

Sterben; Tod und Trauer: zwischenmenschliche Herausforderungen

Grundhaltung menschlicher Begleitung angesichts existenziellen Leidens

Methode: Rollenspiel mit Visualisierung, Übung, Lehrgespräch

Zeit: 15/20/20/20 Minuten

Einleitung

„In kaum einem Bereich der Gesellschaft sind Menschen auf so tiefe und so dauerhafte Weise konfrontiert mit menschlichem Leid, mit schwerer Krankheit und auch mit Sterben und mit dem Tod wie im Bereich der Palliativmedizin mit allen ihren beteiligten Berufsgruppen. Und kaum etwas betrifft den Menschen tiefer, existenzieller, als die Erfahrung von schwerster Krankheit und von Leid: das der Mitmenschen – und das eigene.“
(VOLKENANDT 2005: 70)

Die Unterrichtseinheit versucht, die Grundhaltung von Begleitung erlebbar und erkennbar werden zu lassen: das Dasein – diese ständige Balance von menschlicher Nähe und Distanz, von Mit–Fühlen in tiefer menschlicher Gemeinsamkeit bei gleichzeitigem Respekt vor dem persönlichen Anders–Sein.

„Sterben, Tod und Trauer – zwischenmenschliche Herausforderungen“ ist vierteilig angelegt: Über ein kurzes Rollenspiel entstehen Szenen existenziellen Leidens, der Verzweiflung an einer Krankheit („Ich will nicht mehr ...“). In eine anschließende Visualisierung mit Erläuterungen werden (überfordernde) Erwartungshaltungen der Teilnehmer aufgenommen und in ein Bild übersetzt, das sie vor innerer Ungeduld und Selbstüberforderung angesichts von unaufhebbaren Leiden schützen soll. Dieses Bild wird abschließend mit Leitgedanken für die Begleitung in existenziellen Krisen unterlegt. Eine Reihe von Zitaten kann zur Abrundung der Gedanken dienen. Eine Übung, in der Sätze der eigenen Anerkennung für das Mittragen bzw. Formeln der „Selbstbescheidung“ gesucht werden, soll die Teilnehmer in belastenden Gesprächssituationen in dieser Geisteshaltung der Begleitung unterstützen.

Aufbauend auf dieser Grundhaltung werden in einem Lehrgespräch einige Impulse für ein Krisengespräch als „Erste Hilfe“ für den Begleiter entwickelt.

Vorbereitung durch Rollenspiel (15 Minuten)

- Das Rollenspiel (mit Lehrkraft) wird vorbereitet: Ein leerer Stuhl wird neben der Lehrkraft platziert. Sie erläutern kurz die Situation, die Sie als Lehrkraft anspielen werden: Sie werden einen Patienten oder Bewohner simulieren, der an Multipler Sklerose in einem fortgeschrittenen Stadium leidet und nun nach erfolglosem Reha–Aufenthalt wieder nach Hause, in die Klinik oder in das Pflegeheim zurückgekehrt ist (Festlegung je nach Ausbildungsort der Teilnehmer). Die Teilnehmer bilden das Pflegepersonal. Sie legen fest, mit welchem Namen Sie als Patient oder Bewohner angesprochen werden sollen und wie bekannt oder vertraut Sie mit dem Pflegepersonal sind.
- Sie sitzen nun bewegungsunfähig im Rollstuhl und quälen sich mit einer unbequemen Sitzposition, in die Sie gerutscht sind, oder Sie möchten dringend etwas trinken. Ein freiwilliger Teilnehmer reagiert nun auf Ihr Klingelsignal, versucht Ihnen zu helfen und lässt sich dabei in ein Gespräch über den dramatischen Verlauf Ihrer Krankheit verwickeln. Die „Pflegekraft“ (Teilnehmer) kann dabei jederzeit aus dem Gespräch aussteigen und auf ihren Platz zurückkehren. Eventuell wird nach einer weiteren Pflegekraft „geläutet“ ...

- Im Gespräch spielen Sie (als Lehrkraft) einen Patienten/Bewohner, der wegen der Entwicklung seiner Erkrankung resigniert oder verzweifelt ist und sich entsprechend müde und mutlos äußert. Alle Ermutigungen und praktischen Vorschläge der Pflegekraft fruchten nicht ...

Erarbeiten durch Visualisierung und Erläuterung (20 Minuten)

- Sie bedanken sich bei dem oder den freiwilligen Teilnehmern, die in das Spiel eingestiegen sind. Die anderen Teilnehmer spenden dem oder den Kollegen Beifall für die Bereitschaft, sich dieser doppelt schwierigen (Krisengespräch vor Publikum) Situation zu gestellt zu haben.
- Die Gesprächssituation wird zunächst nicht auf weitere Möglichkeiten hin untersucht, wie in solchen Krisen noch reagiert werden könnte, sondern Sie beschäftigen sich mit der Grundhaltung der Begleitung. Sie zeichnen in mehreren Schritten am Flipchart ein Modell zur menschlichen Begleitung in existenziellen Krisen. Ihre Ausgangsfragen für die Teilnehmer lauten: Wann könnten Sie als Pflegekraft wieder „gut“ aus dieser Situation gehen? Oder: Was wäre für Sie ein Erfolg in dieser Situation?
- Die Teilnehmer rufen ihre „Erfolgskriterien“ zu. Beispiel: Der Patient/Bewohner gewinnt wieder Zuversicht ... Als Lehrkraft sortieren Sie die Zielsetzungen nach dem Grad des Anspruchs und schreiben die Äußerungen am linken Blattrand untereinander. (Siehe Beispiele im Flipchart-Bild)
- Anhand eines bildhaften Vergleichs sollen die überhöhten Erwartungen der Teilnehmer an sich und den Patienten/Bewohner sichtbar werden: Sie zeichnen auf dem Flipchart die Figur eines kleinen Stabhochspringers mit Sprungstab, der vor einer überdimensionierten Hochsprunganlage steht (zwei Sprungständer mit aufgelegter rot-weiß-gestreifter Sprunglatte). Die Erfolgskriterien sind wie eine Messlatte, die sich die Teilnehmer in dieser Situation existenziellen Leidens auflegen. Sie scheitern oft mit diesen überhöhten Erwartungen. Folge: Frustration. Niemand wird nun gerne zu diesem Patienten/Bewohner gehen, sondern eher versuchen, die Situation zu meiden. Das Leiden des Patienten wird nun durch Isolation vergrößert. Nicht der Bewohner/Patient ist das Problem. Der „Helfer“ mit seinen Erwartungen an sich wird zum Problem. (Näheres siehe Schritte der Visualisierung und Erläuterungen)
- Sie setzen in die Zeichnung ein Gegenbild: Eine Figur, die auf dem Boden bleibt. Die Haltung: „Es ist gut, dass ich da bin und diese Krise des Patienten/Bewohner mit aushalte, ohne dass sich seine Stimmungslage direkt verändert ...“ Die Grundhaltung: (Qualifiziertes) Dasein! Ohn-mächtig, hilf-los, aber mit-fühlend und dien-lich. (Siehe Zitat 1) Diese Grundhaltung des Mitfühlens und Aushaltens darf allerdings nicht zur neuen Erwartungshaltung verabsolutiert werden. („Ich muss immer gelassen bleiben!“) (Näheres siehe Schritte der Visualisierung und Erläuterungen)

Vertiefung durch Übung (20 Minuten)

- Auch die Begleiter brauchen einen Mantel (Pallium)! Die Teilnehmer zeichnen auf einem Blatt die Umriss eines Mantels als Symbol für menschliche Wärme und Schutz. In diesen Schutzmantel („Kein Superman-Mantel!“) schreiben die Teilnehmer einen Satz, der ihnen selbst angesichts des Leidens Schutz in der Begleitung bietet, so dass sie unlösbare Situationen existenziellen Leids länger aushalten können. Beispiele: „Manchmal ist Trauer der einzige Trost!“ „Ich kann hier nicht helfen, sondern ich diene in meinem Da-sein ...“
- Wer mag, kann seinen Satz in der anschließenden Runde laut vorlesen.
- Wer keinen Satz gefunden hat, entdeckt eventuell in den vorgelesenen Beispielen eine hilfreiche Formulierung, die er für sich übernehmen kann.
- Sie können die Übung abrunden, indem Sie eines oder mehrere der Zitate vorlesen oder diese lesen und die eindrucklichsten vortragen lassen.

Weiterführung durch Lehrgespräch (20 Minuten)

- Im Gespräch mit den Teilnehmern können Sie zur gespielten Situation zurückkehren, Gesprächsimpulse der „Pflegekraft“ aus dem Rollenspiel aufgreifen und würdigen und weitere Vorschläge sammeln, wie man noch reagieren könnte.
- Wichtig ist zu betonen, dass diese Überlegungen lediglich kommunikative Impulse sind. Man darf nicht erwarten, dass sie die Situation wenden und eine Lösung herbeiführen.

Lernziele

- Die Teilnehmer erkennen eigene überfordernde Zielsetzungen in der Begleitung.
- Die Teilnehmer wissen um die Folgen überhöhter Erwartungen für die Kommunikation in Krisen.
- Die Teilnehmer haben persönliche Leitsätze, die ihnen in Krisengesprächen als Orientierung helfen und sie vor überhöhten eigenen Ansprüchen schützen.
- Die Teilnehmer kennen einige Möglichkeiten, in Krisen Anteil nehmend zu fragen.

Impuls: Was wäre für mich in dieser Situation „ein Erfolg“? Oder: Wann könnte ich wieder „gut“ gehen?

Häufig genannte Maßstäbe für den Erfolg:

Ein Erfolg wäre, wenn ...

... ich dem Patienten/Bewohner dabei geholfen habe,
dass er sein Schicksal akzeptieren kann.

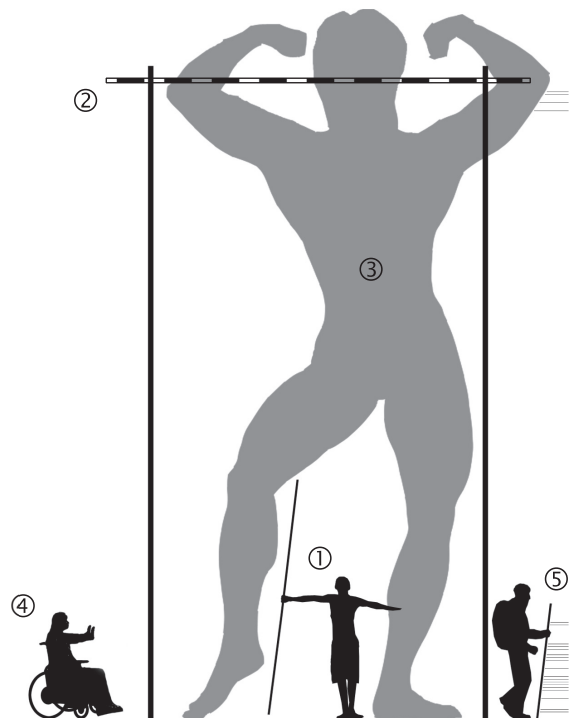
... der Patient/Bewohner einen Lösungsvorschlag
annehmen würde.

... der Patient/Bewohner in eine positivere
Stimmungslage kommt.

... der Patient/Bewohner seine Gefühle
ausdrückt.

... der Patient/Bewohner mich aus der Situation
erlöst und mir ermöglicht zu gehen.

...



... ich dageblieben bin und die Situation für ein paar Augenblicke
ausgehalten habe ...

Schritte der Visualisierung und Erläuterungen

1. Eine kleine menschliche Figur wird skizziert: der Begleiter. Angesichts existenziellen Leidens sind meine Möglichkeiten begrenzt. Dafür gibt es keine „technische“ Lösung, kein Pflaster, kein Medikament. Ich bin als Begleiter mit meiner Ohnmächtigkeit und Hilflosigkeit konfrontiert. Das ist für mich als Macher und Helfer schwer zu ertragen ...

2. Überdimensionierte Hochsprunganlage wird im Bild aufgebaut (= Erwartungen): Die Erwartungen, die ich oft an mich stelle und die in den Erfolgskriterien für die angespielte Situation deutlich geworden sind, sind wie hoch aufgelegte Sprunglatten beim Hochsprung. Mit diesen Erwartungen mache ich meine Begleitung zur anstrengenden olympischen Disziplin. Und: Je höher ich versuche zu springen, um so tiefer der Fall ...

3. Eine aufgeblähte große Figur (= Helfer mit omnipotentem Anspruch) wird in die Szene gesetzt: Ich würde gerne mich und den Patienten/Bewohner aus dieser ohnmächtigen Position retten. Als Helfer „blähe“ ich mich deshalb oft auf, gebe Ratschläge, Ermutigungen und Erklärungen und werde ungeduldig, wenn der andere sich nicht durch mich von seinen „negativen Stimmungen“ erlösen lässt.

4. Eine kleine menschliche Figur im Rollstuhl (= Patient/Bewohner) wird eingezeichnet: Meine aufgeblähten Helferwünsche provozieren und werden abgewehrt. Patienten/Bewohner lassen die Ratschläge oft „platzen“ und lassen mir als Helferpersönlichkeit mit den riesigen Ansprüchen mit kleinen Nadelstichen „die Luft raus“: „Das nützt doch alles nichts ... Sie haben leicht reden ...“ In solchen Reaktionen liegt für den Patienten/Bewohner auch ein gewisser Machtausgleich im Sinne von: „Dir als Helfer soll es nicht besser als mir gehen. Wie kannst du, Helfer, wissen, wo es für mich als Leidenden lang geht?“ So schrumpfe ich als Helfer angesichts des Leidens des Patienten wieder auf eine menschliche Dimension des Mit-Seins. In den Momenten der geteilten Ohnmacht angesichts der Fragen von Leiden und Sterben entsteht Gemeinsamkeit ...

Der leidende Patient/Bewohner wird bei fehlgeschlagenen Hilfeversuchen oft zum Problem erklärt. Typische psychologisierende Deutungen, die im Stationszimmern fallen: „Der Patient/Bewohner hält an seinem Selbstmitleid fest ...“, oder „Er nimmt einfach nichts an, was man ihm vorschlägt ...“ Aber nicht der Patient/Bewohner ist das Problem. Ich selbst bin das Problem mit meinen überhöhten Selbstansprüchen. Frustriert von den Klagen, den gescheiterten Vorschlägen beginnen die Kolleginnen und ich den Kontakt mit dem Patienten/Bewohner zu meiden. Im Stationszimmer wird ausgezählt, wer jetzt dran ist zu gehen, wenn der „schwierige Patient/Bewohner“ wieder klingelt oder wer in der Sozialstation die „schwere Tour“ übernimmt. Gespräche werden vermieden oder versachlicht, damit der Patient/Bewohner nicht wieder anfängt zu „jammern“. Ein Weg in die Isolierung beginnt ... Statt Leiden zu mindern, wie es die ursprüngliche Helferabsicht war, wird nun Leiden vergrößert.

Natürlich kann es geschehen, dass sich durch meine Anwesenheit die Stimmung des Patienten/Bewohners aufhellt oder er meine Ermutigungen und Vorschläge aufnimmt. Wer aber dieses Geschenk, diesen Zufall zur Regel machen will, stürzt ab.

5. Die kleine Begleiter-Figur bekommt nun Schuhe und Rucksack gemalt; die Sprungstange wandelt sich zum Wanderstab: In der Begleitung braucht es keine Olympia-Kämpfer und Weltmeister. Ich genüge als Wanderer und Wegbegleiter.

Was bedeutet dieses Bild des Wegbegleiters und des Wanderns für die Begleitung in existenziellen Krisen?

- Begleitung erfordert, mit den Selbstansprüchen auf dem Boden zu bleiben oder wieder auf den Boden zu kommen. Als Begleiter ist mir bewusst, dass es vor allem um das Aushalten einer unaufhebbaren Leidsituation geht. „Es ist gut, dass ich für einen Moment da bin und mitgehe ...“ Ich muss immer wieder unterscheiden: Wann bin ich mit meinen Kompetenzen als „Macher“ gefordert (z. B. Symptomkontrolle) und wann bin ich als Mensch mit meinem Da- und Mit-Sein herausgefordert?
- Begleitung braucht Ausdauer. Als Begleiter bin ich immer wieder bereit, mich mit in die Krisensituationen zu begeben – wenn es auch nur Augenblicke sind – aber auch wieder gut zu gehen. Eine menschliche Begegnung ist weniger eine Frage der Zeit als eine Frage der Tiefe.
- Begleitung führt nicht zu (m)einem Ziel. Als Begleiter vertraue ich darauf, dass der Patient/Bewohner seinen Weg findet.
- Begleitung lässt dem Patienten/Bewohner Zeit und sein Tempo. Als Begleiter erwarte ich keine „Fortschritte“. Auch Ratlosigkeit und Trauer ist Teil eines (Lebens-)Weges.
- Begleitung hilft nicht, sondern dient dem Patienten/Bewohner.
- Und: Begleitung heißt nicht, „abgeklärt“ unterwegs zu sein.

Diese Leitsätze sind keine neuen, überhöhten Begleiter-Ideale. Als Begleiter werde ich mich immer wieder in meine Emotionen, meinen „Retter-Fantasien“ verstricken. Ich werde immer wieder mitgenommen vom Leiden des anderen sein oder getroffen von dessen „Verweigerungen“ gegenüber meinem wohlmeinenden Eifer. Aber ich kann – vielleicht mit Hilfe von Kollegen – wieder wohlbehalten auf den „Boden der Akzeptanz“ kommen. Und ich darf mich meines Lebens freuen.

Zitate zur Grundhaltung in der Begleitung

Zitat 1

„(Es) bietet sich eine Begrifflichkeit an, die es meines Erachtens verdient, aus der Verbannung geholt und mit neuem Leben gefüllt zu werden, gerade im Bereich der Begleitung sterbender und trauernder Menschen: die Demut. (...)“

Die Demut, die ich meine, hat nichts zu tun mit Selbsterniedrigung, Selbstverachtung, Unterwürfigkeit oder Willfährigkeit. Demut (Dien-Mut) ist die Erkenntnis eines Samson, eines Goliath und eines Siegfried, dass eine Panzerung, und sei sie auch aus Drachenblut, am Ende nichts nützt, da immer ein Fleckchen bleibt, an dem wir ‚hilflosen Helfer‘ tödlich verletzbar bleiben. Für diese Einsicht, die äußeren Panzerungen und Stützen fahren zu lassen und sich in der eigenen Verletzlichkeit zu erleben, braucht es den erwähnten Mut.

Hilflosigkeit, so gesehen und umbewertet, zeigt sich als Kraft

- zu leisten, was dem anderen dient,
- in Geduld heranzuziehen, wo schnelle Erfolge versagt bleiben,
- in Respekt immer neu zu beginnen, wo Enttäuschung anfiht,
- auszuhalten, was nicht zu ändern ist.

Es bedeutet das Zuschauen, das Einlassen auf die Realität, das Anerkennen dieser Wirklichkeit, ohne sie in allen Einzelheiten zu verstehen und zu begreifen und das Annehmen seiner eigenen Rolle.

Hilflosigkeit als –losigkeit macht unsere Schritte schleppend. Der Entschluss zur Anerkennung von Hilflosigkeit als Akt der Demut mag uns zur Leichtfüßigkeit verhelfen.“

(MÜLLER 2004: 72 f.)

Zitat 2

„Ich glaube, dass es gerade eine wesentliche Voraussetzung für die eigene Erlaubnis zum Mitfühlen ist, dass ich meine grundsätzliche Hilflosigkeit gegenüber dem Phänomen Leid anerkenne und mich bereit zeige, damit zu leben. Gleichzeitig, so seltsam es sich anhören mag, ist die Akzeptanz dieser Hilflosigkeit, Leid nicht in Glück, Schmerz nicht in Seligkeit verwandeln zu können, ein Element, das mich vor dem Ausbrennen bewahrt. Wenn wir verstanden haben, dass der Trost, der für andere in unserem Mitleiden liegt, nicht die Beseitigung des Leidens ist, sondern unser Teilen und Aushalten, werden wir uns leichter und befreiter darin üben können und uns darin sogar in gewisser Weise wohl fühlen können.“

(MÜLLER 2004: 103)

Zitat 3

„Herzliches Bei-Leid. Diese Art von nicht eingreifendem und nicht Lösung erzwingendem Mitsein ist das, was in unserem alten Wort Bei-Leid noch enthalten ist. Schlicht: bei einem anderen sein und sein Leid aushalten. Wir müssen nicht länger fortlaufen in Aktivitäten, Lösungsversuche, Abstraktionen, Hyperaktivität. Wir können stehen bleiben und das betrachten, was uns erscheint. Wir können das anschauen, was ist. (...)

Beileid akzeptiert das Leiden,
Beileid gibt dem Mitmenschen Bedeutung und Wert,
Beileid verzichtet auf (Er-)Lösung;
Beileid traut dem anderen einen Umgang mit Leiden zu.“

(MÜLLER 2004: 107)

Zitat 4

„Geliebt wirst du einzig, wo du schwach dich zeigen darfst, ohne Stärke zu provozieren.“

(ADORNO 2001: Aphorismus 122)

Zitat 5

„In allen Momenten der Leidüberwindung, ja ganz konkret hier in der Palliativmedizin in aller Zuwendung und Symptomkontrolle, kann diese Hoffnung wachsen. Auch im Bild vom Weltgericht am Ende des Matthäus-Evangeliums wird nirgends gefragt nach der oft unmöglichen Heilung der Kranken und Befreiung der Gefangenen, sondern ‚nur‘ nach dem immer möglichen Besuchen der Kranken und Gefangenen: ‚Wann habt ihr mich besucht?‘“

(VOLKENANDT 2005: 73)

Zitat 6

„Eines der merkwürdigsten Dinge, die ich über die Rolle des Helfers gelernt habe, ist dies: der Job besteht nicht in erster Linie darin, Rat zu geben, bei Problemlösungen zu helfen, nützlich zu sein, Essen zu kochen, den Kranken herumzufahren und so weiter; der größte Teil des Jobs besteht vielmehr darin, als emotionaler

Schwamm bereitzustehen.

Der geliebte Mensch wird angesichts seiner möglicherweise tödlichen Krankheit immer wieder von sehr heftigen Gefühlen geschüttelt, manchmal sogar überschwemmt – Angst, Entsetzen, Wut, Hysterie, Schmerz. Und der Helfer hat den geliebten Menschen einfach zu halten, bei ihm zu sein, so viel von diesen Emotionen zu absorbieren, wie er kann.

Man braucht nichts zu sagen (es gibt sowieso nichts zu sagen, was helfen würde), man braucht nichts zu tun. Man muss nur da sein und Schmerz und Angst und Weh einzuatmen. Man ist wie ein Schwamm.

(...) Einfach ein Schwamm zu sein, das gibt einem das Gefühl, hilflos und unnütz zu sein, weil man ja nichts tut (so zumindest kommt es einem vor). Und das zu lernen fällt vielen Menschen so schwer. Mir ganz bestimmt.“

(WILBER 1996: 396 ff)

„Erste Hilfe“ in Krisengesprächen (Lehrgespräch)

Hinweis: Die folgenden Impulse für das Krisengespräch bei Resignation und Verzweiflung sind als „Erste Hilfe“ gedacht – für mich als Begleiter. Mit den Fragen „im Rucksack“ halte ich es vielleicht etwas länger in der Situation aus.

Beispiel für eine resignierende Patienten-Äußerung: „Ich will einfach nicht mehr ... Was macht das alles noch für einen Sinn?“

Beispiel für tastende Fragen:

Voraussetzung ist die oben entwickelte Grundhaltung, die das Leid des anderen würdigt und anerkennt. Die Fragen werden sonst leicht drängend.

- Was erleben Sie als besonders schlimm?
- Was verstärkt denn diese Gedanken und Gefühle?
- Wann ist diese Stimmung besonders stark? Gab es eine besondere Situation heute?
- Gibt es auch Momente, in denen Sie diese Gedanken oder Gefühle nicht haben?
- Was erhoffen oder wünschen Sie sich von mir (oder anderen)?
- Was müsste passieren, damit „es wieder Sinn macht“ in ihren Augen?
- Was hat Ihnen denn früher Halt gegeben, wenn es Ihnen schlecht ging?
- Was würde Ihnen jetzt gut tun?
- Gibt es etwas, was ich jetzt für Sie tun kann?