

Teil 1: Psychological Care – Theoretisches Konzept

1 Psychological Care im Kontext der Palliative Care

Psychological Care, also Psychotherapie in der Sterbebegleitung, ist ein Baustein einer umfassenden Palliative Care. Die WHO definierte 2002 die Palliative Care als einen »Ansatz

- zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen:
- durch Vorbeugen und Lindern von Leiden,
- durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen
- sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.« (Wikipedia, Palliative Care, Zugriff am 02.07.2015)

Psychological Care gehört zu den Instrumenten der psychosozialen Arbeit mit dem Sterbenden und seinem sozialen Umfeld. In fachlicher Hinsicht wird sie als Psychotherapie *beim* Sterben des Menschen eingesetzt. Bewusst wird hier die Präposition »bei« verwendet. Dies geht auf eine Differenzierung V. Frankls zurück, der Psychotherapie als »symptomatische Therapie« *von* klinischen, psychogenen Störungen von Psychotherapie als »Ärztlicher Seelsorge« *bei* »somatogenen Krankheiten, die unheilbar sind« (Frankl, 1986, S. 58) unterscheidet. Unheilbarkeit kann sowohl die Chronifizierung von Krankheit wie die terminale Erkrankung heißen. Die körperliche Dimension der Erkrankung ist nicht Gegenstand der psychologischen Therapie. Klinische Psychotherapie greift die Beschwerden auf, die mit deren psychischer und kognitiver Seite zu tun haben: Unruhe, Angst, Depressivität, Dissoziationen, Anpassungsprobleme. Psychotherapie als »Ärztliche Seelsorge« oder wie in diesem Buch vorgeschlagen als »Psychological Care« blickt aber darüber hinaus auch auf die Beschwerden, die sich nicht unmittelbar aus der klinischen Situation des terminal erkrankten Menschen ergeben. Sie nimmt die Stimmungsveränderungen, die unangenehmen und verstörenden Gefühle und Gedanken, die existenziellen Fragen des Menschen ernst, der sich mit seinem Sterben auseinandersetzt. Die begleitenden Symptome der Konfrontation mit der nun konkret gewordenen Sterblichkeit können auch aus psychologischer Perspektive begleitet werden. Sie sind in die wissenschaftlich basierte Psychotherapie mit aufzunehmen. Aus diesem Grund schlug Frankl vor, auch von einer Psychotherapie »bei« unheilbarer Erkrankung zu sprechen, um den supportiven Charakter zu verdeutlichen, der sich in psychotherapeutische Unterstützung und Begleitung des Menschen und der An- und Zugehörigen in deren Leid differenziert. Es geht nach Frankl

darum, »dem Kranken auch noch in seinem Leiden, also bis zuletzt, eine Sinnfindung zu ermöglichen« (Frankl, 1986, S. 58).

1.1 Sterben, Tod und Trauer als Lebensphänomene

Sterben, Tod und Trauer scheinen eine Einheit zu bilden. Dennoch unterscheiden sich die Phänomene des Sterbens und des Todes von der Trauer. Das Sterben ist der Lebensprozess, in dem das Leben erlischt und der Mensch in den Tod übergeht. Sterben ist zunächst ein biologischer Vorgang, der durch eine zunehmende Desorganisation der Organfunktion, den Zerfall der Organe selbst und letztlich das Aufhören der vitalen Prozesse gekennzeichnet ist (Borasio, 2011, S. 11 ff.). Aus kognitiver Sicht nimmt der Sterbende diesen Prozess intuitiv an den erheblichen Veränderungen seiner Fähigkeiten und Fertigkeit, seines körperlichen und psychischen Zustandes, seiner Leistungsfähigkeit und der Lebensumstände wahr. Sie werden sozial durch verbalisierte Informationen (Arzt- und Pflegegespräche) und genauso durch nonverbale Informationen (veränderter Umgang der Mitmenschen) rückgemeldet. Letztlich setzt sich der sterbende Mensch in der Reflexion mit der Lage auseinander. Die Anpassung an das Sterben in der psychischen Dimension beginnt. Damit ergreift das Sterben den Menschen als Person. Ihm wird deutlich, dass er mit der Grenze seines Lebens in eine irreversible Berührung gerät. Das »Wissen um das eigene Sterbenmüssen« (Gadamer, 2010a, S. 89) wird zur Gewissheit, im persönlichen Sterben angekommen sein. Das Sterben wird zur Lebensaufgabe, die jetzt an den Einzelnen konkret herantritt. Das Sterben gehört also in das Leben hinein. Folglich sind der Kontakt, die Kommunikation und die Interaktion mit dem Sterbenden so zu gestalten, dass dessen Lebenswertgefühl, die Identität der Persönlichkeit, die Grenzen, die Distanz ermöglichen, und die Zuwendung, die Nähe stiftet, also die soziale Bedeutung des Betroffenen erhalten bleibt und er zu diesem besonderen, letzten Leben ermutigt wird. Diese letzte Lebenszeit darf für den Sterbenden nicht »die Terminalphase einer unheilbaren Krankheit« sein, sondern soll als »die alles entscheidende Zeit seines Lebens« (Jonen-Thielemann, 2007, S. 1019) wahrgenommen und angenommen werden.

1.1.1 Sterben in biologisch-medizinischer Perspektive

Wann also beginnt das Sterben? Diese Frage setzt voraus, dass Sterben ein Prozess innerhalb des Lebens ist. Wird Sterben als Prozess verstanden, ist es möglich, einzelne Abschnitte, damit einen Beginn und ein Ende, in der verbleibenden Lebenszeit zu beschreiben. So wird strukturelle Überschaubarkeit hergestellt, die dem Betroffenen, seinen An- und Zugehörigen, den Pflegenden und den Behandlern Orientierung im Fluss des letzten Lebens gibt. Das Prozessmodell des Sterbens gilt vorwiegend bei schwersten Erkrankungen, zeigt sich in weniger spektakulärer

Weise beim alten Menschen, der langsam lebensschwach wird. Es taugt kaum dazu, rasche Sterbeverläufe als Folge plötzlicher Erkrankungen (Infarkte, tödliche Virusinfekte, plötzlicher Tod) oder Versterben bei Unfällen oder Katastrophen zu beschreiben. Wenn von den letzten Lebensphasen gesprochen wird, so setzt das einen altersunabhängigen Prozess infolge einer Schwersterkrankung voraus.

Grundlage der palliativmedizinischen Beschreibung des Sterbeprozesses bilden vor allem die körperlichen Symptome und die Möglichkeit zu Aktivitäten seitens des Erkrankten (Jonen-Thielemann, 2007, S. 1020; Albrecht, 2007, S. 500 f.; Knipping, 2007, S. 467 ff., Kulbe, 2008, S. 11, Feddersen, Seitz & Stäcker, 2015, S. 110). Die folgende Tabelle (► Tab. 1.1) vermittelt einen Überblick über den Sterbeprozess:

Tab. 1.1: Überblick über den Sterbeprozess

Rehabilitationsphase	Beginn der palliativen Behandlung	Symptomentlastung durch Schmerztherapie und spezifische Versorgung ermöglicht weitgehende Alltagstauglichkeit.
Präterminale Phase	Zunahme der lebeenseinschränkenden Krankheitsfolgen	Die Folgen der fortschreitenden Erkrankung wirken sich wahrnehmbar auf die Lebensführung aus und führen zu Einschränkungen der Alltagsaktivität. Rasche Ermüdbarkeit und Schwäche sind deutlich. Schmerzen und spezifische Symptome sind weitgehend beherrschbar.
Terminale Phase	Rückzug des Sterbenden	Die letzten Tage sind durch überwiegende Bettlägerigkeit, Abwendung vom äußeren Leben, Schläfrigkeit, Reduktion oder Verweigerung der Nahrungsaufnahme gekennzeichnet. Psychomotorische Unruhe (Nesteln, Zupfen am Bett, Aufstehversuche), Angst und Desorientierung können auftreten.
Finale Phase	Sterben	In den letzten Lebensstunden sind etwa 75 % der Menschen ohne Bewusstsein, 90 % in der Sterbestunde. Atempausen, Rasselatmung, Seufzeratmung, Erkaltung an Händen und Beinen, Marmorierung der Haut, offener Mund, nach oben gerichteter, verschwommener Blick, Inkontinenz, Eintrübung des Bewusstseins bis hin zu komatösen Zuständen, spitze Nase und Kinn mit Blässe im Mundbereich sind die Kennzeichen des eintretenden Todes.

Das »letzte Leben«, vor allem in den beiden erstgenannten Phasen, verläuft meist nicht nach Plan, sondern ist oft von Wendungen geprägt. Es sind die letzten Lebenstage und -stunden, die eine hohe Stereotypie in den Symptomen und im Verhalten des Menschen zeigen. Häufig gehen die terminale und die finale Phase ineinander über und werden zusammengefasst. Zwar ist die Aufklärung der Angehörigen über die Symptome der letzten Lebensstunden inzwischen in den meisten Bereichen der medizinischen Versorgung angekommen. Oft fragen aber auch

Menschen nach, die das Sterben auf sich zukommen spüren, wie es denn sei, wie es sich denn anfühle. Auch hier ist eine behutsame Erklärung der Phänomene sinnvoll. Wichtig erscheint in diesen alle Beteiligten tief bewegenden Tagen und Stunden, dass von möglichst vielen fachlichen Seiten die bangen Fragen und oft irritierenden Wahrnehmungen aufgegriffen und bearbeitet werden, mit großer Geduld und immer wieder. Die kognitive Aufnahmefähigkeit ist nicht nur bei den Sterbenden, sondern auch bei Angehörigen häufig eingeschränkt, so dass ein einmaliges Gespräch wenig bewirkt.

1.1.2 Das letzte Atmen

In der Trauerbegleitung werden zuweilen quälende Schuldgefühle geschildert, weil Angehörige den Sterbenden in seinen letzten Lebensmomenten, bei seinem letzten Atemzug »allein« gelassen haben. Das verweist darauf, dass die letzten Atemzüge einen besonderen Augenblick darstellen. Greifen wir einige psychologische Aspekte an der Bedeutung des Atmens auf, um dessen Bedeutung für die Sterbeerfahrung zu erfassen.

Die Achtsamkeitspsychologie sieht im Atmen ein Erlebnisbild für das ganze Leben, weil »im Atmen alles enthalten ist, um das volle Potenzial unseres Menschseins zu entwickeln« (Kabat-Zinn, 2013a, S. 23). Der Atem fokussiert den Menschen auf die Gegenwart seines Lebens. »Denn wir können nur jetzt atmen – der letzte Atemzug ist vergangen und der nächste noch nicht da – es geht also immer diesen Atmen, gerade jetzt.« (Kabat-Zinn, 2013a, S. 23). Der Atem bringt den Menschen aber auch mit der jüngsten Vergangenheit, dem letztvergangenen Atemzug, und der Zukunft in Berührung, dem nächsten Atemzug. In der Meditation verwendet man für den Atem deshalb auch das Bild der Schwingtür. Solange jemand atmet, lebt er augenscheinlich. So kann angesichts einer schwierigen Diagnose oder der Wahrnehmung einer deutlichen Einschränkung der Lebensfähigkeit der Verweis auf das Atmen beruhigen: »Solange Sie atmen, ist mit Ihnen mehr in Ordnung als nicht in Ordnung, an was immer Sie leiden.« (Kabat-Zinn, 2013b, S. 12 f.). Atmen können, heißt leben. Erstickungsanfälle, also eine erzwungene Unterbrechung des Atmens, ruft Panik hervor.

Davon ist das Aufhören des Atmens (Einstellung des reflektorischen Atmens) zu unterscheiden. Neuropsychologisch betrachtet wirkt sich die bewusste Wahrnehmung des Atmens auf das Vegetative Nervensystem (VNS) aus. Das VNS hat zwei Zweige. Das sympathische Nervensystem ermöglicht dem Menschen die angemessene Reaktion gegenüber Bedrohung oder vermittelt Antriebsenergie bei der Wahrnehmung von Chancen. Es ist mit den Stress-Moderations-Arealen im Mittelhirn (Hippocampus, Amygdala) verbunden. Das andere, das parasympathische Nervensystem reguliert den Atem und versetzt den Menschen in einen normalen Ruhezustand. Es »beruhigt auch den Geist und fördert innere Ruhe« (Hanson & Mendius, 2012, S. 78). Die Atmung kann also für die Aktivierung des parasympathischen Nervensystems genützt werden und so ausgehend von der Herzfrequenz Stabilität und Harmonisierung bewirken (Graham, 2014, S. 282 ff.).

Der Atem ist ein erlebbares Symbol für das Leben. Das zeigt auch die philosophische, spirituelle und religiöse Tradition, in der die Wörter für Atem (hebr. ruach, griech. pneuma, lat. spiritus) mit der Bedeutung der Lebendigkeit verbunden sind. Insofern eignet dem letzten Atemzug eine besondere Dimension: Wer nicht mehr atmet, aus dem ist das Leben gewichen. Er ist auf erfahrbare Weise tot. Der Übergang vom Leben zum Tod ereignet sich auf der Erfahrungsebene genau im letzten Atemzug. Wer im Sterbezimmer die Stille erlebte, die nach dem letzten fließenden, sanften oder tiefen Ausatmen eintritt, weiß, warum Menschen damit ringen, eben nicht dabei gewesen zu sein (Feddersen, Seitz & Stäcker, 2015, S. 129). Es bedarf zur Entlastung von etwaigen Schuldgefühlen geduldiger Exploration. Sie haben weit mehr mit Beschämung als mit Schuld zu tun:

- Drückte der lebende Angehörige den Wunsch spürbar aus, dass gerade *Sie* in den letzten Stunden da sein sollten? Oder, dass *jemand* da sein sollte? Geht es also darum, nicht alleine sterben zu müssen oder begleitet sterben zu wollen?
- Gab es für Sie Gründe, nicht dabei zu sein? Waren Sie objektiv, der Lage geschuldet? Oder subjektiv? Vielleicht trauten Sie es sich nicht zu, dabei zu sein – oder haben von sich etwas so Besonderes in der Situation erwartet, dass es Sie davon abgehalten hat?
- Kann es sein, dass der Sterbende allein sein wollte? Weil er Sie ein letztes Mal vor Unangenehmen schützen wollte, so wie er es oft getan hat? Wie es zu Ihrer Bindung passte?
- Kann es sein, dass er bewusst und ein einziges Mal das Wichtigste in seinem Leben ungeteilt und selbst durchstehen wollte? – Und Sie haben ihm diese Chance geschenkt.
- Vielleicht sah sich der Sterbende noch gar nicht so todesnah – und starb für ihn selbst unerwartet bald?

Die Bedeutung des »letzten Atemzuges« zu relativieren, widerspricht der existenziellen Bedeutung des Atems für den Menschen. Therapeutisch sinnvoller ist es, noch einmal über den Atem als Zeichen für die Lebensbedürfnisse des Verstorbenen nachzudenken oder dessen Bindung an den Hiergebliebenen nachzugehen.

1.1.3 Der Tod

Endet das Leben, dann tritt der Tod ein. Am Leichnam sind keine Vitalfunktionen mehr nachweisbar. Biologisch ist der »Gesamtod des Organismus« (Borasio, 2011, S. 15 f.) festzustellen. Der Zeitpunkt, ab wann ein Mensch als tot bezeichnet wird, wird medizinisch differenziert gesehen. Die einzelnen lebenswichtigen Organe stellen ihre Funktion allmählich und zu unterschiedlichen Zeitpunkten ein. Das »Multiorganversagen« beendet dann das Leben. Auch der Funktionsverlust eines einzigen lebensnotwendigen Organs (Herz, Lunge, Leber, Niere, Gehirn) kann zum Tod führen (Borasio, 2011, S. 17–19). Für die Rehabilitations- und Transplantationsmedizin sind die irreversible Schädigung und der vollkommene Funktionsverlust des Hirns das zentrale Kriterium für das Todsein eines Menschen.

Sind Groß-, Mittelhirn und Stammhirn, das viele vegetative Funktionen steuert, autonom nicht mehr funktionsfähig, ist der Sterbevorgang unumkehrbar geworden. Für die Organentnahme können einzelne Organe (Augennetzhaut, Herz, Niere, Leber, Lunge) funktionsfähig erhalten werden, der »Tod des Gesamtorganismus als integrierte(r) biologischer Einheit ist aber zu diesem Zeitpunkt schon unumkehrbar vollzogen« (Borasio, 2011, S. 21). Inzwischen wird auch der Vorderhirntod (irreversibler Funktionsverlust des präfrontalen Cortex) als frühestmöglicher Zeitpunkt des Todeseintritts diskutiert. Die Frage nach dem Eintreten des Todes erhält aus medizinischer Sicht interessengeleitete Antworten. Je früher ein Mensch für tot erklärt werden kann, um so besser ist der Zustand der Organe, die im Falle einer Organspendeeinwilligung entnommen werden können. Dass in jedem Fall der Mensch einige Tage nach dem letzten Atemzug tot ist, d. h. ein in Verwesung übergehender Leichnam, daran lässt die Biologie keinen Zweifel. Medizin und Pflege unterscheiden dabei sichere und unsichere Todeszeichen (Albrecht, 2007, S. 500 f.; Kulbe, 2008, S. 14). Sie sind in Tab 1.2 zusammengestellt.

Tab. 1.2: Sichere und unsichere Todeszeichen

Unsichere Todeszeichen	Sichere Todeszeichen
Atemstillstand	Totenflecken (nach ca. 90 min.)
Kein fühlbarer Puls	Totenstarre (nach 4–12 Std., gelöst ab 3. Tag)
Weite, lichtstarre Pupillen	Fäulnisgeruch
Abgekühlte Gliedmaßen	
Fahle, marmorierte Haut	

Die Frage, was der Tod ist, gewinnt an Komplexität, wenn sie aus der Perspektive der Psychologie, der Soziologie und der Philosophie gestellt wird. Dass der Mensch sich seiner Endlichkeit bewusst wird, den Tod anderer Menschen mit der persönlichen Endlichkeit in Beziehung setzt, »leitet seine Menschwerdung ein« (Gadamer, 2010a, S. 86). V. Frankl sieht im Tod einen Schrittmacher des Sinns (Frankl, 1987, S. 108 ff.). Wie der Tod ist, das bleibt dem Menschen verborgen. Philosophie, Weltanschauungen und Religionen versuchen das »Wie des Todes« rational zu erhellen, spirituell erfahrbar zu machen oder in Glaubenssätzen zu formulieren (vgl. den differenzierten Überblick in Speck, 2014). Gemeinsam ist den meisten Todesbildern: Tod endet das biographische Leben. Der bisher Lebende hat, einmal gestorben, keine Zukunft mehr. Sein Leben samt seiner Persönlichkeit sind Vergangenheit geworden: »Der lebende Mensch hat Vergangenheit und hat Zukunft; der Sterbende hat keine Zukunft mehr, sondern nur mehr Vergangenheit; der Tote aber *ist* seine Vergangenheit.« (Frankl, 1991, S. 55, Anm. 6). Frankl deutet die Vergangenheit als die unveränderliche Geschichte eines Lebens, ein Dokument, in dem alles Gelebte, aber auch das ungelebte, versäumte Leben aufgehoben ist (Frankl, 1991, S. 54). Im Tod wird das Leben, wie er schreibt, zum »Denkmal« (Frankl, 1987, S. 289).

1.1.4 Die Trauer

Der Tod ist auch eine soziale Zäsur. Mit dem Tod teilen sich Familien, Partnerschaften und Gemeinschaften. Es gibt den Verstorbenen und die »Hierbleibenden« (Smeding, 2004, S. 151), die sich seiner zunächst voller Trauer erinnern. Bindungen erhalten so eine andere Bedeutung. Das Bindungsverhalten gegenüber dem jetzt Verstorbenen und der »Hierbleibenden« untereinander erhält oft eine veränderte Dynamik, die neue Anpassungen und Einstellungen erfordert (Bowlby, 2014, S. 24 f.). Psychologisch gesehen umfasst also der Prozess Trauer nicht nur die individuelle Verlustbewältigung, sondern auch die soziale Dimension einer veränderten Anpassung an das Fehlen des Verstorbenen in den Systemen, denen er angehörte. Mit einem Wortspiel von Ruth M. Smeding kann der Prozess der Trauer in einer Formel gefasst werden: vom »Hiergebliebenen« zum »Hierbleibenden« (Smeding, 2004, S. 151).

Trauer ist also ein Verhaltensprogramm, das dem Menschen die Verarbeitung von Verlusterfahrungen ermöglicht. Es geht in der individuellen Trauerarbeit darum, die Persönlichkeit und die Lebensführung an die veränderte Situation nach dem Verlust eines Wertes anzupassen. Trauer ist damit nichts Pathologisches. »Trauer ist also eine spontane, natürliche, normale und selbstverständliche Reaktion unseres Organismus, genauer gesagt unserer ganzen Person auf Verlust, Trennung und Abschied.« (Canacakis, 2013, S. 32 f.). Trauer kann zu einem Problem werden, wenn sich ein Mensch in der Trauer verfängt oder der Trauerprozess durch traumatische Erlebnisse blockiert ist. Die klinische Psychologie spricht dann von »komplizierter Trauer« oder »anhaltender Trauer« (Znoj, 2004, S. 11 ff.).

Die Trauer gehört zum Sterben und zur Erfahrung des Todes. Der Sterbende trauert um das gewohnte Leben. Er verabschiedet mehr und mehr, was sein Leben bislang ausmachte. Die An- und Zugehörigen beginnen bereits während des letzten Lebens den Verlust des Sterbenden zu betrauern, was oft dazu führt, dass sie sich so verhalten, als sei er bereits verstorben. Das kann soziale Isolation des Sterbenden trotz steter Anwesenheit der Bezugspersonen erzeugen. Nach dem Tod eines Mitmenschen wird um dessen Verlust in kulturell spezifischer Weise getrauert. Es gibt in vielen Kulturen und religiösen Kontexten soziale Trauerregeln und -formen, deren Nichtbefolgung zu Sanktionen führt (Urban, 2011). Mit der Trauer erhält das Totsein eines Menschen soziale Relevanz. Jene schlägt sich in der Bestattung als Abschiedsritual und in den Formen der Erinnerungskultur nieder, die die Bedeutung der Verstorbenen sowohl gesellschaftlich wie für dessen persönlichen Lebenskreis sichtbar machen (Köster, 2012, S. 22 ff.).

1.1.5 Die Erfahrung der Endlichkeit

Sterben, Tod und Trauer werden in dieser Darstellung als Phänomene des menschlichen Lebens gesehen, die den Einzelnen mit der Endlichkeit und dadurch mit der Vergänglichkeit der Existenz konfrontieren. Was der Philosoph M. Heidegger als »Sein zum Tode« (Heidegger, 1972, S. 235 ff.) entfaltet, erscheint als die dem Leben irreversibel einbeschriebene Möglichkeit des Todes. Was der Mensch

am Tod des anderen erlebt, ist »die Möglichkeit des Nicht-mehr-dasein-könnens« (Heidegger, 1972, S. 250). Heidegger geht dessen Bedeutungsmöglichkeiten durch. Das Ende des Daseins, das sich im Tod ereignet, ist damit zunächst das »Aufhören«, »in die Unvorhandenheit übergehen« (Heidegger, 1972, S. 244 f.). Es ist zum zweiten »Enden als Fertigwerden« (Heidegger, 1972, S. 245), also der Abschluss einer Entwicklung, eines gestalterischen Prozess oder einer Verfertigung. Drittens ist es das »Sein zum Ende« (Heidegger, 1972, S. 245 f.), als das der Mensch sein Dasein, das Sein in der Welt verstehen lernt.

Der Gedankengang Heideggers macht auf eine psychische Tendenz aufmerksam, die sich in der Trauer einstellt, der Verklärung des Endes, das der Tod darstellt, zur Vollendung, was eine qualitative Aufwertung des Endes darstellt. Diese Tendenz schlägt sich auch in der in palliativen und hospizlichen Kreisen gängigen Redensart vom »guten Sterben« oder »schönen Tod« nieder. Ziel der hospizlichen Begleitung ist es ja, den Menschen zu ermöglichen »ihr Leben ungestört, unverzögert, unbeschleunigt, persönlich, sozial integriert, spirituell angenommen, schmerzkontrolliert, begleitet und lebenssatt zu vollenden« (Rest, 2006, S. 24). Tod aber ist und bleibt zuerst das Aufhören des persönlichen Lebens, das Verschwinden der konkreten Person, evtl. das Fertigwerden der biographischen Entwicklung. Bei alledem die höchstpersönliche Würde zu bewahren, das erscheint als zentrale Aufgabe palliativer und hospizlicher Arbeit. Um der individuellen Würde gerecht zu werden, bedarf es der wertschätzenden Begegnungen und der achtsamen Selbstständigkeit oder, wie es P. Bieri in eine Formel bringt, der »Solidarität der Sterblichen« (Bieri, 2013, S. 335). Es geht um Sterben in Würde. Damit ist nicht vorrangig die abstrakte, absolute Würde, sondern die individuelle Würde des einzigartigen und einmaligen Menschen angezielt.

Die Psychologie ist über die facheigene Forschung hinaus auf den Dialog mit der Philosophie, der Soziologie und der Kulturwissenschaft angewiesen, wenn es um die inhaltliche Reflexion dessen geht, was Würde des Menschen sein kann. Wie selbst- und fremdkritisch mit den Begriffen, Ideen und Bildern der Würde zu verfahren ist, die in den Sterbeprozess hineingebracht werden und für die Geltung erhoben wird, dafür bedarf es multiprofessioneller Diskurse. Aufgabe der Psychological Care ist es dann, mit dem einzelnen Sterbenden und dessen mitmenschlicher Umgebung (An- und Zugehörige, Pflegende, Ärzte, Therapeuten) den Ausdrucksweisen der höchstpersönlichen Würde fachlich qualifiziert nachzuspüren und das Umgehen und Handeln, aber auch die »Kunst des Nichthelfens« (Pfeifer-Schaupp, 2010) darauf abzustimmen. Sie wird zum Wegbereiter des Abschiednehmens vom persönlichen Leben, von den Menschen und den Bindungen. Sie regt behutsam zum rückblickenden Wertung des gelebten und versäumten Lebens, der Fehler und der Erfolge an. Sie unterstützt die Frage nach dem, was jetzt, in der knappen Zukunft, noch gelebt werden soll und gelebt werden kann. Sie ermutigt dazu, das Fragmentarische des Lebens akzeptieren zu lernen, wie es gerade angesichts des Sterbens empfunden wird. Sie bestätigt die gewonnene Zufriedenheit, in der die Lebens- und Persönlichkeitsgeschichte freigegeben und damit deren »Sein-lassen« eingeleitet wird. »Insgesamt ist es ein letzter Versuch, über das nun endende Leben als Ganzes Klarheit zu gewinnen. In diesem Punkt wird die Würde des Sterbenden auch die Würde der Wahrhaftigkeit einschließen« (Bieri, 2013, S. 349). Psycho-