

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 1 (1996)

Heft: 1

Artikel: Was Sterbende erleben

Autor: Groulard, Isabel / Leduc, Monique

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091700>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Was Sterbende erleben, ist, wie wir sehen werden, untrennbar mit der Haltung der Umgebung verbunden. Die Haltung der Gesellschaft beeinflusst durch die Hilfe, die sie leistet, oder die Probleme, die sie schafft, direkt den Patienten. Da die Lebensqualität des Patienten unmittelbar von der Lebensqualität der Familie abhängt, ist die Integration der Familie auf der Station Grundlage für die Begleitung des Sterbenden. Das Pflorgeteam muss menschliche Unterstützung anbieten und sich Zeit nehmen, um alle Informationen zu geben, die es der Familie erlauben, ihre Stelle am Krankenbett einzunehmen. Das ist – in kurzen Zügen – der Inhalt dieses Artikels.

Isabel Groulard, Klinische Psychologin, Quebec*

Was Sterbende erleben

Vier Aspekte dessen, was Sterbende erleben, sollen hier berücksichtigt werden:

- Die vielen Verluste, die der Patient im Laufe der Krankheit miterleben muss.
- Die Folgen, die dieser Verfall verursachen kann: Ängste und Beklemmung, sowie die Abwehrmechanismen, die in Gang gesetzt werden, um ihnen entgegenzuwirken.
- Die Grundbedürfnisse des Patienten im Endstadium seiner Krankheit.
- Träume von Patienten und ihre Symbolik im Lichte der Unterbewusstseinsanalyse und alten Mythologie.

Von Palliativpflege zu sprechen, ohne die Theorie von den Sterbephasen nach Dr. Kübler-Ross zu erwähnen, wäre wie von Psychoanalyse zu reden, ohne Freud zu nennen. Die Psychiaterin Dr. Kübler-Ross hat beobachtet, dass Patienten in der Terminalphase ihrer Krankheit durch verschiedene Phasen gehen: Schock, Verdrängung, Aggression, Verhandeln, Depression, Annahme. Diese Phasen sind weder unabwendbar noch chronologisch. Tatsächlich beschreibt die Phasentheorie nicht Phasen, sondern mögliche psychische Reaktionen. Jeder Mensch ist anders, sodass einige depressiv, andere von Angst überwältigt werden oder in Schuldgefühlen versinken, wieder andere werden ihre

Energien sammeln, um vor dem Unerträglichen zu flüchten. Die Arbeiten von Dr. Kübler-Ross sind überall im Buchhandel erhältlich. Ich würde unter anderem das Buch «Reif werden zum Tod» empfehlen.

Was sind die einschneidenden Veränderungen, die ein Patient, der auf einer Palliativstation aufgenommen wird, mitmacht?

Lebensraumverlust

Eine erste, sofort spürbare und augenfällige Belastung wird dem Patienten, der aufgenommen wird, aufgebürdet: das Verlassen seines gewohnten Lebensraums und die Veränderung seiner sozialen Umwelt. Eintaucht in eine neue Lebenssphäre, in einen Raum, den er nicht kennt, mit Gesichtern (Pflorgeteam), die er zum ersten Mal sieht, muss der Patient einen regelrechten psychologischen Aneignungsprozess durchlaufen. Es ist immer erstaunlich zu beobachten, wie neu aufgenommene Patienten schnell das Bedürfnis nach Orientierung in dieser neuen Welt ausdrücken: egal wie sein Zustand ist und wie müde er ist, der Patient möchte sehr schnell seinen neuen Lebensraum besichtigen. Wir sollten – so weit es möglich ist – anbieten, ein Photo, ein Möbelstück, ein Haustier mitzunehmen. Es ist eine Verankerung, die emotionale Stabilität schafft.

Neue Beziehungen zu seinen Angehörigen

Eine neue Beziehung zu seinen Angehörigen muss sich unter neuen, schwierigen Bedingungen, die nicht leicht zu ertragen sind, entwickeln.

Eine grundlegende Wandlung findet statt:

- bis vor kurzem (so zumindest sein Gefühl) waren andere Personen von ihm abhängig: der Partner, die Kinder, die Firma etc.,
- im Krankenhaus ist er derjenige, der abhängig wird von den anderen: von seinen Ärzten, vom Pflorgeteam, von seiner Familie, etc.

Unsere Aufgabe ist es, die maximale Autonomie des Patienten zu fördern.

Verlust der Rolle in der Gesellschaft

Der soziale Stellenwert des Sterbenden reduziert sich, und das Gefühl von Unfähigkeit kann sehr dramatisch spürbar werden. Andere Bereiche wie das Gefühlsleben oder die Kindererziehung sollten nicht unbedingt mitbetroffen sein. Leider vollzieht sich hier sowohl im Kopf des Patienten als auch in den Köpfen der Angehörigen sehr oft eine Verquickung. Beim Patienten nistet sich ein Gefühl des Nutzlos-Seins ein. Ein Gefühl, das in unserer Gesellschaft oft mit dem Verlust der Identität (der Fähigkeit, aktiv und produktiv zu sein) einhergeht.

Verlust von Selbstbild und Identität

Die Identität eines Menschen ist zuerst sein Körper, sein Gesicht, seine leibliche Hülle, auf der unsere Blicke ruhen. Das narzistische Wertgefühl ist lebensnotwendig. Nun amputiert die Chirurgie, die Chemotherapie lässt die Haare ausfallen, die Kortikoidtherapie schwellt das Gesicht auf, manche Medikamente schaffen den Eindruck, verrückt zu werden, Kachexie gibt ein leichenhaftes Aussehen etc.

Die psychische Realität kann unannehmbar, verängstigend und entfremdet werden. Sie kann ein Gefühl der Trennung von sich selbst und von den anderen hervorrufen. Die Art und Weise, wie wir einen Patienten ansehen und berühren, kann ermutigend oder verletzend sein.

Es ist unsere Pflicht, ihm wie einem mündigen Erwachsenen zu begegnen. Wie oft treten wir mit einer schrillen, hohen Stimme ins Zimmer, als ob wir mit einem Baby – das noch dazu taub wäre – reden würden? Wie oft stellen wir die gleichen Fragen, die zehn Leute vor uns schon gestellt haben: «Guten Tag Herr Mayer, wie geht es Ihnen heute? Haben Sie gut geschlafen? Kommt Ihre Frau Sie am Nachmittag besuchen?» Diese alte Leier ist für den Patienten betäubend. Wir würden ihm viel mehr helfen, wenn wir es ihm ermöglichen, seine Kräfte zu sparen.

Die Ängste, Beklemmungen und Abwehrmechanismen des Patienten

Der Autonomieverlust, die Änderung seines sozialen Status, die Verwandlung seines äusseren Erscheinungsbildes können dazu führen, dass der Mensch in der Terminalphase seiner Krankheit verschiedene Gefühle erlebt; von Unbehagen und Panikstimmung über unerklärliche Angst bis hin zu Augenblicken, in denen er seine Furcht auch zum Ausdruck bringen kann.

Beim Sterbenden ist die Bewusstseinslage reduziert, das Unbewusste kann leichter hochkommen. So kommen irrationale und archaische Ängste zum Vorschein. Am Abend, besonders in der Nacht, steigern sich diese Angstzustände, es kommt zur unbewussten Verbindung Tod-Nacht oder Tod-Schlaf. Man findet sie unter anderem auch im griechischen Ursprung des französischen Wortes cimetièr (Friedhof): «klometerion» = der Ort an dem man schläft. So können wir auch verstehen, warum bestimmte Patienten sitzend, mit einem Polsterturm im Rücken, schlafen.

1983 veröffentlichte Dr. Parkes von St. Christopher's Hospice in London eine Studie über vertrauliche Äusserungen von 61 Patienten.

Fünf Arten von Ängsten kommen besonders oft vor:

- Angst, von Menschen, die einem nahe stehen, von

seinem Zuhause, von seinem Beruf getrennt zu werden (38%).

- Angst, von jemandem abhängig zu werden, Angst, die Kontrolle über seinen Körper zu verlieren, Angst, zu einer Belastung zu werden (23 %). Kontinuierliche Pflege und liebevolle Zuwendung können den Patienten beruhigen.
- Angst vor den Folgen seines Todes für seine Angehörigen (20%). Angst, bestimmte Aufgaben nicht erledigen zu können (10%).
- Angst vor Schmerz oder Amputation (7%).

Viele Leute haben Horrorgeschichten über die Sterbephase gehört. Man kann sie beruhigen, indem man ausführliche Gespräche führt und erklärt, dass sehr viele Patienten am Ende in eine Art Bewusstlosigkeit fallen, bevor sie den letzten Atemzug tun.

Der Mensch sucht in dem, was gerade geschieht, einen Sinn zu finden. Diese Sinnsuche kann dazu führen, dass der Patient sich Selbstvorwürfe macht und zu dem Eindruck kommt, dass seine Krankheit wie eine Strafe für in der Vergangenheit begangene Fehler ist. Eine amerikanische Studie von Abrams und Finesinger «guilt reaction in patient with cancer» aus dem Jahr 1973 zeigt, dass 93% der 60 erfassten Krebspatienten Schuldgefühle haben. Die Patienten machten Sünde, sexuell übertragene Krankheiten oder zu viele sexuelle Kontakte für ihre Krankheit verantwortlich.

Der Mensch setzt eine Reihe von psychologischen Mechanismen ein, um Stress bewältigen zu können. Die Person, die von totaler Zerstörung bedroht wird, baut ein ganzes Abwehrsystem auf. Ziel ist es, durch Reduzierung der Bedrohung die Integrität und das Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Es ist sehr wichtig, dieses Abwehrsystem zu respektieren und nicht dagegenzuarbeiten. Diese verschiedenen Mechanismen sind unter anderem: Projektion, Ablehnung, Sublimierung, Verwirrtheit, Regression.

Die Projektion von archaischen Bildern, die ein Patient auf irgendeine Person seiner Umgebung (oft eine Pflegeperson) überträgt, macht aus dem Betreffenden entweder einen «Immer-Gütigen und Allmächtigen» oder einen Verfolger, manchmal aber auch eine Figur, die beide Elemente in sich vereinigt.

Die Ablehnung eines Teils der Realität oder ihrer Gesamtheit ist eine natürliche Abwehr, die wir respektieren müssen. Das Leugnen ist eine Art psychologischer Puffer, der darin besteht, eine Realität, die im Moment nicht annehmbar ist, zu verleugnen. Es gibt dem Patienten Zeit, sich zu adaptieren. «Mir wird es in einiger Zeit besser gehen, nicht wahr?» Wenn Sie bejahen, nehmen sie ein falsche Aussage auf sich. Wenn Sie hingegen antworten: «Du weisst genau, dass es dir nicht

besser gehen wird, du bist auf einer Palliativstation», werden Sie zum Feind des Patienten und versetzen ihm einen Schlag, den er nicht verkraften kann. Sie können es aber auch anders versuchen: «Ich würde mich auch freuen, wenn es besser ginge.» Oder sogar ein Stück weiter gehen und realistische Hoffnungen verstärken: «Du weisst, dass die Ärzte hier Schmerzspezialisten sind, und mit einer passenden Therapie wirst du mehr Lust empfinden, im Rollstuhl geführt zu werden, und vielleicht wirst du Appetit auf eine kleine Portion deiner Lieblingsspeise bekommen. Wir werden Tag für Tag arbeiten.» Aber bitte auf jeden Fall nur mit Fingerspitzengefühl und in kleinen Schritten vorgehen!

In der Sublimierung werden Spontanhandlungen so verändert, dass sie der Norm der Gesellschaft entsprechen. Einige Patienten werden z.B. vorbildlich handeln, indem sie stereotype Haltungen einnehmen, die eine sehr intensive Angst verraten. Unsere Kultur erlaubt es nicht, Aggressivität auszudrücken. Ein «acceptable style of dying» wird Szenen der Verzweiflung, Schreien und Tränen vermeiden. Die Sublimierung erlaubt einen Tod, der die Überlebenden nicht in Bedrängnis bringt. Man darf nicht unterschätzen, dass jedes Pflegeteam seine Sicht vom «guten» Tod hat, und solange dieses Ideal implizit bleibt, verhindert es den Ausdruck von bestimmten Arten von Gefühlen. Eine Institution z.B., die keine Aggressivität duldet, (wahrscheinlich, weil es sehr viel verdrängten Zorn bei den Pflegenden gibt), wird eine hohe Anzahl verwirrter Patienten haben. Die psychische Energie, die nicht auf eine Art fließen kann, wird einen anderen Weg suchen. Die Patienten begreifen schnell, was erlaubt ist und was nicht.

Die Verwirrtheit bedeutet eine grundlegende Verschlechterung der Beziehung zwischen Einzelperson und Welt. Bei Sterbenden kann eine Hirnmetastase die Ursache dafür sein. Aber in vielen Fällen schafft sie die Möglichkeit, der unerträglichen Realität zu entrinnen. So darf ein Patient sagen, dass er sterben wird, ohne dass dieser Prozess auf der Bewusstseinssebene abläuft.

Die Regression ist das Zurückgehen in ein sehr archaisches, vergangenes Stadium, in dem Triebe rasch und nahezu ungehindert geäußert werden können. Die Regressionsäußerungen können sehr unterschiedlich sein: der Patient läutet z.B. ununterbrochen; er braucht eine Pflegenden in seiner Nähe, die die Mutter symbolisiert. Er kann despotisch und fordernd werden wie ein kleines Kind. Er zeigt sich auf eine kindliche Art und Weise eifersüchtig und böse. Der Patient bekommt Wutanfälle und beschuldigt seine Umgebung, ihn schlecht zu pflegen.

Welches sind die Bedürfnisse eines Menschen in der Terminalphase seiner Krankheit?

Der Sterbende bleibt ein Lebender und dadurch auch in seiner Ganzheit Mensch mit all seinen Dimensionen; der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen.

Bedürfnis nach respektvoller Anwesenheit und anpassungsfähigem Zuhören

In der progressiven oder brutalen Auseinandersetzung mit dem Ende des Lebens wird der Mensch von heftigen, widersprüchlichen Gefühlen übermannt, die ihn in die Angst treiben. Sie lösen in ihm Empörung und Verzweiflung aus. Der Wille zum Leben, das Gefühl der Ungerechtigkeit rufen in ihm ein Urgefühl des Selbstschutzes auf. Lebenswunsch oder Todeswunsch, Hoffnung oder Aufgeben, intensiv leben oder schnell sterben, etc. das sind die beiden Extreme, zwischen denen er hin und her pendelt, ja taumelt. Das ist ein Grund, weshalb ein Mensch in der Terminalphase einen anderen Menschen braucht, der fähig ist, eine echte Beziehung einzugehen. Das schliesst das anpassungsfähige Zuhören mit ein. Er braucht jemanden, der diese Ambivalenzen annehmen kann. Das Sterben ist die letzte Etappe des Wachsens, und dieser Reifungsprozess verlangt ein ungeheures Mass an Energie. Deswegen sollten wir gegenüber überflüssigen Wörtern – die nur uns selbst beruhigen – dem Schweigen den Vorzug geben. Zu oft hören wir nicht zu. Wir handeln zu früh und kommen den Wünschen, Fragen, angeblichen Bitten des Patienten zuvor.

Obwohl

- zu frühes Beruhigen, eine Mauer der Einsamkeit aufbaut
- zu frühes Beraten nur ein Aufsetzen unserer Realität ist, und damit verhindert, dass der andere seine eigenen Lösungen findet
- zu frühes Trösten den reifenden Kontakt mit der Trauer abbricht
- zu frühes Aufheitern den anderen mehr verletzt als ein Herauslassen von intensiven Gefühlen ermöglicht. Die Fakten können nicht unter dem richtigen Blickwinkel wiedergebracht werden
- zu frühes Sprechen verhindert, dass der Patient in sich geht, sein Inneres, seine Intimität, seine Intuition sucht.

Bedürfnis nach Intimität mit der Familie und dem Partner

Das Bedürfnis nach Liebe und Zärtlichkeit ist in unserem ganzen Leben vorhanden. Vor dem Tod kann es so heftig sein, dass es manchmal zu einer Suche nach Verschmelzung wird. Der Mensch ist ein Wesen mit Wün-

schen. Um Liebe und Zärtlichkeit Raum geben zu können, brauchen wir grosse Intimität. Welchen Freiraum schenken wir jedoch unseren Patienten und ihren Familien auf unseren Stationen? Die sexuelle Aktivität kann es dem Patienten ermöglichen, kurzfristig aus dieser Welt der Verzweiflung – die ihn erstickt – zu fliehen.

Sind wir noch daran gewöhnt, zumindest anzuklopfen und auf eine Antwort zu warten?

Bedürfnis, im Tod Sinn zu finden

Der Sterbende sucht oft die letzte Antwort auf sein eigenes Leben. Eine Suche, die über das Akzeptieren des Todes hinausgeht. Die Unfähigkeit, einen Sinn in seinem Leben zu entdecken oder bestätigt zu bekommen, verursacht einen seelischen, spirituellen und existenziellen Schmerz. Die Antwort muss nicht unbedingt in einer Religion gefunden werden: Das Bedürfnis, den Tod zu transzendieren, einen Sinn in ihm zu finden, kann manchmal gestillt werden, durch die Tatsache,

- dass die nächste Generation weiterlebt
- dass ein Teil von sich selbst als Energie oder im Gedächtnis anderer zeitlos Bestand hat.

Die Träume Sterbender

Ich möchte jetzt von Träumen einiger Patienten, die ich begleitet habe, erzählen. Die Symbolsprache kann sehr reich und vielfältig sein. Ich möchte nur über einige Symbole sprechen. Einige Träume haben durch Symbole des Wechsels, der Umwandlung der Lebensenergie und der Metamorphose einen eindeutig metaphysischen Sinn:

- bei einigen prähistorischen Ritualen wurden die Toten in Fötusstellung begraben, um zu zeigen, dass der Tod wie eine neue Geburt ist. In Träumen Sterbender findet sich das Zusammenspiel von Mütterlichkeit, Nabelschnur, Kind sein, Wasser als Placentasymbol wieder. (Deswegen kann ein Bad auf einen angstvollen Patienten sehr beruhigend wirken). Diese Bezugnahme auf Flüssigkeiten kann durch das Bild eines fließenden Flusses, eines Meeres verdeutlicht werden.
- Das Boot ist in mehreren älteren Kulturen bekannt. Das Totenboot brachte den Toten von der Welt der Lebenden zum anderen Ufer des Flusses, zur Welt der Toten. Auf einigen pazifischen Inseln bedeutet das gleiche Wort Boot und Sarg.
- Der Hund ist das Tiersymbol für den Instinkt. Er ist ein Symbol für den Führer (im Sinne von Bergführer), den Fährmann, den Vermittler. In Ägypten brachte Anubis die Wiedergeburt. In Griechenland führte

der Hund die Seele zu Hades, dem Gott der Unterwelt, der über die Schatten der Toten herrschte. In Indien wird der Totengott Shiva, «der Gnädige» auch «Herr der Hunde» genannt. Sagen wir nicht auch bei uns, der Hund ist des Menschen bester Freund?

- Das Pferd als Vorzeichen des Todes wird oft bei antiken griechischen Darstellungen und im europäischen Brauchtum gefunden. Das Pferd ist der Sohn der Nacht. Es ist das Reittier, das seinen Reiter in der Dunkelheit führt.

Was bedeutet begleiten?

Begleiten heisst, im Jetzt und Hier neben den anderen zu stehen, wo er gerade ist, und wann er es wünscht. Es bedeutet, mit tiefer Demut zu akzeptieren, vom Sterbenden geführt zu werden, und dadurch ihn zu fragen: «Wie kann ich helfen?». Begleiten heisst, seinen Rhythmus, seinen Weg zu billigen. Es bedeutet, zum letzten und manchmal auch zum ersten Mal, ihm die Möglichkeit zu geben, so zu leben, wie er es sich wünscht, ihn als Subjekt und nicht als Objekt der Pflege zu achten. Wenn das Ende naht, werden Blicke, die Momente der Stille, das Gefühl, Haut auf der eigenen Haut zu spüren, zu intensivem Erleben. Vergessen wir nicht, dass das Zimmer eines Sterbenden kein Aufbahrungsraum ist. Eine Begräbnismine zu schneiden, ist falsch am Platz! Probieren wir eher, Leben in den Alltag des Patienten zu bringen.

Dasein für den anderen fordert aktive, innere Bereitschaft. Bereitschaft, sich persönlich auf diesen Menschen einzulassen. Das ist keine Erholung. Begleiten fordert fortlaufende Selbstreflexion, um die eigenen Grenzen kennenzulernen, um dem anderen nicht die eigenen Gefühle und Werte überzustülpen.

Begleiten verlangt Qualitäten wie:

- Offenheit gegenüber Andersdenkenden
- die Fähigkeit, sich schnell wechselnden psychologischen Reaktionen anzupassen
- die Fähigkeit, im Einklang mit seinen eigenen Gefühlen
- und dadurch authentisch zu sein.

Begleiten bedeutet letztendlich, jenen Teil Einsamkeit, den es in jedem Leben und dadurch auch im Sterben gibt, anzunehmen.

«Wo nichts mehr zu machen ist, bleibt noch alles zu tun.»

Das ist die Besonderheit der Palliativpflege