenheit von Glück, Zuwendung, Sicherheit u.s.w. als pathogene Faktoren mit berücksichtigt werden müssen.

Ebenso gilt es, das soziale Netzwerk, das System Familie als pathogene Konstellation zu berücksichtigen und dies meint nicht nur die Ursprungsfamilie (mit Großeltern-Generation), sondern auch die gegenwärtige Familie (etwa in toxischen Partnerbeziehungen), in der sich pathogene Strukturen reproduzieren.

Konflikte werden ja nicht nur im Inneren des Organismus ausgetragen, sondern werden auch von außen – verursacht. Darum ist es unerlässlich, die familientherapeutische Perspektive nicht aus dem Blick zu verlieren, und dies meint nicht nur die familiären Interaktionen durch Kommunikationsregeln zu verändern, sondern die Repräsentationen, die verinnerlichten Muster aus der Geschichte der Familie „in den Köpfen“ der jeweiligen Familienmitglieder zu verändern. Ebenso darf die „ökologische Sozialisation“ auf die Entwicklung der Persönlichkeit nicht unberücksichtigt bleiben, denn die Verinnerlichung bedrückender Umgebungen können nachhaltig pathogene Wirkungen haben.

Das gilt für die wohnliche und umgebungsbezogene Situation in der Sozialisation, wie für die gegenwärtig erlebte Umwelt, etwa im Krankenhaus oder im Altenheim.

Ziele können sich, für die Sterbebegleitung aus den genannten Abwehrreaktionen ableiten, dies aber in aller Vorsicht. Sie können der Identifikation von pathogenen

Stimmulierungskonstellationen dienen und deren Reaktionen. „So kann die archaische Regression, wenn sie plötzlich und massiv einsetzt (etwa nach Ankündigung einer erneuten Operation oder nach der Mitteilung der Wahrheit) zu psychischen Reaktionen führen, die archaische Retroflektion zu akuter Suizidalität. Die Krankheitslehre ist deshalb unverzichtbar, auch wenn keine Therapie mit dem Ziel der Heilung einer Krebserkrankung unternommen wird.

Gerade Mechanismen wie die archaische Regression, Retroflektion oder die archaische Spaltung finden sich im Umgang mit terminalen oder onkologischen Patienten häufig. Sie verstellen die Kommunikation des Kranken bzw. Sterbenden mit seiner Umwelt und führen für ihn selbst und seine Bezugspersonen zu Belastungen, die oft durch entsprechende Interventionen auflösbar sind.“ (*Petzold, 1984*)

Dass Sterbebegleitung mehr ist, als das Wissen um die Krankheitslehre der IT und ihrer verschiedenen Modelle, lässt sich aus dem bisherig Dargestellten erahnen und daher schließe ich mich der breiten Ursprungsbedeutung des - griech. therapeuein - (wie sie auch *Petzold* aufgenommen hat) an, was meint: pflegen, dienen, achten, freundlich behandeln, fördern heilen, sich sorgen um, „...denn neben dem spezifischen Handeln im Sinne einer psychotherapeutischen Intervention sind es gerade diese Qualitäten mitmenschlichen Umgangs, die den Charakter der Thanatotherapie bestimmen.“ (*Petzold, 1984*)

Und beschränke mich, mit *Petzold*, bei all der Komplexität des Sterbeprozesses auf eine zeitliche Eingrenzung:

„Die Sterbephase im weitesten Sinne beginnt, wenn aus medizinischer Sicht ein Mensch in eine lebensbedrohliche Situation gerät (durch Krankheit, Unfall o. ä.), bei der mit dem Eintreten des Todes gerechnet werden kann. In dieser Bestimmung sind also auch Patienten eingeschlossen, die eine schwere somatische Krise mit ungewissem Ausgang durchleben.“ (*Petzold, 1984*)

2.3. Formen der Sterbebegleitung

Zu unterscheiden sind die verschiedenen Formen der Sterbebegleitung, unter der genannten zeitlichen Prämisse. Sie lassen sich aufgliedern in:

Sterbebegleitung,

Krisenintervention und

psychotherapeutischer Methodologie.

2.3.1. Sterbebegleitung

Meint den mitmenschlichen Beistand auf der Grundlage von Alltagsstrategien der Hilfeleistung. Es kann davon ausgegangen werden, dass nicht viele Menschen konkrete Erfahrungen mit sterbenden Menschen haben, daher ist es der IT wichtig, Angehörige, Menschen, die zum sozialen Netz gehören, mit Verhaltensmöglichkeiten vertraut zu machen. Eigene Erfahrungen und Einstellungen zum Tod können thematisiert werden und die Ermutigung zum emotionalen Austausch gehört ebenso dazu. Körperlicher Kontakt und Offenheit für Gespräche wird zur Verfügung gestellt. Die Grundhaltung ist „caring“, das sich sorgen um den Anderen, die Bekräftigung der Fähigkeit sich in Notsituationen dem Anderen hilfreich zuzuwenden.

„Die Regeln des „exchange-helping“ (Laschinsky et al. 1979) wie z.B. Offenheit, direkte Kommunikation, Überprüfung der eigenen Wünsche, Anregungen, ohne überversorgend zu sein, usw. werden vermittelt... Die Sterbebegleitung in dieser Form kann über Sterbephasen von unterschiedlicher Dauer eine bedeutsame mitmenschliche Hilfe und Entlastung sein.“
(Petzold, 1984)

2.3.2. Krisenintervention

Sterben ist ein „kritisches Lebensereignis“, das in schwere psychische Krisen führen kann und sodann von den Betroffenen und deren sozialem Umfeld alleine nicht bewältigt werden kann. Medikamentöse Behandlung kann hilfreich sein, besonders wenn es sich um schmerzlindernde Medikationen handelt. Palliativmedizinische Indikationen werden immer bedeutsamer. Ruhigstellung allein ist keine ausreichende Maßnahme und die Frage, wann Sedierung eingesetzt wird, kann kritisch betrachtet werden.

Die IT gibt Möglichkeiten der Krisenintervention, ...“durch beruhigendes Gespräch (talk-down), Techniken innerer Distanzierung (ich sehe mir die Situation gleichsam aus der Außenperspektive an), Rückgriff auf Erfahrungen von bewältigten Krisen im Verlauf des Lebens, emotionaler Ausdruck und emotionale Integration, Klärung der Zukunftsperspektiven (Petzold 1979). Krisenintervention zielt im Wesentlichen auf ein Abklingen der krisenhaften Turbulenz, um Angehörigen und Pflegepersonal den Umgang mit dem Betroffenen wieder möglich zu machen. Zuweilen wird sie auch zu einer Sterbebegleitung oder einer Thanatopsychotherapie.“ (Petzold, 1984)

2.3.3. Thanatopsychotherapie

„In dieser Form der Arbeit wird auf dem Hintergrund psychotherapeutischer Theorie und Methodologie und spezifischer thanatologischer Kenntnisse mit einem sterbenden Menschen gearbeitet, um ihn den Umgang mit seiner Situation zu erleichtern. Dabei werden die Ziele der Intervention vom therapeutischen Hintergrund einerseits, den Bedürfnissen des Patienten und seinem Lebenszusammenhang andererseits und schließlich von den Möglichkeiten des Settings bestimmt.“ (Petzold, 1984)

2.4. Setting

Da das Setting stets Berücksichtigung finden muss, sei hier kurz auf die unterschiedlichen Möglichkeiten hingewiesen:

- a) Die ambulante Situation, die ein hohes Maß an Selbstständigkeit der Betroffenen noch voraussetzt, aber auch hohe Belastungsfähigkeit impliziert, wenn Menschen alleinstehend sind oder Phasen der Dekompensation drohen.
- b) Die ambulante Situation kann auch zu Hausbesuchen übergehen und wird besonders brisant, wenn es um Überlegungen geht, die einen Wohnungsverlust möglich machen.
- c) Das Krankenhaus – und hier sei nur auf die unterschiedlichen Stationen, wie Intensivstation oder Isolationsstation oder Normalstation mit unterschiedlicher Bettenbelegung hingewiesen, – und die damit verbundenen Möglichkeiten von Sterbebegleitung.

Jede Station ist unterschiedlich, hat ein unterschiedliches „Milieu“, anderes Personal, Stationsroutine oder Ausrichtung beeinträchtigt Sterbebegleitung oder reduziert auf Gespräche. Es ist entscheidend, ob Sterbebegleitung in den Stationsablauf integriert ist oder ob das Personal ein hohes Verdrängungspotential bereit hält. Ideal stellt sich eine Situation dar, in der alle Beteiligten, als Team dem Betroffenen zur Verfügung steht.

- d) Das Alten- und Pflegeheim ist in seiner Gesamtsituation extremer noch als das Krankenhaus davon bestimmt, die letzten Lebensstationen zu gestalten, auf den Tod hin.

e) Das Hospiz, als Einrichtung, als letzte Herberge für Menschen am Ende ihres Lebensweges orientiert sich ganz an den Wünschen der sterbenden Menschen.

Sterbebegleitung ist hier angewandte Zuwendung auf körperliche, soziale, psychische, geistige und spirituelle Wünsche und Bedürfnisse der Menschen.

Es gehört zum Standard, dass ein interdisziplinäres Team zur Verfügung steht.

Hingewiesen sei hier auf den Ambulanten Hospizdienst, der z.Z. in Deutschland noch im Aufbau begriffen ist. Hausbesuche können gewünscht werden, ohne dass ein Wohnungswechsel intendiert ist.

Hier bleibt der häusliche Bereich der Ort der Sterbebegleitung.

Für die IT gehört die Unterstützung der Hospizbewegung, die Mitte des 20. Jahrhunderts begann - seit 1967 *Cicely Saunders/ Elisabeth Kübler-Ross* - zur grundlegenden Überzeugung. Sie ist eine Bewegung, die sich für den Menschen einsetzt, für das Leben und Hospiz bietet eben einen solchen Ort der Humanität, einen Ort des Lebens.

H. G. Petzold, der seinen konkreten Beitrag zur Hospizbewegung in der Schweiz geleistet hat, formuliert: „Ein würdiges Sterben in einem sicheren Raum ist als Menschenrecht zu sehen und zu fordern.“ (*Petzold, 2003*)

Er weitet den Hospizgedanken, ja internationalisiert ihn, wünscht sich ein Engagement für alte Menschen, die in Not und Elend sterben müssen, weltweit.

Er spricht von „**Pro Senectute International**“, von Patenschaften für alte und sterbende Menschen, ein „virtuelles Hospiz“ ...“wo Fürsorge und Gastlichkeit nicht nur im 'terminalen Reservat' eine Berechtigung auf Räume der Sicherheit und Fürsorge bietet:

für die Lebenden und die Sterbenden. Die Sterbenden bedürfen unserer besonderen Hinwendung – auf breitester Basis und weitmöglicher Streuung, wollen wir für die in Elend Sterbenden in aller Welt, die kein Hospiz, und keine Bleibe, keinen sicheren Ort und Niemanden haben, eintreten !“ (*Petzold, 2003*)

2.5. „Ziele“ der Sterbebegleitung

Im Folgenden nun möchte ich versuchen die Ziele der Sterbebegleitung zu formulieren, - nachdem ich die Metaziele bereits genannt habe und auf die Krankheitslehre der IT und die verschiedenen Formen der Arbeit eingegangen bin. Dies aber kann nur in größtmöglicher Offenheit geschehen und ist dem Konzept des „kongruenten Sterben und Adaptation“ von *Barton (1977)* verbunden, das „... nicht den Anspruch erhebt, formale Psychotherapie zu sein; es ist bescheidener von ‚psycho-sozialer Intervention‘ die Rede, und Barton entwirft seine Zielvorstellungen nicht für thanato-therapeutische Spezialisten, sondern für Ärzte, Pflegepersonal, Angehörige – sie alle können durch solche Interventionen dem Sterbenden helfen.“ (*Spiegel-Rösing, 1984*)

2.5.1. "Adaptation und kongruentes Sterben." (*D. Barton, 1977*)

Barton betont ebenso das individualisierte Vorgehen, „...aber er sieht darüber hinaus das Individuum im Kontext menschlicher Interaktion – wobei auch die Individualität aller Interaktionspartner gesehen werden müsse. Gerade das mache die Situation so komplex und verlange, dass man als Helfender in dieser Situation Unklarheit, Wechsel, Widersprüche (Barton spricht auch von „Chaos“) aushalten müsse.“ (*Spiegel-Rösing, 1984*)

Wie er auch dem Todeskontext, dem „Leben zum Tode“ besondere Aufmerksamkeit schenkt, d.h. er trägt dem SterbeProzess Rechnung als paradoxes Geschehen.

„Im SterbeProzess und beim Herannahen des Todes aber ergibt sich eine paradoxe Situation, dass, was immer durch Wachstum und Reifung erreicht wird, begleitet ist von einem Gefühl des Übergangs und des Verlustes. Denn zu guter Letzt muss alles, was erreicht wurde, auch wieder vollständig aufgegeben werden. Dieses Paradox erklärt das in dieser Lebensphase vorherrschende Gefühl des Verlustes, der Sinnlosigkeit und der Verzweiflung. Gefühle, die den Hintergrund bilden, vor dem Anpassung und Wachstum geschieht. Es ist der Lebensabschnitt, in dem Wachstum durch Loslassen geschieht und in dem Anpassung erfolgt durch ein allmähliches Aufgeben des Lebens und dadurch, dass man lernt, mit seinem wachsenden Gefühl des Verlustes zu leben und in direktem Kontakt zu sein mit der Bedrohung von Nicht-Existenz (1977, S.15).“ (*Spiegel-Rösing, 1984*)

Zudem geht es ihm um problem-spezifische Interventionen „... die darauf gerichtet sind, das Ausdrücken der Gefühle zu fördern, die aus der Bedrohung durch Sterben und Tod erwachsen, und ein Setting zu schaffen, in dem diese Gefühle kommuniziert werden können. ... Patienten, Familienangehörige und Betreuer neigen dazu, Gefühle zurückzuhalten, die

ihnen oder anderen Unbehagen verursachen können. ... Der Betreuer greift dann zu ausdrucks- und kommunikationfördernden Interventionen, wenn er das Vorhandensein von Gefühlen bemerkt, die mit blockierter oder verzerrter Kommunikation einhergehen (1977, S.94/95)." (*Spiegel-Rösing*, 1984)

Dies sei nur als ein Beispiel von Bartons Interventionszielen genannt und es kann nicht gesetzlich verstanden werden. Es ist kein mechanistisches Konzept, sondern ist abhängig von den Möglichkeiten des Patienten.

Seine übergeordnete Zielvorstellung nennt er „Adaption“, meint ein „psychologisches Wohlbefinden“, das selbst angesichts einer „schmerzvollen und oft nicht akzeptierten Situation“ (*Barton*, 1977) möglich ist.

„Bei angemessener Adaption sind die zwischenmenschlichen Beziehungen des Sterbenden durch einen gewissen Grad tröstlicher Beständigkeit gekennzeichnet... Adaption umfasst ein Gefühl persönlicher Unversehrtheit, Integrität und Ganzheit und auch die Fähigkeit des Individuums, Reales von Unrealen zu unterscheiden. Sie besteht auch in der Fähigkeit zum wirksamen Einsatz psychologischer Mechanismen und Bewältigungsstrategien im Umgang mit unakzeptierten Gefühlen, in der Aufrechterhaltung angemessenen Funktionierens, dem zweckmäßigem Austausch von Informationen, der Aufrechterhaltung tröstlicher zwischenmenschlicher Beziehungen sowie einem gewissen Gefühl der Ausgeglichenheit und des Wohlbefindens.“ (*Barton*, 1977)

Er benennt also neben dem individualisierten Vorgehen, dem Interaktionskontext und dem Todeskontext eine problem-spezifische Zielsetzung (Interventionsziele), die zusammenfassend als Konzeption des „kongruenten Todes“ gilt und die alles in allem getragen ist von dem übergeordneten Ziel der „Adaption“.

So ergeben sich für die IT folgende thanotherapeutische Ziele, die sich den Überlegungen von *Barton* (1977), über „kongruentes Sterben und Adaption“ annähern, sich ihnen verbunden sehen und durch das eigene anthropologische Konzept und dem einer differentiellen Thanatologie erweitert werden.

1. Metaziele, die auf der theoretischen Position des Therapeuten (Menschenbild, Persönlichkeitstheorie, Krankheitslehre usw.) abgeleitet sind;
2. Ziele, die sich aus den Bedürfnissen des Patienten, den Erfordernissen seines sozialen bzw. familiären Kontextes ergeben,
3. die von den Bedingungen des Settings,
4. von den Besonderheiten des Krankheitsbildes und
5. von der Charakteristik der verwandten Methoden abhängen.

Es wird damit die Bestimmung der Ziele, die Auswahl der Inhalte und die Wahl der zu verwendenden Methoden, Techniken und Medien eine komplexe Aufgabe, die in der Initialphase der thanatotherapeutische Arbeit mit großer Sorgfalt wahrgenommen werden muss. ... Es wird deshalb ein flexibles – und im Hinblick auf die oftmals schwierigen institutionellen Situationen – pragmatisches Vorgehen erforderlich, das unter Beziehung theoretischer Positionen und praktischer Analysen in der aktuellen Situation relativ schnell zu handlungsleitenden Konzepten kommt. Das Modell „prozessualer Diagnostik“ wie es die Integrative Therapie entwickelt hat, vermag hier Hilfen zu geben.

Es umfasst folgende Elemente:“ (Petzold, 1984)

2.5.2. Elemente der prozessualen Diagnostik

2.5.2.1. Problem- und Konfliktanalyse

Es geht um die Einschätzung der Verfassung und der Bedürfnisse des Patienten.

Diese Einschätzung gibt die handlungsleitenden Ziele für das therapeutische Vorgehen des Begleiters.

„Wie kann ich Schmerzzustände, Angstgefühle, Kontaktdefizite, akute Traumatisierungen (z. B. Chemotherapie) mindern oder auflösen? (reparatives Vorgehen) –

Wo muss ich vorhandene Funktionen erhalten? (stabilisierendes bzw. konservierendes Vorgehen)

Wo kann ich ungenützte Möglichkeiten erschließen? (evolutives Vorgehen)

Unter Rückgriff auf die Theorie der Krankheitslehre wird auf psychodynamisch relevante Konflikte geachtet, die den Patienten und sein soziales Umfeld einschränken oder belasten.“

(Petzold, 1984)

2.5.2.2. Lebensweltanalyse

Es geht darum die Lebenswelt des Patienten in den Blick zu nehmen, damit der Begleiter die Erlebnis- Vorstellungswelt des Patienten von „innen“ erfahren und begreifen kann.

(„systemimmanentes“ Vorgehen)

„Der „innere Rollentausch“, die Verdeutlichung des „sozialen Atoms“ (Moreno 1947/ Petzold 1979a), der Schicht, der Sprachwelt, des Herkommens des Patienten sind hierfür erforderlich. ... Das Wahrgenommene sollte dem Patienten in angemessener Weise mitgeteilt werden, um anhand seiner Reaktion die eigene Einschätzung zu korrigieren und den Patienten seiner Verfassung entsprechen zu beteiligen.

„Aufgrund der oft sehr reduzierten Verfassung des Patienten muss die Frage der Mitbeteiligung jeweils sorgfältig abgewogen werden, und sind die Möglichkeiten partizipativen Vorgehens häufig eingeschränkt, was die Verantwortung des Therapeuten einerseits und seine Macht andererseits erhöht.“ (Petzold, 1984)

2.5.2.3. Kontinuumsanalyse

Es gilt die historische Perspektive, die unmittelbar mit der Lebenswelt verbunden ist einzubeziehen. Im explorativen Gespräch wird durch die Technik der Lebensbilderschau und des Lebenspanoramas (Petzold, Lückel 1984; Heintz, Petzold, Fallenstein 1983) die Lebenswelt des Patienten in seinem Lebenskontinuum erschlossen. Es lässt sich das Verlaufsbild der Krankheit und „Lebensstile“ erfassen, die Zukunftsperspektiven erschließen und kurz- bzw. mittelfristige Ziele mit dem Patienten, in gebotener Vorsicht bestimmen lassen.

2.5.2.4. Ressourcenanalyse

Über welche Ressourcen der Patient verfügt beeinflusst die Zielfindung erheblich. In Eigenressourcen und Fremdressourcen wird unterschieden, beide können umfassend erschlossen werden. Zum Ressourcenbegriff gehört neben den Eigenressourcen des Patienten ein „...reiches, hilfsbereites und –fähiges soziales Netzwerk genauso wie materielle Mittel, physische Konstitution, Entscheidungsfähigkeit, intellektuelle Klarheit, Lebenserfahrung, Coping-Strategien. Wenn der Therapeut weiß, auf welche Ressourcen er zurückgreifen kann, welche fehlen, welche er erschließen muss, wo er selbst als resource-person eintreten muss, wird dies seine Arbeit sehr erleichtern“ (Petzold, 1984)

Abschließend lässt sich sagen, dass es „eigentlich“ keine festgeschriebenen Ergebnisse gibt. Sie verändern sich, sind im Fluß, sind abhängig von der jeweiligen Situation, von den Bedürfnissen der Patienten, dem Krankheitsverlauf, seiner Verfassung, seinem sozialen Umfeld, der Lebenswelt, den Wertvorstellungen und letztlich der zeitliche Perspektive von Begleitung.

„Prägnanztendenzen“ lassen sich auf Grund von therapeutischer Erfahrung erschließen und aus relativ wenigen Elementen lässt sich in zeitlich enger Terminierung ein Bild der Situation erschließen.

„Die Initialphase der Begleitung ist ohnehin auf das Herstellen eines guten Kontaktes, einer Vertrauensbasis und eines Therapeutischen Bündnisses gerichtet, so dass die explorative Arbeit erst einmal „en passant“ erfolgt. ... (in der Regel zwei bis drei Sitzungen) ... Auch bei einem reichen Erfahrungshintergrund wird es wichtig, den eigenen Eindruck kritisch zu hinterfragen, ihn, soweit dies geht, mit dem Patienten, den Angehörigen und dem Pflegepersonal auszutauschen, um auf diese Weise Korrekturen zu erhalten.“ (Petzold, 1984)

Der Ansatz der IT also tut sich schwer mit der Festlegung auf Grob- und Feinziele, dennoch – wie ich es im Rückgriff auf das anthropologische Hintergrundkonzept versucht habe und mit Rückgriff auf das Persönlichkeits- und Identitätsmodell, die nur grundsätzlichen Ausführungen zur Krankheitslehre, wie mit dem Hinweis auf die Überlegungen von Barton, seinem Konzept der „Adaption“ und dem „kongruenten Tod“, lassen sich nach der Nennung der Metaziele und nach Darstellung der Elemente der „prozessualen Diagnostik“ Feinziele in der je konkreten Situation benennen.

Es sei nur noch einmal darauf hingewiesen, dass die Bedürfnisse des Patienten und seine Verfassung im gesamten Kontext so Berücksichtigung finden, dass die Identität des Sterbenden, die sich im Sterbeprozess ändern kann, im Vordergrund steht, eben mit seinen Themen von Trauer oder Schuld, seinem Begehren nach Sexualität oder Genuss, seiner verbleibenden Lebenszeit, seinen destruktiven oder ambivalenten Gefühlen, seiner Bewältigung des körperlichen Zerfalls. Dies kann in einem jeweiligen Begleitungsprozessbericht, mit den jeweiligen Feinzielen, aufgezeigt werden.

„Es wird deshalb hier nur auf einige zielführende Strategien verwiesen, die in der integrativen Arbeit mit Sterbenden relativ häufig auftauchen und die deshalb eine gewisse Bedeutung haben, ohne dass man ihnen damit eine Regelmäßigkeit im Sterbeprozess zuweisen sollte.“ (Petzold, 1984)

Es sei angemerkt und unterstützt: „Wo das Sterben mit einem Verfall der kognitiven und emotionalen Strukturen einhergeht, wo der Sterbende von Schmerz und Atemnot überwältigt ist, geht es um andere Ziele als die psychotherapeutischer Persönlichkeitskonzepte.“ (Petzold, 1984)

2.6. „reowning“ – als zielführende Strategie

Sterben hat mit Trennung, mit Abschied, mit Verlust zu tun, heißt das Verlieren von

lieben Menschen, von Orten, von Kraft und Beweglichkeit, ja von Leben und „dieses Wissen führt in den Schmerz, in Auflehnung und Verzweiflung, in Trauerprozesse also, die vorwegnehmend kommenden Verlusten und Trennungen emotionalen Ausdruck verleihen. Die „antizipatorische Trauer“ (Aldrich 1963, Fulton, Gottesman 1980) kann mit Unterstützung des Therapeuten dazu führen, das belastende Emotionen bewältigt und umgewandelt werden.“ (Petzold, 1984)

Damit Abschied-nehmen gelingt, als „Nehmen“ und nicht als „Verlieren“, ist „reowning“ notwendig. „Der Abschied führt die Dinge zusammen. Er ermöglicht Aneignung auf einer neuen Ebene (Petzold 1982b). Aneignung, „reowning“, ist ein zentrales Konzept der Gestalttherapie (Perls 1969, 1980; Petzold 1984a). Es bildet die Grundlage von Wachstumsprozessen, die Assimilation und Integration erfordern.

In der Thanatotherapie greifen wir für die Strategien der Aneignung auf Phänomene und Prozesse zurück, die in Zeiten des Abschiednehmens, des hohen Alters oder der terminalen Krankheit bei vielen Menschen gleichsam „natürlich“ aufkommen“. (Petzold, 1984)

2.6.1. Aneignung der Lebensspanne

Ob nun in Sekundenschnelle oder im Besinnen, im Nachsinnen über das eigene Leben, es ist als müsse am Ende des Lebens das ganze Leben noch einmal gegenwärtig sein.

Es ist wohl ein „natürlicher Prozess“ der Aneignung der Lebensspanne. Sich zu erinnern an Kindheit und Jugend oder vergessene Erlebnisse wieder zur Verfügung zu haben.

Diese Erlebnisse, Szenen, wenn möglich, mit Hilfe der imaginativen Methoden in den Dienst der „Lebensbilanz“ (Lückel, Petzold 1984; Iljine 1963) zu stellen, ist eine zielführende Strategie.

„Wir bleiben mit dem Menschen, mit dem wir arbeiten, nicht nur in verbalem Kontakt, wir ermutigen ihn, seinen Bericht in aller Bildhaftigkeit zu sehen, Szenen in der Phantasie aufkommen zu lassen. ... Es wird ermöglicht sie gemeinsam zu betreten. ... Dabei geht es nicht nur um die Reproduktion historischer Lebensereignisse. Das Bilderleben hat auch eine gestaltende, formative Seite. Belastende Szenen der Vergangenheit können in alternativer Weise neu geschaffen werden. Die Intensität des szenischen Erlebens vermag zu einer Neubewertung der Vergangenheit zu führen (vgl. Petzold 1985) ... Die Auslotung der Lebensspanne vermag ein Gefühl der Geschlossenheit zu vermitteln, durch das es offenbar leichter wird, den Tod anzunehmen. (Petzold, Marcel 1976)“ (Petzold, 1984)

2.6.2. Aneignung von Welt

Das Durchschreiten der erfahrenen Lebenswelten, das Erinnern der verschiedenen Wege des eigenen Lebens, die der Sterbende in der Vielfalt dieser Welt gegangen ist, die Berge und Täler, Landschaften und Städte, die er durchritten hat, all dies ist gegenwärtig, die familiären und politischen Ereignisse sind wieder „da“. Um Abschied-nehmen zu können bedarf es wohl dieser Vergegenwärtigung von Welt, wie der Sterbende sie erlebt hat, von Verbundenheit mit dieser Welt, wie einer Vergewisserung: Ja, ich bin Teil dieser Welt und ich gehöre zu ihr, wie sie zu mir. „Ein solches Erleben von Verbundenheit mit der Textur dieser Welt lässt Gelassenheit aufkommen, und die Angst schwindet, im Tode verlorenzugehen.“ (Petzold, 1984)

2.6.3. Aneignung von Leiblichkeit

Der Leib trägt das Leben von Beginn an bis zum letzten Atemzug.

Ich bin mein Leib und wie schwer ist es, selbst wenn der Leib zerfällt, wenn Kraft und Leistungsfähigkeit, Sinnesvermögen schwindet, ihn zu lassen, mich zu lassen.

Der Sterbende hat seine Geschichte mit seinem Leib, ob in Verdrängung oder Versöhnung. Ob Aneignung des Leibes und Abschied-nehmen von ihm gelingt, ist wahrhaftig nicht leicht. „Die Aneignung des Leibes ist keine einfache Sache, besonders wenn er über ein Leben lang verdinglicht worden ist, und mehr noch, wenn er an Apparaturen der Intensivmedizin weiter verdinglicht wird (Petzold 1983c,1984b).“ (Petzold, 1984)

Bei der Verfolgung dieser zielführenden Strategie können Zugänge zum Leib, über die Arbeit mit Ton oder mit Hilfe der „sensory awareness“ (Brooks 1979) eröffnet werden.

„Das Spüren, Atmen, Dehnen wird, zum Teil mit Hilfe des Begleiters, durch Streicheln, atemlockende und stützende Anwendungen gefördert.“ Verschiedene Übungen
 „...der Sensory Awareness und der Atemtherapie... können Linderung bringen, entlasten die Bewusstheit für den Leib schärfen und Aneignung ermöglichen.“ (Petzold 1984)

2.6.4. Aneignung der zwischenmenschlichen Beziehung

Aneignung des eigenen Leibes geschieht immer in „Zwischenleiblichkeit“ in Zwischenmenschlichkeit, in Berührung, die den ganzen Körper meint.

Pflege, Tröstung, Linderung geschieht in Berührung, ganz konkret und so kann „reowning“ durch Berührung gelingen, dass der eigene Leib selbst in Gebrechlichkeit, im Zerfall, in der

Verletztheit von einem anderen gepflegt, berührt wird, auch von Blicken berührt wird, hilft zur Selbstakzeptanz und fördert den Zugang zum Mitmenschen „...indem die Sprache des Körpers, durch die Gesten und Berührungen eine Unmittelbarkeit und Innigkeit entsteht, die von der Qualität her an die Intimität von Zwischenleiblichkeit erinnert, wie sie zwischen Mutter und Kind und zwischen Lebenspartnern gewachsen ist.“ (Petzold, 1984)

2.6.5. Aneignung und Bekräftigung der Wertewelt

Jeder Mensch hat Werte, mehr oder weniger präsent und reflektiert.

Für manchen Menschen sind Werte nicht klar bewusst, nur im Vollzug der handlungsleitenden Norm, im kulturellen Muster zu erkennbar.

Für andere ist die Wertewelt sehr klar, ist das Leben nach Werten gestaltet – religiöser oder weltanschaulicher Art.

„Die großen Religionen und Denksysteme - nicht nur die theistischen – die zu den bedeutendsten kulturellen Leistungen der Menschheit gehören, vermitteln das Bewusstsein einer Geborgenheit, eines Eingebettetseins, einer Hoffnung.“ (Petzold, 1984)

Rituale, Symbole, Texte, sakrale Kunst können einen Raum der Geborgenheit und Sicherheit anbieten, der durch Schmerz und Angst hindurchträgt.

„Ist eine solche Wertewelt ausgeprägt oder in Bruchstücken vorhanden, ist es sinnvoll, sie zu bekräftigen. Hier ist die Aufgabe einer Sterbeseelsorge (Lückel 1981) zu sehen, die die Güter ihrer jeweiligen Tradition in überzeugender Weise in den Dialog mit dem Sterbenden zu tragen vermag. ... Menschen, deren Wertewelt nicht klar bewusst ist, kann die Arbeit in den Bereichen der Aneignung deutlich machen, nach welchen Werten sie ihr Leben ausgerichtet haben. ...Es wird damit eine Hilfe zur Aneignung der Wertewelt gegeben.“ (Petzold, 1984)

Diese genannten zielführenden Strategien sollen an dieser Stelle genügen um auf die Feinziele in der I.T einzugehen.

Das „reowning“ bedeutet, dem sterbenden Patienten - und seinen Angehörigen - zu helfen, dass er in seiner vorweggenommenen Trauer, dass es in den Trauerprozessen gelingt, sich das eigene Leben - in der ganzen Spanne, den eigenen Leib, die Welt, die Mitmenschlichkeit und die eigenen Werte „erneut“ anzueignen, damit der Sterbende Abschied-nehmen kann. Anders gesagt: Sterbebegleitung kann durch berühren, trösten, lindern, stützen, bestärken, mittragen, dabeibleiben, entlasten, mit unterschiedlicher Methodik helfen,

dass der Sterbende sich im Abschiednehmen als der erlebt, der er ist und gegen alle Entfremdung möglicherweise sagt: „my life is my own, reowned now“ !

2.7. Die therapeutische Beziehung in der Sterbebegleitung

Abschließend möchte mich auf die Ausführungen Petzolds zur therapeutische Beziehung in der Sterbebegleitung beziehen. Sie zeigen noch einmal die Grundhaltung auf und was Professionalität in der thanatotherapeutischen Arbeit bedeutet.

„Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung variieren mit den Aufgaben, die sich dem Therapeuten stellen, und mit dem eingeschlagenen therapeutischen Weg, d.h. mit der Methode, der Form, der Modalität, den Medien und Techniken.

Nicht zuletzt ist die „psychische Ökonomie des Therapeuten“, seine Lebenssituation und seine berufliche Belastung ein wichtiges Moment.“ - wie auch immer die Berufsrolle, der professionelle Auftrag, mit seinem Wissen und seiner Erfahrung starke Berücksichtigung findet.

Dies meint insgesamt: “Eine gute Professionalität und eine liebevolle, intersubjektive Grundhaltung gewährleisten für den Betroffenen noch am ehesten eine Begleitung, die ihm angemessen ist.“ (Petzold, 1984)

Es unterscheidet sich die Arbeit der Sterbebegleitung von der professioneller Psychotherapie sicher nicht in der Grundhaltung, sondern „... ihre Zielsetzung ist nicht die *restitutio ad integrum*, sondern sie will dem Betroffenen helfen, seinen SterbeProzess für ihn in einer *kongruenten Weise* zu vollziehen.

Es geht nicht um Ablösung und Verselbstständigung in Richtung einer selbstbestimmten Lebensbewältigung, sondern um eine ‚Verbindung bis ans Ende‘.

Übertragung und Gegenübertragung gewinnen einen anderen Stellenwert, und die Bewertung von Widerstand und Abwehrphänomenen (Petzold 1981a) erfolgt auf einem anderen Hintergrund. (Petzold, 1984)

Auf diese unterschiedliche Bewertung soll im Folgenden eingegangen werden.

2.7.1. Übertragung und Gegenübertragung in der Sterbebegleitung

„Ein Hauptziel integrativer psychotherapeutischer Arbeit lautet:

‚Wo Übertragung war, soll Beziehung werden‘.

In der Thanatotherapie indes kann es darum gehen, Übertragungen zu ermöglichen, anzunehmen und aufrechtzuerhalten, ganz wie es die Situation erfordert.“(Petzold, 1984)

Ist das regressive Moment bei einem Sterbenden so stark, sein Bedürfnis nach Schutz und Geborgenheit, nach Sicherheit oder nach Stärke und Verteidigung, dann kommen Mutter-Übertragungen oder Vater-Übertragungen auf, wird der/dem Therapeutin/en die Macht zugeschrieben, er/sie könne Leiden mindern oder vor Schmerzen bewahren.

„Die durch die Krankheit aufkommenden Regression des Patienten in archaische Erlebniswelten kann eine düstere und bedrohliche Charakteristik haben, geprägt von Angst, Verwirrung und Panik, sie kann aber auch durch sichernde Funktion des Therapeuten und gute Übergangsobjekte eine gute Qualität von Geborgenheit und Vertrauen gewinnen.“

(*Petzold, 1984*)

Der ganze Mensch gibt seiner Sehnsucht Ausdruck nach dieser Geborgenheit und Sicherheit und Schutz und häufig wird dies auch sprachlich ausgedrückt, ist es die Sprache der Sterbenden, die in Bildern und Symbolen oder auch direkt diese Sehnsucht beschreibt. Das Bedürfnis getragen zu werden, beschützt, aufgehoben zu werden und festgehalten tritt in den Vordergrund.

„Es können diese Qualitäten nur bereitgestellt werden, wenn es dem Therapeuten gelingt, die Regression des Patienten mit der eigenen Regression zu begleiten (*Ferenczi, Balint*), ohne dabei in inflationäre Konfluenz abzurutschen.“ ...

"Die symbiotischen Verschmelzungswünsche des Sterbenden, der in die Sicherheit des mütterlichen Schoßes zurückkehren möchte (*Ferenczi 1964*), darf nicht mit eigenen symbiotischen Bedürfnissen beantwortet werden; denn in der frühkindlichen Symbiose ist die Mutter "groß" und selbstständig. Sie hat die Rolle eines Hilfs-Ichs, die das tut, was das Kind *noch nicht* kann (*Moreno, Moreno 1944*).

In der thanatotherapeutischen Situation tut das Hilfs-Ich das, was der Sterbende *nicht mehr* tun kann. Er liefert sich mit zunehmender Schwäche immer vertrauensvoller an den Begleiter aus, und das verlangt von diesem Zuverlässigkeit und Tragfähigkeit in der Beziehung, *Objektkonstanz*" (*Petzold, 1984*)

In der IT wird die Gegenübertragung als "eine empathische Reaktion des Therapeuten auf ein emotionales Angebot, das ihm der Patient nahelegt, eine Rolle, die ihm der Patient anträgt" (*Petzold, 1980, 1984*) verstanden. "Die Gegenübertragungsreaktion des Therapeuten stellt ein wichtiges Moment für die Therapeutische Interaktion dar. Er muss auf das Angebot des Patienten antworten, für ihn etwas verkörpern, was dieser zur Aufrechterhaltung der Stabilität seiner Persönlichkeit braucht. Er muss etwas verkörpern, das dem Patienten ermöglicht, mit der Angst und der Bedrohung fertig zu werden,... das erfordert eine hohe Stabilität des Therapeuten." (*Petzold, 1984*)

Die ständige Konfrontation mit dem eigenen Sterben, der körperlichen Hinfälligkeit, der endgültigen Trennung, stimuliert die eigenen Bereiche früher Trennungserfahrungen und gute Professionalität erweist sich da, wo Begleiter in eigener Lehranalyse, Supervision oder Kontrollanalyse arbeiten. Dies erscheint unerlässlich.

Techniken der Krisenintervention, wie sie H. Petzold entwickelt hat, wie die Technik der "inneren Distanzierung" oder auch des "inneren Beistandes" können helfen sich selbst "mit anderen Augen" zu sehen oder sich einer inneren Kraftreserve, durch eine bestimmte Person repräsentiert, zu vergegenwärtigen.

"Es wird hiermit eine nützliche Unterstützung zum Umgang mit schwierigen Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellationen gegeben." (Petzold, 1984)

2.7.2. Widerstände und Abwehr in der Sterbebegleitung

"Widerstände müssen 'abgeschmolzen' und nicht durchbrochen werden." (Petzold, 1984)

Mit diesem Satz wird bereits deutlich, dass in der IT Widerstand positiv bewertet wird. Zumal es in einer Krisensituation, wie Sterben und Trennung sie hervorrufen, Ängste und Bedrohungen einhergehen, die Widerstand auf verschiedenen Ebenen mobilisiert und diese Widerstände und Abwehrphänomene werden in der IT als "protektive Widerstände" verstanden.

Sie dienen der Abwehr von eben dieser Bedrohung und dem Erhalt der eigenen Stabilität.

"Sie sind damit auch Ausdruck einer gewissen Kraft, die man nutzen kann, indem man *re-sistance* in *as-sistance* umwandelt (Perls 1980)." (Petzold, 1984)

In der Sterbebegleitung erscheint das "Feindbild Widerstand" nicht angebracht, eher kann in manchen Situationen von der "Gnade der Abwehr" gesprochen werden.

Gerade Situationen im Krankenhaus machen es erforderlich genau zu prüfen, wann und wie es an der Zeit ist dem Betroffenen und seinen Angehörigen "die Wahrheit" zu sagen.

"Time to tell" ist wahrhaftig eine Frage des "timings" und der Zuwendung und jedes Aufdecken von möglicher Verleugnung verlangt nach differenzierter Prüfung, will sie nicht zu einer "destruktiven Wahrheit" werden. Konfrontation mit Verleugnung kann geboten erscheinen ("Gelingt einem Sohn die Aussöhnung mit dem Vater nicht, weil dieser in der Verleugnung des Sterbens bleibt, mit seiner Genesung rechnet und eine alte Fehde fortschreibt, so ist durchaus zu fragen, ob hier nicht eine Konfrontation mit der Verleugnung angezeigt ist." (Petzold, 1984) oder als nicht hilfreich erscheint, wenn ein zu hohes Abwehrpotential vorhanden ist, das eher den Angehörigen vermittelt werden sollte, damit Kommunikation möglich bleibt.

Die Situation von Sterbenden, schwer Erkrankten und ihren Angehörigen macht es nötig ihre Lebenssituation- und Beziehungssituation zu klären, abzuschließen - in der je eigenen (einen oder anderen) Weise - und vorsichtige Deutungen oder Symbole können bei diesem Prozess des Abschieds helfen.

Ein Brechen von Verleugnung klingt nicht nur gewalttätig, sondern ist auch ein "Hineinbrechen" in einen je persönlichen Lebenslauf, der bis zum letzten Atemzug ein eigener bleibt. Eher geht es um ein "Abschmelzen" von Abwehrphänomenen, um ein vorsichtiges Annähern, wenn Stabilität ins Schwanken gerät (auch durch die o. g. Kriseninterventionen), um Angebote der Verarbeitung.

"Oft genug reißt der Schleier der Verdrängung in der terminalen Phase, und Patienten beklagen sich bitterlich, warum man sie in Unwissenheit gelassen habe. Jetzt ist keine Zeit mehr, die anstehenden, notwendigen Dinge zu regeln." (*Petzold*, 1984)

2.8. Integratives mediales Vorgehen

Integrative Arbeit in der Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen meint die ganze Fülle an behandlungsmethodischen Ansätzen, die die IT bietet.

Aus der "integrativen Kunst- und Kreativtherapie seien nur genannt: kreativen Medien, Musik und Poesie, bildnerisches Gestalten oder aus der "integrativen Leib- und Bewegungstherapie" :Methoden zur Entspannung, Stärkung der Atmung und Muskulatur oder die Methode der Imagination, der spontanen und der geleiteten Imagination, wie der Lebensbilanzierung, die besonders hilft, dass sich Menschen am Lebensende als schöpferische Menschen erleben. "Im Sterben noch einmal aktiv leben - eben:

Das eigene Sterben wirklich leben (statt es zu vermeiden). ... Kollegen berichten, dass sterbende Menschen im Vollzug der Lebensrückschau noch einmal z. T. verkümmerte Seiten ihrer Kreativität entfaltet hätten: Da unternimmt es jemand, evozierte Lebensszenen zu malen, sie tagebuchartig oder in Briefen niederzuschreiben, sein intensives Nacherleben von Einzelsituationen bzw. die Gesamtschau des Lebens in Lyrik in verdichtete Erlebnissprache zu fassen, oder die Begegnung und Auseinandersetzung mit Personen der Vergangenheit in dramatischen Dialogen auszudrücken, also eine kleine dramatische Szene zu schreiben.

Das gelebte Leben wird gewissermaßen zu 'Rohmaterial', aus dem noch einmal das Lebensdrama und die Lebensbilder gestaltet werden." (*Lückel*, 1981)

Lebensbilanzierung, mit ihrer je eigenen Gestaltungsmöglichkeit sei hier nur als ein Beispiel genannt unter den vielfältigen Möglichkeiten der IT.

"Schließlich seien noch der pastoraltherapeutische und der nootherapeutischen Zugang (idem 1983a) genannt, die auf eine meditative Kontemplation abzielen können und sich zur Bearbeitung von Fragen nach dem Lebenssinn und der Transzendenz eignen (idem 1983, Lückel 1981)." (Petzold, 1984)

Unter Berücksichtigung der Ansprechbarkeit, der Bedürftigkeit des Patienten, seiner Möglichkeiten, seines Wollens, können diese Medien angeboten und eingesetzt werden (- weniger ist mehr -). Es ist eine Chance, vielleicht ein letztes Angebot, das es dem eingeschränkt lebenden Menschen, selbst in Krankheit und im Sterben, an Ausdrucksmöglichkeit zur Verfügung stellt.

Kreativität und Kommunikation gehört zu uns Menschen.

"Jeder Eindruck verlangt nach Ausdruck, jeder Ausdruck ist ein neuer Eindruck." (Petzold/Orth, 1991) auch und besonders am Lebensende (lifespan/lifelong).

Wie sich behandlungsmethodischen Ansätze der IT in der Seelsorge konkretisieren können, zeigen die folgenden Beispiele im Begleitungsprozess.

3. Beispiele im Begleitungsprozess

3.1. Ausgangssituation:

Auf dieser Grundlage, des methodenübergreifenden Verfahrens der IT, mit den damit verbundenen Möglichkeiten in der Sterbebegleitung versuche ich Menschen in Krankheit und besonders am Lebensende zu begleiten und dies mit meinem *Leib*, in meinem sozialen und ökologischen Kontext. Dies heißt konkret, als Pastorin, beauftragt durch die evangelisch-lutherische Landeskirche Hannovers, als Krankenhauseelsorgerin an der Medizinischen Hochschule Hannovers zu arbeiten, einer hochkomplexen Klinik, einer naturwissenschaftlich-technischen Organisation, die sich wie alle Krankenhäuser einer naturwissenschaftlichen Medizin verpflichtet fühlt, deren Erfolge und Früchte wir alle mehr oder weniger gern in Anspruch nehmen, eines Wirtschaftsbetriebes, der seine Effizienz in ständiger Konkurrenz unter Beweis stellen muss.

Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Arbeitsbereiche, von Forschung und Lehre, medizinischer und pflegerischer, psycho-sozialer, spiritueller Versorgung, von der high-tech. Medizin bis zur Arbeit in der Küche und Reinigung sind wir alle in dieses totale System eingebunden. Wie alle Kolleginnen und Kollegen, die sich den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen zuwenden, so versuche ich mich auf die persönliche Begegnung mit kranken, schwersterkrankten,

sterbenden Menschen und ihren Angehörigen einzulassen, mich mit ihnen auf eine Wegstrecke ihres Lebens in Begleitung, Entlastung, Linderung und Tröstung zu begeben, wenn es gewünscht ist.

Dies bedeutet in meiner täglichen Praxis, dass ich gerufen werde, entweder von den Patientinnen und Patienten selbst, ihren Angehörigen oder von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Station. Realität ist, dass ich fast ausschließlich kurzfristige Kriseninterventionsarbeit leiste, also einmalige Kontakte entstehen, manchmal auch mehrmalige Begegnungen stattfinden, auch mittelfristige Begleitung und langfristige Sterbebegleitungen sind möglich, aber eher sehr selten. Und dies sei an dieser Stelle betont, betrete ich ein Krankenzimmer als eine im wahrsten Sinne des Wortes "von-außen-Kommende", ich bin Teil des Systems Krankenhaus - und doch nicht, mein "Anstellungsträger" ist *ein anderer*, ich sehe und erlebe meine Mitwelt ähnlich der Patientinnen und Patienten - und doch bringe ich eine andere Perspektive, eine religiöse Perspektive, bin die Repräsentationsfigur einer anderen, spirituellen Dimension des Lebens. In dem Moment, in dem ich das Krankenzimmer betrete und mich als Pastorin vorstelle, steht mit meiner Person auch mein Amt im Zimmer und all die Erfahrungen und Wünsche, Bedürfnisse und Sehnsüchte, die dieser eine, besondere Patient und seine Angehörigen jetzt an mich hat. Ich stehe dort als Person mit meinem Amt und Fragen nach Sinn und Gott und die Welt und Leben und Tod und Leiden und Sterben und Hilfe zum Leben jetzt sind möglich.

(Jede/r mag zum christlichen Glauben stehen, wie sie/er mag, die religiöse Perspektive/Dimension - konfessions/ religionsübergreifend oder ohne konfessionelle Bindung- wird im säkularen Kontext der Klinik täglich angefragt und gesucht.)

Ich "komme von außen" und ob wir uns gemeinsam auf die Suche nach Zusammenhängen, Deutungen, "Sinnen" - es gibt ja nicht nur den einen Sinn - !

" Es gibt mannigfaltigen Sinn, Sinn in der Fülle." (*Petzold/Orth* 2005) und wie Begegnung auf dieser Wegstrecke möglich wird, wird sich erweisen.

Das jedenfalls bringe ich mit - und so selbstverständlich wie es sich anhört und zu den basics jeder Begleitung gehört, noch einmal: Ich bringe mich mit, mit meiner Lebens- und Glaubenserfahrung. Ich bin das "Instrument" meiner Seelsorge, (vgl. *Lückel/Ladenhauf* 1993) der Wegbegleitung, der Sterbebegleitung.

Und wenn ich ein Krankenzimmer betrete, dann bin ich jetzt da und bleibe solange es gewünscht ist und es mir möglich ist. Da -sein und Dabei-bleiben, (ob die spontane Passung da ist oder nicht) ist mein implizites und explizites Ziel, mit den Gestaltungsmöglichkeiten, die der Patient und seine Angehörigen und ich zur Verfügung stellen.

Intersubjektivität - Ko-respondenz ist gefragt, wenn es dem Patienten möglich ist - und wenn er so stark eingeschränkt ist in seinen körperlich, emotionalen, geistigen Möglichkeiten, selbst wenn er komatös ist, dann gilt die unterstellte Intersubjektivität, der jetzt unterstellte Wille des Patienten., wie er jetzt wohl behandelt werden möchte, bzw. wie er mir in der vollen Kraft seiner körperlichen, emotionalen und willensmäßigen Fähigkeiten begegnen würde -.

Für mich leitend, einher gehend mit dem Versuch jeweils konkret Kontakt herzustellen, ist dabei in der Situation der Begegnung die "Goldene Regel":

"Was du nicht willst, dass man dir tu', das füg auch keinem anderen zu."

(Die ältesten Belege der Goldenen Regel - dieser Begriff ist erst seit dem 18. Jahrhundert belegt - finden sich in vielen Kulturen und Religionen (bei den Vorsokratikern ebenso wie bei *Seneca*, wie in der Sikh Religion, dem Buddhismus, in islamischer Tradition, im hellenistisch-jüdischen Bereich, ca. 200 v. Chr.)

Ich beziehe mich auf die positive Wendung der neutestamentlichen Aussagen, Lukas 6,31 : "Und die ihr wollt, dass euch die Leute tun sollen, also tut ihnen auch" (findet sich innerhalb der Logienquelle über die Feindesliebe und den Gewaltverzicht) und verstehe mich daher der christlichen Tradition verbunden, obwohl die zeitgleichen Aussagen nicht nur im Neuen Testament zu finden sind und inhaltlich kaum etwas spezifisch Christliches aufweisen, doch sie eröffnen einen universalen Horizont und führen zu Fragen der Ethik.

So kann ich mich ebenso gut der modernen Anthropologie anschließen:

"In der neuen Situationsethik wird vor allem die formale Struktur der goldenen Regel gewürdigt, die freimacht vom kasuistischen Legalismus und die ethische Motivation auf die Nächstenliebe reduziert, von der gilt: *dilige et fac quod vis* (liebe und dann tue, was du willst) (vgl. Fletscher). Insofern enthält das in der goldenen Regel ausgesprochene Prinzip der Gegenseitigkeit einen für Christen und Nichtchristen evidenten Kern, als es in dieser Grundbeziehung auf die gegenseitige Anerkennung des Rechts auf Dasein sowie dessen Erhaltung und Förderung ankommt. Auch *van Oyen* sieht das Attraktive der goldenen Regel für die Ethik in ihrer Situationsbezogenheit.

Im Unterschied zum naturrechtlichen Denken wird mit ihr keine feste, unabänderliche Norm oder Normensystem an den Handelnden herangetragen, vielmehr wird die Entscheidung über die konkrete Gestalt des Handels dem einzelnen überlassen, der sich selbst in der Begegnung mit dem anderen realisiert." (*Schrey*, 1984)

Mir ist diese Gegenseitigkeit wichtig, sie hat etwas mit der partnerschaftlichen Grundhaltung zu tun, dem Berührtsein und Berührtwerden in der Begegnung, mit der Integrität und Würde

des anderen, der mich für eine kürzere oder längere Zeit in seinen/ihren "Intimitätsraum" lässt und mich gewahr werden lässt, wie zerbrechlich, brüchig, endlich Leben ist.

Wir sind uns so ähnlich, sind aus einem Stoff gemacht - und doch sind wir in der Situation des Kontaktes uns so fremd. Fremde, die sich begegnen und die Andersartigkeit des anderen respektieren. Ich versuche im Kontakt zu sein mit mir selbst, dem Patienten, den Angehörigen, dem Raum der uns umgibt und was diese Eindrücke mit mir machen.

Bescheidener bin ich geworden in diesen Begegnungen, stiller, habe nicht so viel zu sagen, brauche Zeit um mich einzufühlen, mich dann angemessen mitteilen zu können, mich dem Patienten und seinen Angehörigen ganz zuzuwenden. Durchlässiger bin ich geworden und spüre ebenso die eigene Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit, darum möchte ich "partiell Engagement", "selektive Offenheit" je und je praktizieren, für den Patienten und seine Angehörigen und für mich.

Im Folgenden möchte ich anhand von drei Begleitungsprozessen meine Haltung und die je methodische Anwendung beschreiben.

3.1.1. Nottaufe

Ich werde in der nächtlichen Bereitschaft in die Kinderklinik gerufen.

Ein Baby stirbt und die Mutter bittet um ein Gespräch und die Taufe ihres Kindes. Die Stationsschwester bittet mich um Eile. Als ich auf der Station eintreffe, werde ich zur Mutter in einen Gesprächsraum geführt, mit dem Hinweis, gleich zum Kind zu kommen, es wäre nicht mehr viel Zeit.

Eine junge Frau sitzt in der hintersten Ecke. Sie sieht mich verschreckt an, ist erschrocken bis auf die Knochen. Sie zittert durch und durch. Im Raum ist ein kleiner, runder Tisch mit drei Stühlen, die Vorhänge sind zu den Nachbarräumen zugezogen. Die Hinterseite ist aus Glas, der Nachthimmel ist zu sehen. Geräte und Material steht auf der einen Seite. Frau N. (ca. 25 Jahre) wirkt auf mich so verloren, allein in dieser hintersten Ecke des Raumes.

Ich stelle mich vor und setze mich zu ihr - Augenhöhe - wir blicken uns in die Augen, ihr Erschrecken, Erschüttertersein, Zittern berührt mich sehr. Ich sage ihr, dass ich ihr Zittern, ihre Erschütterung sehe und nur eine Ahnung habe, was in ihr vorgeht, was geschehen ist und ob es ihr möglich ist mir zu sagen was geschehen ist. Sie erzählt es mir mit gebrochener Stimme: gestern war noch alles in Ordnung. Die Entbindung ist gut verlaufen. Klein Lina (Name verändert) war geboren, ihr Ehemann war dabei, später kam die Großmutter zu Besuch. Lina hat zum ersten Mal getrunken, an der Brust gelegen, alles war gut. Die Großmutter und der Ehemann sind nach Hause gefahren, mit dem Hinweis sie könne jederzeit anrufen, er sei

erreichbar, kümmere sich jetzt um die erstgeborene Tochter (5 Jahre). Beim zweiten Anlegen, hätte Lina Probleme beim Atmen bekommen - und die Ärzte hätten entschieden sie sofort in die MHH zu fliegen. Hier sei sie jetzt, mit einem Herzfehler, der nicht erkannt worden sei und Schwestern und Ärzte versuchten alles, um sie zu retten.

Lina kämpfe so sehr und sie wolle auch alles versuchen, was ihr helfen könne, aber sie habe solche Angst, dass sie es nicht schafft. Ich soll sie unbedingt taufen. Ich bestätige und unterstütze ihr Wollen. Die Schwester kommt herein und bittet mich schnell zu kommen - und alles geht ganz schnell - mein Blick zur Mutter - die Bestätigung/Beauftragung zu gehen - mein Blick ins Kinderzimmer und Gewissheit, dass dieser Anblick für die Mutter zu viel wäre - der Arzt bestätigt mir diese Einschätzung - dennoch gehe ich zurück zur Mutter - sage ihr, dass ich jetzt Lina taufe und das sie hier bleiben solle, dass ich auch für sie handle. Sie ist einverstanden und ich gehe zurück ans Kinderbett. Dort wird auch gekämpft - zwei Schwestern und der Arzt sind bei der Reanimation von Lina. Der kleine Körper ist erschlaft und in den Händen des Arztes wird der kleine Brustkorb, das Herz gedrückt, er versucht die Atmung zu halten - es geht nicht - ich taufe in diese Qual - ein wenig Wasser auf den Kopf von Lina - ritualisierte Worte - und ein Stoßgebet - dass keiner von uns das Leben in der Hand hat, wir loslassen müssen, wir Lina in Gottes Hand geben, der sie auffängt. - Die Hektik, der Kampf lässt nach, auch meine Anspannung klingt ab. Lina atmet nicht mehr.

Ich habe selten eine solche Hilflosigkeit gespürt - kollektive Hilflosigkeit - Leere - keine Worte mehr - und das Gefühl der Erleichterung - wie gut, dass die Qual vorbei ist - ein eigenes, tiefes Durchatmen - ich gehe zur Mutter und erzähle ihr, dass Lina getauft ist und dass sie ausgeatmet hat, für immer. Ihr Zittern lässt langsam nach und wir bleiben zusammen in diesem Zimmer sitzen, lange schweigend. Ich sage ihr, dass der kleine Körper von Lina sich ausruhen muss, dass er sich beruhigen muss - wieder lange Schweigephasen - tiefes Durchatmen - es bleibt Anspannung, die Beunruhigung, dass der Vater nicht zu erreichen ist. Frau N. fragt sich warum die Schwestern und sie ihn nicht erreichen können. Ohne Vorwurf in ihrer Stimme, nur dieses Fragen...und ihre Sorge, wie sie ihrem Mann sagen soll was geschehen ist. Alles ging doch so schnell und er war nicht dabei und kann noch weniger begreifen als sie selbst. Was wird nur mit ihm, wenn er vom Tod Lina's erfährt ? Sie macht sich Sorgen um ihn. Sie möchte von Lina Abschied nehmen, möchte sie im Arm halten und wünscht sich so sehr, dass er dabei ist, wie er bei der Geburt dabei war, damit er selbst Abschied nehmen kann...aber sie erreicht ihn nicht. Verzweiflung und Suche und dabei keine Anklage, sondern Sorge um ihre Familie, die jetzt ohne Lina leben soll und nichts weiß von allem hier.

Und ich Sorge mich um diese junge Frau, die ihren "Konvoi" so sehr vermisst, um gemeinsam den Tod und den Abschied von Lina zu verkraften und nun sind nur wir beide hier - nachts um 4.00 Uhr, in diesem Zimmer, bei sternklarer Nacht. Ich spüre dieses Alleinsein und zugleich möchte ich nicht mit auf die Suche gehen nach denen, die jetzt nicht da sind, so sehr wie sie herbeigesehnt werden. Frau N. ist da, mit ihren suchenden, fragenden Blicken, und Lina ist da, nebenan - befreit von allen Instrumenten, Schläuchen und Infusionen. Ich versuche Frau N. zu beruhigen, sie zu vergewissern, dass die Schwestern auf der Suche bleiben und ihren Mann versuchen zu erreichen.

Wie schwer es ist, den Tod zu sehen, ein kleines verstorbenes Menschenwesen zu halten, es herzugeben - nach all den Monaten der gemeinsamen Erfahrungen

(ich selbst habe noch diese Bilder von der Reanimation vor Augen und wie sehr mich die professionelle "Gewalt - tätigkeit" erschrocken hat, verbunden mit dem Wunsch dieses Leben zu erhalten. Der Schreck ist mir ebenso in die Glieder gefahren), den vielen Wünsche und Hoffnungen auf heranwachsendes Leben - dass wir diesen Augenblick vermeiden wollen, ist nur zu gut zu begreifen, und doch wohl nur wirklich zu begreifen, wenn wir den kleinen Körper spüren und anfassen. Und so geschieht es. Als die Schwestern fragen, ob Frau N. ihre Tochter im Arm halten möchte, bejaht sie und bittet mich zu bleiben und einen Segen zu sprechen. Die Schwestern haben Lina liebevoll angekleidet, in eine kleine, flauschige Decke gewickelt und legen sie der Mutter in die Arme und eine große Traurigkeit und Tränen steigen in mir auf bei diesem Bild der Vertrautheit und Verbundenheit und zugleich der Schmerz der Trennung.

Und ich weiß, dass meine Gefühle nur erahnen lassen, was es für " mein Gegenüber" bedeutet. Und in diesem Gegenüber möchte ich jetzt bleiben, wohl auch verbunden aber eben auch eine andere. Es ist der Raum der Vertrautheit, der Intimität zwischen Mutter und Kind, es ist der ihnen eigene Raum, der nur ihnen gehört und dabei bin ich erlaubt und das ist schon viel, darum bleibe ich still und blicke beide an, wende mich nicht ab aber auch nicht zu, sondern bleibe wo ich bin, in respektvollem Abstand, bis die Mutter mich fragt, ob ich jetzt Lina segnen könne. Ich bestätige dies und bitte aber auch darum, mehr sagen zu dürfen als eine Segensformel, dass ich gern ein Gebet sprechen möchte und wenn es ihr möglich ist - zu hören, auch den 23. Psalm, wenn sie ihn kennt.

Als sie mir dies erlaubt, merke ich, dass ich zum Gebet und zur Segnung, von meinem Stuhl runter muss. Ich muss diesen Platz verlassen, kann mich aber auch nicht hinstellen, schon gar nicht "über" sie stellen, sondern brauche den Blickkontakt zur Mutter.

Ich gehe in die Hocke, mit einem Knie auf der Erde abstützend, den Rücken aufrecht. So "knie" ich etwas seitlich versetzt zu ihnen und es dauert eine Weile, bis ich diese, für mich angemessene Haltung gefunden habe. Ich fasse im Gebet zusammen, was in diesen Stunden geschehen ist, was jetzt ist und was wir erhoffen (bei diesem wir schließe ich all die mit ein, die jetzt nicht hier sein können), spreche den 23. Psalm, der mit dem Satz endet: "und ich werde bleiben im Hause des Herrn immerdar." Auf diese Zusage konzentriere ich mich und spreche sie für Lina besonders aus, um sie dann auszuweiten als Zusage für die Eltern, die Familie, für alle, die wir leben und sterben. Ich schließe mit dem Segen, bleibe noch etwas knien, bevor ich aufstehe und setze mich dann wieder auf meinen "alten" Platz.

Ich spüre mein deutliches Bedürfnis durchzuatmen, für mich zu sein, einen Moment mich zurückziehen zu wollen, auch diesen Platz wieder zu verlassen. Es ist nicht wie vorher, die Aussegnung hat die Situation verändert, ich fühle mich entlastet, beruhigt und auch erschöpft. Ich frage, wie es Frau N. geht, möchte ihr nicht meine Gefühle "unterschieben", sondern mich nach ihrem Befinden erkundigen. Sie möchte noch mit Lina zusammensein, allein, eine Zeit lang, bevor der endgültige Abschied kommt. Ich sage ihr, dass ich dann draußen auf dem Flur bin. Dort bespreche ich mit den Schwestern, dass es gut wäre Lina später in ein kleines Bettchen, in den Raum zu legen (so wie es auch durchaus üblich auf Station ist) und wenn möglich dort auch länger "aufgebahrt" zu lassen, falls der Vater oder beide Eltern noch einmal kommen wollen. Nach einiger Zeit sehe ich nach Frau N. und erzähle ihr von dem Vorschlag dieses kleine Bettchen herein zubringen und Lina dort hinzulegen .

Sie ist einverstanden und so geschieht es. Zum ersten mal steht die Mutter auf und ich sehe ihre volle Größe und sie wirkt auf mich nicht mehr so zart und verloren, eher kräftiger und ich staune über die Stärke dieser Frau, die durch alles Zittern hindurch jetzt an dem Bett ihrer Tochter steht und stehen kann.

Sie sagt, dass sie gehen möchte, sich verabschieden von Lina, die sich so schnell verändert und dass es für sie jetzt genug ist. Sie möchte auch nicht mehr wiederkommen, sondern mit ihrem Mann sprechen. Wir verabschieden uns schweigend von Lina und gehen aus dem Zimmer. Frau N. muss wieder zurück in ihr Krankenhaus, aus dem sie so überstürzt vor Stunden aufgebrochen ist. Es ist alles vorbereitet, organisiert. Wir warten draußen gemeinsam auf die Taxe, während Frau N. weiter versucht ihren Mann anzurufen. Ich empfehle ihr, wenn es ihr möglich ist, im Krankenhaus sich etwas hinzulegen, die Schwestern für sie sorgen zu lassen, bis ihr Mann kommt und darüber hinaus zu Hause Kontakt aufzunehmen zum Pastor/Pastorin ihrer Gemeinde.

Es ist hell geworden, die Nacht ist vergangen und als die Taxe kommt verabschieden auch wir uns voneinander, mit einer Umarmung.

Mich berührt diese Begegnung und dieser Abschied von dieser jungen Frau sehr, aber ich spüre auch Erleichterung und die Tränen der Entlastung jetzt und gehe zu meinem Auto.

Später erfahre ich, dass Frau N. noch mit ihrem Mann am Morgen zurückgekommen ist und beide zusammen Abschied von ihrer Tochter genommen haben.

3.1.2. Praktische Lebenshilfe

Ich werde von einem Patienten auf die onkologische Station gerufen.

Ich betrete ein Vierbettzimmer, stelle mich vor und Herr M. winkt mir zu.

Ich trete an sein Bett und frage, ob es ihm recht ist, wenn ich mich setze.

(Ich sehe einen großen schlanken Mann, mit schütterem Haar, dunklen Augen.

Transfusionen im Arm. Er hat eine bunte Trainingshose an und ein T-Shirt.

Er richtet sich im Bett etwas auf und wirkt auf mich noch dünner, aber nicht kraftlos.) Ich frage wie es ihm geht und ob er mir sagen möchte, was passiert ist und erzählt: "Ich komme aus Spanien, lebe dort seit einigen Jahren mit meiner Freundin. Wir machen Musik auf der Straße, leben davon ganz gut, zusammen mit einigen Leuten in einem Haus dort. Bis ich auf der Straße zusammengebrochen bin und die Ärzte nicht genau wußten was ist. Dann bin ich mit meiner Freundin ausgeflogen worden, hierher - Diagnose; Hodenkrebs und ich muss schnell operiert werden und dann die Chemo, wenn ich noch eine Chance habe. Es ist alles so plötzlich gekommen, ich - wir sind nicht vorbereitet." Ich höre aktiv zu und vergewissere ihn, dass er jetzt hier gut aufgehoben ist. Er weiß das wohl und im Moment hat er auch alles bekommen, Medikamente, hat keine Schmerzen und er wird kämpfen, aber er sorgt sich besonders um seine Freundin, die Engländerin ist, keinen Wohnort, keine Bleibe, kein Geld hat und sie wüssten nicht weiter. Auf Station geben sie ihr wohl etwas zu essen und die ersten Tage konnte sie auch hier bleiben, aber jetzt, was nun ? Ohne sie könnte er das alles hier nicht durchhalten.

Ich verspreche ihm, mich umzuhören und wenn seine Freundin wollte, könnte sie zu mir ins Büro kommen und mit mir reden.

Nach einem Gespräch mit Frau T., der Freundin, wird die Situation noch deutlicher und erweist sich wirklich als kompliziert, zumal nach dem deutschen Bleiberecht. Frau T. möchte ebenso unbedingt bei ihrem Freund bleiben, doch sie hat keinen festen Wohnsitz (für Herrn M ist die MHH jetzt sein Wohnsitz und er wird auch von dem Sozialarbeiter der Klinik

betreut), keine Arbeitserlaubnis und weiß nicht wohin. Da ich auch keine Institution gefunden habe, die sie aufnimmt (weder Frauenhäuser, noch Unterkunft für wohnungslose Frauen, Wohnstifte - keiner ist bereit sie aufzunehmen, da es keinen Kostenträger gibt). Die Lage wird schwieriger.

Übers Wochenende kann sie noch in der MHH bleiben, dann - es ist kurz vor Weihnachten - muss sie gehen. Ich bleibe im Kontakt mit Herrn M. und Frau T.

(Durch Kollegen wird es möglich, ein Zimmer zur Verfügung zu stellen, das zu einem Schwesternwohnheim gehört, allerdings inoffiziell, dennoch ist dies eine große Entlastung. In den folgenden Wochen wird Herr M. operiert und die erste Chemotherapie, die in drei Blöcken gegeben werden soll, beginnt. Frau T. ist täglich im Haus und begleitet ihren Freund in allen Phasen. Da sich die Prognose vorerst positiv entwickelt, soll die zweite Chemotherapie ambulant gegeben werden und Herrn M. wird eine Sozialwohnung zugewiesen. Diese ist minimal ausgestattet: ein Bett, ein Tisch und Stühle, keine Bettwäsche, keine weitere Ausstattung und keine Erlaubnis für weitere Personen dort zu übernachten. Frau T. versucht alles, gestaltet die Wohnung so gut es geht mit Hilfe des Diakonischen Werkes und besorgt das Notwendigste. Das Krankengeld für Herrn M. muss für alles reichen, einschließlich der Medikamente, dem Lebensunterhalt für beide. Es ist unmöglich für ihn und für seine Freundin, während der Therapie, die ihn mehr und mehr schwächt, in dieser Umgebung unter den gegebenen Bedingungen zu überleben. Ich bleibe im regelmäßigem Kontakt zu beiden, Gespräche finden statt, wenn die Therapieanwendungen in der Klinik stattfinden. Der Wunsch nach Heirat war von Beginn an da, nach dem Ausbruch der Krankheit und einhergehend mit den Schwierigkeiten in Deutschland. Über Wochen hatten wir versucht mit dem Standesamt Hannover, bis zum Oberlandesgericht Celle, mit einem Billigflug nach London, zur Familie von Frau T., um die nötigen Papiere zu besorgen, um so eine Eheschließung in Deutschland möglich zu machen. Jetzt lief beiden die Zeit davon, denn am Ende der zweiten Chemotherapie wird deutlich, dass der Krebs sich auf andere Organe ausgeweitet hat. Herrn M. verlassen die Kräfte und die Hoffnung, nur der Wunsch zu heiraten, dieses Symbol der Verbundenheit im staatlichen und kirchlichen Ritus zu vollziehen ist beiden ein hohes Bedürfnis und Ziel, zumal Herr M. sich entschieden hat, die Therapie abzubrechen. Er möchte keine dritte Chemotherapie, kann und will nicht mehr. Es kommt zu einem Gespräch, in dem Herr M. mich bittet, mit ihm diese Entscheidung noch einmal zu überdenken, um dann gemeinsam mit seiner Freundin über Perspektiven der Beziehung nachzudenken.)

Herr M: " *mir bleibt nicht mehr viel Zeit, vielleicht Wochen oder Monate und ich will diese wenige Zeit nicht hier in der Klinik verbringen, mich durch die dritte Chemo quälen, hier sterben.*" Herr M. klingt entschieden und ich bin betroffen und erstaunt, dass er diesen radikalen Schritt für sich in den Blick nimmt und sage ihm dies: "Sie sagen das so klar und deutlich, dass ich staune und zugleich mich frage, ob noch für Hoffnung Raum ist?"

Herr M: " *meine Hoffnung ist, dass ich mit T. noch einige Monate schmerzfrei verbringen kann, wir heiraten können, so wie wir es immer wollten und umgeben sind von Freunden.*"

"haben Sie ein Bild vor Augen, wenn Sie phantasieren, Szenen?, Atmosphäre, die in ihnen aufsteigt?" (tiefes durchatmen)

"*Ich habe die Küste von Spanien vor Augen, zusammen am Strand, T. und ich und unser kleiner Hund... warm ist es dort und das Meer und einfach nur zusammen da sitzen. Nichts tun. und dann sind wir zusammen in unserem Haus, mit den Freunden, wir brauchen nicht viel, ist alles ganz einfach.*"

(er erzählt von der Zeit in Spanien, wie sie zusammen Musik gemacht haben, genug verdient haben zum Leben, es unbeschwert war ... nach seiner Zeit in Berlin, seiner Scheidung damals und das er Menschen zurückgelassen hat... er erzählt er von seiner Zeit und den Verlusten dort. Er möchte jetzt mit T. zusammen bleiben, bis zum Schluss, aber nicht hier - er weint / schüttelt den Kopf)

"so viele Trennungen sind zu beweinen, machen traurig und diesmal soll es anders werden, nicht so wie damals...und nicht hier... haben Sie eine Idee?"

"*In Deutschland habe ich niemanden mehr, nach Spanien - so unbeschwert - geht es auch nicht mehr, nach England vielleicht zur Familie von T. , wir haben schon einmal daran gedacht. Da könnte sie auch arbeiten und ihre Mutter hat ein Haus, ihre Schwester wäre in der Nähe. Hier sind wir beide zusammen allein, dort wären wir in der Familie.*"

"Wir können das ja noch einmal mit T. bedenken und auch über den Therapieabbruch sprechen, vielleicht geht da was zusammen?"

(Im Dreiergespräch bleibt Herr M. bei seiner Entscheidung des Therapieabbruchs, während Frau T. zweifelnd bleibt und ihn ermutigen möchte weiterzumachen. Die Idee mit England kommt ihr entgegen und sie würde gern mit ihm in ihr "Zuhause", allerdings verbunden mit der Hoffnung, dass er dort vielleicht seine Meinung zum Therapieabbruch überdenken möge. Und so geschieht es. Die finanziellen Notwendigkeiten (Flüge) werden durchs Klinikpfarramt übernommen. Ich treffe beide noch zweimal und wir telefonieren. Herr M. beendet seine Therapie auf eigenen Wunsch. Die Sozialwohnung wird aufgegeben und bevor beide nach London fliegen, feiern wir einen Segnungsgottesdienst in unserer Kapelle. Beide bitten

darum, dass sie den Segen Gottes für dieser "Reise" bekommen, einen Segen, der sie verbindet, wie bei einer Trauung. Es wird ein sehr feierliches Ereignis, das uns alle sehr berührt.

Nach 5 Monaten, nach unserer ersten Begegnung auf Station, bis zu diesem Segnungsgottesdienst und dem Abschied, konnte ich Wegbegleiterin sein, teilhaben an dieser Wegstrecke ihres Lebens.

Nach einem weiteren Monat kommen Bilder per Internet von der standesamtlichen Trauung in England, im Vorgarten des Hauses.

Damals, wie heute beim Schreiben, bin ich froh, dass es möglich war, diesen Wunsch eines Sterbenden, nach Segensgemeinschaft mit seiner Freundin und der Zeit, die ihnen bleibt, dort zu verbringen, wo und wie sie es wollten.

3.1.3. Halten und Loslassen

Ich werde auf die Intensivstation gerufen. Die Schwester bittet im Namen der Ehefrau um Unterstützung, deren Mann im Sterben liegt.

Ich betrete das Zimmer, sehe den Mann, mit Sauerstoff und Flüssigkeit versorgt, im Koma liegend. Seine Ehefrau liegt mit ihrem Oberkörper auf seiner Brust, hält sich an ihm fest. Am Fußende sitzt ein älterer Herr. Ich bin auf einer der ältesten Stationen der Klinik, nur schmale Oberfenster bringen trübes Licht in den Raum, der karg und rein funktional ausgestattet ist. Ich stelle mich vor und begrüße die Ehefrau, die sich etwas aufrichtet und den älteren Herrn, der mir sagt, dass er der Patenonkel von Herrn B. ist. Ich sage, dass ich mich auch Herrn B. vorstellen möchte, ihm sagen, wer ich bin und dass ich Zeit brauche mich einzustellen. Ich trete an die Seite von Herrn B. stelle mich ihm ebenso vor und sage ihm, dass ich meine Hand vorsichtig auf seinen Arm lege und jetzt eine Zeit bleiben werde. (Dies ist mir bei all den - meist einmaligen - Besuchen, besonders bei sedierten Patienten wichtig, dass ich selbst Zeit habe mich auf die jeweilige Atmosphäre im Zimmer einzustimmen. Ich suche fast immer den Körperkontakt zu dem Patienten, spreche ebenso mit ihm, wie mit den Angehörigen, stelle mich vor – sage, dass ich gerufen wurde und wer jetzt noch mit mir an seinem Bett steht/sitzt. Dann bitte ich, dass ich meine Hand auf seine/ihre Hand oder Unterarm oder Schulter lege darf, zur Vergewisserung, dass ich da bin und für mich, dass ich Kontakt herstellen kann. "Ich hoffe es ist Ihnen recht, dass ich meine Hand jetzt auf die Ihre lege, dass sie spüren, dass ich da bin. Ich sehe sie und ich bleibe jetzt hier." - Ich brauche meist einige Minuten um mich ganz auf meinen Atem zu konzentrieren, ruhig zu werden, den Rhythmus zu spüren,

mitzuschwingen. Meine Hände sind warm, ich bin so gut ich kann gegenwärtig und bleibe still in dieser vorsichtigen Berührung mit dem Patienten.)

Nach einiger Zeit sage ich, dass es gut tut, jetzt nicht allein zu sein und frage, ob mir die Angehörigen/Freunde sagen mögen, wer sie sind und was geschehen ist.

Die Ehefrau blickt kurz auf, sagt dass sie 12 Jahre verheiratet sind und 10 Jahre davon ihr Mann krank ist. Sie sei immer an seiner Seite gewesen, besonders verbunden seit der ersten Lebertransplantation, der Dialyse und jetzt die zweite Transplantation. Seit Wochen sind sie hier, sie habe ihre Arbeit aufgegeben und wohne jetzt auch in der Nähe, damit sie immer da sein kann. Ihre Tränen laufen in Strömen und sie beugt sich wieder zu ihrem Mann, liegt auf seinem Oberkörper. Der Patenonkel erzählt, dass er gekommen ist, weil die Eltern von Herrn B. nicht kommen können, für den Vater sei das alles zu viel und zudem hätte der Vater heute auch noch Geburtstag und die Familie sei dort. Und ob ich jetzt nicht das Vaterunser beten könne. Ich bestätige, dass dies möglich ist, wenn von allen gewünscht und ich möchte gern noch etwas Zeit haben. (mir kommt diese Bitte sehr schnell, kaum das "Informationen" ausgetauscht sind und ich sehe die junge Frau, ca Ende 30 Jahre, etwas jünger vielleicht als ihr Mann, ihn haltend und streichelnd, weinend und es berührt mich mit welcher Innigkeit sie an ihm festhält, macht mich aber auch unruhig, wie wenig Raum dem Patienten zum Atmen bleibt. Ich frage: "Ist es Ihnen recht Frau B., wenn ich an Ihre Seite kommen kann, Sie festhalte ? " *Sie nickt und sagt leise "Ja"*. Ich sage dem Ehemann, dass ich jetzt zu seiner Frau gehe und seine Hand loslasse. Ich stelle mich seitlich neben/hinter Frau B. , beuge mich etwas vor und halte sie an den Schultern. So bleibe ich sehr lange stehen, frage, ob es so gut ist, als sie bestätigt, bleibe ich weiter lange so stehen (Ich spüre besonders meine Oberarme, meine Hände, meinen Rücken - weitere Minuten vergehen, bis *Frau B. seufzt, weint und flüstert: "Du sollst doch noch nicht gehen, bleib doch, lass mich nicht allein..."* Ich halte sie etwas fester, sage leise "es ist so schwer jetzt langsam - loslassen"... nicken... "Jeder von uns hat seine eigene Zeit, eigenen Atem, ... letztes Ausatmen ... *"aber was soll ich denn ohne dich machen ? Du kannst mich doch nicht allein lassen ! ...schweigen..."* so viel gemeinsames erlebt...geteilt...gemeinsam gegangen... und doch geht auch jeder seinen eigenen Weg"... *"Ich will ihn aber nicht gehen lassen."* "Sie möchten festhalten, am liebsten für immer, und doch haben wir das Bleiben des anderen nicht in der Hand, müssen freigeben." ...(Ich sehe kaum die Brust des Patienten, sehe Frau B. auf ihm. Es hat für mich etwas erdrückendes, wünsche ihm Raum zum Durchatmen, das sich sein Brustkorb heben und senken kann, - wenigstens den letzten Atemzug mag er "ungedrückt" tun, gönne ich ihm in meiner Phantasie.) Ich halte Frau B. weiter " ein letztes Mal frei durchatmen, ..ausatmen, ...das tut jeder von uns allein und

wie gut, wenn Menschen dabei bleiben, wie Sie bei Ihrem Mann bleiben... und ihm die Zeit geben, die er braucht." Sie richtet sich etwas auf, ... hält ihren Mann mit beiden Händen an seinem Arm. So bleibt der Kontakt, fester oder gelöster im Berühren, in Halten oder Streicheln, drücken oder zärtlich berühren, bis Frau B. zurücksinkt und sich bei mir anlehnt und ich spüre deutlich ihr Gewicht. Ich trete direkt hinter sie und halte sie fester bei den Schultern, mit Stütze zum Rücken. Sie hält weiter den Kontakt zu ihrem Mann, streicht ihm über den Unterarm, hält ihn bei der Hand. Nach einiger Zeit frage ich ob ich zur Seite treten könne und sie loslassen kann, sie stimmt ein und hält ihren Mann nun mit beiden Händen. Ich wende mich dem Patenonkel zu, sage ihm, wie wichtig ich es finde das er da ist, auf seine Art. Er erzählt, dass es ihm auch wichtig ist, auch bei Frau B. zu sein, für die es doch am Schwersten sei.

Ich frage beide, ob es wohl jetzt gewollt ist, dass ich ein Gebet spreche und das Vaterunser und ob Herr B. das wohl auch wollen würde. Frau B. meint, sie hätten nicht viel über den Glauben gesprochen, ihr Mann sei getauft und konfirmiert, sie selbst ist nicht in der Kirche, aber das Vaterunser kenne sie und ihr Mann auch und es wäre für alle wohl ganz gut. Ich stelle mich wieder an die Seite von Herrn B., Herr R. steht auf und stellt sich neben seine "Nichte", legt seine Hand auf ihre Schulter. Ich sage Herrn B. und uns allen, was in der letzten Stunde geschehen ist, wieviel Bewegung und Berührung und das der Kontakt spürbar ist, wie seine Frau ihm die Hand hält und sein Patenonkel seine Frau stützt, dass es die Zeit des Abschieds ist. Zur Überleitung ins Vaterunser lade ich zu dem Gebet ein, dass uns vergewissern möchte, seit über 2000 Jahren, dass keiner von uns verloren ist. Ich spreche zum Abschluss den Segen, der uns alle einschließt. Ich verabschiede mich von Herrn B. lege noch einmal meine Hand auf seine, gehe zu Frau B. und als sie zum ersten Mal aufsteht, bin ich etwas überrascht. Sie kommt mir entgegen und erzählt, dass ihr Mann ja keine Geschwister hat, die Familie nicht sehr verbunden ist, dass sie daher so aneinander gehalten haben und er es immer so sehr genossen hat mit ihr zusammen zu sein und ihrer Familie (sechs Geschwister/ fünf Schwestern).

Ich staune auch über diesen "Zusammenhalt" und bin zugleich erleichtert, dass dieser Verbund besteht. Sie bedankt sich bei mir und setzt sich wieder an die Seite ihres Mannes. Ich verabschiede mich ebenso von Herrn R. und verlasse das Zimmer, gebe den Schwestern Bescheid. Ich spüre meine Arme immer noch, meine Muskeln. Das lange Halten hat mich angestrengt. Im Büro muss ich erst einmal meine Muskeln lockern, mich ausschütteln. Ich fühle mich erschöpft, aber auch zufrieden und hoffe, dass Herr B. "erleichtert" ausatmen kann und Frau B. gestützt weiter Abschied nimmt.

Wie ich durch die Station erfahre, ist Herr B. am gleichen Abend verstorben.

3.2. Abschlussbemerkungen zu den Begleitungen

Drei Begleitungsprozesse, drei verschiedene Zuwendungsmöglichkeiten, die jeweils meinem Dabeibleiben Ausdruck geben möchten.

Die Grundhaltung, die meiner christlichen - humanistischen Überzeugung entspricht und zugleich versucht die methodischen Möglichkeiten der IT umzusetzen.

In der ersten Begleitung - durch die Nacht - drückt sich dies in dem Dabeibleiben aus.

Auch dem Wunsch der Mutter zu entsprechen, ihr Kind zu taufen, um ihr möglichste Entlastung in all dem Schmerz zu verschaffen, ist Teil der Stützung. Das Ritual hilft ihr, auch wenn sie selbst nicht dabei sein kann, ihre Tochter "loszulassen", sie in "andere" Hände zu geben, von denen sie hofft, dass sie dort gut aufgehoben ist. Diese Hoffnung trage ich mit und teile sie und handle entsprechend. Dieses Handeln und das Dabeibleiben, so gut es geht, auf einer Ebene, die den Blick - und Körperkontakt hält, erweist sich auch als tröstend bei der Aussegnung. Wort und Tat kommen zusammen im Ritus der Segnung.

Danach kann sich Frau N. von ihrer Tochter verabschieden und gehen, insgesamt wohl unterstützt durch ihr soziales Netz, auch wenn es in dieser Extremsituation fehlt.

Ihr Alleinsein in dieser Krise, ruft nach meinem protektiven Handeln.

Jetzt, stellvertretend, ihr das Gefühl zu geben, nicht allein zu sein, dass wir gemeinsam durch diese Nacht gehen können, ist mir wichtig. Das Gefühl der Hilflosigkeit sich einzugestehen und doch nicht ausgeliefert zu sein, sondern dass wir beide "agieren", handeln können ist jetzt entscheidend. Die Taufe, wie die Aussegnung, wie der Wunsch der Mutter ihr Kind noch einmal in den Armen zu halten sind verschiedene Ausdrucksmöglichkeiten die Hilflosigkeit zu überwinden und sind Ausdruck des religiösen Wertesystems, in dem wir uns beide bewegen. Letztlich vermittelt das eigene und gemeinsame Handeln, auch und gerade mit Ritualen, das Gefühl der Zugehörigkeit, der Geborgenheit und der Entlastung.

Im zweiten Begleitungsprozess liegt der Schwerpunkt in der pastoralen Sozialarbeit.

Hier ist es möglich, die eigene Rolle in sofern zu überschreiten, als dass ich mich anders als die SozialarbeiterInnen oder PsychologInnen der Klinik über die Grenzen des Hauses bewegen kann. Ich kann für Überbrückungswohnraum sorgen, kann die angespannte Situation etwas entspannen und so für Entlastung des Patienten und seiner Partnerin sorgen. Gespräche und praktische Hilfen machen es möglich über Perspektiven miteinander nachzudenken, auch wenn die zeitliche Lebensbegrenzung für den Patienten deutlich gesetzt ist, besonders nach

dem Therapieabbruch. Dass es im Sterbeprozess möglich ist, miteinander in "Bewegung" zu bleiben, Bilder, Szenen und Wünsche lebendig werden zu lassen, selbst soweit, dass ein Ortswechsel angestrebt und umgesetzt wird, ist hier deutlich. Mir war es wichtig, im gemeinsamen Engagement Konsens zu finden. Die Segnung der Partnerschaft in der Klinik, wie der gegebene "Reiseseegen" als symbolische Handlung für diesen Konsens, als auch die Hoffnung auf Gottes Geleit bei dieser anstehenden Reise konnten bestärken und stützen. Die Verbindung von pastoraler und sozialer Arbeit empfinde ich als Bereicherung und Notwendigkeit und sie erweist sich für die Patientinnen und Patienten, wie deren Angehörigen als konkrete, stützende Begleitung, gerade in Lebenskrisen.

Das dritte Begleitungsbeispiel habe ich gewählt, weil es meine Arbeit im säkularen Klinikalltag am stärksten repräsentiert. Meist habe ich nur diesen einen Kontakt zum Patienten und seinen Angehörigen und im Zusammenhang mit dem Kontakt Zyklus der IT gesehen, gelingt eben Kontakt oder wird zur Begegnung in diesem Hier und Jetzt. Darüber hinaus kann Beziehung kaum wachsen und mir scheint, dass sie auch nicht erwünscht ist, wenn ich im finalen Stadium gerufen werde.

"Kurzkontakte", einmalige Begegnungen, die sich meist im Gespräch ereignen, manchmal auch körperlichen Kontakt möglich werden lassen, manchmal "körperstützende" Interventionen nötig werden lassen bei Patienten oder Angehörigen.

Meist sind die Patienten komatös und ich suche den körperlichen Kontakt, weil ich von dem "totalen Sinnesorgan des Leibes" ausgehe. Ich werde vom Anblick des Patienten, meist auf der Intensivstation, berührt und berühre vorsichtig seinen Körper (an der Hand, am Unter - Oberarm, an der Schulter). Ich achte auf meine Atmung, meinen Körper, die Atmosphäre, nehme meine Gefühle wahr, versuche "Anpassung", wohl wissend, dass ich eine "andere" bin. Berührung und Abgrenzung geschieht und macht Begegnung möglich.

Ich spreche mit dem Patienten, wie ich mit den Angehörigen spreche. Dies hilft mir den Kontakt zu halten, unterstellt stets Intersubjektivität auch wenn der Patient sich nicht verbal äußern kann.

Ebenso wende ich mich, meist im Gespräch, den Angehörigen zu. Identität ist in dieser Krise erschüttert, gemeinsame Perspektiven zerstört, "nichts ist wie es war", Orientierung fehlt.

Wie steht es um die eigene Körperlichkeit, sind basics: essen, trinken, schlafen noch möglich ? Sind Schmerzen gelindert ? Wie stark ist das soziale Netz ? gibt es Weggeleit ? Bieten die beruflichen und finanziellen Möglichkeiten genug Sicherheit oder sind sie ebenso in frage gestellt? Haben religiöse oder weltanschauliche Werte bewusst das eigene Leben

gestaltet ? Dies kann nur fragmentarisch angesprochen werden. Annäherung geschieht vorsichtig an die Lebens - Werte/Glaubenswelt, um sie in dieser Krise zu stärken und zu bekräftigen. (hier hilft die ressourcenorientierte "Diagnose" der Säulen der Identität)

In dieser Begegnungssituation war es kaum möglich ins Gespräch zu kommen.

Die Ehefrau war so stark erschüttert, dass sie ihren Mann nicht loslassen konnte, sondern sich an ihm festhielt, ihm auf/an der Brust lag. Der Wunsch nach erneuter Konfluenz, nach Verbundenheit, die nicht aufgegeben werden kann war übergroß. Ablösung, Differenzierung erschien mir nötig, zumal der Patient keine Möglichkeit des Rückzugs hatte, außer "ganz" aus diesem Leben zu gehen, sich zurückzuziehen. Indem ich mich der Ehefrau zuwandte, sie um Erlaubnis bat, hinter sie zu treten und zu halten, wollte ich ihr das Gefühl von Gehaltenwerden körperlich, "handfest" vermitteln und zugleich dem Ehemann den Raum ermöglichen, den sein Brustkorb brauchte. In der Hoffnung, der Ehefrau spürbar vermitteln zu können, was Gehaltenwerden bedeutet und was Festhalten auslöst. Ob mein fast meditatives Reden, das jede und jeder von uns eine eigene Person ist, zu ihr durchgedrungen ist oder ob mein Halten ihrer Schultern, das Stützen ihres "Skeletts" als Struktur ihrer Persönlichkeit, letztlich ihr ermöglichte ihren Mann "loszulassen", ist mir nicht klar geworden, vielleicht beides. Ich jedenfalls habe meine Muskeln gespürt und das abschließende Gebet als anstrengend empfunden. In dem Verstehen um Verbundenheit - Allverbundenheit - auch über den Tod hinaus und auf die Bitte des Patenonkels hin, habe ich es gesprochen, aber wohl die bleibende Unklarheit in den Fragen der Werte haben es mir auch schwer gemacht. Hier standen Worte nicht im Vordergrund, sondern die leibliche Erfahrung von Verbundenheit und Gehaltenwerden jetzt.

4. Biographisches "Blitzlicht"

Death Row Conversation (Colin Hay)

*A moment of your time now
As mine is closing in to me
A simple farewell rhyme to
Anyone who hears me*

*I have walked in shadows
I have walked in blindness
My life now lies beltired me
I have only one tomorrow*

*My name is Jake
I have made more than one mistake
When I lost all sense of good reason
Now my time has come*

*There's nowhere I can run
Oh Lord please give me courage*

*The sister, she's my saviour
She's my one and only friend
I know I do so love her
She says she will miss me*

*Tomorrow time will burn me
They say it will cause no pain
But what greatly concerns me
is who of them would really know*

*Thy kingdom come
Thy will be done
On Earth as it is in Heaven
With one more setting sun
and dinner just for one
Oh Lord, please give me courage*

*As the night grows darker
My fear is now surrounding me
I wish I could be stronger
Oh sister can you hear me*

*Take this wretched soul
Try to make it whole
It's true I have been a sinner
I know I've done wrong
And all I have is this song
Oh Lord, please give me courage*

*The kingdom come
Thy will be done
On Earth as it is in Heaven
Now my time has come
There's nowhere I can run
Oh, Lord please give me courage*

Beim Schreiben dieser Arbeit und beim Hören des Liedes von Colin Hay steigen Erinnerungen auf, kommen Bilder, Szenen und Begegnungen, die mir vor Augen stehen, mit Menschen, die verzweifelt und angstvoll, fragend und suchend, anklagend oder still, hoffend und weinend, mutig und zitternd, sich an mich wenden und ich berührt bin, dass sie mich für einen Augenblick Anteil nehmen lassen an ihrem Leben und Leiden, mich mit hineinnehmen in ihre Geschichte, ihrem Sterben. Viele Sterbeerlebnisse - und doch sind es einige, besondere die mir vor Augen stehen, wie die drei Begleitungen, von denen ich erzählt habe.

4.1. Erfahrungen in New York

Dass ich dieses Lied nun gewählt habe, hängt mit meinen Erfahrungen in den USA zusammen, als ich dort für ein Jahr in verschiedenen Krebs-Kliniken und Krankenhäusern arbeitete. Es war für mich eine der schwersten und zugleich eine sehr bereichernde Zeit. Unterschätzt hatte ich den "Kulturschock" - und nun stand ich in New York City, musste mir eine Unterkunft suchen, war sprachlich unsicher und allein, kannte die amerikanischen Gepflogenheiten nicht, - allein die Benutzung der Verkehrsmittel, um morgens pünktlich zur Arbeit zu erscheinen, kostete gute Vorbereitung - zu überleben eben in dieser Stadt war anstrengend und ich brauchte dringend Unterstützung. Nach sechzehn Jahren Gemeindearbeit in Hannover und dem Wunsch einmal als Krankenhauseelsorgerin zu arbeiten hatte ich mich in NYC beworben, mich hier beurlauben lassen auch von meinem Mann. Ich hatte meine Arbeit verlassen, mich befristet, für ein Jahr, von meinem Mann getrennt - in der Hoffnung, dass wir uns so oft wie möglich sehen würden - unsere Verbundenheit auch diesen Abschied "überleben" würde. Ich hatte meine Heimatstadt, meine Familie, unsere Katze, das Haus, die Freunde verlassen und fühlte mich unendlich allein, zumal in den ersten Wochen es nicht möglich war miteinander zu sprechen. Ich habe lange gebraucht, mich von diesem "Schock" zu erholen, habe manches Mal meinen Kreislauf schwankend erlebt und es war etwas von "sterben", von Verlust und Trauer. Und dann all diese neuen, fremden Eindrücke, die fast überwältigend waren und doch wollte ich handlungsfähig sein, wollte arbeiten. Besonders in den ersten Monaten damals, aber noch bis heute ist mir die Sensibilität für Menschen geblieben, die in ein solch fremdes "System" eintauchen, und sei es das System Krankenhaus. Inzwischen bin ich wieder in Hannover, habe weitere fünf Jahre in einer Gemeinde gearbeitet und bin nun seit zwei Jahren als Krankenhauseelsorgerin tätig. Wir haben diese Jahre weiter im Pfarrhaus gelebt, bis mein Mann vor einem halben Jahr seine Stelle gewechselt hat und nun als Gefängnisseelsorger arbeitet. Beide nun arbeiten wir in "totalen Institutionen" und wissen um die Bedürftigkeit von Menschen, um das Leiden in Isolation und die Notwendigkeit von Zuwendung, Solidarität und Verbundenheit, um Trost und Linderung.

"Solange Krankenhäuser den Charakter einer totalen Institution haben, ist die Rolle des Patienten und damit seine psychosoziale Situation gekennzeichnet durch Absterbeprozesse des Selbst, Identitätskonflikte, Verlust des Selbstwertgefühls, Entmündigung, Eingrenzung und Reglementierung, Kontrolle, Aufhebung der Privatsphäre, Gehorsam, Ein- und Unterordnen, Statusverlust, Abhängigkeit, Verunsicherung, Angst, Anpassung und Unaufrichtigkeit. Die schlimmste Belastung aber ist es für einen kranken oder sterbenden

Menschen, wenn er inmitten der vielen Menschen, die sich im Krankenhaus um ihn sorgen, allein gelassen wird." (Engelke, 1979/Lilie 2004)

Dieser Situationsbeschreibung von Patienten stimme ich zu und habe sie in Teilen in meiner eigenen Situation erlebt, nicht nur in der "Fremde", die mir eine zweite Heimat geworden ist, sondern hier - in meiner Vergangenheit und Gegenwart - und erfahre mich ebenso bedürftig der Nähe von Menschen, ihrer Solidarität, ihres Interesses und ihrer Empathie.

Dies sind sicher Themen, die für mich wichtig geworden sind und meine Affinität zum Thema Sterbebegleitung ausmachen, die es mir notwendig erscheinen lassen, Menschen im Krankenhaus, in der Krise, im Sterben zu begleiten. Nicht allein eine Krise bewältigen zu müssen, nicht allein zu sterben ist eine meiner persönlichen Motivationen an diese Arbeit. Ich möchte nicht allein sterben und ich möchte andere nicht allein sterben lassen.

Anders gesagt: "Alles Sein ist Mit-Sein" in der jeweilige Situation, im Leben und im Sterben ! So habe ich es erlebt und verstehe ich die Verbindung zu meinem bisherigen Lebensweg:

4.2. Kindheit und Jugend

Aufgewachsen in Hannover, zehn Jahre nach dem Krieg, habe ich nicht nur die räumliche Enge - Zweizimmerwohnung mit fünf Personen/ meine Eltern, Großmutter, Schwester und ich - erlebt, sondern eben auch die Enge der 50iger und 60iger Jahre.

Ich kann mich noch gut an die Familientreffen erinnern, in denen die alten Männer (Großväter und Onkel) zigarrenrauchenderweise (wie Ludwig Erhardt) bequem auf dem Sofa saßen, von Politik und Kirche sprachen, sich und mich einnebelten, dass man kaum atmen konnte, dazu Volksmusik hörten, vorzugsweise die Egerländer. Die Frauen in der Küche und am Herd sich um das leibliche Wohl sorgten, die Haushaltskasse rationiert, zugewiesen bekamen und sehen mussten, wie sie das Beste daraus machen konnten.

Ich sehe mich zwischen diesen Erwachsenen in den engen Wohnungen und im Kleingarten (der mir und meiner Schwester etwas "Freiheit" bot). Ich kann die Atmosphäre dieser Jahre spüren, diese "Verschleierung" von Tatsachen, dieser Rückzug ins Private, orientiert am "eigenen Glück" und materieller Sicherheit, nach all den Jahren des Krieges und der Zerstörung verständlich und dennoch nicht kritisch zurückblickend, sich selbst fragend, sondern am schnellen Wiederaufbau und dem sogenannten Wirtschaftswunder interessiert. Ich konnte wohl spielen, mich bewegen innerhalb dieses "Freiraumes", aber der Wunsch nach Weite und Horizont, nach Aufbruch zu "neuen Ufern" war groß. Meine Schwester wanderte

1967 nach Australien aus und ich verlor in ihr eine Verbündete und Freundin, spürte den Verlust und mein Alleinsein schmerzhaft, zugleich machte ich mich innerhalb Hannovers auf die Suche nach neuen Verbündeten.

Diese Suche war verbunden mit vielen Begegnungen, Gruppen und Kreisen, neuen Erfahrungen und den Auseinandersetzungen im Elternhaus. In diesen Jahren habe ich die Gemeinschaft der evangelischen Jugend geschätzt, unser gemeinsames Engagement, verbunden im Gottesdienst und im politischen Handeln. Besonders ist mir die "rote Punkt Aktion" 1970 in Erinnerung, die Besetzung des Springer Hauses in Hannover, die Solidarität auf den Straßen. Es war für mich eine Zeit der Konfrontation und der Ablösung von den "Vätern", konkret von meinem Vater, der als Polizist im Einsatz auf der anderen Seite stand. Im Rückblick bin ich dankbar, dass mein Vater stets von seinen Kriegserlebnissen, seinen furchtbaren Erfahrungen gesprochen hat, dass er versucht hat auf seine Weise sich zu erinnern, zu wiederholen und durchzuarbeiten. Dass er sich nach dem Krieg für den Aufbau einer neuen Polizei eingesetzt hat, "Sicherheit und Ordnung" für sich selbst und andere mit schaffen wollte habe ich wohl erkannt, allein die Ambivalenz ist geblieben und mit dieser "Sicherheit und Ordnung" wollte ich damals nichts zu tun haben. Dennoch, wir sind im Gespräch geblieben und verbunden hat uns bis zum Schluss der gemeinsame Wunsch nach Unrechts - Vermeidung, und der Hilfe für "Verletzte".

Meine Mutter, geflüchtet aus Pommern, die ihre Mutter 1953 über die grüne Grenze nach Hannover holte und die später bei uns wohnte, war und ist stets eine sehr pragmatische, erdverbundene Frau geblieben. Sie hat unser Leben gesichert, hat von dem Wenigen - Viel gemacht und sie hat mich überall hin mitgenommen. So war ich mit ihr auf den Märkten in Hannover, beim Fisch- und Gemüseverkauf, in den Kinokassen oder wo sie gerade arbeitete. Von ihr habe ich gelernt mich in dieser Welt zurechtzufinden und wie diese Erde unser Überleben möglich macht. Bis heute liebt sie die Gartenarbeit, kennt Blumen und Pflanzen und Tiere, weiß was man wann und wie pflanzen muss, um reichlich zu ernten, wie Pflege und Fürsorge für Menschen und Tiere geschehen kann. Als mein Vater 1995 im Krankenhaus starb, waren meine Mutter, meine Schwester und ich abwechselnd an seiner Seite - Tag und Nacht- und so wie es sich meine Mutter gewünscht hatte, starb er in ihrem Dabeisein, ihrer Nähe.

Meine Großmutter, krank geworden, verwirrt durch die Kriegswirren, still, tief religiös und sehr liebevoll. Sie sprach nicht mehr viel, konnte nicht mehr Anteil nehmen an dem, was um sie herum geschah, aber sie war da und wie oft habe ich als Kind auf ihrem Schoß gesessen, hat sie mich festgehalten und mir Lieder vorgesungen, Gebete abends gesprochen.

Sie starb, bevor ich in die Schule kam.

Meine Großeltern väterlicherseits waren "echte Hannoveraner" aus einem der Arbeiterviertel der Stadt. Beide hatten in den Fabriken Hannovers gearbeitet, bei "Conti" und "Sprengel", hatten mit Kirche "nichts am Hut", unterstützten uns materiell so gut sie konnten, waren untereinander aber im ständigen Streit. Als sie auch noch zu uns ins Mietshaus zogen, eine Etage über uns, habe ich den Beziehungsstress, die lautstarken Auseinandersetzungen nervend erlebt, obwohl mir beide die Zuwendung gaben, "Freiheiten" erlaubten, die sie einander nie gewährt haben.

Als ich den Wunsch äußerte Krankenschwester zu werden, hat mir mein Vater eine Praktikumsstelle im Annastift, einer kirchlichen Einrichtung für geistig - und körperbehinderte Kinder und Jugendliche ermöglicht. Später habe ich noch in der Kinderheilstation (chirurgische Abteilung für Kleinkinder) und in der Landesfrauenklinik (Entbindungsstation) und in einem Alten-Pflegeheim in Celle in der Pflege gearbeitet. Die direkte Zuwendung zu den kleinen und großen Patienten hat mir stets Zufriedenheit gegeben und es war eine Freude mit den Kindern und alten Menschen zusammen zu sein, selbst in Krankheit und Schwäche. Bei der Gesundung oder der Geburt zu helfen oder die eingeschränkten Möglichkeiten mit erweitern helfen oder so zu gestalten, das Lebensqualität erhalten bleibt, war mir ein Anliegen. Allerdings konnte ich mich schwer mit Ungerechtigkeiten in der Behandlung der Patienten und im Krankenhausalltag abfinden. Zudem waren die Hierarchien im pflegerischen Bereich, Anfang der 70iger Jahre noch rigider als heute - bin mir dabei aber nicht so sicher -, so dass ich aus dem Pflegebereich ausgestiegen bin, bzw. mir gekündigt wurde, mit der damaligen Begründung: "Untergrabung der Schwesternschaft".

So habe ich das Fachabitur Sozialpädagogik gemacht, Menschen in ihrem sozialen Kontext begleitet, Netzwerke für Jugendliche mit aufgebaut und Projekte zur Integration von ausländischen Jugendlichen mit durchgeführt. Unabhängige Jugendzentren entstanden und Freizeitheime wurden etabliert und ich konnte meinen geringen Beitrag dazu leisten. Das sozialpädagogische Studium habe ich nicht zu Ende geführt, sondern bin 1974 umgestiegen und habe auf dem zweiten Bildungsweg Theologie studiert. Dank der Einführung des Bafög, war es mir möglich, das siebenjährige Studium durchzuführen und abzuschließen.

4.3. Studium und Weiterbildung

Im Vordergrund stand zunächst das Erlernen der lateinischen, griechischen und hebräischen Sprache und es war mir eine Tortur. Dass ich sie dennoch "erlernte" lag allein in der Auflage, der Bedingung zur Zulassung des Studiums und der Notwendigkeit so biblische Texte und andere Dokumente exegetisch "sauber" erarbeiten zu können. Und hier faszinierte allerdings die existenzial - anthropologische Auslegung des biblischen Textes, wie sie Rudolf Bultmann lehrte. Historisch-kritische Exegese galt es selbstverständlich zu erlernen und anzuwenden, aber die existenzial-anthropologische Auslegung interessierte mich besonders.

Ich fand es spannend, dem "Entmythologisierungsprogramm" Bultmanns zu folgen, schätzte das Anliegen die mythisch - weltbildhaften Aussagen des Neuen Testaments in die heutige, unsere geschichtliche Gegenwart zu übersetzen. Und das bedeutete "das christliche Seins- und Selbstverständnis unmythologisch, aber den innersten Intentionen des Neuen Testaments folgend interpretieren, das heißt existenzial auslegen und so den Glauben aus jeder Gefangenschaft in ein Weltbild befreien!" (*Tödt, 1978*)

Nun, dies entsprach auch einem Weltbild, aber ich konnte der Existenztheologie Bultmanns, in seiner Übernahme der formalen Strukturen des Daseins, wie sie Heidegger entwickelt hat, gut folgen. So beschäftigte ich mich besonders mit dem Existenzbegriff bei Heidegger und seiner Verwendung in der Theologie Bultmanns. Ebenso mit dem Begriff des "Todes Gottes" bei Friedrich Nietzsche und seine Interpretation bei Dorothee Sölle.

Aber selbst beim Schreiben, jetzt und der Verwendung dieser Sprache wird mir wieder deutlich, wie weit entfernt Theologie, selbst Existenztheologie ist, die sagt:..." wenn gefragt wird, wie ein Reden von Gott möglich sein kann, so muss geantwortet werden: nur als ein Reden von uns." (*Bultmann, 1933*)

Ich habe gern studiert, theologisiert und philosophiert, aber ich habe auch zugleich die Defizite gespürt, die sich schon während des Studiums und dann in der Gemeindepraxis gezeigt haben. Und obgleich ich durch die Beschäftigung mit Werken von Dorothee Sölle, besonders ihrem Buch "Leiden", das mich bis heute beeindruckt, die Nähe zur Praxis nicht verloren habe, so hat mich doch das sechswöchige Krankenhausseelsorge - Praktikum (KSA) in Göttingen am meisten bewegt.

Sprachen, Exegese, Homiletik und Predigt habe ich gelernt, aber die Seelsorge in der konkreten Situation, die Sorge um meine Seele und die Seele des anderen, die habe ich nicht genügend gelernt und geübt. Auch im heutigen Theologiestudium nimmt die Seelsorgeausbildung einen viel zu geringen Raum ein.

4.4. Weiterbildung in Gemeinde und Krankenhaus

In der Gemeinde ist mir dieses Defizit noch deutlicher geworden, besonders in den ersten Jahren, in denen so viele Aufgaben auf mich zukamen. An Engagement hat es nicht gefehlt, viel Gutes konnte geschehen, aber die Kommunikationsfähigkeit, die Vermittlung des eigenen Glauben-Lebens in der seelsorgerlichen Beziehung verlangte nach deutlicherem, authentischem Ausdruck und dem kommunikativen Inbeziehungsetzen zum Anderen.

So habe ich mich in die Weiterbildung begeben. Mir erschien die Partnerzentrierte Gesprächsführung nach Rogers, Anfang der achtziger Jahre, ein hilfreicher Zugang und Bereicherung der eigenen kommunikativen Kompetenz.

Kommunikative Seelsorge bedarf einer kommunikativen Seelsorgerin, die bereit ist ihre Erfahrungen, ihre Gefühle, ihr Wissen, ihre Glauben empathisch zur Verfügung zu stellen - mit allen Sinnen wahrnehmend, reflektierend, respondierend, mit ihrem ganzen *Leib*.

So war es folgerichtig, dass ich nach der Klinischen Seelsorgeausbildung in Hannover, die noch einmal zu einer Vertiefung des eigenen Rollenverständnisses führte, mich auf den Weg machte in die soziotherapeutische Weiterbildung der Integrativen Therapie am FPI.

Die Selbsterfahrung, die ich in und mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in der Ausbildungsgruppe, als auch in den folgenden Seminaren gewonnen habe, war und ist unschätzbar. Die eigene Kreativität und Spontaneität, Leiblichkeit (für mich auch meine körperliche Kraft) wieder neu zu entdecken, zu den eigenen Gefühlen zu stehen, sie zulassen zu können war ein schmerzhafter, aber auch freudiger Prozess. Die geistigen Auseinandersetzungen, wenn es um philosophische und theologische Gedankengebäude ging oder wenn neurowissenschaftliche Ergebnisse die bisherigen Erkenntnisse veränderten. Es bedurfte Jahre pastoraler Praxis und mir ist, als bin ich in den vergangenen fünfundzwanzig Jahren den Weg der Seelsorgebewegung, die Ende der 60iger Jahre begann, in meiner Entwicklung, in meinem Kontext und Kontinuum so mitgegangen, wie es mir möglich war. Dass die Psychologie und Psychotherapie mehr und mehr in die kirchliche Praxis aufgenommen werden konnte, war mir die Bereicherung, die ich als Person und in meinem Amt als Pastorin so sehr brauchte.

Die Integrative Therapie, in ihrer soziotherapeutischen Ausrichtung, in meine pastorale Praxis

zu *integrieren* war und ist mir positive Herausforderung bis heute und sie kann wohl auch nicht abgeschlossen sein, solange ich in Wegbegleitung mit Anderen bleibe.

Auf diesem Weg der *Integration* war mir besonders 1998 die IT so hilfreich, als ich in NYC meine ganzen Kräfte und Ressourcen mobilisieren musste, um in diesem multikulturellen Kontext meine pastorale Existenz, mit all meiner Erfahrung zur Verfügung zu stellen.

Um zum Ausdruck zu bringen, wie sehr mir die IT in ihrem methodenübergreifenden Ansatz geholfen hat, habe ich damals mein Ausbildungsjahr in den USA abgeschlossen mit der Arbeit: " Integrative Therapy in a hospital setting - How can Integrative Therapy help one to be a better chaplain ? (How can chaplains utilize the insights of Integrative Therapy, like the five columns of identity and the four ways of healing ?)

Nun, mir jedenfalls hat die IT damals bis heute in ihrer Theorie und Praxis zu einem 'verbesserten', - "erweitertem Seelsorgekonzept" (*Petzold, 2005*) verholfen.

In den sieben Jahren - nach NYC - hat sich Pastoralarbeit für mich noch deutlicher der Sozialarbeit angenähert, kann und will ich Seelsorge gar nicht verengen, sondern eher erweitern. Ganz praktisch hat sich dies in der Gemeinde u.a. auch gezeigt in der Schaffung der "Nordstädter Kindertafel", die Kindern des Stadtteils eigene Schutzräume in unserer Kirche bot, in denen sie regelmäßig warmes Essen bekamen, Gemeinschaft erfahren konnten, die jedem das satte Gefühl im Bauch gab, verbunden mit dem satten Gefühl hier willkommen zu sein, ohne Unterschied, bejaht zu werden. Das dies bei der Gründung auch zu gesellschaftspolitischen Spannungen führte, sozialpolitisch nicht erwünscht war, weil es offenkundig die Armut der Kinder zeigte, war intendiert, aber nicht Priorität.

Um die Menschen, in ihrer jeweiligen Situation, ihren Bedürfnissen - körperlicher - seelischer - geistiger Art ging und geht es, ob bei der Kindertafel oder einer Hospizgründung oder der Sterbebegleitung. Räume zu schaffen, Orte der Begegnung und Zeit zu geben mit anderen, mit sich selbst und mit Gott in Kontakt zu kommen, in Beziehung zu treten, ist für mich Aufgabe von Seelsorge, im weitesten Sinne und mit allen Sinnen.

Im Krankenhaus, unter den Bedingungen eines "totalen Systems" diese Räume der Begegnung zu ermöglichen, in der Sterbebegleitung- unter dem Druck der verrinnenden Zeit- des meist einmaligen Kontaktes, ihn dennoch zur Begegnung, wenn möglich zur Beziehung werden zu lassen, wenn nötig auf einer Intensivstation, ist mein Anliegen - praktiziert, immer wieder versucht, in den letzten zwei Jahren, bis heute.

Eben auch wissend, dass dieser Raum nicht verfügbar ist, dass das, was sich in dieser Begegnung ereignet, Prozess ist und zugleich Geschenk. Ich nenne diesen Raum heute

"Holy Ground", theologisch gesprochen: Gottes Gegenwart in diesem Beziehungsgeschehen. Und wenn der sterbende Mit-Mensch und ich diesen "heiligen Raum" betreten können, ihn erfahren, er uns geschenkt wird, dann ist das ein kostbarer Moment, der trösten kann, selbst heilen - im Sterben.

Diese, meine biographischen "Blitzlichter", auf dem Hintergrund der dargestellten theoretischen Konzepte der IT, wie der praktischen Umsetzung in der Sterbebegleitung mögen genügen, um meinen Weg von der Krankenpflege über die Sozialpädagogik, dem Studium der Theologie, der praktischen Gemeindearbeit, der partnerzentrierten Gesprächsführung und der Klinischen Seelsorgeausbildung bis zur soziotherapeutischen Weiterbildung der IT aufzuzeigen. Meine Seelsorgepraxis ist auf diesem Weg gewachsen und erweitert sich hoffentlich weiter.

5. Standortbestimmung

Je weiter das Herz, desto weiter die Seelsorge (das Seelsorgekonzept).

Diese These sei vorangesetzt und bezieht sich auf das je eigene Menschen - und Weltbild, die eigenen Werte und der daraus folgenden Ethik. Es ist der Versuch einer Standortbestimmung, in Übereinstimmung mit der IT, ihren Orientierungen und in Abgrenzung zu derselben. Daher mein Bestreben zu Beginn dieser Arbeit die IT und ihr Ansatz in der Sterbebegleitung so "unvermischt" wie möglich darzustellen, um sie in meiner Praxis, in der je gegebenen Begegnungssituation methodisch angemessen anzuwenden und zu überprüfen. Dies geschieht natürlich auf dem Hintergrund meiner Lebensgeschichte, der eigenen Entwicklung, wie ich sie versucht habe kurz darzustellen. Nach der "Anschlussfähigkeit" des eigenen theologisch - anthropologischen Ansatzes mit dem "biopsychosozialen Ansatz" - dem "BPS-Modell" der Integrativen Therapie ist zu fragen. Ich möchte im Folgenden meine theologischen Überlegungen unter diese Frage stellen, um so zu einer erneuten Standortbestimmung zu kommen.

5.1. Theologische-anthropologische Überlegungen

Ich folge theologisch Paul Tillich und seinen Ausführungen in:

"Die vieldimensionale Einheit des Lebens" (*Tillich, 1978*), seiner systematischen Theologie, in der er darlegt, das Leben stets der Zweideutigkeit und Entfremdung unterliegt und zugleich auf Unzweideutigkeit und das "Neue Sein" drängt.

Er spricht von den verschiedenen Dimensionen des Lebens, nicht von "Schichten", um damit einem hierarchischen Denken (auch sozialer Strukturen) zu widersprechen. Seiner Meinung nach wird dieses hierarchische Denken überwunden "... durch Nikolaus Cusanus' Formel von der *coincidentia oppositorum* (z.B. des Unendlichen mit dem Endlichen) und durch Luthers Prinzip der Rechtfertigung des Sünders (der Heilige wird ein Sünder genannt und der Sünder ein Heiliger, wenn er von Gott angenommen wird) ... Im religiösen Bereich wurde es durch die Lehre vom "allgemeinen Priestertum aller Gläubigen" und im sozial-politischen Bereich durch das demokratische Prinzip der Gleichheit der menschlichen Natur in jedem einzelnen Menschen ersetzt. Sowohl das protestantische Prinzip als auch das demokratische Prinzip negieren die voneinander unabhängigen und hierarchisch aufgebauten Schichten von Seinsmächtigkeiten." (*Tillich, 1978*) Daraus folgt, dass bei Tillich die biologische Dimension stets verwoben ist mit der psychischen und der geistigen und gesellschaftlichen Dimension des Lebens. "In allen sind alle Dimensionen potentiell gegenwärtig, und einige sind aktualisiert. ... Symbolisch ausgedrückt könnte man sagen: "Als Gott das Atom schuf, da schuf er potentiell den Menschen - und mit ihm alle Dimensionen des Lebens." (*Tillich, 1978*) So gibt es auch keine dualistische Gegenüberstellung von Geistigem und Psychischem. Dualistisches, wie hierarchisches Denken wird überwunden.

Tillich spricht ebenso wie die Prozessphilosophie von Dynamik und Wachstum und dies bezieht er sowohl auf die geistige Dimension wie auf das Schaffen des göttlichen Geistes. "Das Leben ist sich gegeben durch das göttliche Schaffen, das alle Lebensprozesse transzendiert und ihnen zugrunde liegt. Auf diesem Fundament schafft sich das Leben durch den dynamischen Prozess des Wachsens." (*Tillich, 1978*)

Religion wird verstanden, als die "Selbst-Transzendierung des Lebens", als die Möglichkeit über sich selbst hinauszudeuten, in der Dimension des Geistes, hin auf ein unbedingtes Sein um Wirklichkeit zu werden. Diese "Selbst-Transzendierung des Lebens" kann nicht empirisch nachgewiesen werden. "Man kann von ihr nur in Worten reden, die die Spiegelung der Selbst-Transzendierung der Dinge im menschlichen Bewusstsein beschreiben, denn der Mensch ist der Spiegel, in dem die Beziehung eines jeden Endlichen zum Unendlichen bewusst wird. Es gibt keine empirische Beobachtung dieser Beziehung, weil alle empirische Erkenntnis sich auf das wechselseitige Verhältnis endlicher Dinge bezieht, aber nicht auf das Verhältnis der

Endlichkeit zum Unendlichen." (*Tillich, 1978*) Entsprechend wird Profanisierung verstanden, die der Religion gegenüber steht. Auch sie ist nicht empirisch fassbar.

"Profanisierung wie Selbst-Transzendierung erscheinen im menschlichen Bewusstsein als eine Erfahrung, die sich in allen Epochen der menschlichen Geschichte findet. Der Mensch hat, wo immer er volle Menschlichkeit erlangt hat, für den Konflikt zwischen Bejahung und Verneinung der Heiligkeit des Lebens Zeugnis abgelegt." (*Tillich, 1978*)

Das Wort "profan" bedeutet: "vor den Toren des Tempels, außerhalb des Heiligen stehen bleiben." (*Tillich, 1978*) Der Begriff säkular, die englische Übersetzung von "profan" als "secular" nimmt nach Tillich die Schärfe im Gegensatz zu "heilig" nicht genügend auf.

Dennoch ist es *Tillich* wichtig darauf hinzuweisen, dass Religion sich nicht von sich aus, in einer Art Sonderfunktion transzendieren kann, sie ist keine selbstständige, unabhängige Funktion neben anderen. "Jeder Akt des Lebens sollte über sich hinausweisen, und kein besonderer religiöser Akt sollte notwendig sein. Aber auch im Bereich des Geistes - wie in allen Bereichen des Lebens - steht der Selbst-Transzendierung die Profanisierung entgegen." (*Tillich, 1978*)

So wird auch Kultur, wenn sie sich existentiell von der Religion getrennt versteht, "säkular" oder "profan". Kultur weist dann nicht auf das Heilige hin, sondern verhüllt es auch. Es bleibt die Dialektik, dass die Religion zu einer Sondersphäre des Geistes wird, denn sie kann sich nur in der Endlichkeit manifestieren, anschaulich werden, real und zugleich besteht sie darin, dass etwas transzendiert wird. "Die Religion ist heilig, insofern sie auf Manifestationen des Heiligen selbst, nämlich des Grundes des Seins beruht. ... Das ist ihre Größe und ihre Würde und macht Dinge und Handlungen, in denen sie sich ausdrückt, heilig. In diesem Sinne kann von heiligen Schriften, heiligen Gemeinschaften, heiligen Handlungen, heiligen Ämtern und heiligen Personen sprechen. Das Prädikat "heilig" bedeutet, dass alle diese Realitäten mehr sind, als sie in ihrer unmittelbaren endlichen Erscheinung darstellen." (*Tillich, 1978*)

Dabei ist Heiligkeit keine moralische Größe, keine Qualität, sondern einzig die Kraft über sich hinauszudeuten.

Und zugleich unterliegt sie der Endlichkeit, der Zweideutigkeit, der Profanisierung, ob im persönlich - religiösen Leben, im Leben der religiösen - Gruppe oder der Institutionalisierung von der Kirche. Kritiker können in solchen Strukturen den selbst-transzendierenden Charakter der Religion nicht mehr erkennen, - wie sollten sie auch - denn Religion ist ebenso den soziologischen Gesetzen von säkularen Gruppen unterworfen. Dennoch lässt sich sagen: "Die Kleinbürgerlichkeit der alltäglichen Religion ist kein Beweis gegen ihre Größe, und die Weise, in der sie herabgezogen wird auf die Ebene unwürdiger Mechanisierung, ist kein

Beweis gegen ihre Würde. Das Leben, das sich transzendiert, bleibt immer auch in sich selbst, und aus dieser Spannung folgt die erste Zweideutigkeit der Religion. ...

Oder noch deutlicher: selbst einem radikalen Säkularismus ist zu entgegnen, dass er der Religion nicht entgeht und Religion jetzt nicht verstanden als eine Sonderfunktion des menschlichen Geistes, sondern in einem weiteren Sinn, als Erfahrung des Unbedingten im "moralischen Imperativ" und in der Tiefe der Kultur. Es kann gelingen die Religion als eine spezielle Funktion abzuschaffen, aber *die* Religion abzuschaffen, die als eine Qualität in allen Funktionen des Geistes immer gegenwärtig ist - die Qualität des Unbedingten, dass wird nie gelingen. (Tillich, 1978)

5.2. "Anschlussfähigkeit"

Nun, mir ist es an dieser Stelle wichtig deutlich zu machen, dass ich der anthropologischen Grundformel der Integrativen Therapie gut folgen kann und mich der naturwissenschaftlichen Definition Petzolds von Körper - Seele - Geist in einem sozial, ökologischen Kontext anschließe, wie ich eben auch *Tillich's* Argumentation von der Vieldimensionalität des Lebens unterstreiche. Auf die Spannung zwischen Religion und "säkularer Wissenschaft" möchte ich nur hinweisen und dass nach meinem Verständnis, menschliche Existenz immer auch zugleich die Möglichkeit in sich birgt über sich selbst hinauszudeuten - auf ein Unbedingtes hin, das Wirklichkeit werden kann. Das heißt, ich gehe ebenso von einem unbedingten Sein aus, das in allen Dimensionen des Lebens unter den Bedingungen der Endlichkeit und Zweideutigkeit Wirklichkeit werden kann.

Theologisch kann ich dieses *unbedingte Sein* Gott nennen und Glauben heißt dann, mich auf das zu konzentrieren, was mich *unbedingt angeht*. Noch konkreter in meinem christlichen Verständnis aber auch universell:

"Glaube ist der Zustand des Ergriffenseins durch das Neue Sein, wie es in Jesus als dem Christus erschienen ist. ... Glaube als der Zustand, vom göttlichen Geist geöffnet zu sein für die transzendente Einheit unzweideutigen Lebens, ist (dann) eine allgemeingültige Definition und (ist) nicht auf das Christentum beschränkt." (Tillich, 1978)

Glaube ist also nicht ein Fürwahrhalten, ist auch nicht die Annahme von Werturteilen aufgrund von Autorität ... "auch dann nicht, wenn von dieser Autorität behauptet wird, dass sie göttlich sei." (Tillich, 1978) Glaube ist auch nicht mit Gefühl zu verwechseln oder dem Bereich der Emotionen zuzuordnen. Sicherlich enthält er als Ausdruck der ganzen Person

auch emotionale Elemente, aber er geht nicht darin auf. Ist auch nicht mit dem "ozeanische Gefühl" oder dem menschlichen Grundvertrauen zu verwechseln. Dieser Glaube geht über den "säkularen Raum", auch über die IT hinaus, kann sich in beiden "Räumen" bewegen. Ich verstehe gerade die IT und so wie sie durch ihre Begründer vermittelt wird, dass sie der Religion und Theologie durchaus wertschätzend gegenübersteht, sie respektiert als - "heiligen Raum", den die IT nicht betritt aber gewiss auch nicht abwertet, sondern eher die Errungenschaften menschlicher Kulturarbeit über die Jahrhunderte anerkennt aber auch nicht an Kritik spart, wo Machtmissbrauch oder Verletzung der Menschenwürde durch Religion, besser durch ihre Großinstitutionen geschieht oder gedeckt wird. "Die existentialistisch-phänomenologische Sicht des Menschen, wie sie die integrative Gestalttherapie vertritt, sieht religiöse Phänomene als Ausdrucksformen menschlicher Existenz, die Sinn haben und akzeptierbar sind, solange sie die Integrität von Menschen nicht gefährden (z.B. durch Gewissenszwang oder Einschränkung der persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten).

(Petzold, 1979)

Mein seelsorgerliches Konzept basiert also auf den anthropologischen Grundsätzen der IT, dem "Ganzheitsprinzip" und dem "Kontextprinzip", ihrem Persönlichkeitsmodell sowie dem Inter-subjektivitäts - Ko-respondenzmodell, als einem umfassenden Wissen über den Menschen und seiner Beziehungsfähigkeit - und erweitert sich durch mein theologisches Verständnis und meine Glaubenshaltung, wie ich sie dargelegt habe.

Und dies widerspricht sich nicht, sondern ist für mich eher eine gelungene Annäherung, die zum "Nutzen" dessen geschieht, was mich *unbedingt* angeht und das ist nun einmal der Mensch, als mein Mit- Mensch, mein Bruder, meine Schwester, ob als Fremder oder Freund. Und dies theologisch verstanden in aller Dialektik, denn ..."darum ist theologisches Reden *eo ipso* anthropologisches Reden, (ist) Reden von Gott ein Reden vom Menschen, Wissen um den Menschen also notwendige Bedingung der Möglichkeit legitimen Redens von Gott..."

(Schmithals, 1966)

Um dieses Wissen um den Menschen geht es in der IT, dem ich mich im Verständnis des Menschenbildes anschließe - wiederum erweitert durch den eigenen Schöpfungsglauben: "Die Behauptung Gottes als Schöpfer kann nicht eine theoretische Aussage über Gott als *creator mundi* (Schöpfer der Welt) in einem allgemeinen Sinne sein. Die Behauptung kann nur ein persönliches Bekenntnis sein, dass ich mich als ein Geschöpf verstehe, das seine Existenz Gott verdankt. Das kann nicht als eine neutrale Feststellung gesagt werden, sondern nur als Danksagung oder in der Hingabe." (Bultmann 1964/1980)

Diese Annäherung und Differenz ist mir ebenso wichtig darzustellen, um der IT als "differentielle und integrative Humantherapie/Psychotherapie" (Petzold, 2001) nicht mit meinen theologischen Behauptungen zu nahe zu treten.

Ich möchte mich auch weiterhin von den Erkenntnissen der IT als klinische Psychotherapie, ihrem Wissen um den Menschen und ihrer Methodologie bereichern lassen, ohne sie theologisch zu "überhöhen".

Das meint eben auch Respekt vor der seit mehr als dreißigjährigen, geleisteten, *integrativen* Arbeit im Bereich der "Psychologischen Psychotherapie" (Grawe, 1998) und darüber hinaus.

Wie ich besonders die "Anschlussfähigkeit" schätze, im gemeinsamen Engagement, im Tun, im Handeln für den Einzelnen, in seiner Verletztheit und Gebrochenheit, im Angeschlagensein von Leib, Seele und Geist, auf der Suche nach Heilung, Tröstung und Orientierung und Sinn- und dem Engagement für das soziale Netzwerk, wie dem Gemeinwohl. Das heißt auch die gesellschaftspolitische Ebene miteinzubeziehen.

Jede und jeder mag ihre und seine Motivation prüfen im Hilfehandeln, besonders in der Sterbebegleitung - und ich unterscheide nicht zwischen säkularem Sterben und religiösem Sterben, schon gar nicht zwischen Konfessionen oder konfessionsloser Weltanschauung. Der Tod ist und bleibt die letzte, große Herausforderung unserer Existenz und ich lasse mich auf die Begegnung mit Sterbenden ein, achte auf ihre Fragen und Bedürfnisse, wie auf die Anliegen der Angehörigen und wenn religiöse Stützung erwünscht ist, gebe ich sie gern - und wenn gemeinsames Suchen nach Sinn angefragt ist, mache ich mich mit auf den Weg und wenn pragmatische Lebenshilfe ansteht, dann gebe ich sie ebenso gern, - denn alles, was dem sterbenden Menschen und seinen Angehörigen hilft, hilft auch mir als Mit - Mensch, die ich mich verbunden fühle mit dem Leben, mit dem Grund allen Lebens und Verantwortung habe für meine Mitmenschen und für mich, für uns - in der Sterbebegleitung hin zu einem "guten Sterben", ohne Schmerz, nicht allein, ohne Angst, wenn möglich entlastet und "versöhnt", erfahren in Beziehung. Wenigstens in Fragmenten möchte ich dazu beitragen, dass so Abschied gelingt, denn es lässt mich Zufriedenheit erfahren und das meint für mich mehr als "peace of mind", eher "peace of body, soul and mind".

In diesem Tun fühle ich mich der IT und ihren Zielen in der Sterbebegleitung verbunden, sind es gemeinsame Vorstellungen von Humanität und Werte - Ethik.

5.3. Abschlussüberlegungen

Bevor ich es wage, am Schluss, "meine Einsichten" für die Sterbebegleitung zu geben, so wie ich sie für mich aus/in der "Integrativen Pastoralarbeit" gelernt habe, und ich Texte an den Schluss stelle, die wir seit zwei Jahren in der Medizinischen Hochschule Hannover, zu der Klagemauer, die wir ebenso im Andachtsraum aufbauen und an der Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter partizipieren können, gebemöchte ich eine letzte Standortbestimmung innerhalb dieser Arbeit versuchen. Ich möchte noch einmal die "Anschlussfähigkeit" von Theologie und Psychologie, von Seelsorge und Psychotherapie, wie sie in Theorie und Praxis der IT möglich ist, eben im "Erweiterten Seelsorgekonzept" - und dies nur in einigen Zitaten, von Menschen, die mich mit ihren Worten begleitet haben und es bis heute tun, darstellen.

5.3.1. "Literaturunterstützung"

"Die beiden Bewegungen, Knien und Aufstehen, gehören zusammen, sie gelingen nur im Miteinander. Introversion und Extroversion schließen sich nicht aus! Wenn es ein Grundirrtum des Klerikalismus ist, nur auf das Niederknien zu achten, so ist es eine moderne Illusion, den aufrechten Gang möglichst religionsfrei einzuüben, nicht viel besser dran. Die Abwesenheit des wahren Lebens verlangt nach Heil, nach Versöhnung, und jeder Traum vom guten Leben, jede Gestalt der utopischen Sehnsucht in den verschiedensten Kulturen ist religiös und zielt auf eine weitergehende Befreiung.

Sie wird mit der Abschaffung des Privateigentums an Produktionsmitteln ebensowenig erfüllt wie mit der Errungenschaft freier Wahlen. Die Gefahr, Religion als Opium des Volkes zu missbrauchen, scheint mir heute allerdings viel kleiner als die andere, die Menschen der Sprache ihrer Sehnsucht und ihrer Mystik entwöhnt und sie auf die Erfüllung materieller Bedürfnisse zusammenschrumpft. ...

Um dieser mystischen Dimension willen lässt sich auch heute auf die befreiende Theologie nicht verzichten, auch wenn viele ihrer überschwenglichen Hoffnungen der siebziger und achtziger Jahre indessen gescheitert sind." (*Dorothee Sölle*, 1997)

"Eine vom "positiven Denken" getragene Religiosität berührt mich immer als peinlich geistlos und opiatisch. Die "dunkle Nacht der Seele" lässt sich nicht abwählen, auch nicht mit Meinungs-Buttons wie "Take Jesus!" ... (oder take the "Eneagramm" oder "Enlightenment" oder "magic somethings" möchte ich ergänzen)...wegtrösten, und die dunkle Nacht der Schöpfung erst recht nicht. Dass wir in "Gottes Hand sind und bleiben", wird ... glaubwürdig , wenn wir zugleich mit Teresa von Avila mystisch wissen, dass Gott keine anderen Hände hat als unsere." (D. Sölle, 1997)

"Religiöse Erfahrung ist die existentielle Erfahrung einer letzten Zugehörigkeit, einer ganz persönlichen Bezogenheit, durch die der Mensch im Leben und im Sterben getragen wird. Eine solche Erfahrung als Gotteserfahrung ist keine Projektion, keine intellektuelle Spekulation, sondern gegenwärtiges Erleben im Leibe, ist an leibhaftige Erfahrungen in der Welt gebunden. Wie das Geistige nicht aus der Psychotherapie, so kann das Leibliche nicht aus der Seelsorge ausgeschlossen werden." (Petzold, 1979)

"Mir scheint, dass eine Theologie, die in dieser Weise Impulse von der Psychotherapie erhält, besser ist als eine ohne solchen Einfluß. Der Theologe täte darum gut daran, mit der psychotherapeutischen Bewegung in Verbindung zu bleiben." (Tillich 1960/1970)

5.3.2. "Einsichten" für die Sterbebegleitung

Nähe spürbar machen:

Nähe hat Sinn und macht sinnlich. Wir dürfen uns als Begleiter/in mit allen unseren Wahrnehmungsmöglichkeiten (Sehen, Fühlen, intuitivem Spüren, Riechen und Schmecken, Ahnen, Phantasieren) dem/der Sterbenden, den Angehörigen zugänglich machen.

Aktiv zuhören:

Hineinhören, Einfühlen und Verstehen, in empathischer Haltung schaffen Nähe, KONTAKT, Begegnung, Beziehung. Das bedeutet für sich schon Hilfe, Wirkung und Resonanz. Dazu gehören intensive Selbstwahrnehmung, damit wir bewusst unterscheiden können zwischen dem, was "meins" und dem, was "deins" ist. Unseren eigenen Überzeugungen, Vorstellungen, Werte sind nicht die des/der Sterbenden !

Den nahe und weiten Kontext des/der Sterbenden beachten:

Die Angehörigen, das "soziale Netz" ist miteinzubeziehen. Wir leben und sterben in Beziehung. Den "Convoi" ebenso zu stützen und zu entlasten, wenn nötig durch ganz praktische Lebenshilfe, ist Aufgabe der Sterbebegleitung. Dabei können die gemeinsame Geschichte, Familienrituale, Tabuisierungen, ungeklärte Beziehungen und die Situation des Abschieds oft zu Konfusion führen. Das Loslassen fällt den Angehörigen manchmal schwerer als dem/der Sterbenden. Sie brauchen alle Begleitung.

Mit Achtung und Ehrfurcht da sein:

Die Persönlichkeit des/der Sterbenden ist gewachsen in der ihr eigenen Geschichte im sozialen, ökologischen Kontext und Kontinuum, ist nach den je eigenen Möglichkeiten **anzunehmen**, auch wenn Einstellungen auch Gefühle vielleicht nicht akzeptiert werden können. Seine/Ihre Not, Angst oder Hilflosigkeit gehören dem/der Patienten/in und den Angehörigen. Offener und großzügiger - freier Umgang damit lassen dem Anderen seine/ihre Würde, schaffen würdige Begegnung.

Die Autonomie des/der Sterbenden wahren und gewährleisten:

Wir wollen nicht an seiner/ihrer Stelle handeln, sondern möglichst mit ihm/ihr, denn er/sie weiß am besten, was ihm/ihr guttut und was er/sie braucht. Wir brauchen keine "Widerstände" brechen. Das Gesetz des Handelns liegt bei ihm/ihr. Wir geben den Raum und unsere Resonanz. Es sei denn der/die Sterbend/e muss geschützt werden. Protektion ist Aufgabe, wenn die Würde des Menschen verletzt wird (angedeutet sei hier nur die Problematik Patientenverfügung - der Wille des Patienten ist zu eruieren auch und gerade wenn keine schriftliche Verfügung vorliegt).

Gefühle wahrnehmen, zulassen und ausdrücken:

Gefühle sind reale Botschaften und Informationen aus dem "Innen". Sie sind gegenwärtige Realität. Sie braucht niemand zu fürchten. Bilder, Szenen der Vergangenheit sind im Jetzt real und können als "Rohmaterial" das Sterben gestalten.

Eigene Gefühle und die des/der Sterbenden und der Angehörigen sind deshalb wichtige Indikatoren für Intensität der gegenwärtigen Beziehung

Klar sein:

Möglichst klar sein in den Gefühlen, Gesten und Worten, damit der/die Sterbende weiß, woran er/sie ist. "Partielle Offenheit" ist gefragt, nicht alles muss gesagt und ausgedrückt werden, aber was gespürt und gesagt wird, muss klar kommuniziert werden.

Zeit und Ruhe vermitteln:

Gegenwart und Realität (Hier und Jetzt) am Bett des/der Sterbenden, mit den Angehörigen vertragen nicht Bewertung und Abstraktion, Reden über... das Vorher und Nachher... . Oft braucht es nicht mehr als die Präsenz des Mit-Menschen in Ruhe und Gelassenheit, braucht es Inter - Subjektivität, Raum und Zeit - jetzt.

Die eigene Hilflosigkeit ernstnehmen und beachten:

Auf Grund der eigenen Grenzen, Befangenheiten und "unerledigten Geschäfte" ist Hilfe nicht immer möglich. Die Aufmerksamkeit für die eignen Grenzen kann Riesenansprüche und ein problematisches Leistungsdenken "begrenzen" Hilfreich sein heißt auch, eigene Grenzen ehrlich wahrnehmen.

Begleiter/Innen wissen nicht alles:

Besserwisser haben am Patientenbett nichts verloren. Dasein und Helfen braucht Bescheidenheit (Demut) vor dem Leben des Anderen und seines/ihrer Weges.

Wer helfen will, muss sich helfen lassen können... auch und vielleicht gerade von den Menschen, die seiner/ihrer Hilfe bedürfen.

Selbst loslassen können (üben)

Sich selbst einüben und kennenlernen in der Erfahrung des Abschiednehmens und Loslassens, denn Sterbende können/sollten nicht festgehalten werden. Vergänglichkeit und Sterblichkeit sind Realitäten des Lebens. Meine Einübung dazu wird meine Kommunikation am Sterbebett mit bestimmen.

Dies sind nur einige, vielleicht etwas fragmentarische Einsichten, die ich auf meinem bisherigen Weg in der Sterbebegleitung gewonnen habe. Ich verstehe sie als Thesen, die sich jeweils in der Praxis erweisen müssen, überprüfbar sind und so sich erweitern und verändern lassen.

5.3.3. "Klagemauer"

An den Schluss dieser Arbeit möchte ich Texte (das dazugehörige Bild) stellen, wie wir sie in der Medizinischen Hochschule Hannover, jeweils im November in unserer Kapelle den Patienten/Patientinnen, Angehörigen und Mitarbeitenden zur Verfügung stellen und zur Partizipation ermutigen:

Wir haben hier vorne eine *Klagemauer* aufgebaut.

Sie erinnert an die Westmauer des jüdischen Tempels in Jerusalem.

Sie ist der letzte Rest des Tempels nach seinem Zusammenbruch im ersten Jahrhundert.

Die Juden stehen vor dieser Mauer, als würden sie mit ihren Gedanken und Gefühlen gegen eine Wand rennen.

Sie beten, singen, klagen und tanzen vor dieser Mauer.

Sie schlagen mit dem Kopf an die Mauer,

als könnten sie nicht verstehen, was geschehen ist.

Sie stecken kleine Zettel mit Wünschen in die Mauerritzen.

Die Klagemauer ist der Ort, wohin sie mit ihren Zusammenbrüchen und mit ihrer Trauer gehen.

Ein Ort der Trauer über die vielen Opfer von Holocaust, Krieg und Terror.

Aber die Klagemauer ist auch ein Ort der Geborgenheit.

Hier haben Gefühle Platz, Tränen, Verletzungen.

Hier musst du deine Trauer nicht verstecken.

Hier haben deine geheimen Träume Platz und deine Hoffnungen.

Das sind Zwischenräume des Trostes.

Da bricht sich wie das kleine Grün

Neues Leben Bahn.

Die Klagemauer hier und heute in der MHH, -

Ein stummer Protest gegen Leiden und Sterben.

Die Mauer steht für die Wut und unsere Kränkung durch den Verlust unserer liebsten Menschen.

Ist Gott auch so hart und schroff wie die Steine dieser Mauer ?

Prallen unsere Bitten und Klagen an ihm ab ?

Wir wollen hier und heute

Einander Zeit und Raum geben für unsere Gefühle der Trauer, dem Schmerz,
wollen den Zusammenhalt spüren als Familien und Freunde, Kollegen, Mitarbeiter
vor dieser Mauer.

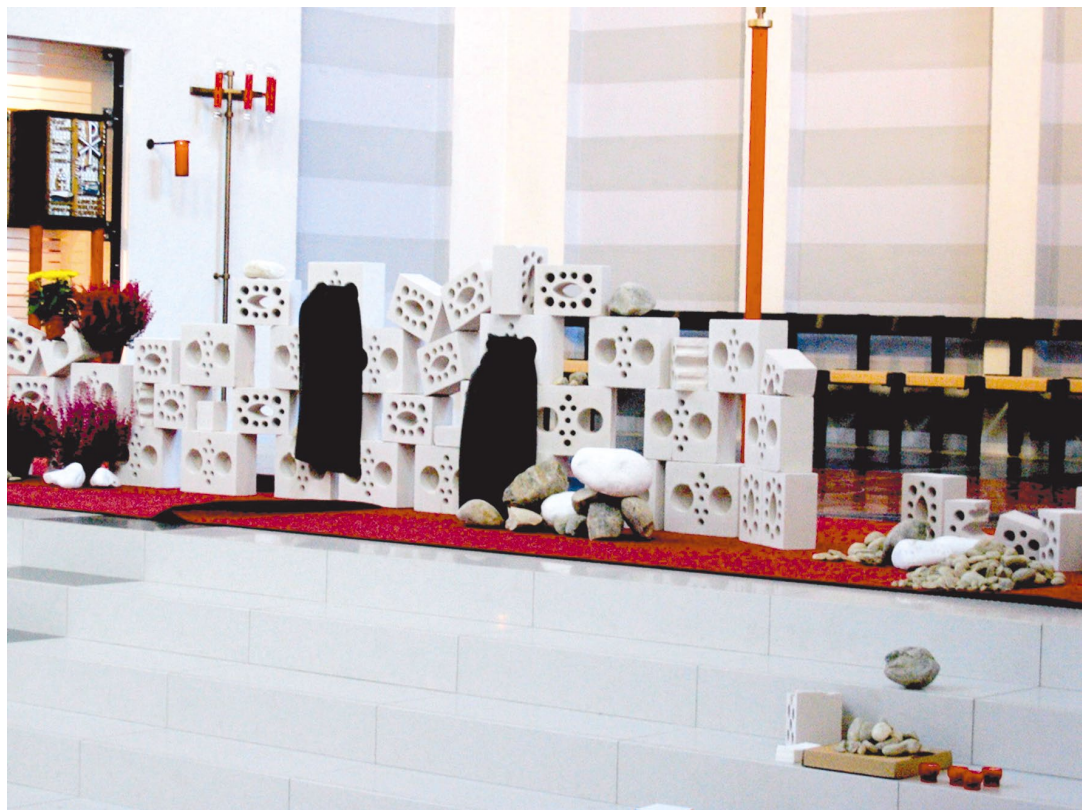
Wir wollen Durchbrüche entdecken, wo neues Licht einbricht
in unser Dunkel.

Wir wollen lauschen auf das, was unsere Verstorbenen sagen möchten.

Wir wollen aufeinander hören

Und auf Gott hören.

Klagemauer (in der St. Heinrich Kirche, Hannover - aufgebaut ebenso in der MHH)



Protest Klage Gebet

*Zu meiner Trauer gehört der Protest. Ich protestiere gegen die Ungerechtigkeit,
gegen den Schmerz, gegen Zerstörung, gegen den Abschied, gegen den Tod, gegen Terror und
Krieg, will den Verlust nicht wahrhaben, kämpfe gegen die Trennung. Ich bin wütend und
klage an: Gott und die Menschen und mich selbst. Ich bin verletzt und zeige meinen Schmerz:*

Gott und den Menschen und mir selbst. Zu meiner Trauer gehören die Gefühle von Angst und Verzweiflung, Sehnsucht, Schuld und Wut.

Hier, kann ich meinen Protest "einbringen", kann ich meine Klage "hineinschreiben", kann ich "mitbauen" und Steine, Bruchstücke hinzufügen, kann ich mit einem Licht die Klagemauer erhellen.

Zusammenfassung: Integrative Therapie und ihr Ansatz in der Sterbebegleitung

Die Integrative Therapie hat seit ihren Anfängen 1965 auf der Grundlage ihrer „Psychotherapie in der Lebensspanne“ sich auch mit den Themen Sterben und Tod umfänglich befasst und Werke und Methoden zur Sterbebegleitung und Thanatotherapie herausgebracht und Pionierarbeit in diesem Themenbereich geleistet, über die dieser Artikel einen detaillierten Überblick bietet. Grundkonzepte (Leiblichkeit, Beziehung, Sterben, Hilfeleistung) und methodische Ansätze (Begleitung, Lebensbilanz, Trost) und die Möglichkeiten und Aufgaben der klinischen Seelsorge werden mit Beispielen aus der Praxis dargestellt – eine Kompaktdarstellung zur integrativen Thanatotherapie, Begleitung Sterbender und Sterbeseelsorge.

Schlüsselwörter: Sterbebegleitung, Thanatotherapie, therapeutische Seelsorge, *Integrative Therapie*

Summary: Integrative therapy and its approach to end-of-life care

Since its beginnings in 1965, Integrative Therapy has among other issues dealt extensively with the topics of dying and death on the basis of its "Psychotherapy in the Lifespan" and has published works and methods on end-of-life care and thanatotherapy. Pioneering work in this field has been done, about which this article offers a detailed overview. Basic concepts (corporeality, relationship, dying, assistance) and methodological approaches (accompaniment, life balance, comfort), furthermore the possibilities and tasks of clinical pastoral care are presented with practical examples – a compact presentation of integrative thanatotherapy counselling and pastoral care for the dying.

Keywords: end-of-life care, thanatotherapy, therapeutic pastoral care, *integrative therapy*

Literaturverzeichnis

Barton, D. (1977): Dying and Death, A Clinical Guide for Caregivers, Baltimore.

Bultmann, R. (1964): Jesus Christus und die Mythologie, GTB Siebenstern, Gütersloh .

Bultmann, R. (1933/1980): Glauben und Verstehen (Bd. 1), "Welchen Sinn hat es, von Gott u reden?", Tübingen 1933, 6 Aufl. .

Engelke, E. (1979): Sterbebeistand bei Kindern und Erwachsenen, Stuttgart .

Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie, Göttingen.

- Ladenhauf, K. H.* (1988): Integrative Therapie und Gestalttherapie in der Seelsorge, JunfermannPaderborn.
- Lilie E./ Zwielerlein E.* (2004): Handbuch Integrierte Sterbebegleitung, Gütersloh 2004.
- Lückel, K.* (1981): Begegnung mit Sterbenden, München.
- Lückel, K./Ladenhauf, K. H.* (1993): Gestaltseelsorge und Integrative Pastoralarbeit, in Integration und Kreation, Bd. 2, *H. Petzold, J. Sieper*, (Hrsg.), Junfermann, Paderborn .
- Orth, I./ Petzold, H.* (2001): Integrative Therapie: Das "biopsychosoziale" Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit - ein "lifespan developmental approach" - Vorwort und Einführung - Junfermann, Paderborn .
- Petzold, H.G.* (1965): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. Publications de L'Institut St. Denis 1, 1-19; https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-1965-gragogie-nouvelle-approche-de-lducation-pour-la-vieillesse-et-dans-la-vieillesse.pdf; dtsh. (1972i): Geragogik ein neuer Weg der Bildungsarbeit für das Alter und im Alter, als Vortragsversion von idem 1965 auf dem „Studentag Marie Juchacz“, 2. Mai 1972. Fachhochschule für Sozialarbeit, Düsseldorf Eller, Altenheim Eller repr. in: Petzold, H.G., 1985a. Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München, S. 11-30; erw. Neuaufl., Pfeiffer, Klett-Cotta 2004a, 86-107; <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1985b-angewandte-gerontologie-als-bewaeltigungshilfe-fuer-das-altwerden-das-alter-im-alter.pdf>.
- Petzold, H.* (1979): Integrative Gestalttherapie in der Ausbildung von Seelsorgern, in Scharfenberg, J. (Hrsg.) Freiheit und Methode, Göttingen .
- Petzold, H.* (1984: Integrative Therapie - der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen, in Spiegel-Rösing, Petzold, H. (Hrsg.), Die Begleitung Sterbender, Paderborn 1984.
- Petzold, H.* (1993): Integrative Therapie, Modelle, Theorien und Methoden für schulübergreifender Psychotherapie, 1. Klinische Philosophie, Paderborn .
- Petzold, H.* (2001): Integrative Therapie - Das "biopsychosoziale" Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit, Paderborn,.
- Petzold, H.* (2001): Psychotherapeutische Begleitung von Sterbenden - ein integratives Konzept für die Thanatotherapie, Beitrag zur Thanatologie Heft 16, Mainz.
- Petzold, H.* (2003): Der Hospizgedanke - ein Weg zur Verwirklichung von Hominität und Humanität... nicht nur am Lebensende, Text 10 Jahre Hospizverein Steiermark,
- Petzold, H./Orth, I.* (2005): Einführung: Sinn, Sinn, Sinnerfahrung, Sinnstiftung als Themen der Psychotherapie heute - kritische Reflexion, in Petzold, H. / Orth, I. (Hgg.) Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn, Bd. 1, Bielefeld und Locarno 2005.

- Rahm, D./Otte, H./Bosse, S./Ruhe-Hollenbach, H.* (1993): Einführung in die Integrative Therapie, Junfermann, Paderborn.
- Schmithals, W.* (1966): Die Theologie Rudolf Bultmanns, Tübingen.
- Schuch, W.* (2001): Grundzüge eines Konzeptes und Modells Integrativer Psychotherapie, in Integrative Therapie - Das "biopsychosoziale" Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit, Junfermann, Paderborn.
- Schrey, H.-H.* (1984): Goldene Regel III. Historisch und ethisch, Theologische Realenzyklopädie, Bd. 13, Berlin.
- Sölle, D.* (1973): Leiden, Stuttgart .
- Sölle, D.* (1997): Mystik und Widerstand, Hamburg .
- Tillich, P.* (1978): Systematische Theologie, Bd. 3, Stuttgart .
- Tillich, P.* (1977): Einfluß der Psychotherapie auf die Theologie, in Wege der Forschung, Bd. 454, Psychotherapie und Seelsorge, Darmstadt 1977.
- Tödt, H. E.* (1978): Rudolf Bultmanns Ethik der Existenztheologie, Ethiker des Protestantismus, Bd.1, Gütersloh .

Dank

Anfang und Ende - Geburt und Tod - Leben und Sterben

Hilarion G. Petzold hat von Beginn seiner Arbeit an, ob mit Frühgeborenen, Säuglingen, Kleinkindern oder mit Alten, Kranken und Sterbenden stets das Prinzip einer Dialektik von Anfang und Ende vertreten, wie auch die Dialektik von Differenz/"Plurizität" und Ganzheit/"Unizität". Dass unser Menschsein in Einmaligkeit und doch als "Drama der Evolution" gelebt wird, verbunden eben mit allem Leben, zeigt sich in den zwei anthropologischen Formeln der *Integrativen Therapie*, dessen Begründer *Hilarion G. Petzold* ist:

"Leibsubjekt in der Lebenswelt" und "Körper-Seele-Geist-Subjekt im sozial und ökologischen Kontext". Differenzierung und Integration ist das Prinzip, das sich durch all seine Arbeiten zieht.

So auch in der Sterbebegleitung, der Thanatotherapie (dessen Begriff von *Hilarion Petzold* für die psychotherapeutische Unterstützung psychisch belasteter Sterbender in der Fachliteratur 1965 eingeführt wurde), nicht als eine "Spezialtherapie", sondern als ein Handeln, eine Intervention, die den Betroffenen auf der psycho-sozialen Ebene beistehen möchte und Orientierung bietet auf der Grundlage der *Integrativen Therapie*.

Für die Pastoralarbeit ergibt sich daraus ein hohes Engagement für den Einzelnen, sein "soziales Netz", seine religiösen- spirituellen Bedürfnisse, für medizin-ethische - und gesellschaftspolitische Fragen.

Es ist *Hilarion Petzold* und seinen Kolleginnen und Kollegen, *K. Lückel*, *I. Spiegl-Rösing* u.a. zu verdanken, die den Bereich der Sterbebegleitung besonders in die Integrative Pastoralarbeit eingebracht haben und so auch zu einem "erweiterten Seelsorgekonzept" bis heute beitragen.

Ich danke für die Möglichkeit, mich diesem Thema im Kontext der *Integrativen Therapie* erneut stellen zu können und danke für die Unterstützung. bei der Erstellung dieser Arbeit. Besonders danke ich meinen Kolleginnen und Kollegen, die in der Zeit der Erstellung dieser Arbeit meine eingeschränkte Pastoralarbeit an der Medizinischen Hochschule Hannover ausgeglichen und mich mitgetragen haben, wie allen Patientinnen und Patienten, die mir "den kostbarsten Unterricht an den Sterbebetten" geben.

"Was wüssten wir je ohne sie?" (*Hilde Domin*)