**Sterbephasen**

In der heutigen modernen Konsumgesellschaft, die sich an Fortschritt, Freizeit, Fitness und Jugendlichkeit orientiert, sind Tod und Sterben im Bewusstsein und Alltag der Menschen zum Tabu geworden. Über 80% der Menschen sterben in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Dadurch sehen Familien und Nachbarschaft die Sterbebegleitung überwiegend nicht mehr als ihre Aufgabe an. Rituale, wie z. B. einen Verstorbenen zu Hause aufzubahren, sind verlorengegangen. Sie halfen in den früheren Jahrhunderten den Menschen, Trauer zu verarbeiten und sich mit dem Tod auseinanderzusetzen. Es gibt keine religiösen oder mystischen Lehren, die für alle Menschen verbindlich sind. Jeder muss aus einer Vielzahl von Möglichkeiten der Sinnerfahrung die für ihn Richtige herausfinden.

Auch der Tod ist immer stärker zum Problem des Einzelnen geworden. Jeder muss sich seine persönliche Antwort auf das Sterben zurechtlegen und greift dabei sowohl auf sinnstiftende Angebote der jeweiligen Tradition und/oder Religion als auch auf persönliche Strategien zurück.

Nach dem Modell der psychosozialen Entwicklung von Erik Erikson hängt die psychische Fähigkeit, den nahenden Tod möglichst angstfrei zu bewältigen, vom Urvertrauen ab. Vertrauen entsteht durch liebende, zuverlässige und angstfreie Beziehungen zu anderen Menschen. Menschen, die solche Erfahrungen im Laufe ihres Lebens nicht gemacht haben, erfahren den Tod als drohende totale Vernichtung.

Sterbeforscherinnen und Sterbeforscher untersuchen, ob und wie sich sterbende Menschen mit dem Tod auseinandersetzen. Oft wird dabei der Sterbeprozess als Entwicklung beschrieben, die bei verschiedenen Menschen ähnlich verläuft. Die so erkannten Muster führen zur Beschreibung von Sterbephasen.

Beim Umgang mit diesen Phasenmodellen ist jedoch Vorsicht geboten. Sie versuchen, den Prozess des Sterbens abzubilden. Dabei verläuft aber jeder Prozess anders. Alle Phasenmodelle setzen voraus, dass dem Menschen eine gewisse Zeit zwischen der schlechten Nachricht und dem Tod bleibt und dass er den Sterbevorgang überwiegend bewusst erlebt. In der Realität lässt sich diese Abfolge nicht immer beobachten.

Kein Leben gleicht dem anderen völlig, genauso gleicht kein Tod dem anderen.

**Sterbephasen nach Kübler-Ross**

Das bekannteste Konzept ist das Phasenmodell der Ärztin und Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross (1926 - 2004). Darin sind die Erfahrungen von über 200 sterbenden Patientinnen und Patienten aus den USA verarbeitet, mit denen sie gesprochen hat. Nach Kübler-Ross verläuft die psychische Verarbeitung des Sterbens bei den Menschen in fünf Phasen: Diese Sterbephasen verlaufen nicht in einer strengen Reihenfolge, sondern bei jedem Menschen individuell. Der Wechsel zwischen den Phasen geschieht unbewusst.

1. Phase: Nicht-Wahrhabenwollen und Isolierung

Der Betroffene kann seine schwere, unheilbare Erkrankung innerlich noch nicht anerkennen. Er fordert neue Untersuchungen, glaubt an Verwechslungen oder beschuldigt die behandelnden Ärzte der Unfähigkeit. Oft werden Verordnungen nicht eingehalten, da sie nach Einschätzung des Patienten auf einer „falschen“ Grundlage erstellt sind. Die Verleugnung vermindert den Schock. So gewinnt der Kranke Zeit, Kraft zu sammeln, um mit der Wahrheit fertig zu werden.

2. Phase: Zorn

Hat der Betroffene die tödliche Krankheit als solche anerkannt, wird er zornig und eifersüchtig auf die anderen, die leben dürfen („Warum muss es mich treffen?“). Es kommt zu einer Flut negativ getönter Emotionen, die den Sterbenden mit sich fortreißen können. Dies äußert sich dann oft in „Kleinigkeiten“ wie Unzufriedenheit mit dem Essen, dem Zimmer, den Mitpatienten, dem Pflegeteam und den Ärzten, in Sonderwünschen, aber auch in heftigen Streitigkeiten mit der Familie und aggressiven Beschuldigungen.

3. Phase: Verhandeln

In dieser – meist kurzen – Phase wird der bevorstehende Tod als unvermeidbar anerkannt. Weiteres Verdrängen oder Ausweichen ist nicht mehr möglich, denn „der Körper sagt die Wahrheit“. Die Sterbenden versuchen durch „Verhandeln“ einen Aufschub, also mehr Lebenszeit, zu erreichen. Sie feilschen mit den Ärzten (z. B. um eine andere Therapie). Aber auch das Schicksal oder Gott werden zu (Handels-)Partnern im Kampf des Sterbenden um ein Stückchen mehr Leben. Gelübde werden geleistet, Verpflichtungen abgelegt. Dem Inhalt solcher Versprechen liegen oft Schuldgefühle zugrunde: Der Sterbende gelobt, etwas zu tun, was er als wichtig erkannt, aber noch nicht geleistet hat. Die Patienten sind in dieser Zeit sehr verletzlich.

4. Phase: Depression

Ein neues Stadium wird erreicht, wenn der Patient jede Hoffnung aufgibt und in einem Meer von Traurigkeit versinkt. Es handelt sich bei dieser Reaktion aber nicht um eine Depression im engeren Sinn, die medikamentös angegangen werden muss. Daher ist Phase der Traurigkeit zutreffender.

Den Sterbenden überwältigt das Gefühl eines entsetzlichen Verlustes. Er bereut zurückliegende Versäumnisse und trauert um all das, was er verlieren wird: Partner, Kinder, Freunde u. ä.. Probleme, die er nicht mehr lösen kann (z. B. finanzielle Sorgen) erwecken Kummer, und begangene Fehler rufen Schuldgefühle hervor.

In dieser Zeit ist es dem Sterbenden möglich, sich umfassend mit der Realität seines Todes auseinanderzusetzen. Er verfasst z. B. ein Testament oder bringt Geschäfte zum Abschluss. Möglicherweise ändert sich seine persönliche Lebensphilosophie. Manchmal können jahrelang verhärtete Positionen noch verlassen werden. Zum Beispiel ist die Aussöhnung mit einem verfeindeten Verwandten eine Erfahrung, die auch den Angehörigen den Abschied erleichtert.

Die Depression kann in eine Phase vorbereitender Trauer münden, mit der sich der Sterbende auf den nahen Tod vorbereitet. Er wird stiller und zieht sich zurück. Dieser Rückzug kann für die Angehörigen schmerzlich sein, ist aber ein Zeichen dafür, dass es dem Patienten gelingt, sich von seinen Bindungen zu lösen und die Dinge der Welt hinter sich zu lassen.

5. Phase: Zustimmung

Die letzte Phase ist gekennzeichnet von Zustimmung und ruhiger Erwartung des Endes. Der Sterbende hat seinen Frieden mit der Welt gefunden und akzeptiert den nahenden Tod, auch wenn oft noch eine schwache Hoffnung aufrechterhalten wird, doch nicht sterben zu müssen. Dieses Stadium ist fast frei von Gefühlen. Der Patient ist müde und schwach, schläft viel und möchte meist nicht gestört werden. Er verständigt sich oft nur mit Gesten und wenigen Worten.

Quellen: Vgl. Köther, Ilka: Thiemes Altenpflege, Thieme Verlag, Stuttgart, 2007, S. 504 f.

Vgl. Kießig, Manfred, u. a. (Hrsg.): Evangelischer Erwachsenenkatechismus, 7. aktualisierte Auflage, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 2001,S. 802 ff.