

**Die Darstellung des Sterbensprozesses
im neueren amerikanischen Drama**

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der
Philosophie
Philologisch-Historische Fakultät
Lehrstuhl für Amerikanistik
der Universität Augsburg

vorgelegt von
Julica Mareike Zacharias

2007

Erstgutachter: Prof. Dr. Hubert Zapf
Zweitgutachter: Prof. Dr. Martin Middeke
Tag der mündlichen Prüfung: 20.06.2007

Gefördert durch die Universität Augsburg

Inhalt

	Danksagung	4
1.	Einleitung	5
1.1.	Das amerikanische Drama als Darstellungsform von Sterbensprozessen	6
1.2.	Forschungsstand	10
1.3.	Themen und Gliederung der Arbeit	15
2.	Die Thematisierung des Sterbensprozesses im amerikanischen Drama des 20. Jahrhunderts	17
2.1.	Die Entwicklung des amerikanischen Dramas im Kontext der Entwicklung des amerikanischen Theaters	23
2.1.1.	Die Dominanz des Broadway und ihr Einfluss auf die Darstellung des Sterbensprozesses	25
3.	Von Akzeptanz zu Verdrängung: Veränderungen in den Einstellungen zum Tod in der amerikanischen Gesellschaft im 20. Jahrhundert	28
3.1.	Der Zivilisationsprozess und die Konsequenzen für die Death attitudes	31
3.2.	Die Entwicklung moderner Medizintechnologie und die resultierenden Diskurse: ihre Auswirkungen auf die Death attitudes	36
3.2.1.	Die gesellschaftliche Akzeptanz des Sterbensprozesses	39
3.2.2.	Die Tabuisierung des Todes und des Sterbensprozesses	42
3.2.3.	Moderne Thanatopraxie als Verdeutlichung der Todesverdrängung	44
3.3.	Gesellschaftliche Fragestellungen als Auflösung des Tabus	46

4.	Einführung in thanatopsychologische Theorien	54
4.1.	Das Phasenmodell des Sterbensprozesses nach Elisabeth Kübler-Ross	55
4.2.	Die Awareness of Dying Theorie nach Barney Glaser und Anselm Strauss	59
4.2.1.	Palliativmedizinische Aspekte in der psychologischen Begleitung Sterbender	71
4.3.	Das Konzept der Biographiearbeit nach Robert N. Butler	74
5.	Die Reflektion der Todesverdrängung im amerikanischen Drama	81
5.1.	Die Verdrängung des Todes aus ärztlicher Perspektive am Beispiel Neal Bell <i>Cold Sweat</i>	87
5.2.	Die Isolation der Sterbenden: <i>Cold Storage</i> – Ronald Ribman	93
6.	<i>The Shadow Box</i> von Michael Cristofer – die Fiktionalisierung des Sterbensprozesses nach der Theorie von Elisabeth Kübler-Ross	97
6.1.	Akzeptanz: Brian	100
6.2.	Von Leugnung zu Akzeptanz und Integration: Joe	105
6.3.	Verhandeln: Felicity	112
7.	Margaret Edson <i>Wit</i> als Beispiel der Anonymisierung und Technologisierung des Sterbens im 20. Jahrhundert	121
7.1.	Die Bedeutung von Sprache in der Interaktion der Charaktere	136
7.2.	Intertextuelle Bezüge	138
7.2.1.	John Donnes Metaphysical Poetry in <i>Wit</i>	140

8.	Die dramatische Umsetzung der Diskussion über Sterbehilfe: David Rabe <i>A Question of Mercy</i>	147
9.	Die Darstellung der Erlebniswelt eines Alzheimer-Kranken: Nagle Jackson <i>Taking Leave</i>	164
9.1.	Die Erlebniswelt eines Alzheimer-Patienten am Beispiel der Figur Eliot	166
9.2.	Der intertextuelle Bezug auf Shakespeare <i>King Lear</i>	171
9.3.	Die Auswirkungen der Diagnose auf das Familiensystem	172
	9.3.1. Die Verdrängung der Diagnose am Beispiel von Eliots ältester Tochter Alma	172
	9.3.2. Die Isolation des Sterbenden illustriert durch Eliots Tochter Liz	177
	9.3.3. Akzeptanz und Integration als Kontrapunkt: Cordelia	180
10.	Schluss	187
	Literaturverzeichnis	190

Danksagung

Meinem Doktorvater Prof. Dr. Hubert Zapf möchte ich an dieser Stelle für sein Interesse an diesem Thema und die Unterstützung, auch über die räumliche Entfernung hinweg, herzlich danken.

Ebenfalls danke ich Doriss Hambrick für ihre wertvollen Literaturhinweise und Kommentare. Interessante Einsichten in das Thema der Todesdarstellung aus britischer Sicht gewährte mir Prof. Dr. Annette Pankratz. Auch an sie geht mein herzlicher Dank.

Die Compassion and Choices Organisation verhalf mir zu Orientierung in der Vielzahl an Literatur sowohl über die Geschichte der Sterbehilfe als auch die aktuelle Gesetzgebung diesbezüglich in den USA. Vielen Dank dafür!

Dr. Tim Neumann und Susanne und Thomas Hoffmeister gaben mir einen Einblick in medizinische Zusammenhänge. Danke!

Jessica Roseberry versorgte mich nicht nur mit Aufsätzen, die von Deutschland aus schwer zugänglich waren, sondern bereicherte mein Leben auch durch ihre Freundschaft. An dieser Stelle danke ich auch meinen Mitpromovendinnen Ottilie Schawe, Melanie Pawlitzki, Monika Hotellet und meinen Freunden, die nicht müde wurden, die Höhen und Tiefen eines Promotionsprojektes mit mir zu teilen.

Ein äußerst wichtiger Aspekt in der Zeit der Promotion ist die finanzielle Absicherung. Die Universität Augsburg förderte dieses Projekt mit einem Nachwuchsförderungsstipendium und ermöglichte mir so eine zeitweilige uneingeschränkte Konzentration auf die Dissertation. An dieser Stelle möchte ich mich herzlich dafür bedanken.

Mein besonderer Dank gilt meinem Ehemann Fabian Boettcher und meinen Eltern Anton und Elisabeth Zacharias für ihre Liebe und Unterstützung. Ihnen ist diese Arbeit gewidmet.

Dezember 2007

Julica M. Zacharias

1. Einleitung

Der Tod ist eine unabänderliche Tatsache. Das Wissen um unsere Sterblichkeit begleitet uns das ganze Leben. Am Beginn des einundzwanzigsten Jahrhunderts ist die Menschheit im Besitz von Möglichkeiten, das Leben zu verlängern, den Moment des Todes hinauszuzögern. Endgültig abwenden können wir ihn jedoch nicht. So sehr wir uns auch bemühen, mit Hilfe medizintechnologischer Möglichkeiten, Macht über die große Unbekannte, den „blinden Fleck“¹ Tod zu erlangen, um so härter trifft die Erkenntnis, dass wir letztlich machtlos unserem Ende gegenüberstehen. Die Frage ist, auf welche Art und Weise wir mit diesem Wissen umgehen und Menschen behandeln, die unheilbar erkrankt im Sterben liegen. Es gibt die Möglichkeit der Zuwendung zur Metaphysik, der Mythologisierung des Todes, der Glaube an eine Fortführung der menschlichen Existenz auch nach dem Tod: „Die älteste und häufigste Form des menschlichen Bemühens, mit der Endlichkeit des Lebens fertigzuwerden.“² Eine weitere Möglichkeit ist die offene Konfrontation mit dem Gedanken an das Ende unserer Existenz, entmythologisiert, unverschönert, vielleicht mit dem Ziel „anderen Menschen wie sich selbst den Abschied von Menschen, das Ende, wenn es kommt, so leicht und angenehm wie möglich zu machen.“³ Ein wiederum anderer Weg ist die Verdrängung des Todes, die Verleugnung des Wissens unserer Mortalität. Den Ausdruck Verdrängung verstehe ich dabei nicht im Sinne Sigmund Freuds als psychodynamischen Prozess. Vielmehr schließe ich mich der Ansicht Armin Nassehis und Georg Webers an, dass eine „bewusste, willentliche Leugnung

1 Annette Pankratz, *'Death is ... not.'* Repräsentationen von Tod und Sterben im zeitgenössischen britischen Drama. (Trier: WVT, 2005) 13.

2 Norbert Elias, *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen.* (Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1982) 7.

3 Elias 7/8.

und Verdeckung des Todes denkbar [ist], ohne dass ein psychodynamischer Verdrängungsmechanismus eingesetzt hat.“⁴ Verdrängung ist also zu verstehen als eine Form der Nicht-Akzeptanz der Endlichkeit des menschlichen Lebens. Dieser Verdrängung wird Ausdruck gegeben in einer Meidung der Themen Tod und Sterben. Bei einer Betrachtung des Umgangs der amerikanischen Gesellschaft mit diesen Themen im Lauf des zwanzigsten Jahrhunderts trifft man auf die häufig vertretene These, dass die amerikanische Gesellschaft vor dem zwanzigsten Jahrhundert offen mit dem Sterben umgegangen ist, indem dem Sterbensprozess ein kultureller und gesellschaftlicher Rahmen gegeben wurde. Es wird ebenso behauptet, dass sich diese Einstellung im zwanzigsten Jahrhundert drastisch veränderte. Anstatt offen mit dem Tod als unabänderliche Tatsache des Lebens umzugehen, wurde das Wissen um die menschliche Sterblichkeit verdrängt und sogar tabuisiert.⁵

Die vorliegende Arbeit untersucht die Einstellungen der amerikanischen Gesellschaft zum Thema des Sterbens und deren Wandel im Verlauf des zwanzigsten Jahrhunderts und analysiert im Nachfolgenden, inwieweit das neuere amerikanische Drama diese Entwicklung reflektiert und dokumentiert, wobei die Darstellung des Sterbensprozesses im amerikanischen Drama im Vordergrund steht.

1.1. Das amerikanische Drama als Darstellungsform von Sterbensprozessen

Literatur, literarische Texte entstehen nicht aus einem gesellschaftspolitischen Vakuum heraus. Vielmehr wird Literatur verfasst vor und bezieht sich auf einen bestimmten gesellschaftspolitischen und historischen Hintergrund.

4 Armin Nassehi, und Georg Weber, *Tod, Modernität und Gesellschaft - Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung*. (Opladen: Westdeutscher Verlag, 1989) 36.

5 Vgl. hierzu zum Beispiel Philippe Aries, *Western Attitudes Toward Death - From the Middle Ages to the Present*. (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1975); Elias; Richard Dumont und Dennis C. Foss, *The American View of Death: Acceptance or Denial?* (Cambridge, Massachusetts: Schenkman, 1972).

Literatur wird somit zu einem kulturellen Phänomen, eingebettet und „inherently related to the cultural environment from which they [literary texts] emerge, and to which they respond.“⁶ Dies trifft in besonderem Maße auf das amerikanische Drama zu, da das Drama das öffentlichste aller Genres ist.⁷ Das zur Aufführung gebrachte Drama kann das Publikum, diesen kleinen Ausschnitt der Gesellschaft, unmittelbarer erreichen als jedes andere Genre. Christopher Bigsby hält es demnach auch für den Spiegel der Probleme und Themen, mit denen sich eine Gesellschaft beschäftigt: „Is the stage, the most public of the arts, not a place to see dramatised the tensions and concerns of a society?“⁸ Um das Drama, seine Be- und Andeutungen, seine Kritik an herrschenden gesellschaftlichen Normen verstehen zu können, dürfen die kulturellen Umstände, die gesellschaftliche und kulturelle Identität, auf deren Basis es verfasst wurde, nicht außer Betracht gelassen werden. Nur so ist nachvollziehbar, in welcher Form das Drama Spannungsfelder einer Gesellschaft visualisiert.

Tod und Sterben sind solche Themen- und Spannungsfelder. Sie sind seit jeher Handlungsfaktor in den verschiedenen literarischen Genres. Von der Lyrik Anne Bradstreets über William Faulkners *As I Lay Dying* bis hin zu Siri Hustvedts *What I Loved* wurde den Themen der menschlichen Vergänglichkeit, der Trauer und des Todesbewusstseins Raum in der literarischen Fiktionalisierung gegeben. Das amerikanische Drama bildet hierbei keine Ausnahme. Dramen wie Susan Glaspells *Trifles*, Arthur Millers *Death of a Salesman* oder Edward Albees *The Zoo Story* seien hier nur als Beispiel für den

6 Hubert Zapf, „Imaginative Counterworlds: Literature as Cultural Criticism in Nathaniel Hawthorne's Fiction.“ *New Worlds: Discovering and Constructing the Unknown in Anglophone Literature*, Rudolf Beck, Gabriele Christ und Martin Küster (Hrsg.) (München: Vogel, 2000) 363.

7 Vgl. Christopher Bigsby, *Modern American Drama 1945-2000*. (New York: Cambridge University Press, 2000) 2.

8 Bigsby 2.

Tod als Handlungsfaktor im amerikanischen Drama genannt. Nie zuvor konnte jedoch ein solcher „Doom Boom“⁹ beobachtet werden wie seit Ende der 1970er Jahre. Den „Doom Boom“ macht eine Flut von Dramen seit Ende der 1970er Jahre aus, „a huge market for dying people right now,“¹⁰ wie es die Figur Brian in Michael Cristofers *The Shadow Box* formuliert, in denen die Themen Tod und Sterben thematisiert wurden. Hierbei änderte sich auch die Darstellungsweise dieser Themen. Der Sterbensprozess rückte immer mehr in den Mittelpunkt der Handlung. Er begann, nicht nur ein Handlungsfaktor unter vielen zu sein, der wiederum andere Aktionen und Reaktionen auslöste, sondern wurde als eigentliche Handlung definiert. Millers *Death of a Salesman* handelt zwar auch von Lomans Suizid, vielmehr jedoch stehen sein Scheitern in einer leistungsorientierten Gesellschaft, deren Ansprüchen er nicht mehr genügt, im Mittelpunkt der Handlung. Auch in Albees *The Zoo Story* ist das Thema Suizid ein wichtiger Bestandteil des Plots, jedoch wird auch hier etwas Anderes, nämlich die Kommunikationsunfähigkeit und Sprachlosigkeit, mit der sich Menschen begegnen können, in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt. Nicht abgelenkt auf andere Handlungsstränge und -aspekte wird hingegen in den in dieser Arbeit diskutierten Dramen. Der Sterbensprozess wird in diesen Stücken nicht nur als Handlungsfaktor gesehen. Das Sterben einer Figur ist die Handlung. Die Darstellung der Sterbensphase folgt hierbei nicht oberflächlichen Vorstellungen des Sterbens: Ein unheilbar kranker Mensch, der seine letzten Atemzüge tut. Das Sterben steht vielmehr für die psychologischen Aktionen und Reaktionen, die bei Menschen zu beobachten sind, wenn diese mit einer unheilbaren Krankheit und demgemäß mit ihrem bevorstehenden Tod konfrontiert werden.

9 Henry I. Schvey, „The Grinning Reaper: Death and Dying in Contemporary British and American Drama,“ *Dutch Quarterly Review of Anglo-American Letters* 14 (1984) 48.

10 Michael Cristofer, *The Shadow Box*. (New York: Avon, 1977) 57.

Die Auswahl der Dramen für diese Arbeit hat sich demnach darauf konzentriert, amerikanische Dramen zu finden, die den Sterbensprozess eines unheilbar erkrankten Menschen in den Mittelpunkt der Handlung stellen. Eine unheilbare Erkrankung spielt insofern eine wichtige Rolle, da eine solche Krankheit meist in einem zeitlich potentiell längeren Sterbensprozess resultiert als beispielsweise ein Verkehrsunfall. Desweiteren birgt die Dauer des Sterbensprozesses die Möglichkeit zur aktiven Auseinandersetzung der Figur mit dem eigenen Sterbensprozess. In Michael Cristofers *The Shadow Box* konzentriert sich die Handlung daher auf das Erleben des Sterbensprozesses aus Sicht dreier Patienten in einem Hospiz, wobei die medizinischen Details und die Art der Erkrankungen in den Hintergrund treten. In Margaret Edsons *Wit* tritt hingegen der Aspekt der medizintechnologischen Versorgung einer sterbenden Patientin im ausgehenden zwanzigsten Jahrhundert in den Vordergrund. David Rabes *A Question of Mercy* bezieht in die Diskussion um Sterbehilfe, die im Drama thematisiert wird, die AIDS-Erkrankung in die Handlung mit ein. Nagle Jackson schildert in seinem Drama *Taking Leave* die Erlebniswelt eines an Alzheimer erkrankten Professors, wobei auch die Auswirkungen einer solchen Diagnose auf das System Familie nicht außer Acht gelassen wird. Die Dramen *Cat on a Hot Tin Roof* von Tennessee Williams, Neal Bells *Cold Sweat* und Ronald Ribmans *Cold Storage* dienen als Beispiel für die dramatische Reflektion der gesellschaftlichen Verdrängung des Todes im zwanzigsten Jahrhundert.

Desweiteren ist mit amerikanisch nicht gemeint, dass bei der Auswahl nur Dramen von in den USA geborenen und aufgewachsenen Autoren berücksichtigt wurden. Vielmehr verstehe ich unter amerikanisch eine Zugehörigkeit zum amerikanischen Kulturraum. Die selektierten Dramen müssen zudem in den USA veröffentlicht und uraufgeführt worden sein. Gleichwohl bin ich mir bewusst, dass es die allgemeingültige amerikanische Einstellung zu den Themen Sterben und Tod allein schon auf Grund der

Multikulturalität der USA nicht geben kann. Die Arbeit erhebt nicht den Anspruch, eine solche allgemeingültige Definition der amerikanischen Einstellung festzusetzen. Vielmehr geht es mir darum, Tendenzen in der gesellschaftlichen Entwicklung aufzuzeigen, wohl wissend, dass die Gesellschaft aus einer Vielzahl von Individuen unterschiedlichster Herkunft besteht.

1.2. Forschungsstand

Da diese Arbeit bei der Hinleitung zur Analyse der Darstellung des Sterbensprozesses im neueren amerikanischen Drama auf Forschung aus unterschiedlichen Disziplinen zurückgreift, existiert eine Vielzahl an Literatur. Eine Auswahl hat insofern stattgefunden, dass der Schwerpunkt dieser Dissertation auf der Darstellung des Sterbensprozesses im Sinne der Auseinandersetzung des Patienten mit seinem bevorstehenden Tod liegt. Auf eine noch darüber hinausgehende Diskussion der Darstellung des Todes, also eine Analyse der Todesbilder und deren Rahmung im Theater, wie sie Annette Pankratz in *Death is not - Repräsentationen von Tod und Sterben im zeitgenössischen britischen Drama* ausführlich vornimmt, wurde bewusst verzichtet, da diese den Rahmen einer Dissertation bei Weitem überschritten hätte.

In der Diskussion des Sterbens im Bereich der Psychologie und Soziologie sei hier zunächst Elisabeth Kübler-Ross genannt, die sich in *On Death and Dying* als eine der Ersten Ende der 1960er Jahre mit dem Erleben des Sterbensprozesses aus Sicht der Betroffenen auseinandersetzte und deren Theorien kritisch reflektiert und weiterentwickelt wurden. Carol Germain setzt sich in ihrem Aufsatz „Nursing the Dying: Implications of the Kübler-Ross Theory“ mit den Auswirkungen von Kübler-Ross' Modell auf die Arbeit von Pflegepersonal auseinander. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt Jeanne Quint Benoliel, die in „Nurses and the Human Experience of Dying“ ebenfalls mit der

Perspektive des Pflegepersonals bei der Betreuung eines unheilbar erkrankten Patienten diskutiert.

Carl Nighswonger stellt hingegen sein eigenes Modell des Sterbensprozesses auf, das - wie Kübler-Ross' - aus unterschiedlichen Phasen besteht. Diese erinnern zum einen stark an Kübler-Ross' Modell, zum anderen in der Gegenüberstellung zweier verschiedener Reaktionen auf eine unheilbare Prognose, so zum Beispiel Denial vs. Panic, Acceptance vs. Resignation, an Erik Eriksons entwicklungspsychologisches Modell, insbesondere an die letzte Phase Integrity vs. Despair¹¹ und liefern somit keine neueren oder ausführlicheren Erkenntnisse als das Modell Kübler-Ross'.

Ähnlich wie Kübler-Ross diskutierten auch Anselm Glaser und Bernard Strauss Ende der 1960er Jahre den Sterbensprozess aus Sicht unterschiedlichster Perspektiven, deren Schwerpunkt jedoch hier auf den Patienten in Interaktion mit dem Krankenhauspersonal lag. Ihre Veröffentlichung *Awareness of Dying* basiert auf einer Langzeitstudie in Kliniken in San Francisco. Ihre daraus resultierende „Awareness of Dying“ - Theorien wurden wiederum kritisch reflektiert und erweitert. Glaser und Strauss gehen davon aus, dass der Betroffene sich nach einer fatalen Diagnose durch verschiedene Bewusstseinszustände bewegen kann, in denen der Patient die Wahrheit über seinen Zustand verleugnet, erahnt oder sogar anerkennt und offen kommuniziert. Ihre Beobachtungen betonen die kognitiven Prozesse eines Sterbensprozesses, ohne jedoch die emotionalen Konsequenzen der Bewusstseinszustände außer Acht zu lassen. Eine Betonung des emotionalen Aspekts des Sterbensprozesses auf Basis der „Awareness of Dying“ - Theorien nimmt Laura Mamo in „Death and Dying: Confluences of Emotion and Awareness“ vor. Ihr Aufsatz ist jedoch wenig wissenschaftlich verfasst und besteht hauptsächlich auf der Schilderung persönlicher Erfahrungen, die Mamo in ihrem Bekanntenkreis gemacht hat.

11 Vgl. Erik Erikson et al., *Vital Involvement in Old Age*. (New York: Horton, 1986).

Zudem existiert eine Vielzahl an Literatur neueren Datums, die sich mit den Lebensumständen sterbender Menschen in der amerikanischen Gesellschaft befasst. Hierzu zählt beispielsweise die Veröffentlichung „Death, Dying, and Bereavement in Relation of Older Individuals“ der interdisziplinären International Work Group on Death, Dying, and Bereavement, deren Mitglieder fast ausschließlich aus den USA, Kanada und England stammen.

Einen allgemeingehaltene Überblick über die Umstände in den 1990er Jahren, unter denen viele Menschen ihren Sterbensprozess erleben, bietet Hannelore Wass in „Past, Present, and Future of Dying“. Hierzu zählt Wass sowohl die Hospizbewegung als auch die Diskussion um Sterbehilfe und den mit ärztlicher Hilfe durchgeführten Suizid. Einen sehr ähnlichen Ansatz verfolgt Joseph Fins in „Death and Dying in the 1990s: Intimations of Reality and Immortality.“ Fins versucht übereinstimmend mit Wass zu erklären, wie das Thema des Sterbens ein solch populäres werden konnte.

Einen ausführlichen philosophischen Diskurs über die Thematisierung des Todes durch Philosophen von der Antike bis zur Moderne bietet Jacques Choron in seiner Abhandlung *Death and Western Thought*.

Die gesellschaftliche Rahmung und Akzeptanz des Sterbensprozesses in den USA diskutiert unter anderem Renee C. Fox. In „The Sting of Death in American Society“ unternimmt sie den Versuch, das seit den 1960er Jahren gestiegene Interesse an den Themen Tod und Sterben vor dem Hintergrund von Kübler-Ross' Wirken, der Hospizbewegung und der Sterbehilfe im Fall Karen Quinlans zu erklären. Die von Herman Feifel herausgegebene Anthologie *New Meanings of Death* enthält wichtige Diskussionen zur gesellschaftlichen Akzeptanz des Sterbensprozesses in den USA. Die Darlegung der Akzeptanz beziehungsweise Leugnung der menschlichen Mortalität wird aus entwicklungspsychologischer, medizinischer, soziologischer und aus Sicht Betroffener vorgenommen. Auch eine kurze, allgemein gehaltene Abhandlung über die lyrische Thematisierung des Todes fehlt darin nicht. Der von Michael

Simpson verfasste Aufsatz „Death and Modern Poetry“ spezialisiert sich jedoch nicht auf die Lyrik eines Landes, sondern gibt einen generellen Überblick über die lyrische Verarbeitung des Todes in der Dichtung William Shakespeares, Goethes, Sylvia Plaths, zu Zeiten des Krieges und widmet einen Abschnitt dem Suizid in der Lyrik.

Richard Dumont und Dennis Foss konzentrieren sich in *The American View of Death: Acceptance or Denial?* auf die Einstellungen der amerikanischen Gesellschaft zur menschlichen Sterblichkeit und liefern eine ausführliche Diskussion über die so genannten „Death attitudes“ und deren gesellschaftlichen Wandel im zwanzigsten Jahrhundert. Ähnliche Ansätze verfolgen Norbert Elias' *Über die Einsamkeit der Sterbenden*, Werner Fuchs in *Todesbilder in der modernen Gesellschaft* und Philippe Aries in *Western Attitudes toward Death*, in denen eine Diskussion der gesellschaftlichen Rahmung des Sterbensprozesses in der Moderne geführt wird, die sich zwar nicht explizit auf die USA bezieht, aber durchaus auf den amerikanischen Kulturraum als industrialisierten Lebensraum anwendbar ist. Fuchs nimmt zudem noch eine Untersuchung der Todesbilder anhand von Todesanzeigen und Bestattungsriten in Deutschland vor.

Die Thematisierung des Sterbens auf Grund einer unheilbaren Erkrankung im neueren amerikanischen Drama wurde hingegen bisher nur eingeschränkt wissenschaftlich untersucht. Mit der verstärkten Beschäftigung des amerikanischen Dramas mit dem Sterbensprozess seit den 1970er Jahren beschäftigen sich Margot Kelleys „Life Near Death: Art of Dying in Recent American Drama“, Henry Schveys „The Grinning Reaper: Death and Dying in Contemporary British and American Drama“ und Donald Duclow in „Dying on Broadway: Contemporary Drama and Mortality.“ Kelley vergleicht die Thematisierung des Sterbensprozesses in den Dramen *Cold Storage* von Ronald Ribman, Bernard Pomerances *The Elephant Man* und Michael Cristofers *The Shadow Box* ebenso wie Duclow die Dramen *Whose Life is it anyway* von Brian

Clark und Cristofers *The Shadow Box* und das Drama *Everyman* gegenüberstellt. Kelley und Duclow beziehen ansatzweise Kübler-Ross' Theorienkomplex in ihre Abhandlungen ein, eine ausführliche Untersuchung der Darstellung des Sterbensprozesses anhand ihres Phasenmodells des Sterbens bleibt jedoch aus. Schvey konstatiert einen „Doom Boom“ im amerikanischen Drama und unternimmt den Versuch, dies mit der amerikanischen gesellschaftlichen Realität in Einklang zu bringen.

Eine ausführliche Analyse der Darstellung des Sterbensprozesses im neueren amerikanischen Drama anhand psychothanatologischer Theorien wurde bisher noch nicht durchgeführt. Dementsprechend existiert, wenn überhaupt, nur sehr wenig Literatur zu den von mir ausgewählten Dramen. Margaret Edsons *Wit* wurde dahingehend wissenschaftlich untersucht, als der Umgang mit Sprache und die Krankheit Krebs als Metapher auf Basis von Susan Sontags *Illness as Metaphor* diskutiert werden. Zu Cristofers *The Shadow Box* konnte lediglich auf die vorstehend genannten Aufsätze zurückgegriffen werden. Zu den anderen Dramen konnte trotz intensivster Recherche keine Sekundärliteratur ausgemacht werden.

Einen Ansatz zur Kombination der Bereiche Theater und Psychologie schufen die Professoren Lawrence J. Hill und Judith M. Stillion an der Western Carolina University mit der Durchführung des interdisziplinären Seminars *Death and Dying in Psychology and Theater*, dessen Planung sie 1995 in *Death Studies* veröffentlichten. Eines ihrer Ziele war es, den Studierenden Kübler-Ross' Theorien zu vermitteln und sie anzuregen, Dramen als Umsetzung dieser Theorien zu sehen und vor diesem Hintergrund zu analysieren. Die vorliegende Arbeit wird bei der Beschreibung und Erläuterung des freieren Umgangs mit dem Sterbensprozess im amerikanischen Drama diesen Ansatz einbeziehen.

1.3. Themen und Gliederung der Arbeit

Im ersten Kapitel erfolgt eine Darstellung der Thematisierung des Sterbensprozesses im amerikanischen Drama des zwanzigsten Jahrhunderts im Kontext der allgemeinen Entwicklung des amerikanischen Dramas und Theaters. Hierbei wird insbesondere auf die Dominanz des Broadway und die Entwicklung der Off- und Off-off-Broadway-Bewegung und deren Einfluss auf die Darstellung des Sterbensprozesses eingegangen.

Das darauffolgende Kapitel unternimmt eine Diskussion der Einstellungen der amerikanischen Gesellschaft zur menschlichen Mortalität im zwanzigsten Jahrhundert und deren gesellschaftlicher Akzeptanz, indem es ihren Wandel vor dem Einfluss des Zivilisationsprozesses und der Entwicklung moderner Medizintechnologie darlegt.

Das nachfolgende Kapitel dient zur Einführung in thanatopsychologische Theorien von Kübler-Ross, Glaser und Strauss und in das Konzept der Biographiearbeit nach Robert Butler. Die Konzepte der Vorbereitungen auf den Tod können meiner Ansicht nach in der Literaturwissenschaft für ein besseres Verständnis des Verhaltens und der Interaktionen von Charakteren in Dramen, die sich mit dem Tod und Sterben auseinandersetzen, genutzt werden.

Das fünfte Kapitel stellt drei Dramen vor, die als Beispiel für die Reflektion der gesellschaftlichen Verdrängung der menschlichen Sterblichkeit und deren Auswirkungen auf den Einzelnen eingeordnet werden können.

In den darauffolgenden Kapiteln erfolgt eine Analyse der Darstellung des Sterbensprozesses in den Dramen *The Shadow Box* von Michael Cristofer, *Wit* von Margaret Edson und *Taking Leave* von Nagle Jackson. David Rabes Drama *A Question of Mercy* wird als dramatische Umsetzung der Diskussion über Sterbehilfe in die Diskussion der Sterbensdarstellung einbezogen.

Es wird eine werkimmanente Interpretation der Dramen in Bezug auf das Verhalten der Betroffenen im Kontext der thanatopsychologischen Theorien

vorgenommen, um letztlich aufzuzeigen, inwieweit die Dramen den gesellschaftlichen Umgang mit dem Sterben reflektieren, dokumentieren oder sogar kritisieren.

Ein abschließendes Kapitel fasst die Rückschlüsse, die aus der Analyse der Dramen für die gesellschaftliche Rahmung des Sterbensprozesses und deren dramatischer Umsetzung gewonnen werden konnten, zusammen.

2. Die Thematisierung des Sterbensprozesses im amerikanischen Drama des 20. Jahrhunderts

Betrachtet man die Themen Tod und Sterben in der amerikanischen Literatur, nimmt das Drama eine Sonderrolle ein.¹² Das amerikanische Drama erlebte vergleichsweise spät erst mit Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts seine Blüte. Die vor dem letzten Jahrhundert verfassten und aufgeführten Dramen sind eher als eine Form der Unterhaltungsliteratur und -aufführung zu sehen denn als ernsthafte Literatur. Das Drama, und auf engste Weise mit ihm verknüpft, das amerikanische Theater des neunzehnten Jahrhunderts, dienten der Unterhaltung eines Massenpublikums und können als „broadly popular light entertainment form“¹³ charakterisiert werden. Erst in den ersten beiden Jahrzehnten des zwanzigsten Jahrhunderts begann das Drama sich von reiner Unterhaltungsliteratur und -aufführung zu ernsthafte, sozialkritischer Literatur zu entwickeln. Die entscheidende Rolle in dieser Entwicklung spielte die Little Theater Bewegung, die um 1912 begann. Sie stellte eine Rebellion gegen die großen kommerziellen Theaterbetriebe dar. Im Rahmen dieser Bewegung wurden Theater wie das Provincetown Playhouse in Massachusetts ins Leben gerufen.¹⁴ Zielsetzung der Little Theaters war die Förderung von eigener Theaterkunst anstatt von Kommerz; dies verschaffte neuen und experimentellen Darstellungsmodi erstmalig ein Publikum und Erfolg.¹⁵ Als wohl bekanntester Autor dieser Bewegung ist Eugene O'Neill zu nennen, der

12 Für eine Analyse der Todesrepräsentationen vor dem Hintergrund der Genrecharakteristika siehe Annette Pankratz, *'Death is...not.' Repräsentationen von Tod und Sterben im zeitgenössischen britischen Drama.* (Trier: WVT, 2005).

13 Gerald Berkowitz, *American Drama of the Twentieth Century.* (London: Longman, 1992) 1.

14 Vgl. Peter High, *An Outline of American Literature.* (London: Longman, 1986) 224.

15 Vgl. Herbert Grabes, *Das amerikanische Drama des 20. Jahrhunderts.* (Stuttgart: Ernst Klett, 1998) 63/64.

sich im Lauf seiner Karriere ganz unterschiedlichen Themen und Darstellungsformen annahm, wie beispielsweise dem Expressionismus in seinem Stück *The Emporer Jones* oder später dem psychologischen Realismus in seinem autobiographischen Drama *Long Day's Journey into Night*. Eugene O'Neill ist es auch, der das erste Stück des zwanzigsten Jahrhunderts verfasste, das sich mit dem Sterbensprozess befasst, wenn auch auf ganz andere Weise wie Dramen, die erst in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts geschrieben wurden. In dem Einakter *Bound East for Cardiff* (1916) greift O'Neill auf seine Zeit als Matrose zurück und schildert den Arbeitsunfall eines Matrosen, der am Ende des Stückes, nachdem er wohlwissend seines nahenden Todes Abschied von seinen Kameraden genommen hat, an den Folgen seiner schweren Verletzungen stirbt. O'Neill schildert hier nicht nur den Sterbensprozess, das Abschiednehmen eines Menschen, dem bewusst ist, dass sein Tod unmittelbar bevorsteht; vielmehr geht er auch auf die Betroffenheit und Trauer der Matrosen ein, denen das Risiko ihrer Tätigkeit zwar bewusst war, die nun aber durch den Unfall des jungen Matrosen noch einmal an diese immanente Gefahr erinnert werden. Außer O'Neill's Einakter wurden in den ersten beiden Jahrzehnten des zwanzigsten Jahrhunderts keine weiteren Dramen verfasst, die sich ebenso wie die in dieser Arbeit diskutierten Stücke vergleichsweise intensiv und ausschließlich mit dem Sterbensprozess befassen. Dies mag zum einen daran liegen, dass das amerikanische Drama aufgrund seines jungen Alters erst noch seine Form finden musste und daher mit den unterschiedlichsten Themen und Darstellungsmodi experimentiert wurde, ohne dass eine Festlegung auf einen bestimmten Modus oder eine Thematik erfolgte:

It is not surprising, then, that the years from 1900 to 1930 saw a great variety of dramatic styles and vocabularies, as playwrights experimented with epic, symbolism, expressionism, verse tragedy and the like, finding out as they went along what a play could and could not do.¹⁶

16 Berkowitz 2.

Zum anderen dürfte die Thematik des Sterbensprozesses auch noch nicht von so großer Aktualität gewesen sein, wie dies ab der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts der Fall war. Erst durch die medizintechnologische Entwicklung, die ab Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts einsetzte, wurde der sich über Wochen, Monate oder gar Jahre hinziehende Sterbensprozess erst geschaffen.¹⁷ Selbst an Krankheiten, die normalerweise nicht als „swift death“¹⁸, also als ein schnell eintretender Tod (zum Beispiel nach einem tödlichen Unfall), einzuordnen sind, wie zum Beispiel Krebs, starben die davon betroffenen Patienten Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts eher schnell, da es schlicht keine Behandlungsmöglichkeiten, bzw. lebensverlängernde Maßnahmen gab. Auch der Tod des jungen Matrosen in *Bound East for Cardiff* konnte zu seiner Zeit nur ein „swift death“ - also ein in kurzer Zeit eintretender Tod - sein, da die operativen und medizintechnologischen Mittel zur Behandlung seiner Verletzungen erst Jahrzehnte später erfunden und erprobt werden sollten. Vor diesem Hintergrund erscheint es verständlich, dass die Auseinandersetzung mit dem Sterbensprozess im amerikanischen Drama zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts noch nicht in der Form stattfand, wie es zu Ende des Jahrhunderts der Fall war.

Experimentierten die amerikanischen Dramatiker in den Jahrzehnten von 1900 bis 1930 noch mit verschiedenen Formen und Stilen, standen in den Dreißiger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts Aspekte der aktuellen Politik als Themen des amerikanischen Dramas im Vordergrund der Handlung. Die Wirtschaftsdepression und ihre lang anhaltenden Auswirkungen waren nicht nur Thema gesellschaftlicher und politischer Diskurse, vielmehr führten die drastisch reduzierten finanziellen Möglichkeiten zur Schließung vieler Theater und zogen eine Welle von Dramen nach sich, die sich mit der Depression und

¹⁷ Für eine detaillierte Diskussion dieser Entwicklung siehe Kapitel 3.

¹⁸ Guy LeFrancois, *The Lifespan*. (Belmont, California: Wadsworth, 1999) 548.

ihren Auswirkungen auf den Einzelnen beschäftigte. Charakteristisch waren „parteigebundene Auftragsstücke, Aufführungsverbote, spontan und am Rande gesetzlicher Bestimmungen improvisierte Aufführungen, Massensolidarisierung von Schauspielern und Publikum.“¹⁹ Stellvertretend für das amerikanische Drama in dieser Zeit, das gemeinhin als sozialkritisch bezeichnet wird,²⁰ soll hier Clifford Odets *Waiting for Lefty* (1935) stehen, das vom Schicksal verschiedener Charaktere in einer fiktiven Streiksituation erzählt.²¹ Durch die verstärkte Beschäftigung des amerikanischen Dramas mit politischen Meinungen und Ideologien traten Themen wie Tod, Krankheit und Sterben in den Hintergrund.

Der Ausbruch des Zweiten Weltkrieges führte, ähnlich wie die Depression 1929, zu einem Schnitt in der Thematik des amerikanischen Dramas. Mit der Kriegsindustrie begann der wirtschaftliche Aufschwung. Die wirtschaftliche Situation als Thema des Dramas verlor an Aktualität. Stattdessen waren „entertainment and relaxation for soldiers and hard-working civilians“²² gefragt. Eine Form dieser Unterhaltung stellt das Musical dar, das in den 1940er Jahren einen Boom erlebte.²³ Nach den Schrecken des Zweiten Weltkrieges erlebte die amerikanische Gesellschaft Ende der 1940er und in den

19 Susanne Vietta, „Darstellungsformen des proletarischen Dramas in den USA,“ *Theater und Drama in Amerika*. Edgar Lohner und Rudolf Haas (Hrsg.) (Berlin. E. Schmidt, 1978) 108.

20 Vgl. z.B. Vietta; Richard G. Scharine, *From Class to Caste in American Drama: Political and Social Themes Since the 1930s*. (New York: Greenwood Press, 1991); Mark Fearnow, *The American Stage and the Great Depression: A Cultural History of the Grotesque*. (Cambridge: Cambridge University Press, 1997).

21 Die hier genannten Dramen werden in dieser Dissertation nicht weiter erörtert. Sie sollen lediglich als Illustrationen für die dramatische Hauptthematik des Jahrzehnts gelten, sofern man von einer Hauptthematik sprechen kann. Ausschlaggebend ist die Tatsache, dass die Themen Tod und Sterben nicht die hauptsächlich rezipierte Thematik des amerikanischen Dramas in dem entsprechenden Jahrzehnt waren.

22 Garff B. Wilson, *Three Hundred Years of American Drama and Theatre*. (Englewood Cliffs, New Jersey, 1973) 434.

23 Vgl. Wilson 434.

1950er Jahren eine Zeit der „stability and quiet consolidation of previous gains.“²⁴ Das Drama scheint dieser Richtung gefolgt zu sein, denn es scheint, als habe es sich, soweit es die Themenwahl dieser Zeit betrifft, auf eher amerikantypische Themen zurückgezogen. Tennessee Williams und Arthur Miller waren mit Stücken wie *A Streetcar Named Desire* (1947) und *Death of a Salesman* (1949) äußerst erfolgreich. Der Zerfall des Südens sowie die Lebenssituation eines nur mäßig erfolgreichen Handelsreisenden in einer vom Erfolg bestimmten Gesellschaft bezeichneten die Thematik, die Ende der Vierziger und in den Fünfziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts vorherrschte. Anstatt universeller Themen wurden scheinbar amerikantypische Themen angesprochen. Dies heißt nicht, dass *Death of a Salesman* oder *Streetcar Named Desire* nicht durchaus vor dem Hintergrund universeller Themen gelesen werden können. Dennoch zieht sich das amerikanische Drama in dieser Form von Dramen meiner Meinung eher auf sich selbst zurück als auf universelle Fragen des Lebens einzugehen. Millers Darstellung der Auswirkungen einer individualistischen, am American Dream orientierten Gesellschaft, die das Streben nach Glück und finanziellen Erfolg über das Wohlergehen eines alternden, nur mäßig erfolgreichen und begrenzt belastbaren Menschen stellt, der wiederum nicht bereit ist, sich von den außen aufoktroierten Erwartungshaltungen zu verabschieden, ist nur ein Beispiel für die Auseinandersetzung mit einer solchen amerikantypischen Thematik.

Gilt die Generation der in den 1950er Jahren aufgewachsenen Menschen noch als „silent generation“²⁵ waren die 1960er Jahre geprägt von einer „spirit of revolt.“²⁶ Die in den sechziger Jahren im amerikanischen Drama vorherrschenden Themen waren geprägt von der Stimme der Minderheiten.

24 Wilson 434.

25 Wilson 434.

26 Wilson 495.

Die Bürgerrechtsbewegung erlebte einen ihrer Höhepunkte mit der Verabschiedung des Civil Rights Acts im Juni 1964. Betty Friedan sorgte mit der Veröffentlichung von *The Feminine Mystique* (1963) für Aufsehen und löste eine neue Welle des Feminismus aus. LeRoi Jones'/Amiri Barakas *Dutchman* (1964) ist nur ein Beispiel für die Thematisierung des Schwarz-Weiß-Konflikts, der bis dahin im amerikanischen Drama nicht ausgeprägt zur Darstellung kam. Die revolutionären Tendenzen, die in den 1960er Jahren in der amerikanischen Gesellschaft zu Tage traten, schufen nicht nur den Boden für das ethnische und das feministische Drama. Sie bildeten auch die Grundlage für erste Ansätze, die Themen Sterben und Tod im amerikanischen Drama in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu rücken. Die generelle Hinterfragung der etablierten gesellschaftlichen Ordnung in diesem Jahrzehnt lässt es logisch erscheinen, dass nun auch vormals in den Hintergrund gedrängte Themen wie das Sterben zur Diskussion standen. Geht man von Christopher Bigsby's Aussage aus, dass das Drama das öffentlichste aller literarischen Genres ist²⁷ und damit das Medium, das zeitnah auf gesellschaftspolitisch aktuelle Themen reagiert, so ist der „Doom Boom“, der im amerikanischen Drama seit Ende der sechziger Jahre zu beobachten ist, vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Umgangs mit den Themen Tod und Sterben zu sehen. Erst in den 1950er und 1960er Jahre fanden medizinische und medizintechnologische Entwicklungen ihren Anfang, die die Charakteristika des Sterbensprozesses grundlegend verändern sollten und die Thematik des Sterbens für eine grundlegende Diskussion in den Bereichen der Medizin, Thanatologie, Pflege und Betreuung Sterbender aktuell machen sollten.

Neben der medizintechnologischen Entwicklung, der daraus resultierenden Diskussion über Fragen wie beispielsweise nach der Definition von Tod und einem menschenwürdigen Sterben in den 1950er und 1960er Jahren, die die Themen Tod und Sterben erst aktuell werden ließen, und der

²⁷ Vgl. Bigsby 2.

generellen Hinterfragung der etablierten gesellschaftlichen Ordnung in den 1960er Jahren, war es auch die Entwicklung des amerikanischen Theaters, die den Themen Tod und Sterben zu einem Forum im amerikanischen Drama verhalf und die ich im Folgenden kurz darlegen werde.

2.1. Die Entwicklung des amerikanischen Dramas im zwanzigsten Jahrhundert im Kontext der Entwicklung des amerikanischen Theaters

Rudolf Haas und Edgar Lohner sind der Ansicht, dass die Geschichte des amerikanischen Dramas sehr eng mit der Geschichte des amerikanischen Theaters verknüpft ist. Sie behaupten sogar „die Geschichte des amerikanischen Dramas ist die Geschichte des amerikanischen Theaters.“²⁸ Amerikanische Dramen seien in erster Linie „Partituren des kommerziellen Erfolgs oder Misserfolgs, deren Schicksal sich am Broadway entscheidet.“²⁹ Die Fixierung auf den Broadway bis in die 1950er Jahre hinein und somit die Konzentration auf Erfolg, bzw. Misserfolg spielt meiner Meinung nach eine große Rolle für die Darstellung des Sterbensprozesses im amerikanischen Drama. Grundsätzlich ist hier, am Rande, die Frage zu stellen, wie unterhaltend und somit in Bezug auf Einspielergebnisse erfolgreich ein Drama über das Sterben und die teilweise damit verbundenen Qualen ist. Diese Frage ist kaum wissenschaftlich zu beantworten. Mag sich ein Zuschauer und Leser mit dieser Thematik in seiner Freizeit befassen, so lehnt ein anderer dies ab. Es ist und bleibt nicht nur eine Frage des Geschmacks, sondern auch der individuellen Lebenseinstellung. Dennoch ist der Aspekt des kommerziellen Erfolgs bzw. kommerziellen Potentials der Themen Tod und Sterben zu einem Teil wichtig: Es ist

28 Edgar Lohner und Rudolf Haas, „Theater und Drama in Amerika: Einführung,“ *Theater und Drama in Amerika*. Edgar Lohner und Rudolf Haas (Hrsg.) (Berlin: E. Schmidt, 1978) 9.

29 Lohner und Haas 9.

unwahrscheinlich, dass in einer Zeit, in der es um Profit, Einspielergebnisse und Zuschauergunst ging, Dramen, die sich dadurch auszeichnen, dass sie von einem unbekanntem Dramatiker und dann auch noch ein wenig gesellschaftsfähiges Thema wie Tod und Sterben in den Mittelpunkt der Handlung stellen, am Broadway zur Aufführung kamen. Haas und Lohner betonen die Dominanz des Unterhaltungswertes über den Bildungsaspekt in einer, da nicht subventionierten, durch einzelne oder Gruppen finanzierten Theaterlandschaft.³⁰ Bis in die 1960er Jahre hinein wurden, um das finanzielle Risiko möglichst gering zu halten, häufig Stücke eingekauft, die schon im Londoner West End erfolgreich waren. Der Broadway war also ein „kommerzielles Unternehmen mit hohen Produktionskosten und im günstigen Fall hohen Verdienstmöglichkeiten,“³¹ in dem junge, unbekannte Autoren keine Chance hatten. Beispielhaft für solche Schwierigkeiten sei hier Edward Albee angeführt, der erst nach der erfolgreichen Uraufführung seines Werkes *The Zoo Story* in Berlin 1959 in der amerikanischen Theaterlandschaft Fuß fassen konnte. Dies änderte sich erst mit dem Start des Off-Broadway und Regional Theater Movements in den 1950er Jahren. Zwar gab es auch vor den 1950ern kleinere, unabhängige Theater, wie zum Beispiel das Provincetown Playhouse, mit dem Mut zur Kommerzabhängigkeit, doch niemals war die Zahl der Non-profit-Theater so hoch wie seit den 1970er Jahren.³²

Zeitgleich zum Off-Broadway-Movement entwickelte sich das Regional Theater, das zwar enthusiastisch begrüßt wurde, bei dem sich aber durch die ebenfalls private Finanzierung sehr schnell ein Erfolgszwang einstellte, wie Brinkmann betont, und so „oft alte Broadwayerfolge den 'schwierigen' Stücken

30 Lohner und Haas 13.

31 Jürgen Brinkmann, „Off-Off-Broadway: Das neue amerikanische Theater;“ *Theater und Drama in Amerika*. Edgar Lohner und Rudolf Haas (Hrsg.) (Berlin: E-Schmidt, 1978) 154.

32 Vgl. Lohner und Haas 38 und Anton Kaes, „Zwischen Avantgarde und Massenkultur: Die Anfänge der amerikanischen Theaterbewegung,“ *Theater und Drama in Amerika*. Edgar Lohner und Rudolf Haas (Hrsg.) (Berlin: E. Schmidt, 1978) 63.

unbekannter Autoren vorgezogen wurden.“³³

2.1.1. Die Dominanz des Broadway und ihr Einfluss auf die Darstellung des Sterbensprozesses

Anders war dies in der Off-Off-Broadway-Bewegung³⁴, die alleine schon durch ihre Organisation für den Verzicht auf finanziellen Erfolg steht. Kaufte die Mitglieder der Off-Broadway-Bewegung häufig Theatergebäude und beschäftigten feste Angestellte,³⁵ wurde und wird auch heute noch im Rahmen der Off-Off-Broadway-Bewegung in Cafés, Kellerräumen, Büros und Bars gespielt,³⁶ überall dort, wo Platz für die Akteure und ein kleines Publikum ist. Durch die entstandenen Fixkosten, die sich die Off-Broadway-Anhänger selbst schufen, war die Off-Broadway-Bewegung finanziellem Druck unterworfen, wodurch sie sich sukzessive dem kommerziellen Theaterbetrieb des Broadway anpasste:

Off-Broadway productions, once fugitive, experimental, and sporadic, are now the victims of their own success: they have professional Equity casts, are subject to union rules and high costs from which they were originally exempt, offer themselves for review by the regular critics, and play a regular eight-a-week schedule of public performances.³⁷

Durch die nicht vorhandenen Fixkosten der Off-Off-Broadway-Bewegung, wie

33 Brinkmann 155.

34 Für eine weiterführende Darstellung der Off- und Off-Off-Broadway Bewegung siehe Julius Novick, *Beyond Broadway: The Quest for Permanent Theaters*. (New York: Hill and Wang, 1968); Theodore Shank, *American Alternative Theater*. (New York: Grove Press, 1982); Gerald Weales, *The Jumping-Off Place: American Drama in the 1960s*. (London: Macmillan, 1969); Joseph Aurbach, *Theatre Byways*. (New Orleans: Ployanthos, 1978).

35 Vgl. Stuart Little, *Off-Broadway: The Prophetic Theater*. (New York: Coward, McGann & Geoghegan, 1972) 43.

36 Vgl. Brinkmann 156.

37 Wilson 473.

zum Beispiel der Unterhalt eines Theatergebäudes, fiel ein großer Profitdruck weg. Als erstes Off-Off-Broadway Theater gilt das 1958 eröffnete Café Cino, in dem Dichterlesungen bald zur Aufführung bekannter Autoren wie Wilde und Beckett führten.³⁸ Die Off-Off-Broadway-Bewegung führte zu einer „Flut von Autoren, die plötzlich und unerwartet über das amerikanische Theater hereinbrach. Jeder Amateur, der ein Manuskript seines Erstlingswerkes mit sich herumtrug, hatte und hat immer noch die Chance, dieses Stück aufzuführen.“³⁹ Da der Off-Off-Broadway von vornherein nicht als kommerzielles Unternehmen mit Gewinndruck gedacht war, konnte nun auch ohne finanzielles Risiko anspruchsvolleren Stücken, die sich nicht immer an den gegenwärtigen Interessen des Publikums orientierten, ein Forum gegeben werden.⁴⁰

Maßgebend für die Stützung meiner These ist dies, da in einer Zeit und einem Raum, in der jeder sein Stück, und sei es nur ein zehnminütiger Einakter, zur Aufführung bringen kann, auch Stücke mit Themen wie Tod und Sterben, oder allgemeiner gesagt, Stücke, die Themen zum Mittelpunkt machen, die vielleicht auf Anhieb nicht sehr publikumswirksam erscheinen, zur Aufführung gebracht

38 Vgl. Brinkmann 156.

39 Brinkmann 161.

40 Einen interessanten Zusammenhang für die Öffnung der amerikanischen Theaterlandschaft für unbekanntere, auf den ersten Blick nicht erfolgsversprechend scheinende Themen sieht Arnold Aronson in seiner Abhandlung *The American Avantgarde Theater*. Aronson beleuchtet die Entwicklung des amerikanischen Dramas vom Standpunkt der Entwicklung der Avantgarde aus und sieht eine Verbindung zwischen der Explosion der allgemeinen „theatrical activity“ Ende der 1950er und der „new energy and freedom“ der Avantgarde. Seiner Argumentation zufolge stehen Avantgarde-Künstler immer im Gegensatz zu und rebellieren gegen festgefahrene politische oder gesellschaftliche Normen. In der Avantgarde Bewegung wird alles in Frage gestellt. Aronson meint ein Aufleben des Avantgarde-Theaters in den 1950er Jahren, zu denen er das Living Theater zählt, zu beobachten. Dass dies nicht schon zeitlich vorher geschah, liegt seiner Ansicht nach darin, dass erst ein festgesetztes politisches und gesellschaftliches System geschaffen werden musste, gegen das auch rebelliert werden konnte. Erst nach der Schaffung dieses Systems fand die Avantgarde ihren Weg in die amerikanische Kunstwelt. Zwar hatte das Avantgarde-Theater nur ein kleines und elitäres Publikum, jedoch schätzt Aronson seinen Einfluss größer ein als das kleine Publikum vermuten ließe. Vgl. Arnold Aronson, *American Avantgarde Theatre: A history*. (New York: Routledge, 2000).

werden konnten.

Zwei Aspekte waren damit prägend für die Einbeziehung der Sterbens- und Todesthematik in die Darstellungsformen des amerikanischen Dramas ab den 1970er Jahren. Zum einen die Entwicklung der Gattung von einem experimentellen Vor-Etablierungsprozess in den Jahren 1900 bis 1930, über ihre erste, thematisch signifikante Prägung durch die Weltwirtschaftskrise in den 1930er Jahren, gefolgt von einer Form der Reduktion auf eine Form der Unterhaltungsfunktion als Begleiterscheinung des Zweiten Weltkrieges, die verstärkte Reflektion der amerikanischen Erfolgsthematik in den Zeiten des starken Wirtschaftswachstums bis zu einer sich weitenden Themenauswahl seit den 1950er Jahren. Zum anderen waren die ökonomischen Hintergründe der Gattung Drama prägend für ihre Entwicklung. Ausgehend von einer Form der Unterhaltungskunst war die Auswahl und Aufführung von Stücken von betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten gelenkt. Diese konnte speziell in den 1960er Jahren durch Idealismus und Verzichtbereitschaft von Seiten der Autoren und Schauspieler und des Publikums durchbrochen werden, wodurch sich der Weg für nicht kommerzielle, experimentelle Aufführungen und auch nicht massengeschmackskonforme Themen ebnete.

3. Von Akzeptanz zu Verdrängung: Veränderungen in den Einstellungen zum Tod in der amerikanischen Gesellschaft im zwanzigsten Jahrhundert.

Das Themengebiet der Todeseinstellung war und ist Gegenstand umfangreicher soziologischer Forschung in Bezug auf westliche Industrienationen, einschließlich ihrer größten Volkswirtschaft, den USA. Die in den folgenden Ausführungen dargestellten Abhandlungen wurden teilweise mit Bezug auf einzelne Staaten, überwiegend jedoch mit Gültigkeit für alle westlichen Industrienationen erarbeitet. Die folgenden Ausführungen unterstellen eine Anwendbarkeit auch für den amerikanischen Kulturraum.

Betrachtet man die Diskussionen der Todeseinstellungen in den Bereichen der Soziologie, Psychologie und Thanatologie, trifft man auf die häufig vertretene Behauptung, dass industrialisierte und modernisierte Gesellschaften vor dem zwanzigsten Jahrhundert offen mit den Themen Tod und Sterben umgingen, indem sie ihnen einen kulturellen und gesellschaftlichen Rahmen gaben.⁴¹ Es wird ebenso behauptet, dass sich diese Einstellung zu den Themen Tod und Sterben im zwanzigsten Jahrhundert drastisch veränderte. Anstatt offen mit dem Tod als eine unabänderliche Tatsache des Lebens umzugehen, wurde das Wissen um die menschliche Sterblichkeit zunehmend verdrängt. Dies wird aus ganz unterschiedlichen Perspektiven analysiert. Philippe Aries, zum Beispiel, erläutert die Entwicklung von der Todesakzeptanz, *death acceptance*, zur Todesverdrängung, *death denial*, im Rahmen einer epochalen Einordnung. So nennt er beispielsweise den offenen Umgang mit dem Tod und dem Sterbensprozess vor dem Hintergrund kultureller Riten, „*tamed death*.“⁴² Als gezähmt versteht Aries hier eine Form

41 Vgl. Aries, Elias, Dumont und Foss..

42 Aries 2 ff.

der Kontrolle der Menschen über den Sterbensprozess, indem sie traditionellen Riten folgten. Aries bezieht sich hier auf nicht-modernisierte⁴³ Gesellschaften und argumentiert, dass in diesen Gesellschaften der Tod noch als ein natürlicher Prozess gesehen und auch als solcher vom Sterbenden und seiner Familie wahrgenommen wurde. Aries' Ansicht nach spürte ein Sterbender zu Zeiten des tamed death, dass der Zeitpunkt des Todes nahe war, fühlte eine „inner conviction“⁴⁴ und bereitete sich mittels bestimmter Riten, wozu Aries unter anderem die Ausrichtung des Körpers gen Osten zählt, auf seinen Tod vor. Aries bezeichnet diese Einstellung des gezähmten Todes als „old attitude“, in welcher der Tod allgegenwärtig war und ohne große Angst erwartet wurde: „Death was both familiar and near, evoking no great fear or awe.“⁴⁵ Der Tod, das Thema der menschlichen Sterblichkeit, wurde nicht verleugnet. Das Sterben war ein natürliches Ereignis des Lebens. Zur Illustration dieser „old attitude“ zieht Aries Beispiele aus der Literatur heran, in der viele Beschreibungen und Repräsentationen von Sterbebett- und Sterbeszenen zu finden sind.⁴⁶ Cervantes *Don Quixote* und der Kutscher in Tolstois Erzählung *Three Deaths*, in denen sowohl Don Quixote als auch der Kutscher ihren nahenden Tod spüren, seien hier nur als zwei Beispiele genannt.⁴⁷

Das Sterben wurde aber nicht nur als ein auf natürliche Weise auftretendes Ereignis gesehen; es war vielmehr auch ein öffentliches Geschehen: „It was also a public ceremony. The dying man's bedchamber became a public

43 Unter nicht-modernisierten Gesellschaften versteht Aries nicht-industrialisierte Gesellschaften, d.h., Gesellschaften, in denen noch die Möglichkeit der Mystifizierung unerklärlicher Phänomene aufgrund fehlender wissenschaftlicher Erkenntnisse gegeben ist. Vgl. Aries 2 ff.

44 Aries 4.

45 Aries 13.

46 Aries 3, 7, 12.

47 Vgl. Aries 5, 6.

place to be entered freely."⁴⁸ Aries' Meinung nach änderte sich dies erst gegen Ende des achtzehnten Jahrhunderts, als Ärzte zum ersten Mal Bedenken bezüglich der Hygiene im Sterbezimmer äußerten. In Folge dessen verringerte sich die Anzahl der Menschen, die den Sterbenden begleiteten, jedoch war der Sterbende nicht allein, sondern immer noch umgeben von Familienmitgliedern, für gewöhnlich einem Geistlichen und „passers-by who met the priest bearing the last sacrament."⁴⁹ Der Tod eines Menschen war ein öffentlich erlebtes Ereignis, in dem sowohl die Familie als auch Freunde eine wichtige Rolle spielten. Dieser offene Umgang mit dem Tod und Sterben steht im Kontrast zur Handhabung dieser Themen, die im zwanzigsten Jahrhundert zu beobachten ist. Im Verlauf dieses Jahrhunderts wurde der gezähmte Tod zum unsichtbaren Tod:

A brutal revolution in traditional ideas and feelings has taken place. [...] Death, so omnipresent in the past that it was familiar, would be effaced, would disappear. It would become shameful and forbidden.⁵⁰

Aries spricht von einer Abtrennung des Todes auf praktischer als auch symbolischer Ebene.⁵¹ Die Gründe für diese Abtrennung sieht er im allgemeinen Lauf des Zivilisationsprozesses, der sich Ausdruck verschafft in Modernisierung, Rationalisierung und dem zunehmenden Individualismus der Lebenssituation im zwanzigsten Jahrhundert; eine Entwicklung, die seiner Meinung nach zwischen 1930 und 1950 begann.⁵²

48 Aries 12.

49 Aries 12.

50 Aries 85.

51 Vgl. Aries 86 ff.

52 Vgl. Aries 87; Geoffrey Gorer, der sich auf die Death attitudes der britischen Gesellschaft konzentriert, sieht den Ersten Weltkrieg als Beginn der Todesverdrängung. Vgl. hierzu Gorer, *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*. (London: Cresset, 1965) und „The Pornography of Death,” *Encounter*. (Oktober 1955). 169-178.

In diesem Kontext ist es daher wichtig, die Aspekte, die den in den westlichen Gesellschaften zu beobachtenden Wandel der Einstellungen zum Tod begünstigten, vor dem Hintergrund des Zivilisationsprozesses zu diskutieren.

3.1. Der Zivilisationsprozess und die Konsequenzen für die Death attitudes

Norbert Elias konzentriert sich in seiner Abhandlung über die Situation der Sterbenden im zwanzigsten Jahrhundert speziell auf den Zivilisationsprozess. Er ist der Ansicht, dass die Verleugnung des Todes im Kontext dieses Prozesses, der seiner Darstellung nach durch die Trieb- und Affektkontrolle charakterisiert wird, gesehen werden muss.⁵³ Im Verlauf der Zivilisation schafften es die Menschen, ihre grundlegenden Triebe und Affekte zu kontrollieren. Diese Kontrolle wiederum beeinflusste unseren Umgang mit den Themen Tod und Sterben, da, wie Nassehi und Weber schreiben, der Tod „zweifellos zu den affektgeladenen, angstbesetzten und eher das andere der Vernunft ansprechenden Ereignissen des menschlichen Lebens“⁵⁴ zählt. Aries erwähnt die ständig an den modernen Menschen gestellte Erwartung, dem Tod auf rationale und nicht auf emotionale Weise zu begegnen.⁵⁵ Ohne die Möglichkeit, den Emotionen, der Trauer, der Angst und der Hilflosigkeit, mit der wir unserem eigenen Sterben oder dem Anderer begegnen, nachzugeben, bleibt nur die Möglichkeit der Unterdrückung und Verdrängung dieser Emotionen.

Neben der Affekt- und Triebkontrolle beeinflusste das hohe Maß an Lebenssicherheit, die in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts in

53 Vgl. Elias 9 ff.

54 Nassehi und Weber 311.

55 Aries 87.

den westlichen Gesellschaften stetig zunahm und die von Elias als weiteres Produkt des Zivilisationsprozesses betrachtet wird, unseren Umgang mit unserer Sterblichkeit entscheidend. Elias ist der Ansicht, dass eine vergleichsweise starke Identifikation der Menschen untereinander zu dem hohen Maß an Lebenssicherheit beigetragen hat. Diese Identifikation macht es uns prinzipiell unmöglich, dem Leid und dem Sterben Anderer mit Freude zu begegnen.⁵⁶ Nicht der Fall war dies zum Beispiel in der Antike, als das Beiwohnen von Gladiatorenkämpfen als Freizeitbeschäftigung und öffentliche Hinrichtungen als „Sonntagsvergnügen“⁵⁷ betrachtet wurden. Desweiteren konnten sich die Menschen in westlichen Gesellschaften schon allein deswegen sicher fühlen, da in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts keine Kriege in ihren Ländern ausgetragen wurden und sie nicht fürchten mussten, aufgrund militärischer Aktionen oder durch Hunger sterben zu müssen: „Die Pazifizierung im Innern der Gesellschaft, der Schutz des Einzelnen vor staatlich nicht lizenzierten Gewalttat, wie auch vor dem Hungern, hat ein Ausmaß erreicht, das die Vorstellungskraft von Menschen früherer Zeiten übersteigt.“⁵⁸ Dieses hohe Maß an Lebenssicherheit hatte auch Auswirkungen auf die metaphysischen Erklärungsversuche der Menschen für ihre Existenz bzw. für die menschliche Endlichkeit. Je unsicherer, je unkontrollierbarer das Leben, desto größer ist laut Elias, das „Verhaften an einem überweltlichen Glauben, der metaphysischen Schutz gegen die unberechenbaren Schläge des Schicksals und vor allem auch gegen die eigene Vergänglichkeit verspricht.“⁵⁹ Folgt man nun Elias' Argument, so ist das Festhalten an einem metaphysischen Glauben,

56 Vgl. Elias 9.

57 Elias 9.

58 Elias 16; Vgl. auch Philip Mellor, „Death in High Modernity: The Contemporary Presence and Absence of Death,“ David Clark (Hrsg.), *The Sociology of Death: Theory, Culture, Practice*. (Cambridge, MA: Blackwell, 1993) 25.

59 Elias 17.

dieser „metaphysische Schutz“, in jenen Gesellschaften am häufigsten, deren „Lebenslage am ungewissesten und für sie am wenigsten kontrollierbar ist.“⁶⁰ Es erscheint also logisch anzunehmen, dass sich die Menschen immer dann von der Metaphysik abwenden, je modernisierter, je sicherer und vorhersehbarer ihre Lebenssituation ist. In einem solchen Fall brauchen die Menschen den metaphysischen Schutz gegen Schicksalsschläge, wie zum Beispiel einen frühen Tod eines Angehörigen durch äußerliche Gewalt, aus dem einfachen Grund nicht mehr, da diese Schicksalsschläge nicht in einem solchen Ausmaß vorkommen, wie es zu früheren Zeiten der Fall war. Die Abkehr von metaphysischen Erklärungen wirkte sich auch sehr stark auf die Stellung der Kirche als Institution dieser metaphysischen Erklärungsversuche aus. Vor dem Beginn der Moderne und der Industrialisierung war es die Religion und ihre Institutionalisierung, die Kirche, die den Menschen einen Rahmen für die Sinngebung des Lebens und des Todes, oder - allgemeiner gesprochen - für uns nicht ohne Weiteres erklärbare Phänomene gab. Mit Hilfe religiöser Lehren konnten die Menschen „Widersprüche innerhalb der Lebenswelt“⁶¹ zumindest bis zu einem bestimmten Grad in ihr Glaubenssystem und ihr Verständnis der Welt integrieren. Der Tod gehört sicherlich zu einem solchen, für uns nicht vollständig erkläraren Ereignis. Zwar ist bekannt, was physisch im Moment des Todes passiert, doch die die Menschheit beschäftigende Frage ist die, ob und wenn ja, in welcher Form eine Weiterexistenz des Bewusstseins nach diesem Moment möglich ist. Religion, der Glaube an eine übergeordnetes Sinnsystem, das Vertrauen in die Kontrolle über das Leben durch eine höhere Macht, machte den Gedanken an Tod nicht nur erträglich, „sondern vor allem auch sinnhaft verstehbar.“⁶² Für Nassehi und Weber ist es genau dieses sinnhafte Verstehen, die Sinngebung des Todes durch die Religion, die unseren

60 Elias 16/17.

61 Nassehi und Weber 184.

62 Nassehi und Weber 185.

Umgang mit dem Tod erheblich charakterisiert. Im Zuge der Säkularisierung verlor die Kirche maßgeblich an Bedeutung; ihre traditionellen Aufgaben und Funktionen als „schützendes Dach“⁶³ werden nur noch für eine stetig abnehmende Anzahl der Menschen erfüllt. Die Kirche ist nicht mehr das „gesellschaftliche Sinnsystem“,⁶⁴ als das sie Nassehi und Weber bezeichnen; die Kirche ist ihrer Meinung nach in die Reihe anderer Institutionen, wie zum Beispiel politischer Parteien oder Vereine, einzuordnen. Menschen in ihren individuellen Lebenssituationen Antworten auf universelle Fragen der menschlichen Existenz zu geben, ist eine Aufgabe, die die Kirche im Lauf der Aufklärungsbewegung für einen deutlich kleineren Teil der Gesellschaft übernahm als zu früheren Zeiten. Somit schwand auch das durch die Kirche charakterisierte Bild vom Tod, wurde jedoch nicht durch eine von der Aufklärung geprägte Todesvorstellung ersetzt. Eine Vorstellung von Tod „ohne Gott, ohne Hölle und Himmel, deutbar nach menschlichen Werten und Begriffen, verständlich aus dem Leben selbst“⁶⁵ war zwar „erklärtes Programm des neuen Bewusstseins, doch es hat sich nicht verwirklichen lassen.“⁶⁶ An die Stelle des christlichen Todesbildes trat nun ein „schemenhaftes, facettenarmes, profanes Todesbild.“⁶⁷ Es ist dieses Fehlen einer traditionellen, kirchlichen Bedeutung und Vorstellung des Todes, die Nassehi und Weber für die Verdrängung des Todes verantwortlich machen.⁶⁸ Der Tod befindet sich offenbar in einer Identitätskrise. Es ist den Menschen nicht möglich, ein end- und allgemeingültiges Bild vom Tod zu haben, und zwar aus dem Grund, dass

63 Nassehi und Weber 185.

64 Nassehi und Weber 184.

65 Groethuysen zitiert in Nassehi und Weber 300.

66 Nassehi und Weber 300.

67 Nassehi und Weber 301.

68 Nassehi und Weber 312.

noch niemand gestorben und dann zurückgekehrt ist, um der Welt mitzuteilen, was genau „tot“ bedeutet.⁶⁹ Dennoch erscheint es verständlich, dass eine Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit in Form eines konkreten Todesbildes leichter scheint als eine Auseinandersetzung mit etwas Schemenhaftem, nicht Vorstellbarem. Die Vorstellung eines Lebens nach dem Tod, welches das jüngste Gericht einbezieht, hatte vor der Aufklärung zur Folge, dass die Menschen versuchten, ihr Leben dementsprechend auszurichten, z.B. ohne Sünde zu leben, Buße zu tun, um nicht in der Hölle zu enden. So fungierte das kirchliche Bild des Todes auch als Orientierung für die Menschen: „Der Schrecken wurde bloßgelegt und beschworen Dies – und das ist das Entscheidende – machte ihn kommunikabel.“⁷⁰

Der Zivilisationsprozess führte also nicht nur zu einer Kontrolle der Emotionen und somit dem Anspruch, dem Tod rational und nicht emotional zu begegnen. Vielmehr hatte der Einflussverlust der Kirche zur Konsequenz, dass sich der Großteil der Menschen von der traditionellen, also christlichen, Sinnggebung des Todes abwendete, jedoch kein neues, aufgeklärtes Todesbild entwickelte. Es ist dieser Bedeutungsverlust, der den Weg für eine Verdrängung des Todes ebnete.

69 Als Ausnahme kann man an dieser Stelle die Nahtoderfahrungen einiger Menschen anführen. Diese beziehen sich aber meinen Recherchen zu Folge auf den Moment des Sterbens und beantworten, wenn überhaupt nur die Frage, wie der Übergang vom Leben zu Tod aussehen könnte. Wie groß das Bedürfnis der Menschen ist zu erfahren, ob es ein Leben nach dem Tod gibt, erkennt man letztlich auch daran, wie intensiv Forschungsprojekte auf dem Gebiet der Nahtoderfahrungen durchgeführt werden, die die Frage beantworten sollen, inwieweit die von den Betroffenen geschilderten Erfahrungen auf den Sauerstoffmangel des Gehirns im Moment des Todes zurückzuführen ist, der zu Halluzinationen führen kann.

70 Nassehi und Weber 312.

3.2. Die Entwicklung moderner Medizintechnologie und die resultierenden Diskurse: ihre Auswirkungen auf die Death attitudes

Neben der Pazifizierung in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts und dem Einflussverlust religiöser Institutionen als Folge der Säkularisierung haben die Entwicklungen in den Bereichen der Medizin und Medizintechnik zu dem hohen Maß an Lebenssicherheit beigetragen und die Einstellungen der Menschen zu ihrer Sterblichkeit entscheidend beeinflusst. Die Möglichkeiten der Medizin entwickelten sich in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts rasant – an dieser Stelle sei nur die Einführung solcher Behandlungsmöglichkeiten wie der Herz-Lungenmaschine 1953 oder Organtransplantationen genannt. Einst meist tödlich verlaufende Krankheiten wie die Pocken oder Tuberkulose konnten, wenn nicht ausgerottet, zumindest unter Kontrolle gebracht werden.⁷¹ Ein Sterbensprozess kann sich mit Hilfe der medizintechnischen Möglichkeiten über Wochen, Monate oder gar Jahre hinziehen. Sicherlich konnte sich der Sterbensprozess einiger Menschen auch schon vor dem Aufkommen der Möglichkeiten der Lebenserhaltung und -verlängerung über einen längeren Zeitraum hinziehen. Es ist jedoch anzunehmen, dass erst durch die technologische Entwicklung der Sterbensprozess derart in die Länge gezogen werden konnte wie nie zuvor. Die zunehmende Mechanisierung der Lebensumstände wirkte sich Aries' Meinung nach auf die Charakteristika des Todes aus, der in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts zu einem „technical phenomenon“⁷² wurde:

Death has been dissected, cut to bits by a series of little steps, which finally makes it impossible to know which step was the real death, the one in which consciousness was lost, or the one in which breathing

⁷¹ Eine ausführliche Darstellung der medizinhistorischen Entwicklung von der Antike bis zur Gegenwart bietet Wolfgang Eckart, *Geschichte der Medizin*. (Heidelberg: Springer, 2005).

⁷² Aries 88.

stopped. All these little silent deaths have replaced and erased the great dramatic act of death, and no one any longer has the strengths or patience to wait over a period of weeks for a moment which has lost parts of its meaning.⁷³

Auch Werner Fuchs sieht einen Zusammenhang zwischen der zunehmenden Kontrolle über die Natur unsererseits und den Charakteristika des Todes und des Sterbensprozesses. Seiner Meinung nach wird der Begriff des „natürlichen Todes“ an sich in Frage gestellt. Kaum jemand stirbt in der heutigen Zeit noch einen natürlichen Tod, der im natürlichen Nachlassen der physischen Kräfte begründet ist; viel eher sterben Menschen nach einer mehr oder weniger langen Zeit der medizinischen Beobachtung. Altersbedingte Zerfalls- und Sterbensprozesse werden als „Störung des Lebensprozesses“⁷⁴ gesehen. Dies hat zur Folge, dass ein sich schon in der Sterbensphase befindlicher Mensch häufig noch medizinisch-kurativ behandelt wird und am Ende in einer Klinik stirbt. Der Sterbensprozess wird damit verlagert in eine für den Betroffenen fremde Umgebung, in der er zudem noch von ihm nicht vertrauten Personen umgeben ist. Medizinisches Personal gewinnt so an Einfluss, wohingegen die Familie, Freunde und die Nachbarschaft an Bedeutung verloren.⁷⁵ Dies ist auch eine Konsequenz der sich durch die Industrialisierung und Mechanisierung ändernden Lebensumstände, mit denen eine Landflucht begann, durch die Menschen oft räumlich entfernt von ihrer engsten Familie lebten und leben. Auch fehlen die zeitliche Möglichkeit, kranke oder sterbende Familienangehörige zu pflegen. Statt der Familie kümmert sich in der heutigen

73 Aries 88/89.

74 Werner Fuchs, *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*. (Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1969) 177.

75 Klaus Feldmann, der sich insbesondere auf die Struktur moderner Gesellschaften konzentriert, spricht von einer Abtrennung der Familie von anderen gemeinschaftlichen Institutionen. Klaus Feldmann, *Tod und Gesellschaft – Eine soziologische Betrachtung von Sterben und Tod*. (Frankfurt/Main: Peter Land, 1990) 47.

Zeit bezahltes Personal um den Sterbenden und nach dem Tod auch um die Leiche. Der Tod und der Sterbensprozess werden somit soweit aus unserem Erfahrungsbereich gedrängt, dass die meisten Menschen keinerlei Erfahrung im Umgang mit Sterbenden haben oder gar den Körper eines verstorbenen Angehörigen versorgt haben. Die Begleitung des Sterbenden durch die Familie, das Herrichten des Körpers nach dem Tod, die Totenwache, wie sie einst und vielleicht heute noch in einigen ländlichen Gegenden üblich sind, sind nicht mehr Teil des Lebens in Städten. So sind die Angehörigen zwar betroffen vom Tod eines Familienmitgliedes, aber nicht mehr praktisch begleitend in den Sterbensprozess eingebunden.

Die Möglichkeiten der modernen Medizin sorgen auch dafür, dass der in Industrienationen lebende Mensch mit einer hohen Lebenserwartung rechnen kann. Den letzten Abschnitt ihres Lebens verbringen Menschen für gewöhnlich zurückgezogen von der Arbeitswelt. Dies hat zur Folge, dass der Tod eines älteren, nicht mehr arbeitenden Menschen auch keinen Verlust an Arbeitskraft bedeutet.⁷⁶ Das Sterben und der Tod eines ehemaligen Mitarbeiters finden so häufig unbemerkt von der früheren Arbeitsstätte statt und sind auch hier aus unserem Alltag gedrängt.

Durch das Verbringen der Sterbenden in Kliniken und Pflegeheime⁷⁷ und der Mechanisierung des Sterbensprozesses ist der Tod aus dem direkten Erfahrungsbereich der meisten Menschen gedrängt worden. Dieser Ausschluss des Sterbensprozesses aus dem Erfahrungsbereich eines Individuums wirkt sich wiederum auf die gesellschaftliche Akzeptanz des Sterbensprozesses aus.

76 Fuchs ist der Ansicht, dass der Rückzug von der Arbeitswelt ein sozialer Tod ist, da ein Teil der „Selbstidentifikation“ mit dem Eintritt ins Rentenalter verloren geht. Der Verlust der Selbstidentifikation führt häufig sogar zu einem frühen physischen Tod. Dieses Phänomen wird auch als sogenannter „Pensionierungstod“ beschrieben. Vgl. Fuchs 193.

77 Ein in diesem Zusammenhang interessanter Aspekt ist die moderne Hospizbewegung, die in den USA in den 1950er Jahren, beeinflusst durch die britische Hospizbewegung, begann. Das Hospiz stellt eine häufig ganzheitliche Alternative für sterbende Patienten dar. Näheres dazu in Kapitel 6.

3.2.1. Die gesellschaftliche Akzeptanz des Sterbensprozesses

Sowohl das Verbringen der Sterbenden in medizinische Einrichtungen als auch die Charakteristika dieser medizinischen Einrichtungen wirken sich auf die Einstellungen der Menschen zum Tod aus. Kliniken sind für gewöhnlich derart organisiert, dass das Ausleben von Emotionen unerwünscht oder sogar als Störfaktor gesehen wird. Der Sterbende sollte auf eine von den Mitmenschen akzeptierte Weise sterben und seine Angehörigen sich dementsprechend verhalten. Aries definiert „akzeptabel“ als die Unterdrückung von Emotionen, welche der Tod eines nahen Angehörigen hervorrufen kann.⁷⁸ Das Sterben in einem Krankenhaus ändert nicht dessen etablierte Routine und der Arbeitsalltag der Hinterbliebenen lässt nur wenig Zeit, um die Beerdigung zu organisieren. Dieses Phänomen im Bereich der Kliniken ist dabei bezeichnend für die modernisierte und rationalisierte Gesellschaft an sich. Anstatt den Betroffenen die Möglichkeit der bewussten Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit zu geben, findet ein von Aries als „hushing-up“⁷⁹ bezeichnetes Prozedere statt:

One must avoid – no longer for the sake of the dying person, but for society's sake, for the sake of those close to the dying person – the disturbance and overly strong emotion caused by the very presence of death in the midst of a happy life, for it is henceforth given that life is always happy or should always seem to be so.⁸⁰

Nicht die Interessen und Bedürfnisse des Sterbenden stehen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, sondern die Interessen einer auf höchstem Maße rationalisierten Gesellschaft. Aries bezieht sich in diesem Zusammenhang

78 Aries 89.

79 Aries 87.

80 Aries 87.

insbesondere auf die amerikanische Gesellschaft und vertritt die Ansicht, dass die Leugnung des Todes, die ihm zu Folge in allen westlichen Nationen beobachtbar ist, ursprünglich von den USA ausging. Den Grund hierfür sieht Aries in der grundlegenden ideellen Ausrichtung der amerikanischen Gesellschaft. Das Streben nach Glück ist für ihn das ausschlaggebende Argument, da er in der amerikanischen Gesellschaft eine Verpflichtung jedes Mitglieds zu diesem Streben erkennt:

[There is] a social obligation to contribute to the collective happiness by avoiding any cause for sadness or boredom, by appearing to be always happy, even if in the depths of despair. By showing the least sign of sadness, one sins against happiness, threatens it, and society then risks losing its *raison d'être*.⁸¹

Der Verlust eines geliebten Menschen ist zweifellos ein Grund für Trauer und somit, folgt man Aries' Argumentation, eine Störung dieses speziellen amerikanischen Ideals. Auch Leopold Glaser schließt sich Aries' Meinung, dass der Tod in der modernen Gesellschaft zur Störung geworden ist, an: „Er berührt uns allenfalls noch als Störfall; der öffentliche Tod und seine Rituale sind beseitigt.“⁸² Der Tod und das Sterben, die einst ein „public spectacle“⁸³ waren, sollen nun schnell und unbemerkt vonstatten gehen, ohne das kollektive Glück zu stören. Glaser bezieht sich zwar nicht auf die amerikanische Gesellschaft im Besonderen, argumentiert jedoch, dass die Ideale der modernen Gesellschaft im Allgemeinen geprägt sind von Effizienz, Gesundheit, und Fitness.⁸⁴ Alles, welches diesem Ideal nicht entspricht, wird demnach als

81 Aries 94.

82 Leopold Glaser, „Wir verdrängen die eigene Endlichkeit und schaffen gleichzeitig nekrophile, selbstzerstörerische Strukturen,“ *Tabu Tod*. Mechthild Blum, Thomas Nessler (Hrsg.) (Freiburg im Breisgau: Rombach, 1997) 11.

83 Aries 93.

84 Glaser 12.

Störung betrachtet, die es in jedem Fall zu meiden gilt. Obwohl die Realität nicht immer und unbedingt diesem Ideal entspricht (es sei hier nur die hohe Lebenserwartung und die immer älter werdende Gesellschaft von Menschen erwähnt, die unter altersbedingten Krankheiten leiden), glaubt man immer noch an den „Mythos vom Homo Faber, der alles *machen* kann, auch den Tod und die Todesangst besiegen.“⁸⁵ Herman Feifel schließt sich dieser Ansicht an und bezieht sich direkt auf die amerikanische Gesellschaft. Seiner Meinung nach wird der Tod in der amerikanischen Gesellschaft als Gegner aufgefasst, den es zu besiegen gilt, „the destroyer of the American vision – the right to life, liberty, and the pursuit of happiness.“⁸⁶ Arnold Toynbee behauptet sogar „Death is Un-American,“⁸⁷ da er den Menschen die Macht abspricht „to conquer the globe with know-how and muscle, with science and machinery, with the youthful vigor and hope that conquered the frontier.“⁸⁸ Dieser Gegner und die von ihm direkt Betroffenen werden in Krankenhäuser verbracht und somit aus der Öffentlichkeit des gesellschaftlichen Lebens und dem Erfahrungsbereich des Einzelnen gedrängt. Die scheinbare Abwesenheit des Todes und der Sterbenden im Alltäglichen machen eine Verleugnung der menschlichen Mortalität leichter, als wenn wir ständig damit konfrontiert würden.⁸⁹

85 Glaser 12.

86 Herman Feifel, „Death in Contemporary America,“ *New Meanings of Death*. Herman Feifel (Hrsg.) (New York: McGraw-Hill, 1977) 5.

87 Toynbee zitiert in Sandol Stoddard, *The Hospice Movement: A Better Way of Caring for the Dying*. (London: Jonathan Cape, 1979) 4.

88 Stoddard 4.

89 Eine Ausnahme bildet der Tod prominenter Menschen, wie die große öffentliche Aufmerksamkeit um die Tode Johannes Paul II, John F. Kennedys und Ronald Reagans beispielhaft verdeutlichen.

3.2.2. Die Tabuisierung des Todes und des Sterbensprozesses

Das Unsichtbarmachen des Todes im gesellschaftlichen Leben führt zu einem weiteren Aspekt in der Auseinandersetzung mit der menschlichen Mortalität: der Tabuisierung des Todes und des Sterbensprozesses. Die Kontrolle der menschlichen Triebe und Affekte, die sich im Laufe des Zivilisationsprozesses entwickelte, bedeutet praktisch gesehen die Distanzierung zu und die Stigmatisierung dieser Triebe und Affekte. Die Distanzierung geht einher mit der Definition von Tabuisierung, wie sie Nassehi und Weber sehen. Ihrer Ansicht nach ist eine Tabuisierung die „negative Besetzung eines Objekts.“⁹⁰ Dies beinhaltet auch die Definition akzeptablen Verhaltens. Hält man sich nicht an die durch diese Definition geschaffenen Regeln, führt der Bruch dieser Normen für gewöhnlich zu einem Gefühl der Scham, welches wiederum das Tabu bestätigt.⁹¹ Die Kontrolle der Affekte und ihrer resultierenden Tabuisierung haben zu einer Tabuisierung des Todes geführt, denn Menschen begegnen dem Tod, bzw. dem Gefühl der eigenen Mortalität, meist mit Affekten und Emotionen. Es ist anzunehmen, dass das Tabu nicht dem Tod selbst gilt, da der Tod, diese große Unbekannte, für den menschlichen Verstand nicht zu fassende und nicht darstellbare Tatsache, nicht an sich zu tabuisieren ist. Vielmehr handelt es sich meiner Ansicht nach um eine Tabuisierung der Kommunikation über die Themen Tod und Sterben. Dieses Kommunikationstabu hatte weitreichende Konsequenzen. So beschreibt Feifel, dass in den 1950er Jahren nur wenige Ärzte ihren Patienten die Wahrheit über ihren Zustand sagten, wenn sich dieser als unheilbar herausstellen sollte.⁹²

⁹⁰ Nassehi und Weber 313, 314.

⁹¹ Vgl. Nassehi und Weber 314.

⁹² Herman Feifel, „Death,“ *Taboo Topics*. Norman L. Farberow (Hrsg.) (New York: Atherton Press, 1963) 17. Feifel diskutiert die Ergebnisse einer Studie, in der es um die Frage ging, ob dem Patienten eine tödliche Prognose mitgeteilt werden sollte. Demnach sprachen sich bis zu 90 % der Ärzte dagegen aus, den Patienten in die Wahrheit über seinen Zustand einzuweihen, obwohl 89 % der Patienten angaben, die Wahrheit erfahren zu wollen. Trotz

Selbst wenn der Patient die Wahrheit über seinen Zustand kannte, konnte er nicht offen darüber sprechen, da dies nicht gesellschaftsfähig war.

In der alltäglichen Kommunikation wird diese Tabuisierung durch den Gebrauch von Euphemismen deutlich. Dumont und Foss stellten 1972 fest, dass es den meisten Menschen scheinbar unmöglich ist, über den Tod zu sprechen. In der englischen Sprache stirbt eine Person nicht, das Verb „die“ wird nicht benutzt, sondern „he passed away“. Bestattungsunternehmer sind „grief therapists“ und „the total scene of casket, flowers, and corpse a loving memory picture.“⁹³ Ihren Beobachtungen zu Folge ist es auch nicht akzeptabel, die Themen Tod und Sterben in einem Gespräch zu erwähnen.⁹⁴ Wer sich mit dem

dessen folgte die Mehrzahl der Ärzte ihrem eigens aufgestellten Verhaltenskodex: „The one thing you never do is to discuss death with a patient.“ Feifel „Death“ 12; siehe auch Daniel Cappon, „Attitudes of and Towards the Dying,“ *Canadian Medical Association Journal* 87 (1962) 693-700.

93 Dumont und Foss 36.

94 Die erwähnten Aspekte können jedoch für eine kontrastierende Argumentation genutzt werden, also der, dass die amerikanische Gesellschaft den Themen Tod und Sterben grundsätzlich offen gegenübersteht. Eine Diskussion der so genannten Acceptance or Denial Controversy, i.e. ob die amerikanische Gesellschaft allgemein gesprochen den Tod verdrängt oder offen in ihr Alltagsleben einbindet, kann auf Grund des Rahmens einer Dissertation hier nicht abschließend diskutiert werden. Um jedoch einen kleinen Ausschnitt aus der Denial or Acceptance Controversy zu erwähnen, stelle ich hier kurz das Hauptargument der Acceptance-Verfechter dar: Talcott Parsons und Victor Lidz behaupten, dass eine Verdrängung oder gar Tabuisierung des Todes völlig unlogisch wären, da eine Gesellschaft, die sich so sehr an Rationalität und Wissenschaft orientiert, ein solches unabänderliches Faktum des Lebens wie den Tod nicht leugnen würde. Die Einstellungen der amerikanischen Gesellschaft zur menschlichen Sterblichkeit sehen sie als Teil des 'Instrumental Activism', unter dem sie „dedication to activity that can be expected on rational grounds to maximize human control over the conditional elements of the life situation.“ Parsons und Lidz, 139ff. Wendet man diese Definition auf die Todeseinstellungen an, so heißt dies, dass die Verdrängung des Todes keine Verdrängung ist, sondern ein natürlicher Weg im Umgang mit einem conditional element der Lebenssituation. Da instrumental activism in jeder Hinsicht rational und wissenschaftlich begründet ist, ist die zunehmende Kontrolle über den Sterbensprozess auch als solches zu sehen und nicht im Kontext von Angst oder gar Verdrängung. Eine Leugnung solcher „basic realities“ stünde in absolutem Gegensatz zu Rationalität und Wissenschaft und wäre demnach unlogisch. Parsons' und Lidz Argumentation ist meiner Meinung nach mit Skepsis zu betrachten. Ich denke hierbei an den amerikanischen Brauch, auf ein 13. Stockwerk in Häusern zu verzichten oder die Zahl 13 bei der Nummerierung von Flugzeugsitzreihen auszulassen. Dies ist nur durch Aberglauben begründbar und nicht mit rationaler Denkweise. Zudem widersprechen sich Parsons und Lidz selbst: Sie erwähnen kurz den gesellschaftlichen Status von Bestattungsunternehmern, die sich ihren Beobachtungen zu Folge häufig stigmatisiert

Thema befasst, wird häufig als morbide und depressiv charakterisiert und somit stigmatisiert. Sie selbst bilden bei der Verdrängung des Todes aus dem öffentlichen gesellschaftlichen Diskurs keine Ausnahme:

This book could not have been written, or if written, would not have been extensively read, because of public and academic disapproval of the subject matter. Both the authors and the readers would have been typed as social deviants of peculiar and morbid perversion.⁹⁵

3.2.3. Moderne Thanatopraxie als Verdeutlichung der Todesverdrängung

Die Leugnung der Sterblichkeit wird besonders in der thanatologischen Praxis deutlich. Insbesondere wird das Einbalsamieren des Körpers, die Konservierung der Leiche für einen längeren Zeitraum⁹⁶ als Mittel zur Todesverdrängung gesehen. Das Schminken und das Herrichten der Leiche überdeckt, man könnte sogar sagen *versteckt*, den beginnenden Verwesungsprozess. An Stelle der traditionellen Totenkleidung wird der Verstorbene z.B. in seiner Alltagskleidung gekleidet. Der Tote erscheint auf

fühlen, weil sie sich um die „tabooed dead“ kümmern. Die Frage ist, warum Tote oder die Arbeit mit ihnen tabuisiert sein sollten, wenn eine Tabuisierung ihrer Meinung nach doch gar nicht existiert. Diese Frage stellen sich Parsons und Lidz jedoch nicht. Vgl. Talcott Parsons und Victor Lidz, „Death in American Society,“ *Essays in Self-Destruction*. Edwin Shneidman (Hrsg.) (New York: Aronson, 1967) 139,14,158,170. Eine weitere Meinung der Acceptance und Denial Controversy ist die, dass beide Einstellungen, Akzeptanz und Leugnung gleichzeitig existieren. Siehe dazu Dumont und Foss.

95 Dumont und Foss 55; vgl. auch Tony Walter, „Modern Death: Taboo or Not Taboo?“ *Sociology* 25 (1991) 293-310.

96 Die thanatopraktische Behandlung beinhaltet die folgenden Schritte: „[...] das Injizieren von konservierenden Stoffen – auf der Basis von Formaldehyd – in die an der Oberfläche liegenden Arterien, meistens in die Halsschlagader, manchmal auch in die Arterien unterhalb der Achselhöhle oder am Oberschenkel. Außerdem gehört eine Drainage der Flüssigkeiten im Thorax und Abdomen (Brustkorb und Bauchhöhle) dazu. Gase und Flüssigkeiten müssen aus Lunge, Magen, Darm usw. entfernt werden. Schließlich werden die Einschnitte genäht, der/die Tote wird gewaschen und angekleidet. Bei Unfällen und Autopsien wird die Leiche restauriert.“ Carmen Thomas, *Berührungssängste? Vom Umgang mit der Leiche*. (Köln: Verlagsgesellschaft Köln, 1994) 90.

diese Weise mehr schlafend als tot.⁹⁷ Das Gefühl der Unsterblichkeit wird verstärkt durch dieses Überdecken des körperlichen Verfalls nach dem Tod. Der Bestattungsdirektor Fritz Roth hält aber genau das Beobachten des Verfalls, die physische Manifestierung des Todes für sehr wichtig, um realisieren zu können, dass der Mensch auch wirklich tot ist. Seinen Beobachtungen zu Folge haben Angehörige, die den Toten vor seiner Beerdigung nicht noch einmal gesehen haben, verstärkt Probleme damit, Abschied vom Verstorbenen zu nehmen und ihr Leben trotz des Verlustes nach einer Trauerphase auch wieder zu genießen. In seinem „Haus der menschlichen Begegnung“ gibt er deswegen Angehörigen die Möglichkeit, den Toten regelmäßig zu sehen. So erleben sie natürliche einsetzende Prozesse wie den Verwesungsprozess, denn Roth behandelt die Leichen nicht thanatopraktisch:

Der Geruch, die kalte Hand, die Leichenflecken, die eingefallenen Augen, die eingefallenen Wangen – erst wenn ich das mit allen Sinnen wahrnehme, kann ich diesen Toten auch getrost – oder besser: getröstet – beerdigen.

Wenn ich einen Toten, der Monate in einem Krebsleiden lag, mit Thanatopraxie so behandle, als käme er gerade aus dem Urlaub, und ich mir sagen muss, schau mal, wie gut er aussieht, der kann doch gar nicht tot sein – genau das ist es dann, was für eine Auseinandersetzung in der Trauerarbeit hinderlich ist.⁹⁸

Die thanatopraktischen Methoden des Einbalsamierens sind weit verbreitet in den USA, jedoch nicht so sehr in Europa. Statistiken von 1994 zeigen, dass 95 % der Verstorbenen in den USA für die Beerdigung kosmetisch behandelt werden, wohingegen dies für nur 30 % der Toten in Frankreich zutrifft.⁹⁹ Die Praxis des Einbalsamierens wurde auf breiter Basis während des amerikanischen

⁹⁷ Vgl. hierzu Dumont und Foss 39.

⁹⁸ Roth zitiert in Blum 158.

⁹⁹ Thomas 90.

Bürgerkrieges genutzt, um die Körper gefallener Soldaten für die Überführung zu ihren Familien zu konservieren. Nach Ende des Bürgerkrieges, als es streng genommen keine Notwendigkeit mehr für das Einbalsamieren gab, blieb es dennoch Praxis. Um 1900 wurden spezielle Ausbildungseinrichtungen für das Erlernen der thanatopraktischen Fähigkeiten gegründet.¹⁰⁰

Außer der Thanatopraxis sind die Beerdigungsriten in Bezug auf die Leugnung des Todes von Bedeutung. Dumont und Foss diskutieren in diesem Zusammenhang den Gebrauch von undurchlässigen Särgen, die mit guten Matratzen ausgestattet sind, als ob der Tod nur eine Phase des Schlafes wäre. Sie erwähnen auch die gängige Praxis, dass die Friedhofsmitarbeiter bei einer Trauerfeier warten, bis die Angehörigen die Grabstätte verlassen haben, bevor sie den Sarg ins Grab hinablassen und begraben.¹⁰¹ Dumont und Foss sehen das Füllen des Grabes mit Erde als Verdeutlichung der Irreversibilität des Todes und diese Verdeutlichung gilt es in einer Gesellschaft, die eine offene Auseinandersetzung mit ihrer Sterblichkeit meidet, zu verhindern.¹⁰²

3.3. Gesellschaftliche Fragestellungen als Auflösung des Tabus

Die Einführung lebensverlängernder Behandlungsmöglichkeiten und neuer chirurgischer Techniken, wie z.B. der Herz-Lungen-Maschine 1953, brachte Fragen mit sich, mit denen sich die amerikanische Gesellschaft noch nie zuvor auseinandersetzen musste. Die fundamentalste war die nach der Definition von Tod. Da die Funktion der Herztätigkeit von einer Maschine übernommen werden konnte, stellte sich die Frage, ob ein Mensch tot ist, wenn sein Herz aufhört zu schlagen, also der Herztod als die Diagnose des Zustandes tot gelten

100 Vgl. Thomas 90.

101 Vgl. Dumont und Foss 38/39.

102 Dumont und Foss 39.

kann. Oder aber ob eine Person tot ist, wenn das Herz seine Funktion eingestellt hat. Selbst wenn der Hirntod eingetreten ist, kann der Patient mit Hilfe medizinischer Apparate noch „am Leben“ gehalten werden, welches die Voraussetzung für die Organspende ist. Diese grundlegende Diskussion wurde in den USA in den 1960er Jahren intensiv geführt. 1968 erarbeiteten neun Ärzte der Harvard Medical School die sogenannte „neue“ Definition von Tod, in der sie den Hirntod als medizinischen Tod definierten – anstatt wie vorher den Herztod.¹⁰³ Dieser Definition folgte eine Vielzahl an Literatur in den verschiedensten wissenschaftlichen Gebieten. Die Möglichkeit der Lebensverlängerung bedingte nämlich auch den gesellschaftlichen Diskurs um das Thema der Lebensqualität unheilbar erkrankter Patienten. Es stellte sich die Frage, ob die Existenz eines nur noch durch Maschinen am Leben erhaltenden Patienten zum einen noch als menschenwürdig und zum anderen noch als Leben bezeichnet werden kann. Die aus dieser Diskussion folgende Frage war die nach den Umständen, die eine Einstellung solcher medizinischer Maßnahmen rechtfertigen. Die Antworten auf diese Fragen waren in den 1960er Jahren noch viel weniger offensichtlich als heute.¹⁰⁴ Die Schwierigkeit, eindeutige Regelungen zur Lebensverlängerung bzw. zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen festzusetzen, sieht der Arzt Laurens P. White darin begründet, dass die medizintechnischen Errungenschaften 1968 so neu waren, dass verlässliche Erfahrungswerte zu ihnen fehlten.¹⁰⁵ Vor 1950 war die Medizintechnik noch nicht so weit fortgeschritten, um eine weitreichende Diskussion dieser Fragen auszulösen. Die Diskussion, die in den USA in den 1960er Jahren begann, wurde hauptsächlich in der Rechtsprechung

103 Siehe hierzu www.changesurfer.com/BD/Brain.html 4.1.2004.

104 Ein aktueller Fall, der die Ambiguität solcher Entscheidungen illustriert, ist der Tod Terry Schiavos. Siehe Frank Drieschner, „Ein Mann, der dringend sterben wollte,“ *Die Zeit* 44 (27.10.2005).

105 Laurens P. White, „Death and the Physician: Mortuis Vivos Docent,“ *New Meanings of Death*. Herman Feifel (Hrsg.) (New York: McGraw-Hill, 1977) 97.

ausgetragen.¹⁰⁶ Ein Beispiel ist der Fall Karen Quinlan, deren Eltern 1975 einen Antrag auf Abbruch der lebensverlängernden Maßnahmen (in diesem Fall der künstlichen Beatmung) ihrer damals 21jährigen Tochter stellten. Diese war nach dem Konsum von Alkohol und Schlaftabletten ins Koma gefallen. Der Antrag der Eltern wurde zunächst abgelehnt, die Revision ging durch alle Instanzen der amerikanischen Jurisdiktion, bis dem Antrag schließlich stattgegeben wurde. Karen Quinlan wurde fortan nicht mehr künstlich beatmet und in ein Pflegeheim verlegt, in dem sie 1985 immer noch komatös starb.¹⁰⁷ Der Quinlan-Fall gilt als Präzedenz-Fall, obwohl es schon vor 1975 ähnliche Fälle gab. Die Urteilsbegründungen dieser Fälle basierten jedoch auf dem 1. Verfassungszusatz, dem Recht auf freie Religionsausübung. Die Frage, welche die Richter während der Verhandlungen dieser Fälle stellten, war also die, ob der Staat das Recht hat, die Entscheidung eines Patienten anzufechten, der aus religiösen Gründen eine lebensrettende medizinische Behandlung ablehnt. Im Quinlan-Fall begründete der Oberste Gerichtshof New Jerseys sein Urteil, dem Antrag der Eltern stattzugeben, jedoch mit dem Recht auf Privatheit Karen Quinlans, ausgeübt durch ihre Eltern. Das Gericht vertrat die Ansicht, dass das Recht auf Privatheit der bestimmende Faktor in einer solchen Diskussion ist.¹⁰⁸

Das Bild einer bewusstlosen Person, die nur noch durch Maschinen am Leben erhalten wird, löste also eine kontroverse Diskussion aus. Man erkannte, dass eine langwierige Auseinandersetzung mit Gerichten verhindert werden konnte, wenn die Menschen sich schon präventiv mit der Frage auseinandersetzten, welche medizinische Behandlung sie im Notfall in Anspruch nehmen und welche sie ablehnen würden. Die amerikanische

106 Siehe J. Mason und R. McCall Smith, *Law and Medical Ethics*. (London: Butterworths, 1991).

107 Für Auszüge aus der Urteilsbegründung siehe <http://mbhs.bergtraum.k12.ny.us/cybereng/nyt/brainded.htm> 4.1.2004.

108 Vgl. dazu Raymond Whiting, *A Natural Right to Die – Twenty-three Centuries of Debate*. (Westport, Connecticut: Greenwood Press, 2002) 21.

Gesetzgebung unternahm erste Schritte, um den Menschen die Sicherheit zu geben, dass ihre Entscheidung auch eingehalten wird, sollte die Notwendigkeit hierzu bestehen. Die Keene-Bill, das erste Patientenverfügungsgesetz der USA, wurde 1976 in Kalifornien verabschiedet und beinhaltete, dass sich Ärzte an den so genannten „living will“ zu halten haben.¹⁰⁹ Sollte ein Patient verfügt haben, dass er im Notfall keine künstliche Beatmung wünscht, so wird diese nicht eingeleitet, bzw. unterbrochen, sollte die Einleitung schon geschehen sein. 1977 folgten sieben Bundesstaaten diesem Modell.¹¹⁰

Die Einhaltung der Patientenverfügungen ist in den USA klar geregelt. Eine solch klare Regelung besteht jedoch nicht für den Fall, dass ein unheilbar erkrankter Patient den Moment seines Todes selbst bestimmen möchte, also sich zu einem von ihm gewünschten Zeitpunkt das Leben nehmen möchte. Der Suizid soll in einem solchen Fall auf eine Art geschehen, die das Mitwirken von Ärzten nötig macht. Diese sollen dem Patienten nicht selbst die letale Dosis eines entsprechenden Medikamentes verabreichen, sondern ein Rezept für die Arznei ausstellen und eventuell dem Betroffenen erläutern, wie es einzunehmen ist, so dass es tödlich wirkt. Studien zeigen, dass die Mehrheit der amerikanischen Bevölkerung und auch die Mehrzahl der Ärzte sich für diese Möglichkeit eines selbstbestimmten Todes aussprechen.¹¹¹ Die Debatte dieser Form von Sterbehilfe, des Physician-Assisted Suicide, und deren Legalisierung liegt in den USA in der Verantwortung der Bundesstaaten. Der Oberste Gerichtshof der USA äußerte sich 1997 wie folgt:

States are presently undertaking extensive and serious evaluation of

109 Vgl. White 88; heutzutage ist es möglich, Patientenverfügungen aus dem Internet herunterzuladen und diese online zu registrieren, so dass Ärzte bundesweit telefonisch oder mit Hilfe des Internets schnell herausfinden können, ob der Patient eine Verfügung verfasst hat. Siehe dazu: www.uslivingwillregistry.com

110 Vgl. Whiting 22.

111 Siehe Pew Research Center for the People & the Press, „Strong Public Support for Right to Die,“ <http://people-press.org/reports> 9.1.2006.

physician-assisted suicide and other related issues.

In such circumstances, the challenging task of crafting appropriate procedures for safeguarding liberty interests is entrusted to the 'laboratory' of the States.¹¹²

Oregon war 1998 der erste Staat, der ein entsprechendes Gesetz verabschiedete, den so genannten Death with Dignity Act. Um von dem Gesetz Gebrauch machen zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

To use the law, a patient must be older than 17 years of age, capable of making and communicating health care decisions, and terminally ill with a life expectancy of less than 6 months. The patient's request for assisted suicide must be communicated to a doctor both orally and in writing, and both the prescribing physician and a consulting physician must confirm the diagnosis and prognosis as well as agree that the patient is capable of making an informed decision and is not clinically depressed. If either doctor is uncertain about the patient's mental competence, the patient must be referred for a psychiatric or psychological evaluation. People who are given a prescription for lethal medications must be able to take them orally; family members, friends, doctors, and other health care workers are forbidden to administer the drugs.

[...] Once a patient swallows the prescribed dose, it is illegal to take any additional measure to hasten death.¹¹³

Die Medikamente sind meist Barbiturate, vor deren Einnahme im Fall eines Suizids die Verabreichung eines Mittels gegen Übelkeit empfohlen wird, um ein Erbrechen der eingenommenen Barbituratdosis zu verhindern. In allen im Rahmen einer Studie beobachteten Fällen trat wenige Minuten nach der Einnahme Bewusstlosigkeit ein und für gewöhnlich innerhalb einer halben Stunde der Tod.¹¹⁴ Nicht alle Patienten, die sich ein Rezept für die

112 Kathryn L. Tucker, „End of Life Care: A Human Rights Issue,“ *Human Rights* 30 (2003) 13.

113 Susan Okie, „Physician-Assisted Suicide - Oregon and Beyond,“ *New England Journal of Medicine* 352 (2005) 1627/1628.

114 Vgl. Okie 1628.

entsprechenden Medikamente ausstellen ließen, machten jedoch Gebrauch davon. Einigen Patienten war letztlich nicht der Suizid wichtig, sondern die Möglichkeit der Selbstbestimmung über ihren letzten Lebensabschnitt.¹¹⁵ Die Mehrheit der Patienten, die sich schließlich für den Physician-assisted Suicide entschieden und auch durchführten, litten unter Amyotrophaler Lateralsklerose und AIDS.¹¹⁶ Die Diskussionen um die Behandlung und Selbstbestimmung unheilbar erkrankter Patienten macht deutlich, wie präsent das Thema des Sterbens in der amerikanischen Gesellschaft Ende des zwanzigsten Jahrhunderts ist.

Der „tamed death“, der Sterbensprozesses, der durch traditionelle Bräuche von der Familie, Freunden und Nachbarn begleitet wurde, wandelte sich in der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts zu einem unsichtbaren, aus der öffentlichen Wahrnehmung gedrängten Tod. Eine öffentliche Diskussion der Themen Tod und Sterben fand nicht statt, eine Kommunikation darüber wurde sogar tabuisiert. Die medizintechnischen Möglichkeiten bestätigten die Menschen in ihrem Glauben an den Homo Faber, der alles erreichen kann. Dem Sterbensprozess und dem Tod wurde kein kultureller Rahmen mehr gegeben, es bestand „kaum mehr ein sozialer oder kultureller Druck, sich mit dem Thema zu beschäftigen.“¹¹⁷ Der am technologischen Fortschritt orientierte Mensch versuchte, den Tod durch Technik zu kontrollieren, ohne sich mit ihm kulturell, sozial und emotional auseinanderzusetzen. Für das Mitglied der modernen, individualisierten Gesellschaft ist der Tod „eine Ungeheuerlichkeit, die zentrale narzisstische

115 Vgl. hierzu, Tucker, Okie, Pew Research Center for the People and the Press und Mary Fischer, „To Live or To Die,“ *Reader's Digest* (Mai 2003) 107 ff.

116 Vgl. Okie 1628.

117 Feldmann 9.

Kränkung.“¹¹⁸

Die Möglichkeiten, die den Menschen seit der Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts zur Verfügung stehen, um die menschliche Mortalität zu leugnen, haben jedoch zu einer paradoxen Situation geführt: Es gelang dem Menschen zwar, den Tod so weit wie möglich durch die medizintechnischen Errungenschaften kurzfristig zu kontrollieren, doch generierte diese Kontrolle neue Fragen, wie die nach der Definition von Tod und der Rechtfertigung des Abbruchs lebensverlängernder Maßnahmen, die – und das ist das Paradoxe – die Themen Tod und Sterben wieder mehr in das Aufmerksamkeitsfeld des öffentlichen Interesses rückten und die zu diskutieren die Gesellschaft nicht umherkam:

While technology has given men greater power to control death, paradoxically it has also generated confusion over the once simple concepts of life and death. As one scholar once observed, 'If whether a man is alive or dead cannot be determined by medical experts, then just what can be?'¹¹⁹

Einige dieser Aspekte, wie beispielsweise die Sterbehilfe, werden auch heute noch diskutiert. Das Phänomen der Tabuisierung der Kommunikation über Tod und Sterben konnte daher langfristig nicht aufrechterhalten werden, das Tabu begann aufzubrechen, wie die Veröffentlichungen von Literatur über den Sterbensprozess seit den 1960er Jahren zeigen. Die in den 1960er Jahren begonnene Auflösung des Tabus Tod kann auch vor dem Hintergrund der politischen Entwicklung der amerikanischen Gesellschaft in den 1960er Jahren diskutiert werden. Feifel z.B. sieht den Grund für die Diskussion des Todes und des Sterbensprozesses seit den 1960ern in der generellen Struktur der amerikanischen Gesellschaft seit diesem Jahrzehnt begründet. Seiner Ansicht

118 Feldmann 8.

119 Robert M. Veatch, *Death, Dying, and the Biological Revolution: Our Last Quest for Responsibility*. (New Haven: Yale University Press, 1976) 5.

nach werden sich Menschen immer dann ihrer Sterblichkeit verstärkt bewusst, wenn die soziale Organisation der Gesellschaft aufzubrechen beginnt. Das Aufbrechen der gesellschaftlichen Organisation beschreibt Feifel wie folgt: „When individual choice tends to replace automatic conformity to consensual social values.“¹²⁰ Eine Gesellschaft ist also immer dann sozial disorganisiert, wenn allgemeingültige gesellschaftliche Normen und Sitten an Bedeutung verlieren und die Stimmen Einzelner lauter werden. Die 1960er Jahre in den USA waren geprägt von Gesellschaftskritik und der Suche nach alternativen Lebensstilen, wie z.B. der Hippiekultur, um nur einen zu nennen.¹²¹ Eine Hinterfragung eines Tabu Tod scheint vor diesem Hintergrund nur logisch. Das Aufbrechen des Tabus auf der Kommunikation über Tod und Sterben eröffnete neue Möglichkeiten für die Betroffenen, die auf Grund einer unheilbaren Krankheit zur Auseinandersetzung mit ihrer Mortalität gezwungen waren: „As once with sex, so now with death, we laboriously rediscover that everyone else seems to do it, too, and that it feels better if we can talk about it.“¹²² Eine Entgrenzung des Tabus bedeutet nicht zwangsläufig, dass eine Leugnung des Todes unmöglich geworden ist. Die Präsenz des Themas in der öffentlichen Diskussion ist jedoch derart gewachsen, dass eine Leugnung zumindest erschwert wird: „We really are not more accepting of death these days – it's just more difficult to hide from.“¹²³

120 Feifel, „Death in Contemporary America“ 4.

121 Es kann an diesem Punkt nicht abschließend diskutiert werden, ob die Ereignisse der 1960er Jahre, wie z.B. das Aufleben des Feminismus, die zunehmenden Proteste gegen den Vietnam Krieg und das Erstarken der Bürgerrechtsbewegung auf Feifels Konzept der social disorganization zutreffen. Eine solche Diskussion würde über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen.

122 Michael A. Simpson, „Death and Modern Poetry,“ *New Meanings of Death*. Herman Feifel (Hrsg.) (New York: McGraw-Hill, 1977) 314.

123 Feifel, „Death in Contemporary America“ 5.

4. Einführung in thanatopsychologische Theorien

„Oncoming death is terrible enough, but worse still is oncoming death with time to spare, time in which all the happiness that was yours and all the happiness that might have been yours becomes clear to you. You see with utter lucidity all that you are losing. The sight brings on an oppressive sadness that no car about to hit you or about to drown you can match. The feeling is truly unbearable.“ Yann Martel, *Life of Pi*

Die Diagnose einer unheilbaren Krankheit setzt einen komplexen psychologischen Prozess in Gang. Die Konfrontation mit dem Gedanken, dass der Tod nicht nur andere, sondern auch uns selbst betrifft, kann die unterschiedlichsten Gefühle auslösen. Die bewusste Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterbensprozess kann Angst und Verzweiflung auslösen, aber auch zu einem Gefühl des Abschlusses und des Friedens führen.¹²⁴ Das Sterben an einer unheilbaren Krankheit ist Sterben mit Wartezeit. Menschen reagieren auf Grund ihrer individuellen Dogmen, Lebenseinstellungen und Familiensituationen unterschiedlich in der Stresssituation, in welche eine fatale Diagnose die Betroffenen bringt. Es lassen sich daher keine allgemein gültigen Aussagen über das Verhalten unheilbar erkrankter Menschen machen. Psychologen und Soziologen haben sich mit dieser besonderen Lebenssituation wissenschaftlich auseinandergesetzt und sich hierbei auf die Perspektive des Patienten konzentriert. Die aus dieser Forschung entstandenen Theorien zeigen wiederkehrende Muster im Verhalten sterbender Patienten und erläutern diese. Als Einführung in die Psychothanatologie werden im folgenden zwei Theorien vorgestellt, die fast zur gleichen Zeit, jedoch unabhängig voneinander, erarbeitet wurden.

¹²⁴ Vgl. Robert N. Butler, „The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged,“ *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 26.1. (1963).

4.1. Das Phasenmodell des Sterbensprozesses nach Elisabeth Kübler-Ross

Als bekannteste Figur des psychothanatologischen Diskurses gilt Elisabeth Kübler-Ross, die am Klinikum der Universität Chicago in den 1960er Jahren an einem Projekt mitwirkte, in dem sterbenden Patienten die Möglichkeit gegeben wurde, über ihre Erfahrungen und Gefühle während des Sterbensprozesses zu sprechen. Aus diesen Gesprächen entwickelte sie ein Modell an Verhaltensabschnitten und -weisen, die Sterbenden ihren Beobachtungen zu Folge durchleben. In ihrem 1969 veröffentlichten Buch *On Death and Dying* erläutert sie dieses Modell, das auf fünf Phasen beruht: Nichtwahrhabenwollen, Zorn, Verhandeln, Depression, Zustimmung.

Die ihren Beobachtungen zu Folge häufigste Reaktion eines Patienten, der eine fatale Diagnose erhält, ist die des Nichtwahrhabenwollens. Der Patient kann und will nicht begreifen, dass gerade er von einem solchen Schicksalsschlag getroffen wird und versucht häufig, seine Leugnung der Tatsachen durch Konsultation verschiedener Ärzte zu unterstützen, oder er klammert sich an den Gedanken, die Befunde seien vertauscht worden oder es handele sich um einen Fehler des Labors.¹²⁵ In vielen Fällen trägt auch die Familie zu dieser Leugnung bei, da auch sie selbst mit dem Gedanken, einen geliebten Menschen zu verlieren, umgehen müssen. Das Nichtwahrhabenwollen ist laut Kübler-Ross eine zeitweilige Abwehrstrategie, durch die der Patient Zeit gewinnt, um die Diagnose überhaupt wahr- und anzunehmen. Kübler-Ross begegnete während des Forschungsprojektes der University of Chicago jedoch drei (von über 200 unheilbar erkrankten Patienten), die bis zu ihrem Tod an ihrer Leugnung der Wahrheit festhielten.¹²⁶

Hat ein Patient die Abwehrstrategie des Nichtwahrhabenwollens

¹²⁵ Elisabeth Kübler-Ross, *On Death and Dying*. (New York: Scribner, 1969) 51.

¹²⁶ Kübler-Ross 53.

abgelegt, folgt die Phase des Zorns, in welcher der Betroffene eine Antwort auf die Frage nach dem Sinn einer solchen Krankheit sucht. Der Zorn wird Kübler-Ross' Beobachtungen zu Folge ausgelöst durch die Erkenntnis des Patienten, dass er die meisten seiner Lebenspläne nicht mehr realisieren können.¹²⁷ Hinzu kommt auch, dass sein Alltag sich höchstwahrscheinlich vollkommen verändert, da eventuell Klinikaufenthalte und medizinische Behandlungen notwendig werden. Enge Verwandte des Patienten erleben oft große Schwierigkeiten im Umgang mit dem Betroffenen, da der Patient seinen Zorn häufig offen auslebt und auch die Verwandten von seiner Wut nicht verschont werden.¹²⁸

Kübler-Ross beobachtete bei ihren Patienten, dass die Phase des Zorns abgelöst wird durch die Phase des Verhandeln, in welcher der Betroffene eine Art Vertrag, häufig mit Gott oder einer anderen spirituellen Macht, aushandelt. So versucht er, seinen Tod durch ein seiner Meinung nach gutes Verhalten hinauszuzögern. Dieser Vertrag steht meist in Verbindung mit einer Frist, die für den Betroffenen von Bedeutung ist, z.B. die Hochzeit des eigenen Kindes. Kübler-Ross bemerkt in diesem Kontext, dass keiner der von ihr begleiteten Patienten ihre Versprechen, die sie aushandelten, einhielten, was wiederum zu Schuldgefühlen führte, welche die emotionale Situation der Patienten noch verschlimmerten.^{129 130}

Die vierte von Kübler-Ross beschriebene Phase ist die Depression, die für gewöhnlich dann eintritt, wenn der Patient gezwungen ist, sich stärker auf

127 Kübler-Ross 63.

128 Vgl. Kübler-Ross 64, 65.

129 Kübler-Ross 94, 95.

130 In diesem Zusammenhang finde ich es bemerkenswert, dass Feifels Beobachtungen zu Folge der religiöse Glaube eines Patienten offenbar keinen nennenswerten Einfluss auf die Todesangst hat. Dies ist daher interessant, da der Glaube an ein Leben nach dem Tod ein grundlegender Aspekt vieler Religionen ist. Feifel erklärt den geringen Einfluss der Religion auf die Todesangst damit, dass kulturelle Einflüsse offensichtlich prägender sind als religiöse Einflüsse. Vgl. Feifel, „Death“ 10.

seine Krankheit zu konzentrieren. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn Operationen oder lange Klinikaufenthalte nötig werden. Kübler-Ross unterscheidet zwischen zwei verschiedenen Arten der Depression, der reaktiven und der vorbereitenden Depression. Die reaktive Depression ist die typische Reaktion nach dem Verlust physischer Fähigkeiten oder gar Körperteilen, wie z.B. nach einer Brust- oder Beinamputation. Stellt die Depression ein Instrument dar, mit dem sich die Betroffenen auf solche Verluste einstellen, handelt es sich Kübler-Ross' Meinung nach um eine vorbereitende Depression. Diese Art der Depression sieht Kübler-Ross als äußerst wichtig für den Patienten in seiner Entwicklung, die Unheilbarkeit seiner Krankheit als gegeben hinzunehmen.¹³¹

Die fünfte Phase, Zustimmung, wird von Kübler-Ross als fast vollkommen frei von Gefühlen beschrieben. Der Patient hat die Wahrheit realisiert und angenommen. Viele Patienten ziehen sich in dieser Phase von ihrer Außenwelt zurück und verspüren meist nicht mehr das Bedürfnis nach einem Gespräch. Kübler-Ross merkt an, dass ältere Menschen unabhängig von der Krankheit, unter der sie leiden, leichter die Phase der Zustimmung erreichen als junge Menschen.¹³² Das mag darin begründet sein, dass junge Menschen eher das Gefühl bekommen können, dass ihr Leben zu Ende geht, bevor sie es überhaupt richtig gelebt haben.

Außer diesen fünf Phasen konzentriert sich Kübler-Ross insbesondere auf den Aspekt der Hoffnung, die ihrer Erfahrung mit unheilbar Kranken nach in jeder der Phasen beobachtet werden kann. Selbst in der Phase der Zustimmung gibt es Patienten, die nichts desto trotz auf eine wundersame Heilung hoffen.¹³³

131 Kübler-Ross 98, 99.

132 Kübler-Ross 130.

133 Vgl. Kübler-Ross 149.

Kübler-Ross' Theorienkomplex ist aus mehreren Gründen umstritten. Zum einen wird ihr Modell häufig als unwissenschaftlich kritisiert, da sie sich nicht auf langjährige statistische Studien bezieht oder andere theoretische Konzepte nutzt, um sich dem Thema zu nähern. Richard Schulz und David Aderman z.B. werfen ihr vor, dass ihr Modell nur auf Interviews mit Sterbenden beruht, sich also auf „highly subjective personal interaction“¹³⁴ bezieht und nicht mit Hilfe wissenschaftlicher Methodik aufbereitet wurde. Außerdem besteht die Gefahr, dass ihr Modell als Messlatte des Erfolgs in der psychologischen Behandlung des Patienten gesehen wird. Eine psychologische Betreuung eines unheilbar erkrankten Patienten wäre in einem solchen Fall nur dann als erfolgreich anzusehen, wenn der Patient die letzte Phase der Zustimmung erreicht.¹³⁵

Ein weiterer Kritikpunkt ist die Frage, ob die psychologische Auseinandersetzung mit dem Sterbensprozess überhaupt in Phasen verläuft. So ist Michael Simpson der Ansicht, dass eine emotionale Verarbeitung einer tödlichen Prognose nicht unbedingt in Phasen verläuft. Viel eher wird seiner Argumentation nach das Verhalten eines Sterbenden mit der Art und Weise übereinstimmen, wie dieser Krisen im allgemeinen verarbeitet.¹³⁶ Doka entwickelte ebenfalls ein phasenloses Modell der psychologischen Auseinandersetzung mit dem Sterbensprozess, das auf Aufgaben beruht, die der Sterbende zu bewältigen hat. Diese Aufgaben sind spiritueller Natur und beinhalten erstens die Notwendigkeit, den Sinn seines Lebens zu finden, zweitens, seinen Sterbensprozess den eigenen Lebenseinstellungen

134 Richard Schulz und David Aderman, zitiert in Carol P. Germain, „Nursing the Dying: Implications of Kübler-Ross' Stage Theory,“ *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 467 (1980) 53.

135 Vgl. Germain 52.

136 Vgl. Simpson 314 ff.; siehe hierzu auch Schulz und Aderman, zitiert in Daniel Leviton, „Death Education,“ *New Meanings of Death*. Herman Feifel (Hrsg.) (New York: McGraw-Hill, 1977) 260.

entsprechend zu gestalten, und drittens, den Tod zu transzendieren, was Dokas Ansicht nach durch den Glauben an Unsterblichkeit oder den Glauben an ein Weiterleben durch seine Kinder geschehen kann.¹³⁷

Trotz aller Kritik ist es Kübler-Ross zuzuschreiben, dass sie als eine der Ersten Sterbenskranken die Möglichkeit zu einem offenen Umgang mit ihrer Krankheit gab und durch ihre Veröffentlichungen die aus dem gesellschaftlichen Diskurs gedrängten Themen wieder mehr in die öffentliche Wahrnehmung rückte. Wie groß das Interesse und das Bedürfnis der Menschen nach einer Auseinandersetzung mit dem Thema der Sterblichkeit war, zeigt sich nicht zuletzt daran, dass *On Death and Dying* zu einem internationalen Bestseller wurde. Die Kritik an ihrem Modell zeigt auch, dass sich viele Wissenschaftler seit den 1960er Jahren mit der Thematik des Sterbensprozesses beschäftigt haben. Unter ihnen sind auch Barney Glaser und Anselm Strauss, die 1965 die Ergebnisse einer Langzeitstudie veröffentlichten, in der sie sich auf die sozialen Interaktionen sterbender Patienten konzentrierten und aus der sie ihre Awareness of Dying Theorie entwickelten, die im Folgenden vorgestellt werden soll.

4.2. Die Awareness of Dying Theorie nach Barney Glaser und Anselm Strauss

Im Mittelpunkt der Studie, die von Glaser und Strauss in Krankenhäusern in San Francisco durchgeführt wurde, steht die soziale Interaktion unheilbar erkrankter Patienten und den Klinikangestellten, womit sowohl Ärzte als auch Pflegepersonal gemeint sind. Ebenso wie Kübler-Ross stellen auch Glaser und Strauss heraus, dass ein Patient nach einer fatalen Diagnose verschiedene emotionale Phasen erlebt. Diese unterscheiden sich zwar von denen Kübler-

137 K. Doka, „Coping with Life-threatening Illness: A Task Model,“ *Omega – Journal of Death and Dying*. (32, 1995) 111-122.

Ross', machen jedoch ebenso deutlich, dass die Sterbensphase ein aktiver emotionaler Prozess sein kann.

Den Beobachtungen Glasers und Strauss' zu Folge ist die erste Reaktion auf die Diagnose einer unheilbaren Krankheit Depression, die jedoch im Verlauf der Auseinandersetzung mit der Krankheit ihrer Meinung nach in der Mehrzahl der Fälle vorübergeht. Wenn die Depression überwunden wird, hat der Patient die Wahl, die Tatsache seines bevorstehenden Todes entweder zu leugnen oder aber zu akzeptieren. In den meisten Fällen, so Glaser und Strauss, durchlebten die von ihnen beobachteten Patienten zuerst eine Depression, der eine Leugnung und schließlich die Akzeptanz der Diagnose folgten.¹³⁸ Eine Akzeptanz der Tatsachen kann ihrer Ansicht nach in einer aktiven Vorbereitung des Todes gesehen werden. Damit ist ein offener Umgang mit der Krankheit oder auch das Regeln praktischer Dinge (Testament, Patientenverfügung) gemeint.¹³⁹

In der Phase der Leugnung wird ein Patient versuchen, seine Leugnung in der Interaktion mit Mitmenschen zu stärken. Die Verdrängung der Wahrheit kann sich derart manifestieren, dass Patienten intensiv Pläne für die Zukunft schmieden und jegliche Kommunikation über die Krankheit oder das Sterben abwehren.¹⁴⁰ Außerdem erläutern Glaser und Strauss den Vergleich als weitere Strategie der Leugnung. Hierbei unterscheiden sie zwischen der so genannten „favourite comparison“ und der „exception“. Beim exzeptionellen Vergleich spricht der Betroffene zwar über andere Patienten mit derselben Krankheit, dies jedoch so distanziert als hätte die Erkrankung nichts mit ihm zu tun. Der Patient verhält sich eher wie ein Mitglied des Personals, als ein neutraler Beobachter, wodurch er letztlich zu der Schlussfolgerung kommt, dass gerade

138 Barney Glaser und Anselm L. Strauss, *Awareness of Dying*. (New York: Aldine Publishing Company, 1965) 126.

139 Glaser und Strauss 127.

140 Vgl. Glaser und Strauss 132.

er die Ausnahme im gewöhnlichen Krankheitsverlauf darstellt: „The illness that caused so many others to die will not kill him.“¹⁴¹

Als zweite Art des Vergleichs beschreiben Glaser und Strauss die favourite comparison. Hierbei vergleicht sich, ähnlich wie bei der exception, der Betroffene mit anderen Patienten und zieht letztlich das Fazit, dass es ihm selbst noch deutlich besser geht als anderen.¹⁴² Während der Patient beim exzeptionellen Vergleich sich selbst als Referenzpunkt zu anderen Patienten sieht, unter dessen sich seine Situation als völlig unvergleichbar herausstellt, er also denkt, er wäre gar nicht erkrankt, erkennt der Patient bei der favourite comparison die Krankheit zumindest an. Doch auch in diesem Fall sucht er nach Unterschieden zu anderen Patienten, die seine Situation im Endeffekt besser darstellen.

Glaser und Strauss' eigentliche Theorie ist jedoch das von ihnen als Awareness Kontext bezeichnete Modell. Diesem liegt die Annahme zu Grunde, dass der Sterbensprozess ein sozialer Prozess ist, der durch die soziale Interaktionen des Betroffenen gekennzeichnet wird. Den Begriff Awareness Kontext definieren sie als Gesamtbild, das sich aus Folgendem ergibt: „What each interacting person knows of the patient's defined status, along with his recognition of the other's awareness of his own definition.“¹⁴³ Glaser und Strauss definieren vier Awareness Kontexte, die sich wie folgt darstellen: Den Closed Awareness Kontext beschreiben sie als die Situation, in welcher der Patient die Schwere seiner Krankheit und deren tödlichen Verlauf nicht erkennt, obwohl alle Menschen in seiner Umgebung dies tun. Der zweite von ihnen beschriebene Kontext ist der Suspected Awareness Kontext, in dem der Patient die Wahrheit über seinen Zustand vermutet und versucht, diese

141 Glaser und Strauss 133.

142 Glaser und Strauss 133.

143 Glaser und Strauss 10.

Vermutung zu bestätigen oder zu widerlegen. Der dritte Awareness Kontext ist der der Mutual Pretense. Darunter verstehen Glaser und Strauss die Situation, in der alle Beteiligten, auch der Betroffene, wissen, dass die Diagnose fatal ist, aber jeder vorgibt, er wäre im Ungewissen. Der letzte Awareness Kontext ist die Open Awareness, in der jeder Beteiligte die Unheilbarkeit der Krankheit des Patienten anerkennt und offen mit diesem Wissen umgegangen wird.¹⁴⁴

Von besonderer Bedeutung bei allen Awareness Kontexten sind die sozialen Interaktionen der sterbenden Person, denn diese wird höchstwahrscheinlich nicht isoliert, ohne Kontakt zur Außenwelt sterben, sondern, wie in westlichen Industrienationen meist üblich, ihre letzte Zeit in einem Krankenhaus oder Pflegeheim verbringen. Dort ist der Patient von ihm unbekanntem Menschen umgeben und muss sich gezwungenermaßen der Routine der jeweiligen Institution anpassen. Glaser und Strauss nehmen somit das Klinikpersonal und den Patienten als die zwei Hauptagierenden des Sterbensprozesses an.

Wird ein Patient in eine Klinik eingeliefert, konzentriert sich die erste Interaktion des Patienten auf die Frage nach der Diagnose. Die Diagnose beeinflusst, Glaser und Strauss Beobachtungen zu Folge, nicht nur die weitere medizinische, sondern auch soziale Behandlung des Patienten.¹⁴⁵ Der vielleicht bedeutendste Aspekt der Diagnose ist der, ob und wie schnell man mit dem Tod des Patienten rechnen muss.¹⁴⁶ Die Frage ist also die, wie lange ungefähr sich der Sterbensprozess eines Menschen hinziehen wird. Ein unheilbar an Krebs erkrankter Patient wird einen längeren Sterbensprozess durchleben als ein Patient, der durch einen Autounfall schwerste und nur schwer behandelbare Verletzungen erlitten hat und nun in der Notaufnahme behandelt wird. Die Hauptrolle in der Beantwortung der Frage, ob und wie schnell ein

¹⁴⁴ Vgl. Glaser und Strauss 11.

¹⁴⁵ Glaser und Strauss 18.

¹⁴⁶ Glaser und Strauss 18/19.

Patient sterben wird, liegt bei den Ärzten. Auch das Pflegepersonal spielt hierbei eine wichtige Rolle, da es im ständigen Kontakt zu den Patienten steht und deren Symptome fortwährend beobachten kann. Die Pfleger werten die Symptome im Hinblick auf den Sterbensprozess und ziehen ihre eigenen Schlussfolgerungen. So wird z.B. das Pflegepersonal darin übereinstimmen, dass ein Krebspatient, der über lange Zeit im Krankenhaus behandelt wurde und nach einer Entlassung im kritischen Zustand wieder eingeliefert wird, wahrscheinlich auch bald sterben wird.¹⁴⁷ Auch der Patient selbst hat eigene Einschätzungen seines Zustandes. Auf Grund der Aussage des Arztes fällt der Patient ein eigenständiges Urteil über seinen Zustand. Hierzu muss der Arzt sich jedoch erst einmal dazu entschließen, dem Patienten offen die Wahrheit über seinen Zustand mitzuteilen, sollte sich dieser als unheilbar herausstellen. Dies war aber Glasers und Strauss' Beobachtungen zu Folge zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie eher selten der Fall. Häufiger wird der Arzt auf die Unheilbarkeit der Krankheit anspielen in der Hoffnung, der Patient werde die Wahrheit heraushören. Deutet der Patient die Anspielungen nicht richtig, so gehen viele Ärzte davon aus, dass der Patient sich nicht mit seiner Diagnose auseinandersetzen möchte.¹⁴⁸ Glaser und Strauss beobachteten auch, dass ein Arzt sich auch bewusst dafür entscheiden kann, dem Patienten die Wahrheit über seinen Zustand zu verschweigen, und dazu beiträgt, dass der Patient nicht auf anderen Wegen die Wahrheit erfährt.¹⁴⁹ Diese Situation bildet die Grundlage für den Closed Awareness Kontext, in der jeder – mit Ausnahme des Patienten – den wahren Zustand des Patienten kennt und diese Wahrheit nun vom Personal und von den Angehörigen geheim gehalten wird. Dies kann aber nur funktionieren, wenn bestimmte Bedingungen eingehalten werden. Die erste der

147 Vgl. Glaser und Strauss 20.

148 Vgl. Glaser und Strauss 22.

149 Glaser und Strauss 29.

von Glaser und Strauss beschriebenen fünf Bedingungen ist die Tatsache, dass der Patient für gewöhnlich unerfahren in der Deutung von Symptomen ist, die auf die Unheilbarkeit seiner Krankheit hinweisen können.¹⁵⁰ Die zweite Bedingung ist der bereits erwähnte Aspekt, dass amerikanische Ärzte für gewöhnlich nicht direkt die Wahrheit mitteilen, meist aus Angst, der Patient könnte diese nicht ertragen, vielleicht aber auch aus der eigenen Unfähigkeit heraus, die emotionale Reaktion des Patienten auf eine solche Diagnose zu begleiten.¹⁵¹ Die dritte Bedingung betrifft die Familienangehörigen des Patienten, die ihrerseits die Möglichkeit haben, den Patienten in die Wahrheit einzuweihen. Glaser und Strauss beobachteten jedoch, dass dies kein einziges Mal während ihrer Studie geschah. Ganz im Gegenteil trugen auch die Familienangehörigen zur Aufrechterhaltung des Closed Awareness Kontextes bei.¹⁵² Somit hat der Patient keine Alliierten, wie Glaser und Strauss sie nennen, die ihm die Wahrheit über seine unheilbare Krankheit mitteilen oder ihm zumindest helfen, diese selbst herauszufinden. Auch andere Patienten, die die Schwere der Krankheit des Mitpatienten vielleicht erkennen, äußern dies nicht: „[They] follow ordinary rules of tact, keeping their knowledge to themselves or at least away from the doomed person.“¹⁵³ Die letzte Bedingung, die Glaser und Strauss erläutern, ist die Organisation einer Klinik und die Loyalität des Personals gegenüber dieser Organisation. Konkret bezieht sich dies auf den verwaltungstechnischen Aufbau einer Klinik. Dieser Aufbau beinhaltet unter anderem, dass der Patient keinen selbständigen Zugang zu seinen medizinischen Informationen hat. Diese werden für gewöhnlich außerhalb der Reichweite des Patienten aufbewahrt. Ärzte unterhalten sich meist nicht direkt

150 Glaser und Strauss 30.

151 Vgl. Glaser und Strauss 31.

152 Glaser und Strauss 31.

153 Glaser und Strauss 32.

im Zimmer des Patienten über denjenigen. Außerdem finden solche Gespräche meist im medizinischen Jargon statt, der für Nicht-Mediziner nur sehr schwer verständlich ist; das Pflegepersonal unterhält sich häufig nur über die oberflächlichen Aspekte der Krankheit mit dem Patienten, z.B. über Übelkeit als Nebenwirkung der Chemotherapie, oder schaut immer wieder nach dem Patienten, ohne jedoch ein ausführliches Gespräch zu beginnen.¹⁵⁴ Sollte dies doch einmal der Fall sein, so wird Glasers und Strauss' Beobachtungen zu Folge, oft eine Zukunftsorientierung betont.¹⁵⁵ Die Aufrechterhaltung des Closed Awareness Kontextes hängt also von verschiedenen, einzuhaltenden Bedingungen ab. Das durch sie aufgebaute Konstrukt kann jedoch leicht instabil werden, wie Glaser und Strauss beobachteten. So können z.B. neue Symptome zu einer verstärkten Angst des Patienten führen, die in vermehrten Fragen des Betroffenen resultiert, oder aber der Patient lehnt für ihn lebensnotwendige Behandlungen ab, weil er die Notwendigkeit auf Grund der Unwissenheit über seinen Zustand nicht versteht.¹⁵⁶ Von diesen Aspekten abgesehen, ist es meiner Meinung nach grundsätzlich in Frage zu stellen, ob es moralisch zu rechtfertigen ist, einem Patienten die Wahrheit über seinen Zustand vorzuenthalten, womit ihm jegliche Möglichkeit genommen wird, sein Leben in einem ihm angemessenen Rahmen abzuschließen.

Soll der Closed Awareness Kontext dennoch aufrechterhalten werden, müssen sowohl Personal als auch die Angehörigen eine große Kontrolle über diesen ausüben. Diese Kontrolle muss um so größer sein, wenn der Patient die Wahrheit zu ahnen beginnt und versucht, diese Ahnung zu bestätigen. Diese Situation beschreiben Glaser und Strauss als Suspicion Awareness Kontext, für den ein Kampf um die Kontrolle zwischen Patient und Personal charakteristisch

154 Vgl. Glaser und Strauss 31.

155 Glaser und Strauss 32/33.

156 Glaser und Strauss 41.

ist.¹⁵⁷ Für den ersten Verdacht, den der Patient hegt und der den Suspicion-Awareness-Kontext einleitet, können mehrere Dinge verantwortlich sein. Eins davon ist die ineffiziente Kommunikation zwischen den verschiedenen Arbeitsschichten. Das Personal einer Schicht ist eventuell in Unkenntnis darüber, wie viel der Patient über seine Krankheit weiß, und könnte sich so verhalten, dass ein Verdacht geweckt wird.¹⁵⁸ Um die Wahrheit über seinen Zustand herauszufinden, kann der Patient dem Personal z.B. direkt mitteilen, dass er sterben wird und dessen Reaktion auf diese Aussage deuten. Glaser und Strauss bemerkten, dass das Personal in einigen Fällen den Verdacht mildern konnte, so dass der Patient manchmal sogar in einen Closed Awareness Kontext zurückfiel, „lulled into believing that his suspicions were completely unfounded.“¹⁵⁹ In der überwiegenden Zahl der beobachteten Fälle jedoch bewegte sich der betroffene Patient von einem Suspicion Awareness Kontext zur Open oder Mutual Pretense Awareness.¹⁶⁰

Der Mutual Pretense Awareness Kontext stellt sich derart dar, dass sowohl der Patient als auch das Klinikpersonal wissen, dass der Patient sterben wird, aber vorgeben, dies wäre nicht der Fall: „When both agree to act as if he were going to live.“¹⁶¹ Dieses „silent bargain“¹⁶² kommt meist dadurch zu Stande, dass das Personal das Thema Tod vor dem Patienten nicht erwähnt, solange dieser es nicht selbst anspricht: „They have, in effect, accepted a complementary assignment of status – they will act with pretense toward his

157 Glaser und Strauss 47.

158 Vgl. Glaser und Strauss 49.

159 Glaser und Strauss 60.

160 Glaser und Strauss 60.

161 Glaser und Strauss 64.

162 Glaser und Strauss 68.

pretense.”¹⁶³ Ähnlich wie der Closed Awareness Kontext tendiert auch der Mutual Pretense Awareness Kontext zur Instabilität und wird sich Glaser und Strauss zu Folge meist zu einem Open Awareness Kontext entwickeln. Dies kann dann der Fall sein, wenn starke Schmerzen oder offensichtlicher körperlicher Verfall eine Hinwegtäuschung über die Tatsachen unmöglich machen.¹⁶⁴ In diesem Zusammenhang illustrieren Glaser und Strauss die Rolle der Familienangehörigen im Erleben des Sterbensprozesses. Als Beispiel für die Wichtigkeit des Verhaltens der Angehörigen führen Glaser und Strauss den Fall einer sterbenden Patientin an, die bereit war, ihren Sterbensprozess offen auszuleben und ihren Mann in den offenen Umgang mit ihrem Tod einbinden wollte. Dieser gab jedoch vor, seine Frau wäre gar nicht krank. Nach mehrmaligen Versuchen, ihren Ehemann mit der Wahrheit zu konfrontieren, gab sie schließlich nach und verblieb im Zustand der Mutual-Pretense.¹⁶⁵

Der Zustand der Open Awareness, also die Situation, wenn alle Beteiligten die Unheilbarkeit der Krankheit anerkennen und offen mit der Tatsache des bevorstehenden Todes umgehen, hat Glasers und Strauss' Ansicht nach verschiedene positive Auswirkungen. Der eigentliche Punkt – der Patient wird sterben – muss nicht verheimlicht werden, womit die Kämpfe um Kontrolle, Wissen und Informationen nicht ausgetragen werden müssen. Solche Kämpfe können für jeden Beteiligten anstrengend werden. Nicht zu vergessen ist in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, dass der Patient sich von seinen Angehörigen und dem Personal betrogen fühlen kann, sollte er schließlich die Wahrheit erfahren.¹⁶⁶ Zum anderen wird dem Patienten, wenn er gleich von

163 Glaser und Strauss 68.

164 Vgl. Glaser und Strauss 74.

165 Vgl. Glaser und Strauss 76; hier spielt der Trauerarbeitsprozess der Angehörigen eine tragende Rolle, den ich jedoch nicht weiter diskutiere, da der Aspekt der Trauer der Angehörigen kein zentrales Thema dieser Dissertation ist.

166 Vgl. Glaser und Strauss 53 ff.

Anfang an die Wahrheit kennt, die Möglichkeit gegeben, Vorkehrungen für seinen Tod zu treffen. Glaser und Strauss unterscheiden zwischen einer aktiven und passiven Vorbereitung, wobei sie unter passiver Vorbereitung eine Art der Resignation und Akzeptanz der Tatsachen verstehen, die aber nicht verbal geäußert werden muss. Im Gegensatz dazu steht die offen geäußerte, durchaus auch philosophische Auseinandersetzung mit dem Sterben als auch dem Leben, welche Glaser und Strauss als aktive Vorbereitung sehen.¹⁶⁷ Glaser und Strauss betonen vor allem die positiven Aspekte der aktiven Vorbereitung, in die auch die Mitmenschen eingebunden werden können. Ein sterbender Mensch, dem bewusst ist, dass er sterben wird, hat somit die Möglichkeit, sein Leben zu einem Abschluss zu bringen, der seinen Lebensvorstellungen und -philosophien entspricht. Dies kann auch bedeuten, unerledigte Arbeiten abzuschließen, sich große Wünsche zu erfüllen oder auch seine Beerdigung zu planen.¹⁶⁸

Trotz dieser positiven Aspekte muss sich ein Open Awareness Kontext nicht zwangsläufig positiv gestalten. So kann einem Patienten sein bevorstehender Tod zwar bewusst sein, dass er vielleicht schneller sterben wird, als er annimmt, aber nicht; oder ihm ist nicht bewusst, dass das Sterben an der Krankheit, unter der er leidet, mit einem nur schwer zu ertragenden physischen Verfall einhergeht. In einem solchen Fall ist es möglich, dass das Personal trotz des Open Awareness Kontextes nicht mit allen Aspekten des Sterbensprozesses, wie z.B. Schmerzen, offen umgeht und den Patienten bewusst im Unklaren über die Details lässt.¹⁶⁹ Letztlich ist jedoch festzuhalten, dass die Mehrzahl der Patienten über die Unheilbarkeit ihrer Krankheit informiert werden möchte: „[They want] honest, plain talk from physicians and

167 Glaser und Strauss 127-130.

168 Vgl. Glaser und Strauss 104.

169 Vgl. Glaser und Strauss 79 ff.

family about the seriousness of their illnesses [...] They do not want their problems ignored or reassurances they perceive as falsehoods.”¹⁷⁰ Feifels Aussage deckt sich mit der Argumentation Glasers und Strauss', die sich abschließend für einen Open Awareness Kontext aussprechen. Die Patienten, die die Wahrheit über ihren Zustand mitgeteilt bekommen wollten, begründeten diesen Wunsch mit den Argumenten, dass sie dann die Möglichkeit hätten, ihre persönliche Angelegenheiten zu regeln, sich noch letzte Wünsche erfüllen zu wollen und die Behandlung besser verstehen und ertragen könnten, wenn sie wüssten, worum es geht und nicht zuletzt „don't want to be denied the experience of realizing that I am dying, [...] would have time to live with the idea and learn to die.”¹⁷¹

In der Zusammenfassung stellt sich der Open Awareness Kontext in Glasers und Strauss' Studie als offene Auseinandersetzung mit der jeweiligen Krankheit und als einen stressfreieren Umgang aller Beteiligten untereinander dar. Desweiteren bietet sich dem Patienten so die Möglichkeit, seinen Sterbensprozess aktiv zu gestalten. Doch auch wenn die behandelnden Ärzte sich dafür entscheiden, dem Patienten die Wahrheit mitzuteilen, bedeutet dies noch nicht, dass der Patient die Wahrheit auch annehmen kann oder will:

All of us who are involved in this practice [medicine] are aware of numbers of patients who, after extensive discussions of diagnosis and its implications, appear to be completely unaware of their diagnosis. By the same token we are also aware of patients whose doctors have told them nothing, who are intimately aware of their diagnosis and its implications, and who in kindly fashion do not trouble the physician who seems unable to talk to them about these unhappy details. It appears to be almost an axiom that patients may know either much more than we have told them or much less, and that the only thing they can't stand to hear from us is a lie.¹⁷²

170 Feifel, „Death in Contemporary America“ 10/11.

171 Feifel, „Death in Contemporary America“ 11; siehe hierzu auch Cappon.

172 White 99.

Die Verheimlichung der Wahrheit und das Zurückhalten von Informationen wird von den Ärzten meist mit ihrer Erfahrung gerechtfertigt. Glaser und Strauss bemerken, dass die Ärzte meist die Ansicht vertraten, auf Grund ihrer klinischen Erfahrung den Patienten und ob dieser die Wahrheit ertragen kann, richtig einschätzen zu können.¹⁷³ Diese Einschätzung stellt sich jedoch in der amerikanischen Sterbenskultur des zwanzigsten Jahrhunderts als problematisch dar. Durch die wachsende Zahl der Patienten, die in Krankenhäusern sterben, haben Ärzte weniger Zeit, die Patienten derart kennenzulernen, dass sie ein Urteil über den psychologischen Status des Patienten abgeben könnten. Dies führt zu einer paradoxen Situation: „With more patients dying in hospitals, more will not be told that they are dying.“¹⁷⁴ Außerdem sind in diesem Zusammenhang die Motive der Ärzte für das Verschweigen der Wahrheit in Frage zu stellen. Das Motiv muss nicht vorrangig in der Sorge um den psychologischen Zustand des Patienten liegen, sondern kann auch darin begründet sein, dass der Arzt selbst Schwierigkeiten hat, mit der Situation umzugehen: „Some doctors simply feel unable to handle themselves well enough during disclosure to make a complicated illness understandable.“¹⁷⁵ In diesem Kontext muss meiner Ansicht nach auch das Bild des Todes in der Medizin bedacht werden. Das Ziel eines Arztes ist es zu heilen. Der Tod ist die Manifestierung der Tatsache, dass dies in dem entsprechenden Fall nicht möglich war. Das Versterben eines Patienten kann also als Feind des medizinischen Ideals betrachtet werden, als etwas, das so nicht geschehen dürfte. Sandol Stoddard beschreibt die Sichtweise der meisten, in westlichen Industrienationen tätigen Ärzte wie folgt:

173 Glaser und Strauss 119 ff.

174 Glaser und Strauss 119.

175 Glaser und Strauss 119.

The death of a patient is perceived as a humiliation and an outrage by the average physician in our culture; to the nursing staff in a acute-care hospital, it feels like a personal defeat. To the patient's family it may very well represent the occasion for malpractice suit. For indeed, why should such an untoward thing as death be allowed to happen in our society? The very look of a modern hospital identifies it as a fortress, an armory, a place of battle.¹⁷⁶

Die Beantwortung der Frage, ob und wie dem Patienten die Wahrheit mitgeteilt werden sollte, wird somit durch die berufliche und private Einstellung des behandelnden Arztes zum Tod und seinen eigenen Ängsten und Hoffnungen beeinflusst. Diese Aspekte prägen wiederum das Verhalten des Arztes in der palliativmedizinischen Betreuung der Patienten.

4.2.1. Palliativmedizinische Aspekte in der psychologischen Begleitung Sterbender

Wird dem Patienten die Unheilbarkeit seiner Krankheit mitgeteilt, hat dies eine Reihe von Fragestellungen zur Folge. Dazu gehört unter anderem, ob und unter welchen Umständen sein Leben verlängert werden soll. Diese Frage wird um so bedeutender sein, je weiter ausgeprägt die technologischen Möglichkeiten zur Lebensverlängerung sind. Wenn medizinisch-kurativ nichts mehr für den Patienten getan werden kann, verändert sich auch seine Betreuung. Anstatt der medizinischen Versorgung steht eher die emotionale Begleitung des Patienten im Vordergrund. Das Pflegepersonal beschäftigt sich gegebenenfalls anders mit dem Patienten als zuvor. Nach Beobachtungen von Glaser und Strauss finden mehr persönliche Gespräche mit dem Patienten statt oder das Personal nimmt sich Zeit für medizinisch unbedeutende, aber psychologisch wichtige Dinge wie das Ankleiden, Frisieren oder Schminken des Patienten.¹⁷⁷

¹⁷⁶ Stoddard 4.

¹⁷⁷ Glaser und Strauss 207.

Für den Patienten besteht weiterhin die Möglichkeit, Teil der klinischen Forschung zu werden. Der Entschluss, sich einer experimentellen Behandlung zu unterziehen, kann einerseits als Zeichen dafür gesehen werden, dass der Patient seinen bevorstehenden Tod nicht akzeptiert. Andererseits kann eine Teilnahme an der Forschung auch vor einem rein wissenschaftlichen Hintergrund gedeutet werden: Wenn ihm selbst nicht mehr geholfen werden kann, kann seine Teilnahme an einer Studie zumindest anderen helfen.¹⁷⁸ Die Nachteile der klinischen Forschung in einer solchen Situation sind, dass Forschung im Allgemeinen Zeit braucht, die der Patient auf Grund des Verlaufs seiner Krankheit vielleicht nicht mehr hat. Zum anderen wird häufig von den Studienteilnehmern erwartet, die Behandlung auch unter unangenehmen Bedingungen durchzuhalten.¹⁷⁹

Entschließt sich ein Patient zu einer rein palliativmedizinischen Behandlung, kann dieser Entschluss jedoch ebenfalls weitreichende unangenehme Konsequenzen haben. Häufig wenden sich die behandelnden Ärzte vom Patienten ab, da die Aussicht, nicht heilen zu können, Hilflosigkeit in ihnen auslöst: „Professionals usually lose interest and transfer their motivation and resources elsewhere.“¹⁸⁰ Für den Patienten ist sein Sterben dann nicht nur physischer Natur, sondern auch mit sozialer Isolation verbunden. Freunde und Familie, die vielleicht nicht an ihre eigene Sterblichkeit erinnert werden möchten oder die nicht mit der Situation umzugehen wissen, ziehen sich von dem Betroffenen zurück. Der Patient selbst wird als Folge seiner Krankheit wahrscheinlich dazu gezwungen sein, seine Arbeit aufzugeben, wodurch er nicht nur soziale Kontakte, sondern auch sein Einkommen verliert, das wegen der exorbitant hohen Kosten im amerikanischen Gesundheitswesen

178 Vgl. Glaser und Strauss 131.

179 Vgl. Glaser und Strauss 190.

180 Feifel, „Death in Contemporary America“ 7.

notwendig ist. Der Patient kann also schnell in eine soziale und emotionale Isolation gedrängt werden, wodurch sein Sterbensprozess auch sozialer Natur ist.¹⁸¹ Jeanne Quint Benoliel fordert daher, dass ein Mittelweg gefunden werden muss zwischen „the cure goal of practice and the care goal.“¹⁸² Kann ein Patient medizinisch nicht mehr geheilt werden, hat er dennoch Bedürfnisse, die es zu erfüllen gilt. Benoliel sieht daher auch eine Notwendigkeit, das „doing things to people“ (= Cure) in Care „doing things with people, rooted in compassion and respect for the vulnerable members of society“¹⁸³ umzuwandeln. Feifel betont ebenfalls die Wichtigkeit der emotionalen Betreuung sterbender Patienten: „In truth, most dying patients do not expect miracles. What they ask for most of all is confirmation of care and concern.“¹⁸⁴

Sowohl Kübler-Ross als auch Glaser und Strauss setzen sich in ihren Arbeiten mit diesen Problemen sterbender Patienten auseinander, wobei nicht die medizinischen Details der jeweiligen Krankheit im Mittelpunkt stehen, sondern die Bedürfnisse und Verhaltensweisen der Betroffenen. Ihre Studien machen deutlich, dass Patienten ein Gefühl der Akzeptanz und einen für sie guten Lebensabschluss finden können, wenn ihnen die Wahrheit über die Prognose ihrer Krankheit mitgeteilt wird. Ein Mittel, um zu dieser Akzeptanz zu gelangen, ist das psychologische Konzept der Biographiearbeit Robert Butlers.

181 Siehe hierzu Jeanne Quint Benoliel, „Nurses and the Human Experience of Dying,“ *New Meanings of Death*. Herman Feifel (Hrsg.) (New York: McGraw-Hill, 1977) 132.

182 Benoliel 135.

183 Benoliel 135.

184 Feifel, „Death in Contemporary America“ 7.

4.3. Das Konzept der Biographiearbeit nach Robert Butler

Das Wissen um die eigene Sterblichkeit, das Bewusstsein des Todes kann das Leben immens beeinflussen. Wird ein Mensch so unmittelbar wie durch eine tödliche Krankheit mit seiner Sterblichkeit konfrontiert, wird er in der Auseinandersetzung mit seinem Sterben höchstwahrscheinlich über sein bisheriges Leben nachdenken. Diese Reflektion des Lebens ist ein wichtiger Aspekt im Erleben des Sterbensprozesses. Die Diskussion der Biographiearbeit findet hauptsächlich in der Gerontologie statt, da ältere Menschen dem Tod natürlicherweise näher sind als junge und die zeitliche Nähe des Todes einen Auslöser für den Biographiearbeitsprozess darstellt. Das Auftreten der Biographiearbeit ist jedoch nicht auf das Alter beschränkt. Ganz im Gegenteil beginnt der Prozess der Biographiearbeit im späten Jugendalter und zieht sich über das ganze Leben hinweg. Er tritt dennoch insbesondere bei Menschen auf, die in irgendeiner Weise mit den Themen Tod und Sterben konfrontiert sind. Dies wird durch Robert Butlers Beobachtungen gestützt, der berichtet, dass eine kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie auch bei unheilbar erkrankten jungen Menschen zu beobachten ist.¹⁸⁵ Butler setzt sich in seinem Aufsatz „Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged“ kritisch mit den Elementen und Manifestationen der Biographiearbeit auseinander. Häufig wird seiner Ansicht nach Biographiearbeit als etwas gesehen, das den Betroffenen einfach passiert und nicht als etwas, in das sich der Biographiearbeitende aktiv einbringt. Die Biographiearbeit, der Lebensrückblick, wird so als ziellos gesehen, als eine Form des Eskapismus vor der aktuellen Lebenssituation: „ In a word, reminiscence is fatuous.“¹⁸⁶ Seine eigene Theorie der Biographiearbeit steht in starkem Kontrast zu dieser

185 Butler, „Life Review: An Interpretation“ 66.

186 Butler, „Life Review: An Interpretation“ 66.

Ansicht. Zunächst unterscheidet er zwischen dem Konzept der Biographiearbeit und der Erinnerung. Ein einfaches Erinnern, „the unbidden return of memories,“¹⁸⁷ birgt in der Tat eine Passivität in sich, die sich derart äußert, dass die auftretenden Erinnerungen nicht gewertet oder kritisch reflektiert werden.¹⁸⁸ Im Kontrast dazu ist Biographiearbeit ein aktiver Prozess, durch den wir unsere Lebenserfahrungen überdenken, werten und vergangene Erfahrungen mit unserer gegenwärtigen Lebenswirklichkeit in Einklang bringen. Butler definiert folglich die Biographiearbeit:

I conceive of the life review as a naturally occurring, universal mental process characterized by the progressive return to consciousness of past experiences, and, particularly, the resurgence of unresolved conflicts; simultaneously, and normally, these revived experiences and conflicts can be surveyed and reintegrated.¹⁸⁹

Butlers Argumentation folgend zieht ein Biographiearbeitsprozess nicht einfach vorbei, sondern manifestiert sich durchaus bemerkbar, sowohl für den Biographiearbeitenden als auch für den Beobachter:

The life review may first be observed in stray and seemingly insignificant thoughts about oneself and one's life history. These thoughts may continue to emerge in brief intermittent spurts or become essentially continuous, and they may undergo constant reintegration and reorganization at various levels of awareness.¹⁹⁰

Der Biographiearbeitsprozess hat verschiedene Elemente. Die grundlegenden Konstituenten sind der Lebensrückblick, also ein Erinnern an bestimmte Situationen und Ereignisse, die Bewertung dieser Erlebnisse und Entscheidungen und letztlich die Integration dieser Ereignisse in den

¹⁸⁷ Butler, „Life Review: An Interpretation“ 67.

¹⁸⁸ Vgl. Butler, „Life Review: An Interpretation“ 66.

¹⁸⁹ Butler, „Life Review: An Interpretation“ 66.

¹⁹⁰ Butler, „Life Review: An Interpretation“ 68.

Lebenslauf, also ein Verstehen oder Bewusst-Werden des Lebensweges- oder -planes, welcher bis dahin für den Betroffenen nicht klar erkennbar war. Diese Integration resultiert Butlers Ansicht nach gewöhnlich in einem Gefühl des Abschlusses.¹⁹¹ Dennoch erwähnt Butler auch die Tatsache, dass einige Menschen keinerlei Nutzen im Biographiearbeitsprozess sehen. Besonders von älteren Menschen, die sich aktiv mit ihrer Biographie auseinandersetzen, wird häufig behauptet, sie trauerten nur der berühmten alten Zeit und einer Identität nach, die sie schon lange hinter sich gelassen haben.¹⁹² Butler und Myrna Lewis widersprechen dieser Behauptung und vertreten die Ansicht, die Biographiearbeit habe eine positive, gar therapeutische Funktion, da sie dem Biographiearbeitenden die Möglichkeit gibt, Belastendes zu lösen.¹⁹³ Sie führen sogar die Biographiearbeitspsychotherapie an, die sie als „action-oriented and psychoanalytically influenced“¹⁹⁴ sehen. Sie macht Gebrauch von Dingen wie dem Schreiben oder der Aufnahme einer Autobiographie, dem Anlegen eines Fotoalbums oder der Organisation von Klassentreffen. In der Therapie ist der Therapeut nicht der Auslöser des Prozesses; er begleitet einen schon begonnenen Prozess.¹⁹⁵ Sein Leben reflektierend aufzuarbeiten kann mit schmerzhaften Gefühlen verbunden sein, da nicht nur die guten Zeiten, sondern auch Konflikte und Krisen konfrontiert werden. Das positivste Ergebnis des Biographiearbeitsprozesses ist jedoch das Gefühl der Zufriedenheit, das laut Butler und Lewis durch die Erkenntnis zu Stande kommen kann, dass man immer das getan hat, was einem zu dem jeweiligen

191 Butler, „Life Review: An Interpretation“ 66.

192 Vgl. Butler 66 ff.

193 Myrna Lewis und Robert N. Butler, „Life-review Therapy: Putting Memories to Work in Individual and Group Psychotherapy,“ *Geriatrics* 29 (1974) 165.

194 Lewis und Butler, „Life-review therapy“ 166.

195 Vgl. Lewis und Butler 166.

Zeitpunkt möglich war und schien. Das Gefühl der Zufriedenheit bedeutet auch eine Art des Abschlusses, eine Art des Friedensschließens mit dem Leben, so wie man es gelebt hat. Diese Gefühle führen Butlers und Lewis' Beobachtungen zu Folge häufig zu einem Empfinden des Stolzes und der Würde:

Fears of death and dissolution may be mitigated as myths of invulnerability are confronted. People can become ready to die but in no hurry to do so. [. . .] There may be greater capacity for mutuality, with a comfortable acceptance of the life cycle, the universe, and the generations. Pride in one's life and feelings of serenity often center around having done one's best.¹⁹⁶

Ein weiterer Kritiker des Biographiearbeitsprozesses ist Bertram Cohler, der sich auf den Ursprung und die Bedeutung der so genannten Personal Narrative konzentriert, also auf Geschichten, die wir mit uns als Protagonisten über unsere Leben erzählen.¹⁹⁷ Personal Narratives sind ebenso wie der Rückblick Manifestationen des Biographiearbeitsprozesses, in dem wir diese Geschichten in unsere momentane Lebenssituation integrieren. Die Personal Narrative spielt hier eine besondere Rolle, da, wie Marc Kaminsky bemerkt, Biographien nicht immer geordnet und wohl geplant sind und die Biographiearbeit dementsprechend nicht chronologisch geordnet geschieht: „Life reviews are largely a matter of quiltwork affairs, a matter of bits and pieces all stitched together according to a not very readily visible pattern.“¹⁹⁸ Cohler betont, wie wichtig es für Menschen ist, die Ereignisse des Lebens in einem persönlichen Rahmen zu ordnen, da Menschen seiner Meinung nach

¹⁹⁶ Lewis und Butler „„Life-review therapy““ 166.

¹⁹⁷ Bertram J. Cohler, „Personal Narrative and Life Course,“ *Life-Span Development and Behavior* 4 (1982) 205-241.

¹⁹⁸ Marc Kaminsky, „Transfiguring Life: Images of Continuity Hidden Among the Fragments,“ *The Uses of Reminiscence: New Ways of Working with Older Adults*. Marc Kaminsky (Hrsg.) (New York: The Haworth Press, 1984) 13.

ständig versuchen „a sense of coherence and consistency of the life history“¹⁹⁹ aufrechtzuerhalten. Die Form der Personal Narrative, mit der Betroffene versuchen, eine solche Kohärenz herzustellen, richtet sich nach bestimmten Mustern und Vorstellungen und ist nach Cohlers Ansicht so aufgebaut, dass sie die folgenden wesentlichen Merkmale aufweist: „A beginning, a middle, and an end related to each other in a meaningful manner.“²⁰⁰ Mit Hilfe der Biographiearbeit und ihrer Komponenten versuchen Betroffene also, einen solchen bedeutungsvollen und sinnhaften Anfang, Mittelteil und ein passendes Ende zu ihren Leben zu finden. Oliver Sacks spricht sogar von einem „narrative need,“ dem Bedürfnis „to recollect ourselves, recollect the inner drama, the narrative of ourselves. A man needs such a narrative, a continuous inner narrative, to maintain his identity, his self.“²⁰¹

Der Biographiearbeitsprozess kann unterschiedlich intensiv ausgeprägt sein und durch Erzählen und Erleben nostalgischer Gefühle oder Geschichten bis hin zu einer geradezu fieberhaften Auseinandersetzung mit der Vergangenheit geprägt sein. Eine Person, die sich fieberhaft Gedanken über ihre Vergangenheit macht und dabei den Kontakt zur Gegenwart verliert, „ may feel compelled to give his entire life story to anyone who will listen. Past happenings may be repeated over and over again.“²⁰² Die Beschäftigung mit der Vergangenheit bezieht sich in einem solchen Fall häufig auf ein bestimmtes Ereignis, das sich für den Betroffenen problematisch darstellte und mit dem er bisher nicht abschließen konnte. Marianne Gerfo nennt diese Überbeschäftigung mit der Vergangenheit, welche eine dysfunktionale Form

199 Cohler 206

200 Cohler 228.

201 Oliver Sacks, *The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales*. (New York: Simon and Schuster, 1998) 111.

202 Lewis und Butler, „Life-review therapy“ 166.

der Biographiearbeit ist,²⁰³ „obsessive reminiscence.“²⁰⁴ Sie kann durch Gefühle der Schuld oder Verzweiflung über vergangene Ereignisse ausgelöst werden. Die Menschen, die sich obsessiv erinnern, sind nicht in der Lage, mit bestimmten Ereignissen ihres Lebens und ihren Reaktionen auf sie abzuschließen und können depressive oder sogar suizidale Züge zeigen.²⁰⁵

Außer der obsessiven Reminiszenz diskutiert Gerfo zwei weitere Formen der Erinnerung: informative und evaluative Reminiszenz. Informative Reminiszenz stellt sich ihrer Meinung nach als reine Rekapitulation vergangener Tatsachen ohne deren abschließende Bewertung dar.²⁰⁶ Im Gegensatz dazu ist die evaluative Reminiszenz, so wie Gerfo sie beschreibt, zentral für Butlers Konzept der Biographiearbeit. Wie der Begriff evaluativ sagt, soll bei dieser Form der Reminiszenz das Leben bewertet und ein Abschluss gefunden werden.²⁰⁷ Der Biographiearbeitsprozess ist also ein Prozess der Heilung, wie Butler betont, ein Prozess des Ordners, des Sich-Beweisens, dass das Leben lebenswert war.²⁰⁸

Kübler-Ross', Glasers und Strauss' und Butlers Beobachtungen machen deutlich, wie komplex sich der Sterbensprozess und die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit gestalten können. Die Konfrontation mit dem Gedanken an den Tod kann in letzter Ausprägung zu einer Depression führen, sie kann aber auch zu einem Gefühl des Abschlusses und des Friedens führen und so den Betroffenen die Möglichkeit geben, ihren Sterbensprozess auf eine

203 Vgl. hierzu auch Robert N. Butler und Myrna Lewis, *Aging and Mental Health*. (New York: C.V. Mosby, 1983) 51.

204 Marianne L. Gerfo, „Three Ways of Reminiscence in Theory and Practice,“ *The International Journal of Aging & Human Development* 12.1 (1980) 40.

205 Vgl. Gerfo 40.

206 Gerfo 41.

207 Vgl. Gerfo 42.

208 Robert N. Butler, „The Life Review: An Unrecognized Bonanza,“ *The International Journal of Aging & Human Development* 12.1. (1980) 36.

ihnen angemessene Weise zu gestalten. Die Konfrontation mit der Sterblichkeit wirkt sich dabei konturierend auf das Leben aus.

5. Die Reflektion der Todesverdrängung im amerikanischen Drama

Die Verdrängung des Todes manifestiert sich auf privater als auch gesellschaftlicher Ebene, wobei die Verdrängung durch verschiedene Perspektiven geprägt wird. Die Ausprägung der Verdrängung ist vom Verhalten des Betroffenen selbst, dessen Angehörigen und letztlich durch den gesellschaftlichen Umgang mit der menschlichen Sterblichkeit abhängig.

Die drei im Folgenden vorgestellten Dramen illustrieren diese verschiedenen Perspektiven der Verdrängung. In *Cat on a Hot Tin Roof* (1955) von Tennessee Williams wird ein Umgang mit einem unheilbar Erkrankten durch seine Angehörigen geschildert, die ihm die Wahrheit über seinen Zustand verschweigen. Diese Situation wird in den Theorien von Glaser und Strauss als Closed Awareness Kontext beschrieben. *Cold Sweat* (1987) von Neal Bell stellt die Verdrängung des Todes aus unterschiedlichen Perspektiven dar: Die Ärztin Alice sieht sich nach ihrer Rückkehr aus dem Vietnamkrieg in einer Gesellschaft und einer Familie, in der weder ihre Kriegstraumata noch ein offener Umgang mit dem Sterben erwünscht sind. Ronald Ribman stellt in *Cold Storage* (1977) zwei Patienten eines Krankenhauses gegenüber, die ihre Zeit in der Klinik auf sehr unterschiedliche Weise erleben, wodurch deutlich wird, wie wenig Raum den Betroffenen zur offenen Auseinandersetzung mit einer fatalen Diagnose in diesem Setting gegeben wird. Allen drei Dramen ist gemeinsam, dass die in dieser Arbeit analysierten Aspekte nicht der Handlungsmittelpunkt sind. In *Cat on A Hot Tin Roof* stehen vor dem Hintergrund der fatalen Diagnose des Familienoberhauptes Big Daddy die Dynamik der Figurenkonstellationen und die Krise, in der sich Big Daddys Sohn Brick nach dem Tod seines Freundes befindet, im Mittelpunkt der Handlung. *Cold Sweat* thematisiert zwar auch die Verdrängung des Todes aus unterschiedlichen Perspektiven, jedoch spielen hier

das von Alice erlittene Kriegstrauma und dessen Auswirkungen auf ihr Alltagsleben die tragende Rolle. Ribman schildert in *Cold Storage* zwar auch die fehlende gesellschaftliche Rahmung des Sterbensprozesses, jedoch liegt die Aufmerksamkeit auch hier auf der Beziehung der zwei Hauptfiguren Parmigian und Landau zueinander, die durch Landaus Erlebnisse als europäischer Jude im Zweiten Weltkrieg geprägt ist.

Aus diesem Grund wird auf eine ausführliche Analyse der Dramen verzichtet.

In *Cat on a Hot Tin Roof* feiert der patriarchalische Plantagenbesitzer Big Daddy Pollit zusammen mit seiner Frau, seinen zwei Söhnen Brick und Gooper und deren Frauen Margaret und Mae, sowie mit seinen Enkelkindern, dem Pastor und seinem Hausarzt seinen fünfundsiebzehnten Geburtstag. Big Daddy hat gerade die Ergebnisse einer umfassenden ärztlichen Untersuchung erhalten, die er wegen starker Bauchschmerzen vornehmen ließ, und geht nun, da es ihm so mitgeteilt wurde, davon aus, er leide unter einem „spastic colon“ (CTR 1144)²⁰⁹ und sei ansonsten gesund. Gleich zu Beginn des Dramas erwähnt Maggie (Margaret) jedoch in einem Gespräch mit ihrem Ehemann Brick, dass es offensichtlich sei, dass Big Daddy an Krebs leide und daran sterben wird: „Now we know that Big Daddy's dyin' of - cancer....“ (CTR 1137). Sie stellt weiterhin klar, dass wohl auch Gooper und seine Frau Mae dies wissen:

MAGGIE: I recognized the symptoms soon's we got here last spring and I'm willing to bet you that Brother Man and his wife were pretty sure of it, too. That more than likely explains why their usual summer migration to the coolness of the Great Smokies was passed up this summer in favor of - hustling down here ev'ry whipstitch with their whole screamin' tribe. (CTR 1138)

Im weiteren Verlauf des Dramas wird deutlich, dass auch Big Daddys Frau, Big

²⁰⁹ Zitate aus Tennessee Williams, *Cat on a Hot Tin Roof. The Bedford Introduction to Drama*. Lee Jacobus (Hrsg.) (Boston: Bedford, 2001, 4. Auflage) 1134-1173 werden im Fließtext mit CTR angegeben.

Mama genannt, wie ihr Mann die Wahrheit nicht kennt: „Nothin' a-tall's wrong with him but some little functional thing called a spastic colon“ (CTR 1144). Brick, der von Trauer um seinen vor kurzem verstorbenen Freund Skipper und seinem Absturz in den Alkoholismus eingenommen ist, scheint die Situation nicht zu berühren. Für eine Auseinandersetzung über die Bedeutung des bevorstehenden Todes seines Vater für ihn scheint in seiner jetzigen Lebenssituation kein Platz zu sein. Während Maggie sich Gedanken um das Erbe und ihre gemeinsame finanzielle Zukunft macht und Pläne schmiedet, wie sie, das kinderlose, unglücklich miteinander verheiratete Paar, Bricks Bruder mit seinen fünf Kindern übertrumpfen können, damit Big Daddy ihnen den beachtlichen Besitz überlässt, denkt Brick darüber nach, ob sein Vater nun wirklich an Krebs erkrankt ist:

BRICK: Big Mama just said he *wasn't* [dying of cancer], that the report was okay.

MARGARET: That's what she thinks because she got the same story that they gave Big Daddy. And was just as taken in by it as he was, poor ole thing.... But tonight they're going to tell her the truth about it. When Big Daddy goes to bed, they're going to tell her that he is dying of cancer. - It's malignant and it's terminal.

BRICK: Does Big Daddy know it?

MARGARET: Hell, do they *ever* know it? Nobody says, 'You're dying.' You have to fool them. They have to fool themselves.

BRICK: Why?

MARGARET: *Why?* Because human beings dream of life everlasting, that's the reason! But most of them want it on earth and not in heaven. (CTR 1146)

In diesem Dialog wird deutlich, dass die Familie offenbar nicht beabsichtigt, Big Daddy über seinen Zustand zu informieren. Darüberhinaus fasst Margaret prägnant die Einstellung der meisten Menschen zu ihrer Sterblichkeit zusammen: „They have to fool themselves.“ Auch der Gedanke an ewiges Leben hilft ihrer Einschätzung nach nicht, denn die meisten Menschen ziehen ihr jetziges Leben dem ewigen Leben, das eventuell gar nicht existiert, vor.

Sollte ein Mensch doch unheilbar erkranken, entsteht ein Konstrukt aus Lügen und Kontrolle, wenn dem Betroffenen die Wahrheit über seinen Zustand nicht mitgeteilt wird. Auch in *Cat on a Hot Tin Roof* ist dies der Fall und im Verlauf des Dramas agieren die Beteiligten um die Wahrheit herum, ständig bemüht, für Big Daddy eine unbeschwerte Atmosphäre zu schaffen, um ihm keinerlei Anlass zu Zweifeln über die, wie er denkt, erleichternde Diagnose zu geben. Als der Reverend von einer Schenkung in Gedenken an einen verstorbenen Mitbürger der Stadt spricht, unterbricht Big Daddy ihn mit den Worten: „Hey, Preach! What's all this talk about memorials, Preach? Y' think somebody's about t' kick off around here? 'S that it?“ (CTR 1150). Die Regieanweisungen verdeutlichen, dass der Pastor durch diese Frage sehr unangenehm berührt ist und nur durch das plötzlich einsetzende hektische Gespräch der anderen Anwesenden einer Antwort ausweichen kann. Einen Patienten in einem Closed Awareness Kontext zu belassen kann große Anstrengungen bergen, wie Glaser und Strauss beschreiben.²¹⁰ Ein freier Umgang mit dem Betroffenen ist nicht mehr möglich, da fortwährend darauf geachtet werden muss, nicht unbeabsichtigt die Wahrheit zu sagen oder Hinweise auf den wahren Zustand des Patienten zu geben. Dies schildert Williams sehr treffend in *Cat on a Hot Tin Roof*. Der unter normalen Umständen unbedeutendste Teil eines Gesprächs, wie die Erwähnung der Schenkung einer wohlhabenden Familie in Gedenken an einen verstorbenen Angehörigen, kann in einem Closed Awareness Kontext vielsagende Konnotationen in sich bergen. Auch die Bemerkung des Pastors „the Stork and the Reaper are running neck and neck“ (CTR 1152) erscheint in der Situation, in der sich die Familie Pollitt befindet, um so vielsagender, da Mae mit ihrem sechsten Kind schwanger ist. Die immer wiederkehrenden Versicherungen Big Mamas, dass ihr Mann vollkommen gesund und sie sehr erleichtert über diese Nachrichten sei, lenken die Aufmerksamkeit noch verstärkt auf die verschwiegene Wahrheit als dass sie zur Beruhigung dienen.

210 Glaser und Strauss 53 ff.

Williams' Regieanweisungen „embarrassed silence,“ „meanwhile various discreet signals have been exchanged“ (CTR 1152/1153) verdeutlichen die angespannte Situation zusätzlich. Für Anspannung sorgt auch Big Daddys Ausbruch, indem er sich über Lügen aufregt, mit denen er seiner Ansicht nach die letzten Jahre leben musste. Seinem Empfinden nach hat seine Frau die letzten drei Jahre, während derer sich sein gesundheitlicher Zustand verschlechterte, versucht, die Kontrolle über die Familie und die Plantage zu erlangen, weil sie, wie er meint, schon an seinen baldigen Tod glaubte. Sein „spastic colon“ ist daher seiner Meinung nach auch darin begründet, dass er angelogen wurde:

BIG DADDY: I've had the goddamn exploratory operation, and nothing is wrong with me but a spastic colon - made spastic, I guess, by *disgust!* By all the goddamn lies and liars that I have had to put up with and all the goddamn hypocrisy that I lived with all these forty years that we been livin' together! (CTR 1154)

Big Daddy weiß zu diesem Zeitpunkt noch nicht, dass die ganze Familie - seine Ehefrau ausgenommen - ihn über seinen Zustand anlügt und offensichtlich nicht beabsichtigt, ihm die Wahrheit mitzuteilen. Schließlich ist es sein jüngster Sohn Brick, der ihm in einem Gespräch die Wahrheit zwar nicht direkt sagt, sie aber zumindest andeutet. Zum ersten Mal in ihrem Leben führen er und sein Vater ein ehrliches Gespräch miteinander, auch wenn dieses zu Beginn eher widerwillig seitens Brick geschieht. Die Ehrlichkeit gewinnt aber nur langsam die Oberhand in dem Dialog der beiden. Zu Beginn gleicht es noch einem der Gespräche, die sie, wie im Gespräch deutlich wird, schon öfter miteinander geführt haben:

BRICK: Well, sir, ever so often you say to me, Brick, I want to have a talk with you, but when we talk, it never materializes. Nothing is said. You sit in a chair and gas about this and that and I look like I listen. I try to look like I listen, but I don't listen, not much. Communication is - awful hard

between people an' - somehow between you and me, it just don't - happen. (CTR 1156)

Die Unfähigkeit, tiefgründig miteinander zu kommunizieren, empfindet auch Big Daddy:

BIG DADDY: [...] We've always - talked around things, we've - just talked around things for some fuckin' reason, I don't know what, it's always like something was left unspoken, something avoided because neither of us was honest enough with the - other (CTR 1161)

Erst dieses Eingeständnis führt zu einem Gespräch, in dem sie einander nicht ausweichen. So erzählt Brick, anfangs noch zurückhaltend, von seinem homoerotischen Verhältnis zu seinem besten Freund Skipper und seiner Betroffenheit über dessen Tod. Als Big Daddy ihm vorwirft, dass Brick nicht in der Lage gewesen sei, sich mit Skipper über ihre gegenseitige Liebe auseinanderzusetzen, fragt Brick ihn wiederum, ob er selbst denn in der Lage sei, die Wahrheit zu ertragen und sich damit auseinanderzusetzen. Obwohl Brick nicht direkt sagt, dass sein Vater unheilbar an Krebs erkrankt ist und sogar versucht, seine Worte zu relativieren, die seinen Vater die Wahrheit erkennen lassen, begreift Big Daddy schnell, dass seine Familie ihn anlügt und er sterben wird. Zum ersten Mal führen die beiden ein Gespräch, in dem sie den eigentlichen Themen nicht ausweichen und dies bedeutet letztlich auch, dass Brick die Diagnose nicht verschweigen kann. Obwohl Big Daddy es nicht sagt, so scheint er Brick dankbar zu sein, dass dieser ihn nicht angelogen hat. Nachdem er durch ein Nicken die Anerkennung der Wahrheit andeutet, verlässt er die Szene mit den Worten „Lying! Dying! Liars!“ (CTR 1165) Die Tatsache, dass seine Familie ihn angelogen hat, scheint ihn wütender zu machen, als sein bevorstehender Tod. Offenbar hat er die Wahrheit schon geahnt. So lässt sich auch seine Reaktion auf die Aussage des Pastors über den verstorbenen Mitbürger der Stadt vor dem Hintergrund deuten, dass er die

ganze Zeit gespürt hat, dass die ihm gegebene Diagnose nicht die richtige ist und er mit seiner Reaktion testen wollte, ob sein Gespür zutreffend ist. Die anderen Familienmitglieder weihen Big Mama schließlich in ihr Geheimnis ein. Gooper hat sogar schon die entsprechenden Bevollmächtigungen vorbereitet, um die Kontrolle über den Besitz an sich zu ziehen. Big Daddy kehrt jedoch in die Handlung zurück und wirkt im Vergleich zu seinem Verhalten in den ersten Akten sehr ruhig. Er macht keine Witze mehr, die auf Kosten seiner Frau gehen und durchaus sehr verletzend für sie sind, und die Hektik, die sich durch das bisherige Drama zog, ist vorbei. Die Gründe der Familie für das Verschweigen der Wahrheit werden in dem Drama nicht genannt. Big Daddy wurde durch das Verschweigen seiner Erkrankung von den anderen Familienmitgliedern letztlich bevormundet. Im Gegensatz dazu hat Brick seinem Vater nicht das Recht abgesprochen, eigene Entscheidungen zu treffen, auch darüber, inwieweit er sich mit seiner Krankheit auseinandersetzen möchte.

In *Cat on a Hot Tin Roof* wird beschrieben, welche Auswirkungen die Verdrängung der Wahrheit hat und welche Anstrengung es kosten kann, diese Verdrängung aufrechtzuerhalten. Auch wenn am Ende des Dramas offen bleibt, ob und in welcher Form sich Big Daddy mit seinem baldigen Tod auseinandersetzen wird, so deutet sein ruhigeres und friedvolleres Verhalten am Ende des Stückes an, dass der offene Umgang mit der Wahrheit seiner Lebenseinstellung und seinen Charakterzügen näher kommt.

5.1. Die Verdrängung des Todes aus ärztlicher Perspektive am Beispiel Neal Bell *Cold Sweat*

Im Drama *Cold Sweat* von Neal Bell (1987) wird der Umgang mit einer unheilbaren Krankheit und der Allgegenwärtigkeit des Todes aus ärztlicher Sicht geschildert. Im Mittelpunkt steht die Ärztin Alice, die während eines langen Einsatzes in Vietnam bei einem feindlichen Angriff verletzt wird und

miterlebt, wie zwei befreundete Kollegen sterben. Durch die Grausamkeiten, die sie täglich an der Front erfährt, ist sie schwer traumatisiert und kehrt in diesem Zustand Anfang der 1970er Jahre in die USA zurück, wo sie in einem Krankenhaus wieder ihrem Beruf als Ärztin nachgeht. Dort ist sie beruflich als auch privat mit der Verdrängung des Todes konfrontiert, welches einen großen Konflikt in ihr auslöst. Für Alice ist der Tod seit ihren Kriegserfahrungen allgegenwärtig und nicht zu leugnen und dem Anspruch ihres Umfeldes, den Gedanken an die menschliche Sterblichkeit aus dem Alltag zu verbannen, kann und will sie nicht gerecht werden. Die Verdrängung des Todes äußert sich in *Cold Sweat* zunächst darin, dass für Alice keine Möglichkeit besteht, das Erfahrene mit professioneller Hilfe aufzuarbeiten. Es scheint so, als erwarte ihr Umfeld, sie solle sich wieder in ihre vorherigen Lebensumstände einfügen, als wäre sie nicht Teil eines Krieges gewesen. Ihre Familie bricht jede Erzählung Alices über ihre Erlebnisse ab:

ALICE: How could I tell you? Whenever I mentioned Vietnam, you'd always blanch and clutch at your bosom.

BESS: Oh yes, you'd say, 'Please pass the grapes. And speaking of grapes, did I ever tell you about the time I stepped on a noncom's eyeball?' And I'd suggest this wasn't suitable conversation for dinnertime. (CS 66)²¹¹

Ihre Mutter Bess mag Recht haben und ein Gespräch über einen menschlichen Augapfel, auf den Alice während ihrer Zeit in Vietnam trat, mag nach allgemeinen Vorstellungen von Pietät kein passendes Gesprächsthema für ein Abendessen sein. Es scheint jedoch so, als sei in ihrem Nachkriegsalltag überhaupt kein Raum für die Aufarbeitung ihrer Erfahrungen gegeben und ein Gespräch über ihre Kriegserlebnisse, in diesem Fall symbolisiert durch den Augapfel, ist nicht nur während des Abendessens, sondern jederzeit unpassend, so wird es ihr von den anderen Charakteren zu verstehen gegeben.

211 Zitate aus Neal Bell, *Cold Sweat*. (New York: Dramatists Play Service, 1988) werden im Fließtext mit CS angegeben.

Alices Reaktion auf den Einwand ihrer Mutter, „You'd storm upstairs“ (CS 66), lässt darauf schließen, dass Alice ihre Erinnerung nicht erzählt, um ihre Eltern zu schockieren. Vielmehr scheint es so, dass Alice derart von ihren Erfahrungen eingenommen ist und diese für sie immer noch sehr gegenwärtig sind, dass sie gar nicht anders kann, als während des Abendessens von einem aus einem Körper gerissenen Augapfel zu sprechen. In ihrem gegenwärtigen Umfeld bleibt ihr jedoch nichts anderes übrig, als solche Erfahrungen für sich zu behalten.

Alices Situation ist um so schwieriger, da sie der Ansicht ist, dass unheilbar erkrankte Patienten ein Recht auf die Wahrheit über die Unheilbarkeit ihrer Krankheit haben. Sie wird jedoch in ihrem Umfeld immer wieder mit der Tatsache konfrontiert, dass sie in einer Gesellschaft lebt, in der nicht nur ihre Kriegserlebnisse, sondern auch die Themen Tod und Sterben unerwünscht sind. Dies stellt sie sowohl in ihrem Beruf als Ärztin als auch in ihrem Privatleben vor Schwierigkeiten. In ihrem familiären Umfeld ist sie mit der Krebserkrankung ihres Vaters Court konfrontiert und darüber hinaus mit dem Entschluss ihrer Mutter, ihrem Vater seine Krankheit zu verschweigen. Für Alice gilt auch im Privatleben, dass jedem Patienten die Wahrheit über seinen Zustand mitgeteilt werden sollte und so versucht sie fortwährend, ihre Mutter davon zu überzeugen, die Lüge nicht länger aufrechtzuerhalten. Die Lüge, die ihre Mutter ihrem Vater vorspielt, stellt sie vor einen enormen Gewissenskonflikt:

ALICE: [...] My father is dying of cancer right now. [...] He doesn't know he's shuffling off. Mother decided he shouldn't be told. When I lie to him, I feel like *I'm* the one who's fading away. (CS 17)

Obwohl ihr Vater in einem Konstrukt aus Lügen lebt, weiß er, dass er sterben wird und die Tatsache, dass seine Familie ihm dies verschwiegen hat, stellt für ihn einen Vertrauensbruch dar:

COURT: [...] I'm not blind. Do you honestly think I don't know I'm dying? My body's devouring itself, and Dr. Sellars tells me it's gas? If this is gas, it's leading up to one hell of a fart.

BESS: Dr. Sellars thought you'd lose hope.

[...]

COURT: I'm very disappointed in you.

BESS: I lied to you because I love you.

COURT: You locked me up alone with my pain. (CS 28)

Dieser Dialog macht deutlich, dass Court sich durch seinen Arzt und seine Frau bevormundet fühlt. Auf ihn wirkt es, als glaube seine Frau, er würde die Symptome nicht wahrnehmen. Ihr Einwand, Dr. Sellars wollte ihn davor bewahren, hoffnungslos zu werden, und sie selbst habe ihn aus Liebe angelogen, ist für ihn keine Entschuldigung. Seine Reaktion offenbart, dass er der Ansicht ist, ein Recht auf die Wahrheit über seinen Zustand zu besitzen. Das Verschweigen der Wahrheit durch seine engsten Familienangehörigen ist für ihn eine Enttäuschung. Darüberhinaus fühlt er sich mit seinen Schmerzen und seiner Situation isoliert und verlassen. Solange die Wahrheit nicht ausgesprochen war, bestand für ihn keinerlei Möglichkeit, offen mit seinen Gefühlen während seines Sterbensprozesses umzugehen. Courts Reaktion auf den Closed Awareness Kontext, den seine Frau und sein Arzt für ihn geschaffen haben, bestätigt Alices Ansicht, dass Sterbende ein Anrecht auf die Wahrheit haben. Denn nur die Kenntnis über ihren bevorstehenden Tod ermöglicht es ihnen, eigenständige Entscheidungen zu treffen, ohne dass sich jemand anmaßt, darüber zu entscheiden, was für den Betroffenen richtig ist.

Auch in ihrem Berufsleben ist Alice ständig mit den Themen Tod und Sterben konfrontiert. Jedoch muss sie hier ebenso wie in ihrem Privatleben feststellen, dass ein offener Umgang mit der menschlichen Mortalität nicht gewünscht ist und dem Thema ausgewichen wird. In den Kliniken, in denen Alice nach ihrer Rückkehr aus Vietnam arbeitet, gilt der Verhaltenskodex, dass der Tod nicht existiert und man ihn dementsprechend auch nicht vor den

Patienten erwähnen muss. Für Alice stellt dies einen unüberwindbaren Konflikt dar. Sie hat die letzten Jahre damit verbracht, mit einer Vielzahl von Patienten über ihre Sichtweisen zum Sterben zu sprechen und ihre daraus resultierenden Theorien zu den Themen Tod und Sterben veröffentlicht. Sie vertritt vehement die Ansicht, dass sterbende Patienten die Wahrheit über ihre Krankheit erfahren und Ärzte den Betroffenen diese nicht verschweigen sollten. Nur durch den offenen Umgang mit der Wahrheit wird Alices Ansicht nach den Sterbenden die Möglichkeit gegeben, ihr Leben in einer ihnen angemessenen Weise abzuschließen:

ALICE: [...] Actually I've talked to hundreds of dying patients. They've told me things. They want to know the truth. (CS 24)

HANSON: All of us wish we had more time.

ALICE: I wish *they* did. And *they* lose time, hoping for things that won't happen.

HANSON: So take away hope and then -

ALICE: Give them an hour, a week, a month to mourn themselves. And then after the mourning, before they die ... they'd reach this small space ... like coming into clearing in the woods, late afternoon winter light... (CS 23)

Die Konfrontation mit dem eigenen Sterbensprozess birgt ihrer Meinung nach zwar eine große Traurigkeit, aber auch die Möglichkeit, einen Zustand des Friedens zu erreichen. Alices Ansichten und ihr Verhalten führen dazu, dass sie ihre Stelle verliert, da sie es nicht mit ihrem Gewissen vereinbaren kann, Patienten die Wahrheit zu verschweigen, wozu sie von ihrem Vorgesetzten unmissverständlich aufgefordert wurde:

HANSON: You know you've managed to dick off quite a few of my high-strung doctors-

ALICE: All I do is talk to people. They know they're dying. They feel abandoned. No one will tell them the truth.

HANSON: Except you.

ALICE: Unfair. I honor the zany code of silence here. I lie, too.
 HANSON: Well, you don't say they're dying in so many words. It's more like, 'Everyone in this room without terminal cancer take one step forward. Ah, not so fast, Mrs. Hughes.'
 ALICE: Maybe I give it away in my face. I could wear a paper bag on my head. [...]
 HANSON: I won't ask you to stop your conversations. But work on a poker face, would you mind? Or a paper bag isn't a bad idea. (*He produces a paper bag from a trash can.*) Here. Try. (*Alice puts the bag on her head. Hanson imitates a patient:*) 'Doctor...am I gonna die?'
 ALICE (*Bag on head*): No. Not ever. Not in a million years.
 (*Pause*)
 HANSON: OK. The bag is fine. Now work on the tone of voice. (CS 18)

Alice müsste den Tod ebenfalls leugnen, wenn sie ihren Beruf in diesem Krankenhaus weiter ausüben möchte. Das Bemerkenswerte an ihrer Situation ist, dass es in erster Linie nicht die Patienten sind, die diese Leugnung initiieren, sondern die Angehörigen und behandelnden Ärzte. Die meisten ihrer Patienten möchten ihren Beobachtungen zu Folge die Wahrheit erfahren, „Most of them did [want to know the truth]“ (CS 26), doch wird dies durch das Verhalten der Angehörigen und Ärzte erschwert:

ALICE: Their terrified relations, however, were crossing themselves and backing away: 'She said the D-word!' Like, uh-oh, Pandora's gone and opened *that* fucking box again, and the doctors - who in their modesty have some trouble believing they're God if D-E-A-T-H is stalking the halls unafraid, all of my colleagues are shitting bricks. (CS 26)

Ähnlich den Forschungen von Kübler-Ross führt der Charakter Alice Interviews mit Sterbenden und veröffentlicht ihre Beobachtungen. Sie ist in Anlehnung an Kübler-Ross der Ansicht, dass dem Patienten die Unheilbarkeit einer Krankheit nicht verschwiegen werden sollte. Desweiteren ist Kübler-Ross ebenso wie Alice der Meinung, dass der Tod als Feind der medizinisch-therapeutischen Ethik wahrgenommen wird, da das Ziel des Arztes die Heilung ist.²¹²

212 Kübler-Ross 44.

Durch Alices Verhalten wird der zwiespältige Umgang mit den Themen Tod und Sterben in Kliniken zu Beginn der 1970er Jahre illustriert. Der Handlungsstrang um ihren Vater verdeutlicht zudem die Leugnung des Todes in individuellen Familiensituationen. Obwohl Alice mehr und mehr und zu Ende des Stückes fast schon krankhaft von dem Thema des Sterbens eingenommen wird und ihre Kriegstraumata deutlich werden, kann das Drama als Bloßlegung des leugnenden Verhaltens der Gesellschaft zu den Themen Tod und Sterben gelten und als Aufforderung, offen mit der Endlichkeit des Lebens umzugehen.

5.2. Die Isolation der Sterbenden: *Cold Storage* - Ronald Ribman

Ronald Ribmans Drama *Cold Storage* (1977) stellt die Auswirkungen der Verdrängung des Todes aus Sicht zweier Patienten in einem New Yorker Krankenhaus in den Mittelpunkt der Handlung. Das Stück besteht zum Großteil aus dem Gespräch der zwei Protagonisten, Richard Landau, einem Kunsthändler in den Vierzigern, und dem Obsthändler Joseph Parmigian, Mitte sechzig, die sich auf der Dachterrasse des Krankenhauses treffen. Bereits zu Beginn des Dramas wird deutlich, dass Parmigian seinen Sterbensprozess im Krankenhaus verlebt. Er hat offensichtlich schon eine längere Zeit in der Klinik verbracht, da er davon spricht, im letzten Winter mit einer der Schwestern Edmund Spensers *The Faerie Queene* vollständig gelesen zu haben. Parmigian verdeutlicht in dem Gespräch mit Landau, der seiner eigenen Auskunft zu Folge lediglich für eine „exploratory surgery“ in der Klinik ist, dass er sich seiner Situation bewusst ist:

PARMIGIAN: Take my word for it. On this floor it's never a twinge in stomach. It's never a tickle in the throat. You got what I got. [...] The big C. You're going down for the big count, same as me, Mr. Landau, Mr.

Richard Landau. (*ST 11*)²¹³

Parmigian tritt aggressiv und wenig sensibel auf. Landau, der darauf hofft, dass seine Beschwerden sich als harmlos herausstellen, bekommt dies besonders deutlich zu spüren. Parmigian verheimlicht seine Ansicht nicht und sagt ihm - wenig einfühlsam - , dass wohl auch er sterben wird. Darüberhinaus teilt er Landau mit, dass das Personal die Patienten anlügt. Parmigians Einschätzung nach kann Landau deswegen damit rechnen, dass seine Beschwerden doch nicht harmlos sind, selbst wenn das Personal das Gegenteil behaupten sollte:

PARMIGIAN: The first sign of weakness they see in you, the truth goes out the window. You'll never hear it again. A five hundred ton meteorite hits you in the head, they'll tell you a chip of paint fell off the goddamn ceiling. Bastards! (*ST 6*)

Parmigian hat diese Erfahrung gemacht. Sein Kratzen im Hals, weswegen er sich im Krankenhaus vorgestellt hat, hat sich als Krebs herausgestellt und obwohl sein Körper eindeutige Zeichen des physischen Verfalls zeigt, ist das Personal seinen Schilderungen zu Folge bemüht, dieses offensichtliche Symptom einer Krankheit nicht zu beachten und herunterzuspielen, sollte es doch einmal zur Sprache kommen:

PARMIGIAN: You know what I weighed six months ago? Two hundred twenty pounds. [...] I had a pair of fists like two hamhocks. Now I can't even find them anymore. I tell'em my clothing don't fit me anymore, they tell me the hospital laundry must be stretching them out. Can you believe such a pack of crap? The hospital laundry is stretching them out? You'd have to be some kind of goddamn moron to believe something like that. (*ST 11*)

Diese Anmerkung illustriert, wie sehr die Wahrheit über seinen Zustand in der Klinik verleugnet wird. Ihm selbst ist jedoch bewusst, dass er unheilbar

213 Zitate aus Ronald Ribman, *Cold Storage* (Garden City, New York: Nelson Doubleday, 1978) werden im Fließtext mit *ST* angegeben.

erkrankt ist. Für ihn ist es sinnlos, sich selbst zu belügen oder durch das Klinikpersonal angelogen zu werden. Sein Körper ist schon derart stark von der Krankheit gezeichnet, dass es absurd erscheint, die Lüge, es sei alles in Ordnung, aufrechtzuerhalten. Parmigian ist somit in der Klinik von Menschen umgeben, mit denen er nicht über seinen seelischen Zustand während seines Sterbensprozesses sprechen kann. Im Drama spielt seine Familie keine Rolle und es bleibt daher unklar, wie sie auf die Diagnose reagiert. Parmigian erwähnt jedoch seine Freunde:

PARMIGIAN: You know what happens to friends? They vanish like a row of chicken hawks taking off from a branch. They used to come around with flowers ... They bought them in the subway, but a flower's a flower ... They used to come around in the afternoon, in the evening. Then when the ultimate prognosis was made, they could hardly wait to get out of here. Two seconds in the room and they'd start fidgeting, looking at the ceiling, looking at the walls. I'd lie there looking at what? (ST 64)

Seine Freunde haben sich von ihm zurückgezogen, nachdem sich seine Krankheit als unheilbar herausgestellt hat. Sein Sterbensprozess ist nicht nur physischer, sondern auch sozialer Natur. Parmigian fühlt sich abgeschnitten von der Welt und hat offenbar ein so starkes Bedürfnis, sich jemandem anzuvertrauen, dass er den ihm eigentlich fremden Landau nahezu anfleht, ihn nicht alleine zu lassen. Die Erfahrung, die für ihn den Zustand seines Sterbensprozesses am ehesten charakterisiert, ist die der sozialen Isolation:

PARMIGIAN: I know what I am, but I also know what dying is. I'm being left alone here, I'm watching a world filled with things, with people, with a million adventures, slowly shutting me out, putting me aside, separating me from themselves. A little less attention every day, a little longer to answer the bell when you ring it. And the mind's not stupid. It sees what's happening ... It sees ... But it thinks it's going to go on living forever, no matter what the body tells it, no matter what it hears the doctors tell it - the truth is a lie it won't believe. (ST 70)

Nicht Parmigian selbst hat seine Isolation verursacht, sondern die Gesellschaft, in deren Leben er bis zum Beginn seines Sterbensprozesses eingebunden war. Er äußert keine Erklärung für diese Isolation, doch lässt die von ihm beschriebene Reaktion seiner Freunde „They'd start fidgeting, looking at the ceiling, looking at the walls“ (ST 64) darauf schließen, dass sein engeres Umfeld nicht weiß, wie man sich vor einem Sterbenden verhalten soll, und es den Menschen in seinem Freundeskreis unangenehm ist, an die eigene Mortalität erinnert zu werden. Wenn man den Gedanken an seine eigene Sterblichkeit verdrängt, kann man sterbenden Menschen nicht offen begegnen, da solch eine Begegnung die Verdrängung unmöglich machen würde. Auch Parmigian selbst schwankt zwischen der Annahme der Wahrheit und der Verdrängung seines Zustandes. Obwohl ihm bewusst ist, dass er sterben wird, hört er nicht auf zu hoffen, dass sich sein Lage doch noch bessern wird.

Landau hingegen bleibt in einem Zustand der Ungewissheit. Obwohl er sich vehement gegen Parmigians Andeutungen, er sei unheilbar krank, wehrt, kann er sich nicht sicher sein, dass Parmigians Einschätzung nicht doch richtig ist. Da die Untersuchungen, die ihm Gewissheit geben sollten, „inconclusive“ (ST 52) sind, stellt sich für ihn letztlich die Frage, ob er nicht doch unheilbar erkrankt ist und ihm dies nur nicht mitgeteilt wird.

Cold Storage illustriert vor allem durch die Figur Parmigians und seine Erfahrungen die Leugnung des Todes sowohl in der Klinik als auch in seinem privaten Umfeld. Darüber hinaus verdeutlicht das Drama, wie absurd es ist, eine Verdrängung des Todes durch schon lächerliche Lügen aufrechtzuerhalten, da die Patienten in den meisten Fällen die Wahrheit schon kennen und es in ihrem eigenen Ermessen und nicht in dem der Ärzte liegen sollte, in welcher Form sie mit der Wahrheit umgehen.

6. *The Shadow Box* von Michael Cristofer - die Fiktionalisierung des Sterbensprozesses nach der Theorie von Elisabeth Kübler-Ross

Elisabeth Kübler-Ross gilt als die Hauptfigur des Death and Dying Movements und der Wiederentdeckung des Todes, „Rediscovery of death“²¹⁴, in den USA. Ihr Ansatz wendet sich ab von der rein medizinischen Behandlung unheilbarer Patienten hin zu einer psychologischen Begleitung palliativmedizinisch zu betreuender Kranker. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Technologisierung des Sterbens in Krankenhäusern seit Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts, im Rahmen derer der Patient als Mensch mit Gefühlen und Bedürfnissen zunehmend ins Abseits geriet, propagiert sie ein würdevolles Sterben. Hierzu gehört ihrer Meinung nach eine intensive und offene Kommunikation zwischen dem Sterbenden und seinen Angehörigen bzw. den ihn betreuenden Menschen.²¹⁵ Somit soll den Patienten die Möglichkeit gegeben werden, über ihre Erfahrungen, Wünsche und Ängste zu sprechen. Auch der Ort des Sterbens ist ein Anliegen von Kübler-Ross. In Zeiten, in denen eine immer größere Zahl von Menschen in Krankenhäusern oder Pflegeheimen starb, engagierte sie sich für die Hospizbewegung. Hospize gibt es schon seit Jahrhunderten – eines der ältesten ist das von Turmanin in Syrien, das 475 n. Chr. gegründet wurde. Das spätantike Hospiz unterscheidet sich vom modernen jedoch dahingehend, dass in früheren Jahrhunderten grundsätzlich alle hilfsbedürftigen Menschen, von Waisenkindern über Kranke und Gebärende bis hin zu Pilgern, Zuschlupf in einem Hospiz finden konnten. Das moderne Hospiz hingegen konzentriert sich auf die palliativmedizinische als

214 Michel Vovelle, „Rediscovery of Death since 1960,“ *The Social Meaning of Death: American Academy of Political and Social Science* 447 (1980) 89.

215 Kübler-Ross.

auch psychologische Betreuung Sterbender.²¹⁶ Als Begründerin der modernen Hospizbewegung kann die Engländerin Cicely Saunders gelten, die 1967 das heute sehr bekannte und hoch entwickelte St. Christopher's Hospiz in London ins Leben rief.²¹⁷ In der Umgebung eines Hospizes soll der Patient zwar medizinisch gut betreut werden, das Augenmerk liegt jedoch auf der ganzheitlichen Wahrnehmung der Patienten:

If the dying patient can be perceived first as a person, and as an individual accomplishing an important part of a full life-cycle, then care givers can concentrate upon giving what is really needed in the situation. They can actively prevent the interferences of mindless technological tricks, and can instead provide surcease from physical and emotional pain. They can offer, instead of mechanical resuscitation, a hospitable place in which the personal and spiritual growth of the individual can continue during the process of dying.²¹⁸

Darüber hinaus werden auch die Angehörigen des Patienten, soweit gewünscht, in die Betreuung des Sterbenden eingebunden. In Hospizen wird das Thema Euthanasie nicht weiter thematisiert, da die dort Arbeitenden der Ansicht sind, dass eine gute palliativmedizinische Betreuung Sterbehilfe nicht nötig macht.²¹⁹ In den 1970er Jahren wurde die Hospizbewegung auch über die Grenzen Englands hinaus in den USA bekannt, wo innerhalb kurzer Zeit eine Vielzahl von Hospizen ins Leben gerufen wurde.

Michael Cristofers *The Shadow Box* (1978), das off-Broadway uraufgeführt und später am Broadway als Gewinner des Pulitzer Preises und des Tony Awards als bestes Stück sehr erfolgreich gespielt wurde, reflektiert die Wiederentdeckung des Todes, die Hospizbewegung und Kübler-Ross' Ansatz. Das Stück besteht aus drei einzelnen kleinen Dramen, die teils getrennt

²¹⁶ Vgl. Stoddard 7.

²¹⁷ Vgl. Stoddard 10.

²¹⁸ Stoddard 22.

²¹⁹ Siehe Stoddard 100, 194.

voneinander gespielt werden und teils überlappen. Jeder dieser Handlungsstränge thematisiert den Sterbensprozess dreier sehr unterschiedlicher Menschen: der Arbeiter Joe, der nach einem halben Jahr zum ersten Mal Besuch von seiner Frau Maggie und seinem Sohn Steve bekommt, der schon etwas ältere Intellektuelle Brian, der von seinem Lebenspartner Mark gepflegt wird, und Felicity, eine Frau in den Sechzigern, die von ihrer Tochter Agnes betreut wird. Sie alle sind zu krank, um nach Hause entlassen zu werden, aber auch kein Fall mehr für die Intensivmedizin oder eine klinische medizinische Betreuung: „They moved him down to these cottages because there's nothing they can do for him in the hospital. But he can't go home either“ (SB 33/34).²²⁰ Das Setting des Dramas ist demzufolge ein Hospiz, das in Form von Cottages arrangiert ist. Alle drei Patienten leben in ihrem eigenen kleinen Cottage, palliativmedizinisch betreut und psychologisch begleitet durch die Figur des Interviewer, der offstage agiert. Das Besondere an einem Hospiz ist aus psychologischer Sicht, dass alle Beteiligten wissen, worum es geht, nämlich um das Sterben eines Menschen und dessen Begleitung bis zu diesem Zeitpunkt. Dieses Setting grenzt sich daher bewusst von einer Situation ab, in der unheilbar erkrankte Menschen von Ärzten aufgegeben werden, sobald sich herausstellt, dass kurativ nichts mehr für sie getan werden kann. Die daraus resultierende „Death in Life“-Situation für die Betroffenen, die einen isolierten und somit auch einsamen Tod sterben müssen,²²¹ wird in *The Shadow Box* daher nicht thematisiert.

Im Sinne der Theorien von Kübler-Ross und der modernen Hospizbewegung, welche das Sterben nicht nur als einen kurzen, vorüberziehenden Akt sehen, wird die Sterbensphase hier vielmehr als Prozess

²²⁰ Zitate aus Michael Cristofer, *The Shadow Box* (New York: Avon Books, 1978) werden im Fließtext mit SB angegeben.

²²¹ Vgl. Benoliel 135.

angesehen, als wichtiger Teil des menschlichen Lebenszyklus.²²²

Brian, Joe und Felicity gestalten diesen letzten Abschnitt ihres Lebens auf sehr unterschiedliche Art und Weise.

6.1. Akzeptanz: Brian

Brian ist ein älterer Mann, der als „simple, direct, straightforward“ (SB 25) beschrieben wird. Dieser Charakterisierung entsprechend hält er sich nicht lange mit Nebensächlichkeiten auf, sondern bringt die Dinge wortgewandt auf den Punkt. Die Dinge sind seine Gedanken zu existentiellen Fragen wie der Bedeutung des Todesbewusstseins für das Leben und seine und die gesellschaftliche Einstellung zu den Themen Tod und Sterben. Brian macht deutlich, dass seine Lebensphilosophie die Integration des Todes in das Leben beinhaltet, welche für ihn eine Erleichterung darstellt: „...and that's a relief – if you think about it.“ (SB 25). Sein Verhalten lässt darauf schließen, dass er sich intensiv mit seiner Krankheit und ihrer Bedeutung auseinandergesetzt hat. Ihm ist bewusst, dass er nicht mehr lange leben wird und geht offensiv mit dieser Tatsache um. So korrigiert er den Interviewer, der, von Brian nach der Uhrzeit gefragt, in Gegenwart eines unheilbar Erkrankten unpassenderweise antwortet „It doesn't matter. There's no hurry“ mit den Worten „Not for you, maybe. Some of us are on a tighter schedule“ (SB 28/29). Brians Uhr ist stehengeblieben und Brian weiß, dass auch sein Leben bald „stehenbleiben“ wird: „You always think. . .no matter what they tell you. . .you always think you have more time. And you don't“ (SB 29). Für ihn gilt es, sich nicht der Hoffnung hinzugeben, er hätte noch mehr Zeit, sondern die ihm verbleibende Zeit nach seinen Wünschen

222 Eine ähnliche Herangehensweise in der Analyse des Dramas im Vergleich zu Brian Clarks *Whose Life is it Anyway?* verfolgt Donald Duclow in „Dying on Broadway – Contemporary Drama and Mortality,“ *Soundings* 64 (1981) 197-216. Den Sterbensprozess als interaktiven Prozess in *The Shadow Box* sieht auch Margot Kelley in „Life near Death: Art of Dying in Recent American Drama,“ Karelisa Hartigan (Hrsg.), *Text and Presentation*. (Lanham, Maryland: University Press of America, 1988) 117-127.

zu gestalten und sich auf seinen Tod vorzubereiten. Er tut dies sehr bewusst auf sowohl praktischer als auch geistiger Ebene. Seiner geschiedenen Ehefrau Beverly, die zu einem Abschiedsbesuch bei ihm eintrifft, erzählt er von seinen Vorbereitungen: Er hat sein Kreditkartenkonto aufgelöst, Kundenkarten zurückgegeben und sein Haus verkauft (SB 58). Darüber hinaus tut er alles, was er schon immer einmal tun wollte und probiert Vieles. Er ist zu einem Schachexperten geworden, hat Bilder gemalt und, seiner Leidenschaft für Worte entsprechend, wieder angefangen zu schreiben, obwohl, wie Beverly anmerkt, er ein „terrible writer“ (SB 55) ist. Doch Brian geht es nicht um Anerkennung von außen. Er selbst bezeichnet seine literarischen Werke gar als „rotten novels, twenty seven boring short stories, several volumes of tortured verse [...] It's perfectly ghastly“ (SB 56/57). Vielmehr scheint es, als würde Brian all seine Energie, seine Gedanken, Emotionen, sein Innenleben nach Außen kehren, um nichts in den Tod mitzunehmen:

BRIAN: You see, the only way to beat this thing is to leave absolutely nothing behind. I don't want to leave anything unsaid, undone . . . not a word, not even a lonely, obscure, silly, worthless thought. I want it all used up. All of it. (SB 60)

Brian lebt sein Leben im Zeitraffer. Da er kein langes Leben hat, um all die Gedanken zu verwirklichen, mit denen er irgendwann einmal gespielt hat, tut er all dies in kürzester Zeit. Er schläft kaum noch, um jeden Sonnenauf- und untergang zu erleben, und hat sogar all seinen Bekannten Briefe geschrieben und ihnen mitgeteilt, was er von ihnen hält (SB 59). Indem er all dies tut, sorgt er dafür, dass nichts, was ihm wichtig ist, ihn überlebt: „Every day in every way I get smaller and smaller. There's practically nothing left of me“ (SB 59). Die Figur des Brian wird damit in der Phase der active preparation, wie sie von Glaser und Strauss beschrieben wird, eingebettet. Das Drama nutzt dabei einen der Vorteile, die der Open Awareness Kontext, also der Zustand, in dem alle

Beteiligten die Wahrheit kennen, ihren Beobachtungen zufolge bietet. Das heißt die Möglichkeit der offenen Kommunikation zwischen den Patienten und ihren Angehörigen zum einen gegeben, zum anderen auch die Gelegenheit für den Patienten, sich mit seinem Tod und seinem Sterbensprozess auseinanderzusetzen. In Brians Fall manifestiert sich dies in einer aktiven Auseinandersetzung, die in der Klärung praktischer Dinge wie dem Verkauf seines Hauses und der Rückgabe seiner Kreditkarten zum Ausdruck kommt.

Angesichts der von Brian so energisch vorangetriebenen aktiven Vorbereitung und seinem großen Mitteilungsbedürfnis ist es schwer vorstellbar, dass er etwas auslassen, vergessen oder nicht mitteilen könnte, was ihm wichtig ist. Er bringt sich und sein Erleben in die jeweilige Situation ein und lebt sein Leben so intensiv wie möglich. Brian wehrt sich auf diese Weise wiederholt gegen eine Death-in-Life Situation: „And I'm just as alive now as I ever was. And I *will* be alive right up to the last moment“ (SB 61). Vom Leid und den Schmerzen, die mit dem Sterben an einer unheilbaren Krankheit einhergehen können, ist bei Brian wenig zu spüren. Sein Freund Mark macht Beverly zwar darauf aufmerksam, dass Brian gelegentlich unter anderem Ohnmachtsanfälle erleidet, und tatsächlich wird einer dieser Anfälle im Drama dargestellt, dennoch erscheint dieser vor dem Hintergrund von Brians energetischer und intensiv lebender und erlebender Persönlichkeit nicht weiter dramatisch.

Brians aktive Auseinandersetzung mit seinem Sterbensprozess impliziert jedoch nicht, dass er keine Angst vor dem Tod hätte. Ganz im Gegenteil ist er „scared to death“ (SB 60) beim Gedanken an die große Unbekannte und hat erkannt, dass seine Vorbereitung zwar auf vielerlei Weise hilfreich für ihn ist, sie aber letztendlich nichts daran ändert, dass der Tod die große Leerstelle²²³ des Lebens bleibt. So gut man es auch vermag, sich mit dem Tod, der Tatsache, dass man bald sterben wird, auseinanderzusetzen und seinen Frieden damit zu

223 Vgl. Pankratz.

schließen, die Angst vor dem Tod wird dadurch nicht unbedingt vertrieben. Angesichts des Todes wird Brian wieder zum kleinen Kind, das sich daran erinnert, wie es einmal während einer Zugfahrt von seinem Vater getrennt wurde und vor lauter Angst so sehr zitterte, dass Sprechen unmöglich war (SB 69). Auch Mark, der Brian Tag und Nacht pflegt und begleitet, hat die „Nebenwirkungen“ des Sterbensprozesses erfahren und erscheint dementsprechend ernsthaft. Er scheint für sich einen Verhaltenskodex entwickelt zu haben, der seiner Meinung nach der Situation angemessen ist. Beverlys Alkoholkonsum hinterfragt er mit den Worten „Anyway, it's really not the time or place, is it?“ (SB 33). Beverlys Auftauchen im Cottage im angetrunkenen Zustand nimmt sich verglichen mit Marks Ernsthaftigkeit wie der sprichwörtliche Auftritt des Elefanten im Porzellanladen aus. Doch ihr Erscheinen, das vor Lebendigkeit und Lebensenergie sprüht, tut Brian gut. Die Vertrautheit der beiden ist offensichtlich und Beverly hilft durch ihr - in Marks Augen der Situation unangemessenes - Verhalten Brian in seinem Versuch, das Leben bis zum letzten Atemzug vor dem Tod zu verteidigen. Mark hingegen, der schon zuviele Details des Sterbens miterlebt hat, kann sich nicht mehr auf diese Verteidigung, diesen Kampf einlassen. Er sieht den Sterbensprozess als das, was er auch sein kann, „a little messy now and then“ (SB 95). Er ist zu nah am Geschehen, um zu glauben, was Brian versucht zu leben:

MARK: Brian takes such pride in putting things in order, keeping things in their proper perspective, it's hard to tell. I mean, give him ten minutes and a few thousands words, and he'll make you think dying is the best thing that ever happened to him. (SB 95)

Im Gegensatz zu Beverly, die nach einiger Zeit wieder geht, begleitet Mark den Sterbenden „for the duration“ (SB 101). Seine Reaktionen sind vor diesem Hintergrund zu interpretieren, während Beverlys Verhalten in diesem Kontext zunächst tatsächlich oberflächlich erscheint; jedoch ist Beverly durchaus nicht

unsensibel und geistlos, denn sie betont in einem Gespräch mit Mark klar, dass sie sehr wohl weiß, worum es geht. Mehr noch stellt sie Marks Motive in Frage und bezeichnet ihn als „most selfish son of a bitch“ (SB 101). Mark hat das Gefühl, der Tod hätte auch von ihm Besitz ergriffen und ekelt sich vor dem Sterbensprozess und folglich auch vor Brian, der diesen Prozess durchlebt. Mark meint, den Tod schon schmecken zu können:

MARK: You can wipe up the mucus and the blood and the piss and the excrement, you can burn the sheets and boil his clothes, but it's still there. You can smell it on him. You can smell it on me. It soaks into your hands when you touch him. It gets into your blood. It's stuck inside him, filling up into his head, inside his skin, inside his mouth. You can taste it on him, you can swallow it and feel it inside your belly like a sewer. You wake up at night and you shake and you spit. You try to vomit it out of you. But you can't. It doesn't go away, it stays inside you. Inside every word, every move, every day, every night, it lies down with you and gets in between you. It's sick and putrid and soft and rotten and it is killing me. (SB 100)

Beverly erinnert Mark daran, dass er selbst die Entscheidung getroffen hat, Brian zu pflegen und dies nicht tun muss, es sei denn, er möchte es so, aus welchen Gründen auch immer. Sie selbst scheint durchaus bereit zu sein, Brian zu pflegen: „And some of us wouldn't mind changing places with you at all“ (SB 101). Zwar tröstet sie Mark am Schluss ihres Zusammentreffens, denn Mark hatte wohl entgegen jeder rationalen Einschätzung doch noch gehofft, dass Brian nicht sterben wird: „A bad case of the hopes. They sneaked up on you when you weren't looking“ (SB 106). Realistisch betrachtet ist sie aber nicht in der Lage, die Last der Pflege und Begleitung eines unheilbar Kranken zu tragen. Sie kann Brian nur im angetrunkenen Zustand begegnen und mag sie auch bei weitem nicht so oberflächlich und nicht der „fucking Christmas tree“ (SB 101) sein, als den Mark sie bezeichnet, schafft sie es dennoch nicht, sich endgültig von Brian zu verabschieden. Sie geht einfach, um noch einen Flug nach Hawaii zu erreichen, während Brian sich von einem Ohnmachtsanfall

im Schlafzimmer erholt. Brian scheint dies nicht zu überraschen, da er nach dem Aufwachen Beverly mit keinem Wort mehr erwähnt und die Vertrautheit, die vorher zwischen Beverly und ihm offensichtlich war, überträgt sich nun auf das Verhältnis zwischen ihm und seinem Freund Mark.

Brian wird somit als ein Patient dargestellt, der bei klarem Verstand und vollen Bewusstseins seinen Sterbensprozess erlebt und sich sowohl aktiv auf praktischer Ebene auf seinen Tod vorbereitet als auch auf geistiger Ebene intensiv mit seiner Situation und ihren Konsequenzen auseinandersetzt. Dieser offene Umgang mit seiner Diagnose, der Open Awareness Kontext im Sinne von Glaser und Strauss, ermöglicht es ihm, so entspannt wie möglich mit seiner Krankheit umzugehen. Er muss nichts verstecken, muss nicht so tun, als wäre alles in Ordnung. Und obwohl er Angst vor dem Tod hat, ist diese Angst nicht die Angst vor der Nicht-Existenz – er hat alles erledigt und gelebt, was er noch erleben und erledigen wollte – oder primär die Trauer darum, dass er geliebte Menschen hinter sich lassen muss. Für ihn ist die Angst vor dem Tod gleichbedeutend mit der Angst vor dem Unbekannten, das für ihn nicht fassbar ist und auf das er sich auch nicht vorbereiten kann. Seine ganzen praktischen Vorbereitungen, die Rückgabe seiner Kreditkarten, das Schließen seiner Konten stellen einen Versuch dar, diese Angst vor „the absolute unknown“ zu kompensieren.

6.2. Von Leugnung zu Akzeptanz und Integration: Joe

Auf ähnlich reflektive, jedoch weniger intellektuelle Weise wie Brian erlebt Joe seinen Sterbensprozess. Wie Brian hat er seinen bevorstehenden Tod akzeptiert und versucht nun, sein Leben zu einem für ihn guten Abschluss im Kreis seiner Familie zu bringen. Äußerlich schon gezeichnet von seiner Krankheit, fühlt er sich trotzdem recht gut und wird als Mann „full of energy“ (SB 9) beschrieben. Er ist also kein Mensch, der nur noch passiv auf seinen Tod wartet, sondern

eine noch lebendige Persönlichkeit, die aktiv mit ihrer Krankheit umzugehen versucht. Bis vor kurzem versuchte er, die Endgültigkeit und Irreversibilität seines Zustandes zu verdrängen: „And then I always figured I'd be going home. I always figured I'd get myself back into shape“ (SB 11). Die Krankheit, die nicht explizit benannt wird, erscheint diesen Worten nach als ein vorübergehender Abfall in der Fitness, eine kleine Gewichtszunahme, die man mit genügend Training wieder in den Griff bekommen könnte. Joe hat diese Phase der Verdrängung jedoch überwunden und versucht, sich Stück für Stück mit dem Gedanken an seine Endlichkeit, der Tatsache anzufreunden, dass er früher sterben wird als er vielleicht angenommen hatte: „You get used to the idea, but it's not easy“ (SB 13) Joe beschreibt im Gespräch mit dem Interviewer seine erste Reaktion auf die Diagnose: „You get scared at first. Plenty. And then you get pissed off“ (SB 13). Die Verdrängung der Unheilbarkeit seiner Krankheit, die Angst und die darauf folgende Wut erinnern an Kübler-Ross' Theorienkomplex. Nach einer Phase der Verdrängung folgt ihrer Beobachtung nach Wut und auch Angst; währenddessen ist es ihrer Meinung nach immens wichtig, den betroffenen Patienten die Möglichkeit zum Äußern und Ausleben ihrer Emotionen zu geben.²²⁴ Joe, ein fingierter Charakter eines Dramas, illustriert diese Beobachtung aus der Realität. Er ist froh, seinen Gefühlen freien Lauf lassen zu können, auch wenn die Wut, das „being pissed-off,“ vielleicht nicht gesellschaftsfähig sein sollte. Mit der Umgebung des Hospizes hat er einen Ort gefunden, in dem genau dies möglich ist. Hingegen sind in der Welt außerhalb des Hospizes die Menschen seiner Erfahrung nach unfähig, mit sterbenden Patienten offen umzugehen, da sie die Wahrheit über die Sterblichkeit des Menschen nicht hören wollen, geschweige denn bereit sind, diese Tatsache anzuerkennen: „In fact, I'm glad just to say it. You get tired of keeping it all inside. But it's like nobody wants to hear about it“ (SB 13/14). Unheilbar erkrankte Patienten mögen zwar medizinisch gut versorgt sein, doch

224 Vgl. Kübler-Ross.

die Betreuung darüber hinaus, auf menschlicher Ebene, ist außerhalb des Hospizes offensichtlich nicht möglich. Ganz im Gegenteil wird der Tod, die Endlichkeit des Lebens sogar geleugnet, da niemand davon hören möchte. Vielleicht ist es aber auch die Unfähigkeit und Hilflosigkeit der Menschen angesichts der Tatsache, dass wir letztendlich machtlos dem Tod gegenüberstehen, die solch ein menschenwürdiges Sterben auch außerhalb des Hospizes unmöglich macht.

Dem Gefühl der Hilflosigkeit und Unfähigkeit wird in *The Shadow Box* ein deutlicher Ausdruck verliehen. Joes Ehefrau Maggie ist ein Beispiel für die mangelnde Fähigkeit vieler Menschen, sich mit dem Sterbensprozess eines Angehörigen auseinanderzusetzen. Maggie besucht Joe zusammen mit ihrem gemeinsamen vierzehnjährigen Sohn Steve. Offensichtliche Nervosität bestimmt von Beginn an ihr Auftreten und charakterisiert ihre Figur auch im weiteren Verlauf des Dramas. Nachdem sie ihren Mann ein halbes Jahr lang nicht gesehen und seinen Leidensprozess dementsprechend auch nur aus der Ferne mitbekommen hat, ist sie nun nicht in der Lage, Joe als sterbendem Menschen zu begegnen. Sie überspielt ihre Hilflosigkeit und Unsicherheit mit Oberflächlichkeiten. Sie erzählt hektisch und in kürzester Zeit vom Flug, der Schwere ihres Gepäcks, ihren Eltern, der Stewardess und Ähnlichem. Sie nimmt, bzw. kann sich noch nicht die Zeit nehmen, die Realität als solche wahrzunehmen und ihrem Mann dementsprechend zu begegnen. Nicht wissend, wie sie sich ihrem Mann gegenüber verhalten soll, welche Anforderungen an sie gestellt werden, zieht sie sich auf eine sehr praktische Ebene zurück: Sie versorgt ihren Mann mit Lebensmitteln, kümmert sich um die Sauberkeit des Cottage. Sie ist noch nicht in der Lage, den über diese praktischen Dinge hinausgehenden Anforderungen zu genügen und tut somit das, was sie gut kann und kennt: „You got to tell me what's going on. Don't make me feel so stupid. Like I'm supposed to know everything. I don't know nothing“ (SB 24) Maggie erkennt nicht, dass sie nichts tun kann, um das

Schicksal ihres Mannes und ihrer Familie zu wenden. Ihr bleibt nichts Anderes übrig, als die Situation zu ertragen und für Joe da zu sein, ohne die Wahrheit zu verdrängen. Doch das erkennt sie im Moment noch nicht und die Dinge, mit denen sie ihre Hilflosigkeit zu kompensieren versucht, erscheinen schon absurd angesichts der Tatsache, dass ihr Mann nicht mehr lange leben wird und ihre gemeinsame Zeit begrenzt ist. Der Höhepunkt des Gespräches zwischen ihr und Joe ist die Erwähnung eines Schinkens, den Maggie, verstaut unter einem Flugzeugsitz, einmal quer durchs Land transportiert hat und der schließlich zu einem Ende der Oberflächlichkeiten führt: „What the hell are we talking about?!!“ (Joe *SB* 23). Die Frage hinter Joes Reaktion ist, welche Themen relevant sind, wenn man nur noch kurze Zeit zu leben hat. Eine Diskussion über einen Schinken ist es seiner Meinung nach offensichtlich nicht. Nach dem Ende dieses Austausches von Unwichtigkeiten bleibt eine Leerstelle in der Interaktion der beiden Charaktere. Maggie verweigert immer noch eine Auseinandersetzung mit dem Sterbensprozess ihres Mannes. Zwar hat sie die Nachricht von seinem Tod anscheinend schon erwartet: „They said to come and bring Steve. That's all. At first I thought that was it“ (*SB* 23). Jedoch hat sie diesen Gedanken sofort wieder aus ihrem Bewusstsein verdrängt: „I just know what I see“ (*SB* 24). Da Joe ihrer Meinung nach „real good“ (*SB* 24) aussieht, belügt sie sich selbst und verbleibt in ihrer Leugnung der Tatsachen. Joe, der offen mit dem Tod und seiner Situation umgehen will, was sein Verhalten zu Beginn des Stückes deutlich macht, sich also für einen Open Awareness Kontext nach Glaser und Strauss entschieden hat, bleibt im ersten Akt nichts weiter übrig, als Maggies „Spiel“ mitzuspielen. Seine die erste Begegnung der beiden abschließenden Worte „Everything's all right“ und nicht zuletzt die Regieanweisung „giving in“ (*SB* 24) machen dies deutlich, und Maggie ist froh, ihre Leugnung aufrecht erhalten zu können: „I knew it. I knew it“ (*SB* 24). Treffenderweise leitet Cristofer an dieser Stelle zu dem zweiten unheilbar Erkrankten, Brian, über, der sagt: „...people don't want to let go. Do they?“ (*SB*

24), welches als klare Einschätzung von Maggies Reaktion gesehen werden kann, womit Maggie exemplarisch für die Einstellung der Gesellschaft allgemein zu ihrer Sterblichkeit steht:

BRIAN: They think it's a mistake, they think it's supposed to last forever. I'll never understand that. My God, it's the one thing in this world you can be sure of! No matter who you are, no matter what you do, no matter anything – sooner or later – it's going to happen. You're going to die. (SB 25)

Maggies Weigerung, die Krankheit ihres Mannes zu akzeptieren, wird auch dadurch unterstrichen, dass sie sich vehement weigert, das Cottage zu betreten: „I'm not going in there“ (SB 42). Das Cottage symbolisiert für sie offensichtlich die Krankheit und den bevorstehenden Tod ihres Mannes und erst am Ende des Stücks ist Maggie bereit, sich mit der fatalen Diagnose ihres Mannes auseinanderzusetzen. Da sie anfänglich selbst noch nicht in der Lage ist, Joes Erkrankung zu akzeptieren, hat sie ihrem Sohn Steve auch nichts über den Zustand seines Vaters gesagt. Darum hatte Joe sie gebeten und er sieht sich nun mit der Situation konfrontiert, dass Steve ihren Aufenthalt in Kalifornien als Urlaub sieht und Pläne für die Zukunft schmiedet, während er selbst sich schon mitten in einer sehr intensiven Biographiearbeit befindet. Er träumt von der Farm, die er sich früher immer gewünscht hat. Doch auch von seinen Erinnerungen und Träumereien möchte Maggie anfangs nichts hören: „Don't start on the farm, for God's sake. It always ends up bad when you start on the farm“ (SB 40). Ihre Verdrängung der Wahrheit, die sie im ersten Akt des Dramas noch praktiziert, beginnt im zweiten Akt einer langsamen Akzeptanz der Realität zu weichen. Maggie initiiert ihren eigenen Biographiearbeitsprozess und beginnt, über ihr gemeinsames Leben mit Joe zu sprechen. Zusammen versuchen die beiden Charaktere eine Basis zu finden, um die noch verbleibende Zeit miteinander erleben zu können, ohne die Wahrheit zu verdrängen. Das Erinnern an die miteinander verbrachte Zeit ist ein Mittel, dies

zu erreichen und ein Gefühl von Nähe und Intimität zwischen ihnen herzustellen: „*The words spill out as they remember bits and pieces of their life together, searching for some solid ground*“ (SB 92).

Joe sucht nach dem Sinn seines Lebens. Er erinnert sich an die materiellen Dinge, die er und Maggie besaßen, und hinterfragt alles, was er im Leben erreicht hat. Ihr einstiger Besitz, auf den sie hingearbeitet hatten, „*something to have*“ (SB 108), existiert nicht mehr und ist auch nicht mehr wichtig. Es bleibt unklar, wieso die beiden ihr Haus verkauften und in ein Apartment zogen. Es ist anzunehmen, dass die hohen Behandlungskosten, die eine unheilbare Krankheit im amerikanischen Gesundheitssystem mit sich bringen kann, sie zu diesem Schritt gezwungen haben. Joe hinterfragt alles, fragt nach dem Sinn seines Berufes und dem Ansammeln von materiellen Dingen: „*Work? Shit. Fifty weeks a year in a flat-wire shop. Twenty-four years*“ (SB 109). Joes Motivation für diese Arbeit lag im Gedanken an die Zukunft, an zukünftige Generationen und es erfüllt ihn mit Wut, dass er dies nun nicht mehr erleben wird:

JOE: What the hell was it for? Not right away, but someday, you figure, kids running around, falling down under it, when it's grown big enough to climb and you can chase them down, spend some time running around the goddamn house. (SB 109)

Während Joe den Sinn seines Lebens sucht, ist für Maggie diese Frage leicht zu beantworten: Sie hatten einander und sie fragt sich, worin der Sinn ihres Lebens bestehen wird, wenn Joe nicht mehr leben wird.

JOE: Somebody walks up one day, one day, somebody walks up and tells you it's finished. And me . . . all I can say is 'what?' . . . *what's* finished? What did I have that's finished? What?

MAGGIE: Us. Us. For Christ's sake, don't make me say things I don't understand. I don't want to hear them. I shake all over when I think about them. How long? Two weeks? Three? A month? And then what?

What have I got *then*? An apartment full of some furniture I can't even keep clean for company, a closet full of some old pictures, some curtains I made out of my wedding dress that don't even fit the windows . . . What? What do I do? Sit down with the TV set every night, spill my coffee when I fall asleep on the sofa and burn holes in the carpet, dropping cigarettes? (SB 110)

Doch Maggie verweilt nicht lange in dieser Anerkennung der Wahrheit und ihrer Trauer, sondern zieht sich wieder in die Verdrängung zurück und bittet ihren Mann, mit ihr nach Hause kommen, denn er sehe ja gut aus: „We've been through worse than this. You look fine. I can see it“ (SB 111). Doch sie selbst gibt schließlich die Verdrängung auf. Sie bittet Joe, ihr explizit die Wahrheit zu sagen, bevor er Steve informiert:

MAGGIE: Tell me. Say it out loud.

JOE: I'm going to die, Maggie. (SB 114/115)

Erst nachdem Joe ihr dies mitteilt, ist sie bereit, ihn während seines Sterbens zu begleiten, und ist nun auch in der Lage, das Cottage zu betreten.

Michael Cristofer schildert die psychologische Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben in Joes wie in Brians Fall in starker Übereinstimmung mit den Erkenntnissen aus den Studien von Kübler-Ross sowie Glaser und Strauss. Der eigentliche Tod, der Zustand der Nicht-Existenz bleibt aber wie in Brians Fall nicht darstellbar. Joe berichtet dem Interviewer von seinen Träumen, an die er sich sonst nie erinnern konnte, und schildert, wie in seinen wiederkehrenden Träumen alle Menschen, die er je kannte, um ihn herum singen und lachen und nach ihm rufen, er jedoch diesen Rufen nicht folgen kann und die Personen um ihn herum ihn auch nicht hören können. Die Laken, unter denen er sich in seinem Traum befindet, sind zu schwer und er kann sich nicht bewegen, obwohl er es versucht. Am Ende seines Traumes fällt alles in ein helles und blendendes Licht: „So bright I can't even see anything anymore. Nobody. Not even me. All white, all gone“ (SB 70). In Joes Traum ist der Tod das Nichts, das

unweigerlich auf ihn zukommt und vor dem er sich nicht schützen kann. Der Tod bleibt auch hier das Nichts, die Leerstelle, die große Unbekannte und somit nicht darstellbar.

6.3. Verhandeln: Felicity

Nur bei Felicity, der dritten unheilbar kranken Patientin in *The Shadow Box*, spielen Überlegungen über die Eigenschaften des Todes oder des Sterbensprozesses keine Rolle. Sie erlebt ihren Sterbensverlauf nicht reflektierend und intellektuell, wie es bei Brian und Joe der Fall ist, und sie ist auch bei weitem nicht so kooperativ gegenüber dem Interviewer. Felicity tritt häufig auf eine provozierende, fast schon aggressive Art und Weise gegenüber dem Interviewer und ihrer Tochter Agnes auf, die sie pflegt. Sie ist nicht bereit, dem Interviewer in irgendeiner Form zu helfen. Sie bezeichnet sein Verhalten anderen Menschen gegenüber als „piss poor“ (SB 45), ignoriert ihn teilweise und weist ihn sogar zurecht: „You should learn to listen“ (SB 45). Sie fühlt sich wie im Zirkus und macht deutlich, dass ihr die Art, wie sie nun lebt, nicht gefällt: „What, have you got your friends out there again? All come to look at the dead people“ (SB 45).²²⁵ Sie selbst bezeichnet sich hier als schon tot und später noch als „corpse“ (SB 45,47). Im Gegensatz zu Brian, der seine Lebendigkeit bis zum Tod kämpferisch zu verteidigen versucht, findet solch ein Kampf bei Felicity nicht statt. Dies mag daran liegen, dass sie offenbar stärkere physische Folgen ihrer Krankheit davon getragen hat als Brian:

FELICITY: Patient?! Patient, hell! I'm the corpse. I have one lung, one plastic bag for a stomach, and two springs and a battery where my heart used to be. You cut me up and took everything that wasn't nailed down. Sons of bitches. (SB 47)

²²⁵ Diese Anmerkung ist wohl als Anspielung auf Kübler-Ross' Vorgehensweise bei den von ihr durchgeführten Interviews zu verstehen. Die Patienten wurden in einen Raum geführt, der mit einem Spiegelglas ausgestattet war, so dass die Studierenden im benachbarten Raum zusehen und -hören konnten, ohne dass die Interviewten diese sahen.

Felicity ist ein Beispiel für die Möglichkeiten der Ende der 1970er Jahre neuen medizintechnologischen Möglichkeiten. Einige Jahre zuvor wäre sie sicherlich wegen fehlender Behandlungsmöglichkeiten sehr viel schneller an ihrer Krankheit gestorben, die wie bei Brian und Joe auch nicht explizit genannt wird. Die Frage, die Felicity mit ihrer Aussage impliziert, ist die nach der Rechtfertigung solch medizinischer Behandlungsmöglichkeiten, wie sie sie er- und durchlebt hat. Ihr Leben ist zwar durch diese Eingriffe verlängert worden, doch geheilt werden konnte sie nicht. Sie ist nicht mehr in der Lage, ihr gewohntes Leben weiterzuführen, ihre Lebensqualität ist verloren gegangen und ihre Aggressivität gegenüber dem Interviewer erscheint vor diesem Hintergrund durchaus verständlich. Dieser versucht zwar, ihr deutlich zu machen, dass er nicht zum medizinischen Personal gehört „We're not your doctors“ (SB 47), doch Felicity hört ihm nicht zu. Sie verhält sich nicht nur dem Interviewer gegenüber aggressiv, auch ihre älteste Tochter Agnes leidet unter ihrem Verhalten. Felicity bezeichnet Agnes vor dem Interviewer als „little slow. Not too pretty and not too bright“ (SB 50-51) und warnt den Interviewer in Agnes Gegenwart vor ihr: „You be careful of Agnes. She's jealous“ (SB 51). Offenbar bezieht sich Felicity hier auf Agnes Verhältnis zu deren jüngerer Schwester Claire, die vor langer Zeit mit einem Mann von zu Hause wegief und kurze Zeit später bei einem Autounfall ums Leben kam. Wie sich im Lauf des Dramas herausstellt, spielt der Tod ihrer jüngsten Tochter eine entscheidende Rolle in Felicitys Sterbensprozess und beeinflusst die Beziehung zu ihrer älteren Tochter Agnes immens. Felicity nahm die Nachricht von Claires Tod zum damaligen Zeitpunkt zwar wahr, doch hat sie diese Tatsache mittlerweile verdrängt und berichtet dem Interviewer sogar von Briefen, die sie in regelmäßigen Abständen von Claire bekommt. Felicitys Aussage zu Folge ist Claire nun Mutter von Zwillingstöchtern und auf dem Weg durch Mexiko. Immer wieder kommt Felicity auf Claire zu sprechen und verwechselt Agnes

teilweise mit ihr. Zwar kann diese Verwechslung mit der Einnahme von Schmerzmitteln erklärt werden, die vielleicht ihr Bewusstsein trüben, doch macht diese Verwechslung deutlich, wie sehr Claire Felicity beschäftigt. In einem Gespräch zwischen Agnes und dem Interviewer zeigt sich, wieso dies der Fall ist. Agnes erzählt davon, wie es der Mutter nach dem Tod Claires sowohl körperlich als auch psychisch schlechter ging und wie sehr sich Claires Tod auf ihrer beider Leben ausgewirkt hat. Der Tod ihrer jüngsten Tochter nahm Felicity so stark mit, dass sie nicht mehr in der Lage war, ihren Besitz, eine Farm, zu halten. Ihre Lebensenergie und -motivation hat sie scheinbar nach dem Tod Claires, der sie laut Agnes Aussage sehr nahe stand, verlassen. Agnes, die diese Entwicklung nur schlecht mitansehen konnte und sich möglicherweise auch mit der Aufgabe überfordert fühlte, die Lücke zu schließen, die Claires Tod hinterließ, spielt ihrer Mutter seitdem vor, Claire wäre nur auf einer langen Reise durch Mexiko mit ihren beiden Kindern und auf dem Weg zu ihnen. Sie ist es, die die Briefe schreibt und ihrer Mutter in dem Glauben vorliest, dass dies ihrer Mutter gut tue: „People need something to keep them going“ (SB 85). Diese Briefe sind fast der einzige Berührungspunkt zwischen Agnes und ihrer Mutter. Agnes, die immer im Schatten ihrer jüngeren Schwester gestanden hat, die nicht so schön und ihrer Mutter nicht so ähnlich wie Claire war und die sich im Vergleich zu Claire wohl nie gut genug gefühlt hat, „Claire was so beautiful. I would hide in my room“ (SB 84), pflegt ihre Mutter nun aufopfernd, ihre eigenen Bedürfnisse vollkommen hinten anstellend. Sie wirkt erschöpft und die Launen ihrer Mutter machen ihr die Last der Pflege nicht leichter. Es ist nicht nur so, dass Agnes ihrer Mutter nichts rechtmachen kann – Agnes singt die ihrer Meinung nach falschen Lieder, schiebt sie zu schnell in ihrem Rollstuhl. Felicity bringt Agnes auch in Situationen, die Agnes äußerst peinlich sind. So singt Felicity lautstark ein sexuell-vulgäres Lied, nachdem sie Agnes beim Singen ihrer Hymne unterbrochen hatte, und hört auch nach mehrmaligen Bitten erst damit auf, als die sonst so ruhig auftretende Agnes die Geduld

verliert und sie anschreit. Nur wenn Felicity unter starken Schmerzen leidet, verhält sie sich ruhiger, sogar anhänglich und kindlich. Claires Briefe sind eine Abwechslung im Alltag der beiden und die einzige Zeit, in der Felicity Agnes zuhört: „It used to be the only time I could talk to her“ (SB 86). Agnes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und positiver Anerkennung durch ihre Mutter ist stark ausgeprägt und dies umso stärker, da Felicity nicht mehr lange leben wird. Zwar ist Agnes Absicht, ihrer Mutter mit dem Schreiben der Briefe etwas zu geben, dass sie aufrecht erhält, doch hat sie offensichtlich nicht an die Konsequenzen ihres Handelns gedacht. Erst in einem Gespräch mit dem Interviewer wird Agnes bewusst, welche Bedeutung diese Briefe für ihre Mutter haben:

AGNES: Why does she want to keep going like this?

INTERVIEWER: She's waiting for Claire.

AGNES (*Stunned*): What . . . ? What did you say?

INTERVIEWER: It's what we call 'making a bargain.' She's made up her mind that she's not going to die until Claire arrives. (SB 88)

Agnes ist erschöpft durch die Pflege ihrer Mutter und kann das Leid nur schwer ertragen. Es wäre daher sowohl in ihrem als auch im Interesse ihrer unter starken Schmerzen leidenden Mutter, wenn sich der Sterbensprozess nicht mehr allzulange hinzöge, oder, wie Agnes es ausdrückt: „But I don't want it to go on“ (SB 88). Indem sie vortäuscht, Claire wäre noch am Leben, trägt sie aber zum Gegenteil bei, ohne sich dessen bewusst gewesen zu sein. Felicity ist mittlerweile zu verwirrt und zu sehr in den Gedanken an Claire gefangen, um jetzt noch die Wahrheit zu begreifen. Die Figur setzt sich damit von den beiden anderen Hauptcharakteren ab. Während Brian und Joe zusammen mit den ihnen nahestehenden Personen eine Akzeptanz ihres Sterbens erreichen und sich auf ganz unterschiedliche Art und Weise mit ihrem Leben und der Bedeutung des Todes für sich auseinandersetzen, ist Felicity gefangen in jener Phase, die in den von Kübler-Ross entwickelten Theorien als „Verhandeln“

bezeichnet wird. Eine tiefergehende, über das Beklagen ihres physischen Zustandes hinausgehende, aktive Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit, eine Biographiearbeit in Sinne des Theorienkomplexes von Butler hat in diesem Verhandeln, dem Ausharren, bis Claire zurückkehrt, keinen Platz. Nur bei einer Aussage Felicitys lässt sich erkennen, dass sie im Ansatz ähnlich wie Brian und Joe über ihr Sterben reflektiert hat:

FELICITY (*very gentle, very weak*): Put'em away. Put'em away. Shoot'em and bury them. You can't get milk from sick cows. Can you? They're not doing anybody any good. Standing around, making noises like it mattered. Bursting their bellies and there's nothing good inside. Just a lot of bad milk. Put'em away. You see to that machinery. It wants attention. (SB 66)

Felicity äußert dies, nachdem Agnes sie angeschrien hat, um sie vom Singen des für Agnes so unangenehmen Liedes abzuhalten, also in keinem Zusammenhang, in dem von Kühen oder Ähnlichem die Rede ist. Die Regieanweisung „*very gentle, very weak*“ lässt sich dahingehend interpretieren, dass Felicitys Aussage eine Form der Entschuldigung an Agnes für ihr Verhalten ist. Da Felicity nicht in der Lage zu sein scheint, sich offen und direkt bei Agnes für ihr rücksichtsloses Verhalten zu entschuldigen, wählt sie diese indirekte Form und vergleicht sich selbst mit einer kranken Kuh, die zu nichts mehr zu gebrauchen ist und deren Äußerungen - „*making noises*“ - nicht ernst zu nehmen sind. Darüber hinaus ist dies das Bild, das Felicitys Meinung nach am ehesten ihrer Situation und ihren Empfindungen entspricht. Eine weitergehende Reflektion findet allerdings bei Felicity nicht statt. Bis zum Ende des Dramas hält sie die Phase des Verhandeln aufrecht.

Während das körperliche Leiden bei Brian und Joe in den Hintergrund tritt und anhand dieser beiden Charaktere die positiven Aspekte einer intensiven Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit betont werden, überwiegt bei Felicity der physische Aspekt – die Darstellung der Schmerzen,

des körperlichen Verfalls, des krampfhaften Klammersns an das Leben. Ihr Leid ist derart überwältigend, dass alles andere, selbst gute Erinnerungen, ins Vergessen geraten:

AGNES (*Continuing to the sleeping Felicity*): I don't remember the good times anymore, Mama. I keep thinking we have something to go back to. But I don't remember what it is. All I can remember is this. . . (SB 93)

Der Dominanz des physischen Leidens über jegliche Form der psychischen Auseinandersetzung entsprechend, beteiligt sich Felicity auch nicht an der Coda der anderen Charaktere. Brian, Maggie, Joe und Mark fassen abwechselnd in kurzen, prägnanten Sätzen zusammen, welche Bedeutung ihr Sterbensprozess, die Diagnose mit einer unheilbaren Krankheit für sie hat - „You want to say no“, „You want to strike a bargain“ - und stellen heraus, dass sie gerade die Erkenntnis und die bewusste Auseinandersetzung mit der Sterblichkeit positiv erleben, da diese sich konturierend auf ihr Leben auswirkt: „And then you think, someone should have said it sooner“ (SB 122). Felicity hingegen lässt sich noch von Agnes Claires Brief vorlesen und fragt wiederholt nach der Uhrzeit. Sie ist in ihrer Auseinandersetzung mit ihrem Tod nicht so weit fortgeschritten wie Brian und Joe, und es ist fraglich, ob sie es je sein wird. Auf ihre wiederholte Nachfrage nach der Uhrzeit antwortet Agnes schließlich: „It's time to stop. Please, Mama. It's time to stop“ (SB 123). Doch auch nach dieser Bitte hört Felicity nicht auf, nach der Uhrzeit zu fragen. Sie ist gefangen im Warten auf Claire und zeigt sich nicht in der Lage, andere Aspekte, die eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit beinhalten könnte, wahrzunehmen.

Durch die klare Parallelität des Dramas zum theoretischen Modell von Kübler-Ross und zur Hospizbewegung wird in *The Shadow Box* ein menschenwürdiges, psychologisch begleitetes Sterben dargestellt. *The Shadow*

Box grenzt sich dabei von einer gesellschaftlichen Geisteshaltung ab, in der Sterbende nicht mehr als vollwertige Mitglieder der gesellschaftlichen Gemeinschaft gesehen werden. Das Drama propagiert eine Sicht auf noch lebendige Menschen mit Emotionen, Wünschen und Bedürfnissen, oder, wie Brian es formuliert: „They tell you you're dying, and you say all right. But if I *am* dying . . . I must still be alive“ (SB 124). Jeder der dargestellten Charaktere wehrt sich auf seine ganz eigene Weise gegen einen sozialen Tod und gestaltet die letzte Lebenszeit auf sehr unterschiedliche Art. *The Shadow Box* ist damit auch eine markante Reflektion der Einstellung der amerikanischen Gesellschaft zum Tod zum Zeitpunkt seiner Erstaufführung 1977. Brian formuliert die Verdrängung des Gedankens an die Mortalität in der Gesellschaft mit den Worten: „Well, the trouble is that most of us spend our entire lives trying to *forget* that we're going to die. And some of us even succeed. It's like pulling the cart *without* the horse“ (SB 25). Joe formuliert seine Empfindungen in die gleiche Richtung, indem er in einem Gespräch mit dem Interviewer feststellt, dass niemand etwas über seine Gefühle als sterbender Mensch hören möchte: „Nobody wants to hear about it“ (SB 14). Obwohl diese beiden Charaktere für sich eine Verdrängung des Todes außerhalb des Hospizes ausgemacht haben, erkennen beide jedoch auch eine stärker werdende Auseinandersetzung der Gesellschaft mit den Themen Tod und Sterben. Brian bemerkt hierzu: „There's a huge market for dying people right now“ (SB 57). Diese Beschäftigung geht aber nicht über das Lesen von Autobiographien sterbender Menschen hinaus, denn Brian und Joe (Felicity ist durch ihr Verharren in der Phase des Verhandeln hier ausgenommen) wird ihren Erfahrungen nach außerhalb des Hospizes keine Möglichkeit zum Er- und Ausleben ihrer Gefühle gegeben. So bleibt den Sterbenden nur der Rückzug in eine Umgebung, in der ein offener Umgang mit dem Tod möglich ist. Außerhalb dieser Umgebung leben die Sterbenden allzu häufig in einer Schattenwelt. Sie sind zwar dem Tod geweiht, und dies unmittelbarer als ihre gesunden Mitmenschen, doch sie sind noch

nicht tot. Vor diesem Hintergrund leitet sich der Titel des Dramas *The Shadow Box* ab. Die Charaktere des Dramas leben in einem solchen Rückzugsraum, der ihnen einen freien Umgang mit ihrem Sterbensprozess ermöglicht; dennoch haben Brian, Joe und Felicity in ihren Cottages keinen Kontakt zur Außenwelt, keinen Zugang zu gesellschaftlichem Leben. Die Gesellschaft hat sie schon aufgegeben und abgeschrieben, für diese Gesellschaft sind sie, wenn nicht tot, dann doch zumindest so gut wie tot. Für die Außenwelt sind sie nur noch Schatten, die zwar existieren, aber nicht mehr greifbar sind, da sie nicht mehr zum amerikanischen Ideal der Fitness und Jugend beitragen und nach dem Motto des 'Alles ist möglich' leben. Für sie ist nur noch wenig möglich. Durch ihre Krankheiten eingeschränkt und gezeichnet können sie keiner Arbeit mehr nachgehen und sind folglich nicht mehr produktiv im materiellen Sinn. Sie sind mit der Wahrheit konfrontiert worden, die die Gesellschaft so vehement zu leugnen versucht: Der Mensch lebt nicht ewig. Brian und Joe haben gelernt, mit dieser Tatsache umzugehen und sind, wie die Coda am Ende des Stückes deutlich macht, sogar der Ansicht, dass gerade eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Gedanken an die eigene Mortalität das Leben konturiert.

Cristofers Drama muss folglich als eine Aufforderung an den Einzelnen in der Gesellschaft verstanden werden, ihre Vergänglichkeit nicht zu leugnen, sterbende Menschen als Konsequenz dieser Leugnung nicht aus dem aktiven gesellschaftlichen Leben auszugrenzen und ihr Leiden und ihre Erfahrungen nicht zu ignorieren, sondern ihnen bewusst zu begegnen. Cristofer verdeutlicht die Verdrängung der Sterbenden aus der Gesellschaft, indem er seine Charaktere in Cottages versetzt. Eine Begegnung der Sterbenden mit der Außenwelt beschränkt er auf Verwandte, die eher Teil der Innenwelt als Teil der Außenwelt sind, und auf den Interviewer. Dieser kommuniziert allerdings nicht von Angesicht zu Angesicht mit den Patienten, sondern durch Videoüberwachung. Nach Belieben kann er sich durch das Betätigen

technischer Geräte in das Geschehen ein- und wieder ausschalten. Es ist zwar positiv, dass den Sterbenden überhaupt eine psychologische Betreuung zuteil wird, sie findet indes auf einer künstlichen, durch Technik dirigierten Art statt. Hier illustriert Cristofer ein typisches Phänomen der Moderne: der Sterbensprozess wird als rein medizinisch-wissenschaftliche Angelegenheit gesehen, die es zu *erforschen* gilt.

Michael Cristofers *The Shadow Box* wurde knapp zehn Jahre nach Kübler-Ross' viel diskutierter Forschungsarbeit und zwölf Jahre nach der Veröffentlichung von Glaser und Strauss erstmalig aufgeführt. Ein für soziologische Entwicklungsprozesse noch enger zeitlicher Rahmen ist damit erkennbar. Bezeichnend für dieses Drama ist die Präzision, mit der Cristofer an Hand dreier verschiedener Charaktere den damaligen Forschungsstand in soziologischer als auch psychologischer Hinsicht zur Situation Sterbender in ein prägnantes Bühnenstück umsetzt. In seiner ergreifenden Darstellung, die nicht allein aus der Ernsthaftigkeit des Themas herrührt, sondern auch in der schonungslosen Offenheit und Direktheit seiner Dialoge begründet liegt, ist *The Shadow Box* als ein Plädoyer für einen menschenwürdigen, gesellschaftlich verankerten Sterbensprozess zu verstehen.

7. Margaret Edson *Wit* als Beispiel der Anonymisierung und Technologisierung des Sterbens im zwanzigsten Jahrhundert

Margaret Edsons erstes und bisher einziges Stück *Wit*, 1999 off-Broadway uraufgeführt, befasst sich wie Cristofers *The Shadow Box* mit der Anonymisierung und Technologisierung des Sterbens. Im Gegensatz zu *The Shadow Box*, in dem die Krankheiten, an denen die drei unheilbaren Patienten leiden, in den Hintergrund treten und der medizinische Aspekt eine Nebenrolle spielt, bezieht *Wit* die medizinische Komponente des Sterbens nicht nur mit ein, sondern diese spielt auch eine tragende Rolle, in die andere Handlungsstränge, wie die psychologische Auseinandersetzung der Hauptfigur, Vivian Bearing, mit ihrer Krankheit eingebettet werden. Auf dieser Grundlage erlebt Vivian Bearing ihren Sterbensprozess auf andere Art als die Charaktere in *The Shadow Box*.

Gleich zu Beginn führt die Hauptperson selbst, die fünfzigjährige Vivian Bearing, Professorin für Englische Lyrik des siebzehnten Jahrhunderts und Spezialistin für die Dichtung John Donnes, in die Umstände ihrer derzeitigen Situation ein. Die erste Regieanweisung, die Vivians Aussehen beschreibt, macht sowohl das Setting deutlich als auch, unter welcher Krankheit sie leidet.

Vivan walks on the empty stage pushing her IV pole. She is fifty, tall and very thin, barefoot and completely bald. She wears two hospital gowns – one tied in the front and one tied in the back – a baseball cap, and a hospital ID bracelet. (*W* 7)²²⁶

Ihre Kleidung, in diesem Fall also zwei Krankenhauspatientenkittel und ein Krankenhausarmband, stellen heraus, dass sich Vivian in einer Klinik befindet, und ihre abgemagerte Figur, die Glatze und die Baseballkappe deuten auf eine Krebserkrankung, bzw. eine Chemotherapie hin, einer deren Nebenwirkungen

²²⁶ Zitate aus Margaret Edson, *Wit* (New York: Dramatists Play Service, 1999) werden im Fließtext mit *W* angegeben.

der komplette Haarverlust sein kann. Vivian bestätigt diesen Eindruck auch gleich. In einer direkten Ansprache des Publikums erläutert sie kurz und direkt den Rahmen des Dramas: Sie leidet unter Eierstockkrebs im vierten und somit letzten Stadium, der Krebs hat bereits metastasiert und Vivian schon eine Odyssee an Behandlungen hinter sich: Sie erwähnt hier eine vierstündige Operation und Erbrechen. Selbstreferentiell macht Vivian dem Zuschauer deutlich, dass es in dem nun folgenden Drama um sie geht, dass das Stück voller Ironie und Humor sein und sie in weniger als zwei Stunden sterben wird:

VIVIAN: Irony is a literary device that will necessarily be deployed to great effect. [...] And I was dismayed to discover that the play would contain elements of ... humor. [...] It is not my intention to give away the plot, but I think I die at the end. They've given me less than two hours. (W 8)

Im Folgenden erwartet den Leser eine Darstellung ihres Sterbensprozesses, der durch Rück- und Einblicke in ihren gegenwärtigen Zustand und gelegentliche direkte Ansprachen des Publikums, in denen sie das Geschehen kommentiert, gekennzeichnet ist. Vivian agiert immer mit dem Intellekt und der Wortgewandtheit einer beruflich sehr erfolgreichen und anerkannten Literaturprofessorin.

Die Darstellung der Krankheitsgeschichte beginnt mit dem Moment, als Vivian die Diagnose Krebs erfährt. Nachdem der Krankenhausonkologe, Dr. Harvey Kelekian, wie Vivian auch fünfzig Jahre alt, ihr ohne jegliche Einleitung oder Worte des Mitgefühls mitteilt, dass sie an Krebs erkrankt ist, „You have cancer“ (W 8), erläutert er das Ausmaß ihrer Erkrankung. Angesichts dieser an sich niederschmetternden Diagnose bleibt Vivian Wissenschaftlerin. Sie nimmt sich vor, eine Bibliographie über Krebs zusammenzustellen und fragt sich, fast schon naiv angesichts der Millionen Krebserkrankungen jährlich, ob jemand auf diesem Gebiet forscht (W 10). Vivian scheint zwar nicht völlig in Gedanken verloren, denn sie reagiert noch auf Kelekians gelegentliche Nachfragen,

dennoch erscheint sie abwesend und nicht ausreichend präsent für die Entscheidung, vor der sie Kelekian stellt. Kelekian fragt, ob sie an einer experimentellen Chemotherapie im Rahmen einer von ihm durchgeführten Studie teilnehmen möchte. Kelekian erwähnt nicht explizit, dass es für sie keine Heilung mehr gibt. Aus seinen Worten lässt sich dies aber schließen, da er explizit sagt, dass es sich um eine Forschungsarbeit handelt, „designed for primary-site ovarian, with a target specificity of stage three – and – beyond administration“ (W 9/10). Er bietet ihr also eine experimentelle Chemotherapie an, ohne jedoch von Heilung, bzw. der Chemotherapie als in ihrem Fall wirksames Heilmittel zu sprechen. Die Tatsache, dass er ihr nur eine experimentelle Therapie anbietet, die zudem auf die Bekämpfung einer Krebserkrankung im dritten Stadium, also einem geringeren als dem ihrem, zielt, verdeutlicht dem Leser/Zuschauer, dass keine Hoffnung auf Heilung besteht. Sehr sachlich, fachbezogen und beinahe emotionslos verläuft das Gespräch zwischen den beiden. Nur einmal, nach einem kurzen Moment der Vertrautheit zwischen der Literaturlehrenden und dem Medizinlehrenden, in dem sie sich über ihre häufig arbeitsunwilligen Studierenden beklagen, findet Kelekian so etwas wie mitfühlende Worte: KELEKIAN (*resigned, but warmly.*) You just have to hope... (W 11). Vivians Unsicherheit, auf welche die Regieanweisung „Not so sure“ (W 11) hindeutet, wird im Gespräch dennoch kein Raum gegeben. Der kurze Augenblick der menschlichen Begegnung zwischen den beiden, in dem sie Gemeinsamkeiten in ihrem alltäglichen Leben als Lehrende finden, bringt Kelekian dazu, den Faden seines medizinischen Gesprächs zu verlieren. Erst nachdem Vivian ihn auf seine Nachfrage „Where were we, Dr. Bearing?“ an das Thema des Gespräches erinnert, „I believe I was being thoroughly diagnosed“ (W 1), findet er wieder den Anschluss an seine Erklärungen. Vivian verpflichtet sich, Teil der Studie zu werden, nachdem Kelekian sie darauf hingewiesen hat, dass ihre Behandlung wichtige Ergebnisse für die weitere Forschung liefern wird. Er macht sie außerdem darauf

aufmerksam, dass es essentiell ist, die jeweils volle Dosis der chemotherapeutischen Medikamente einzunehmen:

KELEKIAN: There may be times when you'll wish for a lesser dose, due to the side effects. But we've got to go full-force. The experimental phase has got to have the maximum dose to be of any use. (W 12)

An dieser Stelle wird bereits die Frage aufgeworfen, wem der hier angesprochene Nutzen zu Gute kommt, Vivians Genesung, die nach diesem Gespräch ausgeschlossen scheint, oder der Forschung. Vivian hat dieses erste Gespräch mit Kelekian aufgrund des Schocks nach der Diagnose wohl nicht wirklich reflektieren können und sich in diesem Zustand zur Teilnahme an einer Studie verpflichtet. Erst am Ende des Stückes gesteht sie sich ein, dass die Behandlung, die sie durchlaufen hat, nicht als Heilung gedacht war. Doch zu Beginn des Stückes, ist ihr dies scheinbar noch nicht bewusst. Nach diesem ersten Gespräch mit Dr. Kelekian, das letztendlich ein Monolog Kelekians über medizinische Termini ist, fühlt sich Vivian unsicher. Sie agiert nach dem Gespräch nur zögernd, „hesitantly“ (W 13), und hat das Gefühl, in ihre Studienzeit zurückversetzt zu sein: „I should have asked more questions, because I know there's going to be a test“ (W 13). Ihre Unversiertheit auf dem Gebiet der Medizin erinnert sie an das Gefühl der Unsicherheit, das sie während ihres Studiums im Gespräch mit ihrer Professorin und späteren Mentorin E.M. Ashford empfunden hat. Der folgende Rückblick auf eine Diskussion mit ihrer Professorin, die von der korrekten Punctuation und Interpretation eines Holy Sonets von John Donne handelt, spiegelt diese Unsicherheit wieder. Das Gefühl des Schocks auf die Krebsdiagnose ist für Vivian gleichbedeutend mit dem Schock, den sie nach der Kritik ihrer Professorin erlebte. Ihre erste Reaktion auf Prof. Ashfords Aufforderung, ihre Hausarbeit über eines von John Donnes Sonetten noch einmal zu schreiben, ist

dieselbe wie die auf die Krebsdiagnose: „It was something of a shock. I had to sit down. (*She plops down.*)” (W 13). Angesichts einer so folgenschweren Mitteilung wie einer Krebsdiagnose fühlt sich Vivian wieder wie die zweiundzwanzigjährige Studentin, die vor ihrer angesehenen Professorin, „the great E.M. Ashford” (W 13), bestehen muss.

Im Lauf des Dramas versucht Vivian immer wieder, die Geschehnisse, die im Zusammenhang mit ihrer Krankheit und ihrem Krankenhausaufenthalt passieren, in ihr bisheriges Leben, das geprägt durch ihre Forschung und Lehre ist, einzubinden. Der Umgang mit Studierenden im akademischen Umfeld, mit der Lyrik John Donnes und, im weiteren Sinn, mit Sprache ist etwas, das sie beherrscht und mit dem sie sich sicher fühlt. Letztendlich muss sie jedoch erkennen, dass ihrem Intellekt, ihrem akademischen Wissen und darüber hinaus ihr selbst als Persönlichkeit in der straff durchorganisierten Routine der Klinik keine Bedeutung beikommt. Für die Labor- und radiologischen Assistenten, die Studierenden und ihre Ärzte ist nicht sie als Persönlichkeit wichtig, sondern ihre Krankheit. In der Interaktion zwischen Vivian und dem radiologischen Assistenten ist ein Kontakt auf zwischenmenschlicher Ebene nicht gefragt. Er stört sogar den Ablauf einfachster Untersuchungen. Im ersten Gespräch mit dem technischen Personal bei ihren radiologischen Untersuchungen hat Vivian die Regeln der Krankenhausroutine noch nicht gelernt. Es erfolgt keinerlei Begrüßung durch den Untersuchenden und die Interaktion zwischen Vivian und dem Assistenten verdient kaum die Bezeichnung Gespräch, gleicht es doch mehr einem Frage- und Antwortspiel, das variationslos nach schlichten Normen verläuft. Der Assistent stellt elliptische Fragen, die Vivian aufgrund ihres akademischen Grades auch noch fälschlicherweise auf sich bezieht:

TECHNICIAN 1: Name.

VIVIAN: My name? Vivian Bearing.

TECHNICIAN 1: Huh?

VIVIAN: Bearing. B-E-A-R-I-N-G. Vivian.

TECHNICIAN 1: Doctor.

VIVIAN: Yes, I have a Ph.D.

TECHNICIAN 1: *Your* doctor.

VIVIAN: Oh. Dr. Harvey Kelekian. (*Technician 1 positions her so that she is leaning forward and embracing the metal plate, then steps offstage.*) I am a doctor of philosophy -

TECHNICIAN 1. (*From offstage.*) Take a deep breath, and hold it. (*Pause, with light and sound.*) Okay.

VIVIAN: a scholar of seventeenth-century poetry.

TECHNICIAN 1: (*From offstage.*) Turn sideways, arms behind your head, and hold it. (*Pause.*) Okay.

VIVIAN: I have made an immeasurable contribution to the discipline of English literature. (*Technician 1 returns and puts her in the wheelchair.*) I am, in short, a force. (*Technician 1 rolls her to upper GI series, where Technician 2 picks up.*) (W 16)

Mit keinem einzigen Wort oder einer Geste geht der technische Assistent auf die Patientin Vivian oder auf das von ihr Gesagte ein. Er erledigt seine Arbeit und gibt zu erkennen, dass ihn der Mensch, um dem es bei dieser Arbeit geht, überhaupt nicht interessiert. Doch Vivian lernt die Regeln schnell und beginnt unmittelbar, mit der festgefahrenen Routine zu spielen:

TECHNICIAN 2: Name.

VIVIAN: Lucy, Countess of Bedford.

TECHNICIAN 2: (*Checking a printout.*) I don't see it here.

VIVIAN: My name is Vivian Bearing. B-E-A-R-I-N-G. Dr. Kelekian is my doctor. (W 17)

Ähnlich wie der erste Assistent ist auch dieser zweite Mitarbeiter nicht in der Lage, auf Variationen im Ablauf oder auf den Menschen, der untersucht wird, einzugehen. Geringste Störungen im Ablauf bringen ihn durcheinander. Als der

erste Assistent während der zweiten Untersuchung Vivians Rollstuhl entfernt, muss der zweite Assistent auf diese neue, den störungsfreien Ablauf gefährdende Situation eingehen und zum ersten Mal in der Szene Vivian direkt ansprechen: „Where's your wheelchair?“ (W 17). Diese doch recht einfache Situation scheint ihn zunächst zu überfordern: „Well, how are you going to get out of here?“ (W 17). Fast schon quälend langsam kommt er schließlich auf die Idee, dass er wohl einen neuen Rollstuhl besorgen muss.

Während dieser Untersuchungen monologisiert Vivian über ihre akademische Laufbahn, bzw. ihre beruflichen Erfolge. So lernt der Leser/Zuschauer die Professorin, nicht jedoch den Privatmenschen Vivian kennen. Dass der Zuschauer kaum etwas über Vivians Leben abseits der Universität erfährt, mag darin begründet sein, dass Vivian fast ausschließlich für ihren Beruf gelebt hat. Sie ist nicht verheiratet, hat weder Kinder und offensichtlich keinen Partner, da sie davon spricht, im Moment keine sexuellen Beziehungen zu führen (W 24). Ihre Eltern sind vor Jahren gestorben und sie scheint keine anderen Familienangehörigen oder ihr emotional nahestehende Personen zu haben. Sie lehnt Dr. Kelekians Angebot, die Art und Nebenwirkungen der Chemotherapie Familienangehörigen zu erklären, mit den Worten ab „That won't be necessary“ (W 12). Außer einem einmaligen Besuch Prof. Ashfords erhält Vivian auch keinen Besuch im Krankenhaus. Sie ist allein mit ihrer Situation. Vielleicht ist es also tatsächlich so, dass es nicht viel über ihr Privatleben zu berichten gibt. Andererseits könnte Vivians Referenz auf ihre akademischen Leistungen und ihren Stand in der wissenschaftlichen Welt, „After twenty years, I can say with confidence, no one is quite as good as I“ (W 19), auch ein Schutz gegen die zunehmende Degradierung und unmenschliche Behandlung sein, die sie im Krankenhaus erfährt. Angefangen bei Dr. Kelekian und den Laborassistenten interessiert sich niemand für den Menschen hinter der Krankheit, sondern nur für die Art der Krankheit (Dr. Jason Posner), dem Erfolg seiner eigenen Forschung (Dr. Kelekian) und dem reibungslosen Ablauf

der täglichen Arbeitsroutine (Laborassistenten). Vivians Persönlichkeit, zu der auch ihr Beruf zählt, wird vollkommen in den Hintergrund gerückt. Auf den Punkt gebracht wird dieses Desinteresse am Patienten als Mensch durch die Worte Dr. Jason Posners, einem Assistenzarzt und früheren Studenten Vivians, der nach einer kurzen Anamnese, also nach einem Gespräch, das von Vivians Krankengeschichte handelt, anmerkt: „ Well, that about does it for your life history“ (W 21). Die Degradierung erreicht schließlich ihren Höhepunkt, als er eine gynäkologische Untersuchung an ihr vornimmt. Vor dieser Untersuchung lässt er Vivian, schon auf dem gynäkologischen Untersuchungsstuhl liegend, alleine, um die Krankenschwester Susie zu holen, da laut Klinikregeln eine Krankenschwester bei einer solchen Untersuchung anwesend sein muss. Diese für Vivian sehr unangenehme Situation und Position lässt sie darüber nachgrübeln, ob sie Jason nicht doch besser eine 1 anstatt einer 1- in ihrem Kurs hätte geben sollen: „I wish I had given him an A“ (W 25). Auch in dieser Situation zieht sich Vivian auf ihr akademisches Wissen zurück und rezitiert John Donne. Nach seiner Rückkehr in Begleitung Susies verhält sich Jason, der als äußerst nervös beschrieben wird (W 24–26), auch nicht einfühlsamer. Im Gegenteil verschlimmert er die Situation noch, indem er, „one hand on her abdomen and the other inside her“ (W 26/27), von seiner Zeit in Vivians Kurs spricht, und Vivian die Degradierung, die sie in diesem Moment erleidet, noch deutlicher macht. Vivian fasst ihre Erlebnisse in der Klinik so auch als „educational“ (W 27), vor allem aber als herabwürdigend zusammen:

VIVIAN: Yes, it is midly uncomfortable to have an electrocardiogram, but the ... agony ... of a proctosigmoidoscopy sweeps it from memory. Yes, it was embarrassing to have to wear a nightgown all day long – two nightgowns! - but that seemed like a positive privilege compared to watching myself go bald. Yes, having a former student give me a pelvic exam was thoroughly degrading – and I use the term deliberately -.... (W 28).

Den Figuren, die für diese Degradierung und „humiliation“ verantwortlich sind, ist kein Bewusstsein für ihr unsensibles Verhalten zu entnehmen. Jason scheint nicht einmal daran zu denken, dass seiner ehemaligen Professorin eine gynäkologische Untersuchung durch einen ihrer früheren Studenten unangenehm sein könnte. Ihm kommt es auch nicht in den Sinn, dass es wohl für keine Frau angenehm ist, nackt und mit gespreizten Beinen auf einem Untersuchungsstuhl liegend länger auf ihren Arzt warten zu müssen. Die Frage der Krankenschwester Susie Monahan, die später die vorrangig für Vivian zuständige Krankenschwester wird, warum Jason Vivian denn in einer solchen Position allein gelassen hätte, beantwortet er lapidar mit den Worten „I had to find you. Now, come on“ (W 26.) Ihm scheint jegliches menschliche Mitgefühl zu fehlen. Ähnlich wie sein Mentor Dr. Kelekian ist er nicht in der Lage, Vivian auf einer zwischenmenschlichen, mitfühlenden Art und Weise zu begegnen. Fortwährend verabschiedet er Vivian mit den Worten „Keep pushing the fluids“, nimmt die medizinisch relevanten Daten zur Kenntnis, sieht aber nicht mehr den Menschen. Den Pflichtkurs an der Universität über den Umgang mit Patienten betrachtet er als „colossal waste of time for researchers“ (W 45) und den Umgang mit Patienten „the part with the human beings“ (Vivian, W 46) als „crap“:

JASON: Everybody's got to go through it. All the great researchers. They want us to be able to converse intelligently with the clinicians. As though researchers were the impediments. The clinicians are such troglodytes. So smarmy. Like we have to hold hands to discuss creatinine clearance. Just cut the crap. I say. (W 47)

Dieser Einstellung entsprechend reagiert er auch auf Vivians Versuch, mit ihm über ihre Angst zu sprechen. Anstatt sich die Zeit für ein Gespräch zu nehmen oder zumindest einen Psychoonkologen hinzuzuziehen, hält Jason ihre Frage „And what do you say when a patient is ... apprehensive ... frightened“ (W 47)

für ein Zeichen der Verwirrung als Folge der Chemotherapie (W 47) und bietet ihr statt zwischenmenschlichem Kontakt ein weiteres medizinisches Prozedere an: „I could order a test“ (W 47). Sein Mentor Kelekian zeigt zumindest ein wenig menschlicheres Verhalten. Er erinnert Jason daran, sich nach der Visite bei Vivian für ihre Mithilfe zu bedanken und gesteht ihr gegen Ende ihres Lebens eine starke Morphiumbehandlung zu: „She's earned a rest“ (W 57). Doch auch er denkt nicht daran, Vivian nach der Visite wieder zuzudecken, noch zeigt er Mitgefühl, das länger dauert als ein oder zwei Sätze. Sein Ziel, das darin besteht, dass Vivian die acht Chemotherapiezyklen durchsteht, hat er, bzw. Vivian für ihn erreicht. Jetzt ist ihre Aufgabe erfüllt, „she's earned a rest.“ Diese Reduzierung auf eine Diagnose und eine Krankheit und ihr Status als Forschungsobjekt wird Vivian nach und nach bewusst:

VIVIAN: I have survived eight treatments of Hexamethosphacil and Vinplatin at the full dose, ladies and gentlemen. I have broken the record. I have become something of a celebrity. Kelekian and Jason are simply delighted. I think they foresee celebrity status for themselves upon the appearance of the journal article they will no doubt write about me. But I flatter myself. The article will not be about me, it will be about my ovaries. It will be about my peritoneal cavity, which, despite their best intentions, is now crawling with cancer. What we have come to think of *me* is, in fact, just the specimen jar, just the dust jacket, just the white piece of paper that bears the little black marks. (W 43)

Die Fixierung auf das weiße Papier mit den „little black marks“ ist bei Jason derart stark ausgeprägt, dass er am Ende des Stückes zuerst gar nicht bemerkt, dass Vivian schon tot ist. Nach seiner Standardbegrüßung „How are you feeling today?“ und der Aufnahme ihres Flüssigkeitshaushaltes bemerkt er schließlich, dass Vivian keinerlei Reaktion zeigt. Entgegen ihres ausdrücklichen Wunsches ordnet Jason, der - wie schon das ganze Drama - unaufmerksam gegenüber dem Patienten und in diesem Fall Vivians schriftlich festgehaltenem Willen ist, sie wiederzubeleben. Demnach wird Vivians von der Krankheit

gezeichneter Körper noch mit Elektroschocks malträtiert, bis Susie dem Code Team schließlich verständlich machen kann, dass dies nicht gewünscht ist. Das Codeteam selbst hat auch keinerlei Augen für den Patienten oder hält kurz inne, angesichts der Tatsache, dass eben ein Leben zu Ende gegangen ist. Die Teammitglieder ärgern sich nur über Jason, der sie umsonst hat rufen lassen. Diese Szene unterstreicht nochmals, wie wenig der Mensch in diesem dargestellten Krankenhaus zählt. Vivians Persönlichkeit ist und bleibt für Jason letztendlich nur eines: ein Forschungsobjekt - „She's Research“ (W 64).

Eine Ausnahme ist die achtundzwanzigjährige Krankenschwester Susie Monahan, die für Vivian hauptsächlich zuständige Krankenschwester. Während Kelekian und Jason sich nur um die medizinischen Fakten kümmern, ist sie diejenige, die ein menschlicheres und einfühlsameres Verhalten zeigt. Sie geht auf Vivian ein, hört ihr zu und stellt sich auf Vivians Gefühlslagen ein. Obwohl auch sie sich der Krankenhausroutine unterwerfen muss, um ihre tägliche Arbeit erledigen zu können, ist Susie noch in der Lage, den Patienten als Menschen und nicht nur als Diagnose zu sehen und stellt sich demgemäß auch auf Vivian ein. Während Jason und Kelekian darauf bedacht sind, dass Vivian unter allen Umständen die achtmonatige Chemotherapie durchsteht, seien die Nebenwirkungen auch noch so stark und belastend für Vivian, liegt Susies Aufmerksamkeit beim Wohlergehen des Patienten und nicht bei den Forschungsergebnissen. Als Vivian nach einer kurzen Zeit zu Hause mit hohem Fieber in die Klinik kommt, redet Susie mit Jason und fordert ihn auf, mit Kelekian über eine Minderung der Dosis zu sprechen, da die momentane Dosis offensichtlich zu stark für Vivian ist. Jason lehnt dies jedoch vehement ab und Susie, die als Krankenschwester in der Hierarchie des Krankenhauses unter Jason als Arzt steht, sind letztendlich die Hände gebunden. Die Verantwortungsbereiche dieser beiden Gruppen wird in *Wit* sehr deutlich: Die Ärzte sorgen sich um die korrekte Diagnose und Verordnungen und das Pflegepersonal, in diesem Fall vertreten durch Susie, ist für die Einhaltung der

ärztlichen Anordnungen verantwortlich. Susie versucht Vivian die Zeit in der Klinik so angenehm wie unter den gegebenen Umständen möglich zu machen. Sie bringt Vivian Wassereis und unterhält sich zumindest immer kurz mit ihr. Auch Vivians Bewusstlosigkeit am Ende des Stückes ändert nichts an Susies Verständnis von Mitgefühl und Respekt gegenüber ihrer Patientin. So teilt sie der bewusstlosen Vivian mit, dass sie und Jason ihr einen Katheter einführen werden. Dieses sehr mitfühlende Verhalten wird dann auch gleich von Jason als überflüssig kommentiert, „Like she can hear you“ (W 59), woraufhin Susie schlicht anmerkt „It's just nice to do“ (W 59). Susie ist auch diejenige, die mit Vivian über eine Patientenverfügung spricht und sich in diesem Gespräch deutlich, wenn auch auf diplomatische Weise, von der Ärzteschaft differenziert. Ihr ist es wichtig, Vivian die verschiedenen möglichen Verfügungen zu erklären, bevor Jason und Kelekian mit Vivian darüber sprechen. Offenbar tut sie dies aus der Befürchtung heraus, Kelekian und Jason könnten ihr Leben unnötig verlängern. Nachdem Susie Vivian erklärt hat, dass es auch die Möglichkeit gibt, präventiv eine Wiederbelebung abzulehnen, merkt sie über Jason und Kelekian an:

SUSIE: Well, they like to save lives. So anything's okay, as long as life continues. It doesn't matter if you're hooked up to a million machines. Kelekian is a great researcher and everything. And the fellows, like Jason, they're really smart. It's really an honor for them to work with him. But they always ... want to know more things. (W 54)

Anders als die hier dargestellten Ärzte, die Vivian nicht als Mensch sehen und die wie Jason den sterbenden Patienten, für den medizinisch-kurativ nichts mehr zu tun ist, mit den Worten kommentieren „She's out of it. Shouldn't be too long“ (W 61), verspricht Susie Vivian, sich trotz der Nicht-Wiederbelebungsverfügung um Vivian zu kümmern. Ihre Arbeit ist noch nicht vollendet, nur weil es außer einer palliativmedizinischen Versorgung nichts

mehr für den Patienten zu tun gibt. So reibt Susie der bewusstlosen Vivian die Hände mit Öl ein, obwohl klar ist, dass Vivian das Bewusstsein nicht mehr wiedererlangen und innerhalb kürzester Zeit sterben wird (W 61).

Interessanterweise zeigt Vivian Verständnis für das Verhalten der Ärzte. Vivian scheint sich in dem jungen Arzt wiederzufinden, da sie selbst nach eigener Aussage die Wissenschaft und Forschung der Menschlichkeit vorgezogen hat: „So. The young doctor, like the senior scholar, prefers research to humanity“ (W 47). Sie erinnert sich daran, wie wenig Raum sie „human kindness“ und Nachsicht in ihrem Umgang mit den Studierenden gegeben hat. Ihr, der harten und unerbittlichen Professorin, fällt es nun äußerst schwer, sich einzugestehen, dass auch sie Bedürfnisse hat, die durch den Intellekt allein nicht zu befriedigen sind. Abwertend bezeichnet sie sich als „simpering victim“ (W 47), das sich wünscht, „the young doctor would take more interest in personal contact“ (W 48). Ihre Krankheit und die Behandlung, die sie im Krankenhaus erfährt, bewegen sie nun dazu, ihre eigenen Ein- und Wertvorstellungen zu hinterfragen. In einer Rückschau auf ein Seminar, in dem sie einen Schüler scharf zurechtweist, wendet sie sich kurz ans Publikum und erklärt ihr Verhalten mit den Worten: „I was teaching him a lesson“ (W 48). Die Regieanweisung „defensively“ (W 48) lässt darauf schließen, dass sie durch ihre neu gewonnenen Erfahrungen im Krankenhaus unsicher geworden ist, ob ihr damaliges Verhalten gerechtfertigt war.

Vivian hinterfragt aber nicht nur ihr Verhalten in diesem speziellen Fall, sondern auch ihre Einstellung zum Intellekt an sich. Jason und Dr. Kelekian sind aufgrund ihrer Ausbildung und ihres Status ohne Weiteres als intelligent zu bezeichnen. Sie verhalten sich aber, wie die Intellektuelle Vivian selbst, nicht freundlich, human und mitfühlend ihren Mitmenschen gegenüber. Ganz im Gegenteil haben sie die Menschlichkeit den Zielen der Wissenschaft und Forschung geopfert. Auf Formen der ausgelebten Mitmenschlichkeit und, im größeren Sinn, Nächstenliebe, schaut Vivian herab. Ihre Unterhaltung über

Patientenverfügungen mit Susie bezeichnet Vivian als „maudlin display“, vor allem wohl, weil sie sich von Susie „Sweetheart“ nennen und sich ein Wassereis bringen ließ. Vivian kann mit der zwischenmenschlichen Nähe und Wärme, die in ihrem Gespräch mit Susie aufkommt, nicht umgehen. Obwohl Susie nicht den Eindruck erweckt, charakterisiert Vivian sie mit den Worten „[...] and poor Susie's [brain] was never very sharp to begin with [...]“ (W 55), so, als würden sich Intelligenz und menschliche Wärme gegenseitig ausschließen. Vivian ist die Auseinandersetzung auf intellektueller und nicht auf zwischenmenschlicher Ebene gewohnt. Ihre jahrelange, selbstgewählte zwischenmenschliche Isolation versperrt ihr den Zugang zu ihrer eigenen Emotionalität. Vivian ist es nicht gewohnt, sich auf Gefühlsebene mit sich oder anderen Menschen auseinanderzusetzen und daher fehlt ihr, als sie mit einer stark emotional behafteten Situation konfrontiert wird, eine Ausdrucksfähigkeit, die ihren Gefühlen gerecht wird.²²⁷

VIVIAN: I'm scared. Oh, God. I want ... I want ... No. [...] I want to tell you how it feels. I want to explain it, to use *my* words. It's as if ... I can't ... There aren't ... I'm like a student and this is the final exam and I don't know what to put down because I don't understand the question and I'm *running out of time*. (W 56)

Ihrer Unsicherheit bewusst geworden, zieht sie sich auf ihren Status als Lehrerin zurück, in dem sie sich sicher fühlt, und verdeutlicht dies besonders vor Susie. Auch wenn sie auf Susie angewiesen ist, bleibt im Verhältnis dieser beiden Charaktere zueinander Vivian bis zu ihrem Tod die Lehrerin und Susie die Schülerin, die letztlich Untergebene. Bevor sie aufgrund des Morphiums das Bewusstsein verliert, belehrt sie Susie noch über die Bedeutung des Wortes „soporific“ und ihre letzten Worte zu Susie sind „I'm a teacher“ (W 58), als müsse sie sich ihres Statuses und ihres Ranges in der Hierarchie vergewissern.

227 Vgl. hierzu auch Jacqueline Vanhoutte, „Cancer and the Common Women in Margaret Edson's *Wit*,” *Comparative Drama* 36: 3-4 (2002) 391-410, 400.

Vivian hat viel von ihrem Status, den sie sich im Lauf ihrer akademischen Karriere geschaffen hat, und von ihrer Würde eingebüßt. Sie selbst bezeichnet sich nicht mehr als „scholar“. Ein „Scholar“ war sie vor ihrer Krankheit: „I always want to know more things. I'm a scholar. Or I was when I had shoes, when I had eyebrows“ (W 54). Das Ausleben von Intellektualität scheint für Vivian verbunden mit einer Erhabenheit über Dinge, die sie wahrscheinlich als banal bezeichnen würde: dazu gehören menschliche Grundbedürfnisse wie Nahrungszufuhr, Körperpflege, aber auch sekundäre Bedürfnisse wie das nach körperlicher Wärme, Verständnis durch und für andere und Mitgefühl. Vivian ist durch ihre Krankheit nicht mehr erhaben und unabhängig. Ihr Zustand verlangt Pflege, die ihr Susie gibt, und Mitgefühl. Für sie ist das Bedürfnis nach „human kindness“ eine Schwäche und sie folglich ein „simpering victim,“ wenn sie dieses Bedürfnis verspürt. Durch die Erlebnisse während ihres Sterbensprozesses muss sie jedoch zu der Einsicht gekommen, dass Intellekt nicht der vorrangige Aspekt des Lebens ist:

VIVIAN: Now is not the time for verbal swordplay, for unlikely flights of imagination and wildly shifting perspectives, for metaphysical conceit, for wit. And nothing would be worse than a detailed scholarly analysis. Erudition. Interpretation. Complication. Now is a time for, dare I say it, kindness. I thought being extremely smart would take care of it. But I see that I have been found out. (W 55/56)

Die Wissenschaft und Forschung, der sich Vivian verschrieben hat, kann ihr im Moment ihres Sterbens keine Unterstützung sein. Es ist anzunehmen, dass sie sich zur Teilnahme an Kelekians Studie entschieden hat, weil sie sich der Forschung über alle Maßen verpflichtet gefühlt hat. Nach ihren Erlebnissen und Erfahrungen, man kann es sogar als Lernprozess bezeichnen, die sie in der Klinik durchläuft, entscheidet sie sich letztendlich gegen die Forschung und für „simplicity“, „kindness“: „She chooses, finally, to disregard the claims of

'research'."²²⁸

7.1. Die Bedeutung von Sprache in der Interaktion der Charaktere

Vivian hat ihr Leben der Literatur und der Sprache gewidmet. Von früher Kindheit an haben sie Worte fasziniert und sie ist sich der Macht, die Worte, Sprache haben kann, sehr bewusst; „with respect“ (W 35) macht sie Gebrauch von ihrem Wortschatz und erweitert ihn im Lauf ihres Sterbensprozesses fortgehend. Dieser Prozess beginnt mit der Mitteilung ihrer Diagnose und der Erläuterung ihrer Erkrankung durch Dr. Kelekian, der Vivian die Einzelheiten zu ihrer Krankheit in der Sprache des medizinischen Diskurses mitteilt, und damit schwer verständlich für einen Nicht-Mediziner wie die Literaturprofessorin Vivian Bearing. Vivian versucht Kelekians Erläuterungen zu verstehen, indem sie die Bedeutung der medizinischen Fachbegriffe durch Herleitung aus dem Griechischen zu erklären versucht. Während Kelekian von „antineoplastic“ im Zusammenhang mit der Chemotherapie spricht, erklärt sich Vivian das Wort mit Hilfe der griechischen Wortstämme als „against new shaping,“ ohne jedoch zu begreifen, was genau dies für sie heißt. Während Dr. Kelekian die Einzelheiten ihrer Diagnose und Prognose im medizinischen Jargon erläutert, versucht Vivian intensiv, sich die Bedeutung der von ihm gebrauchten Termini herzuleiten:

KELEKIAN: The antineoplastic will inevitably affect some healthy cells.
[...]

VIVIAN: Antineoplastic. Anti: against. Neo: new. Plastic. To mold.
Shaping. Antineoplastic: Against new shaping. (W 10)

Vivian hat begriffen, dass ihre Kenntnis der Sprache auf literaturwissenschaftlichem Gebiet ihr beim Erfassen ihrer Krankheit nur

228 Vanhoutte, 403

geringfügig weiterhilft. Wie unterschiedlich der medizinische und literarische Diskurs sind, zeigt das erste Gespräch zwischen Vivian und Dr. Kelekian. Obwohl sich beide des teilweise gleichen Vokabulars bedienen, meinen sie zwei völlig unterschiedliche Dinge.²²⁹

VIVIAN: „Insidious“?

KELEKIAN: „Insidious“ means undetectable at an -

VIVIAN: „Insidious“ means treacherous. (W 9)

Vivian spürt, obgleich sie eine gebildete, sprachgewandte Frau ist, in der Bewältigung ihrer Erkrankung eine Unterlegenheit. Obwohl sich hier zwei Gesprächspartner gegenüber sitzen, die in ihrem jeweiligen Diskurs als Experten zu sehen sind, geben die sich aus Vivians Erkrankung ergebenden Notwendigkeiten dem medizinischen Diskurs den Vorrang. In diesem Diskurs sind die Ärzte, die diesen als Wissensträger perfekt beherrschen, überlegen.

Um sich gegen dieses Ungleichgewicht zur Wehr zu setzen, schlägt Vivian die ihre Krankheit und deren Behandlung betreffenden medizinischen Begriffe nach: „My only defense is the acquisition of vocabulary.“ (W 37)

Ihr Gebrauch des Begriffs „defense“ lässt dabei einen deutlichen Rückschluss auf Vivians Unterlegenheitsgefühl einerseits und auf ihre Einstellung zur Sprache als Machtinstrument andererseits zu.

Die Aneignung der medizinischen Terminologie stellt für Vivian somit den Versuch dar, der Degradierung, die sie während ihres Sterbensprozesses erfährt, zu entkommen. Wie in der Interaktion mit der Schwester Susie, die sie noch kurz vor ihrem Tod auf ihren Status als Lehrerin, also Autoritätsperson, hinweist, ist es Vivians Ziel, ihre hohe hierarchische Stellung als respektierte Professorin herauszustellen. Diese Hierarchie, die in ihrem akademischen Umfeld durchaus Bestand hat, ist in der Klinik jedoch bedeutungslos. Vor

229 Textbeispiel wird ebenso dargestellt in Vanhoutte.

diesem Hintergrund erscheint der Titel des Dramas *Wit* umso bedeutungsvoller. Vivian vereint die Elemente des *Wit* in sich, der sich nach der Definition Marion Gymnichs äußert in „sprachlicher Gewandheit und rhetorischer Originalität und Brillanz. [...] Mit diesen Mitteln demonstrieren diejenigen Figuren, die über *Wit* verfügen, in Interaktionen ihre Überlegenheit.“²³⁰ Doch nicht nur Vivian verfügt über *Wit*, sondern auch das Drama an sich, indem es, einem *Conceit* gleich, zwei Diskurse, die an sich nichts gemein haben, nämlich den literarischen und den medizinischen, miteinander in Verbindung bringt und diese beiden um Macht und Hierarchie konkurrieren lässt.

7.2. Intertextuelle Bezüge

Der literarische Diskurs manifestiert sich in *Wit* primär in den intertextuellen Bezügen. Bereits in der Eröffnungssequenz des Dramas werden diese eingeführt. Vivian erwähnt, dass das nun folgende Stück über sie nicht in der „mythic-heroic-pastoral mode“ (*W* 8) verfasst wurde, obwohl dies ihr Wunsch gewesen wäre. Die Tatsache, dass sie an Krebs leidet, ließe die mythic-heroic-pastoral mode jedoch nicht zu: „The Fairie Queene this is not“ (*W* 8). Durch diesen intertextuellen Bezug bereitet uns die Hauptfigur Vivian auf das nun Folgende vor. Ihre momentane Welt ist nicht pastoral, also - vom literaturwissenschaftlichen Verständnis ausgehend - nicht die Welt der Schäfer und Hirten, in der Raum für eine idyllische Verklärung des einfachen Landlebens bleibt.²³¹ Eine Krebserkrankung und die in vielen Fällen folgende Behandlung aus Chemotherapie, Bestrahlung und ähnlichem mit Folgen wie

230 Marion Gymnich, „Das Englische Drama der Restaurationszeit,“ *Eine andere Geschichte der englischen Literatur - Epochen, Gattungen und Teilgebiete im Überblick*. Ansgar Nünning (Hrsg.) (Trier: Wissenschaftlicher Verlag, 2004) 43-61, 50

231 Vgl. Manfred Pfister, „Die Frühe Neuzeit: Von Morus bis Milton,“ *Englische Literaturgeschichte*. Hans Ulrich Seeber (Hrsg.) (Stuttgart: Metzler, 1999) 43-148, 109.

„throwing up into a plastic washbasin, [...] four-hour operation with a tube in every orifice“ (W 7), lassen eine pastorale, also idealisierende und idyllisch verklärende Form nicht zu. Ihre Welt ist nicht zu vergleichen mit der von Edmund Spenser in *The Fairie Queene* geschilderten. Das elisabethanische Erzählgedicht in neun Büchern, das „den Hof und seine Monarchin als Quelle aller Tugend feiern, als das große nationale Epos, das den Tudor-Staat und die anglikanische Reformation verklärend legitimiert,“²³² erscheint angesichts ihrer Erkrankung absurd. Spenser brach sein die englische Monarchie idealisierendes Werk desillusioniert ab, da sich das von ihm in *The Fairie Queene* gezeichnete Bild des Hofes angesichts der Wirklichkeit, in der höfische und ritterliche Normen nicht mehr als verbindlich galten und stattdessen Chaos und Korruption Einzug hielten, nicht mehr halten ließ. In *Wit* macht Vivian Bearing neben der Unmöglichkeit der Idealisierung, Mythisierung eines Leidens durch eine Krankheit wie Krebs und deren Behandlung auch deutlich, dass ihr keine neun Bücher für das Drama, in dem sie die Hauptrolle spielt, zur Verfügung stehen. Ihr bleiben lediglich zwei Stunden und somit hat Unwichtiges keinen Platz mehr. *Wit* ist alles andere als idealisierend. Mit medizinischer Genauigkeit und schonungslos werden die Folgen einer Krebserkrankung dargestellt. So stattet Edson ihre Hauptfigur mit einem zentralen Venenzugang aus, lässt sie sich auf der Bühne übergeben und verheimlicht nicht, dass Schmerzen aufgrund eines Krebsbefalls ohne adäquate Behandlung unerträglich sein können. Der Leser und Zuschauer kann das ganze Stück miterleben, wie Vivian von den Ärzten primär nur als Versuchsobjekt genutzt und durch eine extreme Fokussierung auf das Erhalten verwertbarer Forschungsergebnisse menschenunwürdig behandelt wird, und erlebt am Ende des Stücks, wie ihr nun, entgegen ihres ausdrücklichen Wunsches nicht einmal ein halbwegs friedlicher Todesmoment ermöglicht wird. Edson findet jedoch noch ein versöhnliches Ende für Vivian. Modernen Nahtoderfahrungsberichten

232 Pfister 109.

entsprechend befreit sich Vivian von ihren zwei Krankenhausnachthemden, dem Klinikarmband, das sie als eine von vielen Patienten identifiziert, und ihrer Baseballkappe und bewegt sich „naked and beautiful“ (W 66) auf ein Licht zu. Im Gegensatz zu *The Shadow Box* wird in *Wit* eine Vorstellung vom Übergang des Sein-Zustandes zum Nicht-Sein-Zustand gegeben. Vivians Nacktheit und Schönheit in diesem Augenblick deuten an, dass der Zustand des Tot-seins einer ist, in dem der Mensch von allen irdischen Bürden befreit ist.²³³ Viel wichtiger ist jedoch die Tatsache, dass es für Vivian in *Wit* offensichtlich ein Leben nach dem Tod gibt, wie das Ende des Dramas suggeriert. Dies ist ein Aspekt, auf den der Leser das gesamte Drama über durch die intertextuellen Bezüge auf John Donne hingewiesen wurde.

7.2.1. John Donnes Metaphysical Poetry in *Wit*

Im Mittelpunkt der intertextuellen Referenzen in *Wit* steht das zehnte Holy Sonet Donnes *Death, be not proud*, in dem das lyrische Ich den Tod in seine Schranken verweist und ihm, der dem lyrischen Ich zufolge im allgemeinen durch Bilder wie Schlaf und Ruhe dargestellt wird, aufzeigt, dass er letztlich keine Macht über die Menschen hat. Der Tod an sich hat in diesem Sonett keinerlei Autorität, denn er tritt nur als Reaktion, nicht als Aktion, auf Ereignisse, wie zum Beispiel die im Gedicht genannten Kriege oder Krankheiten ein. Besonders interessant für die Bedeutung dieses Gedichts in *Wit* sind jedoch die letzten drei Verse, über die Vivian schon als Studentin intensiv nachdenken musste: „One short sleep past, we wake eternally, And Death shall be no more; Death, thou shalt die“ (W 14). Nach einem kurzen Moment des Schlafes erwachen die Menschen laut Donne wieder zu neuem Leben, das ewig andauern wird. Der Tod existiert nur für einen kurzen Augenblick, und zwar so

²³³ Eine Diskussion des Aspektes der Erlösung nimmt Martha Greene Eads vor, „Unwitting Redemption in Margaret Edson's *Wit*,“ *Christianity and Literature* 51:2 (2002) 241-254.

lange, bis der Sterbende sich von ihm befreit und zu seinem neuen, unsterblichen Dasein aufbricht. Ist dies geschehen, lebt der Mensch in einer anderen Daseinsform weiter, der Tod jedoch stirbt.²³⁴ Genau dies lässt Edson in *Wit* geschehen. Nach einigen Szenen, in denen die bewusstlose Vivian und die von ihr nicht gewünschten Wiederbelebungsversuche dargestellt werden, befreit sich Vivian von all dem und bricht, wie ihre Bewegungen zum Licht andeuten, zu einem anderen Leben auf, in dem ihre Krankheit und ihre Schmerzen keine Rolle mehr spielen.

Obwohl das Drama so endet, wie John Donne es in dem von Vivian häufig rezitierten Gedicht beschreibt, ist nicht klar, ob Vivian während des Dramas an dieses Ende glaubt. Sie zitiert dieses Gedicht immer in Situationen, die für sie äußerst unangenehm, schmerzvoll und demütigend sind. Während sie zum Beispiel auf dem gynäkologischen Stuhl liegend auf Jason wartet, rezitiert sie, teilweise stockend, dieses Sonett. Sie zieht sich damit auf das ihr bekannte Gebiet der Literatur zurück, wobei das Zitieren der von ihr ausgiebig interpretierten Lyrik zum einen ein Mittel darstellt, ihre in diesen Situationen verloren gegangene Selbstsicherheit zurückzugewinnen, zum anderen aber auch die Bedeutung dieses Sonetts für die Reflektion ihrer Situation hervorhebt. Sprache und Literatur fungieren für sie wie „companions in times of difficulty.“²³⁵ Ähnlich wie Donne versucht Vivian durch die ständigen Referenzen auf Donne den Tod in seine Schranken zu verweisen und somit werden die intertextuellen Bezüge zu einem Versuch, ihre Angst vor dem, was mit ihr geschieht, zu kontrollieren. Vivian äußert sich nicht auf emotionale Weise. Viel näher als die Welt der Emotionen, der „kindness,“ ist ihr, wie oben dargestellt, die Welt des Intellekts, des Abstrakten. Anstatt sich einfach die nur menschliche und verständliche Frage zu stellen, warum gerade sie dieses

234 Siehe hierzu Vanhoutte 393.

235 Madeline Keaveney, „Death be not proud: An analysis of Margaret Edson's *Wit*,“ *Women and Language* 27:1 (2004) 44.

Schicksal trifft, zitiert sie ein weiteres Sonett Donnes. Mit seinen Worten des neunten Holy Sonets stellt sie sich die Frage, die die Charaktere in *The Shadow Box* mit einem schlichten „Why me?“ formulieren. Bei Vivian werden aus diesem einfachen 'Warum?' die Worte Donnes: „If lecherous goats, if serpents envious / Cannot be damn'd, alas! Why should I be?“²³⁶

Im Laufe des Stückes erkennt Vivian jedoch, wie oben beschrieben, dass Intellekt alleine nicht ausreicht, um ihrer Situation gerecht zu werden. Dementsprechend erwähnt sie dann auch, dass sie John Donnes sechstes Holy Sonet *This is my play's last scene* sehr mochte, solange sie im Abstrakten über die in diesem Sonett beschriebene Situation nachdenken konnte. Nun aber befindet sie sich in einem realen Bezug, der dem Inhalt des Gedichts zu nahe kommt, als dass sie eine distanzierte Reflektion über das Dargestellte psychisch verkraften kann. Vivian merkt an:

VIVIAN: Now is not the time for verbal swordplay, for unlikely flights of imagination and wildly shifting perspectives, for metaphysical conceit, for wit. And nothing would be worse than a detailed scholarly analysis. Erudition. Interpretation. Complication. Now is a time for simplicity. (W 55)

Folglich merkt sie auch bei ihrem Abschied vom Publikum, dass die Worte John Donnes für sie nicht mehr stimmig sind:

VIVIAN: And Death – *capital D* – shall be no more – *semicolon*. Death – *capital D* – thou shalt die – *ex-clamation point!* (*She looks down at herself, looks out at the audience, and sees that the line doesn't work. She shakes her head and exhales with resignation.*) I'm sorry. (W 57/58)

Zu dieser Einsicht um so passender erscheint auch der wenig später dargestellte

²³⁶ Charles M. Coffin (Hrsg.), *The Complete Poetry and Selected Prose of John Donne*. (New York: The Modern Library, 2001) 262.

Besuch ihrer ehemaligen Professorin²³⁷, während dessen sich Vivian zum ersten mal im Stück Emotionen erlaubt. Sie weint im Arm Ashfords, die in diesem Augenblick die Rolle einer liebevollen Mutter übernimmt und lehnt das Angebot Ashfords, Donne zu rezitieren, deutlich ab. Stattdessen liest Ashford aus dem Kinderbuch *The Runaway Bunny* von Margaret Wise Brown vor, in dem einer kleiner Hase von seiner Mutter fortlaufen möchte, doch diese sagt ihm, sie werde ihn immer finden, gleichgültig, wo er sich befindet. Eine komplizierte Interpretation, „Erudition. Interpretation. Complication“ (W 55), dieses Kinderbuches ist nicht möglich. Seine Bedeutung lässt sich ohne Weiteres mit den Worten Ashfords zusammenfassen: „A little allegory of the soul. No matter where it hides, God will find it“ (W 63). Anstatt sich mit den Worten Donnes von Vivian zu verabschieden, verwendet Ashford interessanterweise ein Zitat aus William Shakespeares *Hamlet*: „And flights of angels sing thee to thy rest“ (W 63). Dies mag auf den ersten Blick erstaunen, hatte sich Vivian doch zu Beginn des Dramas an Ashfords Kommentar zu ihrer Hausarbeit erinnert, in dem Ashford sich folgendermaßen über Shakespeare äußert:

PROF. ASHFORD: You take this too lightly, Miss Bearing. This is Metaphysical Poetry, not the Modern Novel. The standards of scholarship and critical reading which one would apply to any other text are simply insufficient. The effort must be total for the results to be meaningful. [...] If you go in for this sort of thing, I suggest you take up Shakespeare. (W 14)

Auch wenn die Lyrik John Donnes in Ashfords Augen höhere Ansprüche an den Literaturwissenschaftler stellt als die Shakespeares, so erscheint das Zitat aus *Hamlet* passend für die Entwicklung, die Vivian in *Wit* erlebt hat. Vivian hat sich ihr Leben lang ausschließlich mit der Lyrik Donnes beschäftigt und ihrem Privatleben, einer Familie und sozialen Kontakten keinen Raum gelassen.

237 Hier ist anzumerken, dass meiner Meinung nach nicht sicher ist, ob Vivian diesen Besuch tatsächlich erhält oder auf Grund der Nebenwirkungen der Morphiumbehandlung halluziniert.

Vivian hat offensichtlich keine Freunde, keine Kollegen, die sich um sie sorgen und die sie auch privat kennen und mögen. Während Prof. Ashford in ihrem Beruf sehr erfolgreich war und - ohne die Ansprüche, die das Studium der Metaphysischen Lyrik stellt, zu vergessen - eine Familie gegründet hat (sie ist in der Stadt, um den fünften Geburtstag ihre Urenkels zu feiern), stürzte sich Vivian in die Arbeit. Anstatt das Leben auch zu genießen und Ashfords Rat zu Studienzeiten zu folgen, „Don't go back to the library. Go out. Enjoy yourself with your friends“ (W 15), recherchierte Vivian weiter in der Bibliothek und Ashfords Verabschiedung mit den Worten Horatios klingen vor diesem Hintergrund fast so, als hätte Vivian den Sinn von Ashfords damaliger Kritik missverstanden. Etwas ernst zu nehmen, heißt demnach nicht, andere Dinge zu vernachlässigen. So erscheint das Versagen der abstrakten Worte Donnes im Angesicht von Vivians Krankheit, untermauert durch ihre eigene Erkenntnis, dass Intellekt allein nicht alles ist, und durch das von Ashford verwendete Shakespeare-Zitat, als Kritik Edsons an einem zu einseitig ausgerichteten Leben. Vivian hat ihr Leben den Büchern gewidmet und darüber hinaus vergessen oder es abgelehnt, sich ein Leben außerhalb dieser Bücher, mit Freunden, Familie und Hobbys aufzubauen. Diese einseitige Fokussierung auf ihre Wissenschaft bringt sie nun in die Abhängigkeit von Ärzten und Krankenschwestern, die sich nicht aus freien Stücken um sie kümmern, sondern weil sie dafür bezahlt werden.

Wit stellt die Möglichkeiten moderner medizintechnologischer Möglichkeiten dar und deren Sinn bzw. Unsinn in Frage. Anders als in *The Shadow Box*, in dem medizinische Details in den Hintergrund treten, respektive auf sie nicht näher eingegangen wird, wird diesen Details in *Wit* viel Raum gegeben. Möchte man als medizinischer Laie jedes Wort des Stückes verstehen, benötigt man ein klinisches Wörterbuch. Der Leser, respektive Zuschauer, kann sich so gut in Vivians Lage und die vieler Patienten, versetzen, die ihre

Diagnose zu verstehen versuchen, während der Arzt mit Fachausdrücken die Diagnose und Prognose elaboriert. Die menschenunwürdige Behandlung vieler Patienten in großen Krankenhäusern, in denen Personal- und Zeitmangel häufig den Alltag bestimmen, dargestellt durch Vivians Leidensweg, wird in *Wit* stark kritisiert. Steht in *The Shadow Box* der Mensch und nicht die Krankheit im Vordergrund, so sieht sich Vivian immer wieder mit der Situation konfrontiert, dass sie letztlich nur eine Diagnose und eine Krankheit ist. Ihre Persönlichkeit, ihre Ängste und Bedürfnisse treten völlig in den Hintergrund und sind schlichtweg nicht gefragt. Mehr noch, ihre emotionalen Regungen, zum Beispiel ihre vor Jason erwähnte Angst vor dem Tod, wird sogar als Zeichen der Verwirrung betrachtet. *Wit* kritisiert diesen Zustand und plädiert wie Cristofer in *The Shadow Box* für einen menschlichen Umgang mit unheilbar erkrankten Patienten, in dem medizinisch notwendige Prozeduren zwar erfolgen, der Patient während dieser jedoch immer auch als Mensch wahrgenommen wird. Als Leser fragt man sich, wieso z.B. der radiologisch technische Assistent nicht zumindest kurz auf Vivians Bemerkung, sie sei Professorin, eingehen kann. Dies würde die Situation für Vivian ein wenig erträglicher machen und ihr das Gefühl geben, trotz allem noch als menschliches Wesen wahrgenommen zu werden.

Der Auffassung Vanhouttes, dass die Art der Darstellung von Vivians Krebserkrankung eine Strafe für ihre Unerbittlichkeit als Professorin ist, „cancer results from a judgment of 'deeper kind',“²³⁸ stimme ich nicht zu. Meiner Meinung nach handelt *Wit* nicht vordergründig von der Frage, warum gerade Vivian an Krebs erkrankt, sondern von der Art und Weise, wie sie als Patientin in dem hier dargestellten Krankenhaus behandelt wird und was diese Behandlung für sie bedeutet. Vanhoutte, die selbst eine Krebserkrankung überlebt hat, vergleicht ihre Erfahrungen mit dem Drama und kommt zum Schluss, *Wit* könne keine gültige Kritik an den Verhältnissen, unter denen

238 Vanhoutte, 394.

sterbende Patienten leiden, sein, weil Edson sich nicht um Ausgewogenheit, „a balanced view“, bemüht.²³⁹

Ausgewogenheit muss meiner Meinung nach nicht die Stärke eines Dramas sein; seine Funktion kann vielmehr in der Reflektion und Veranschaulichung realer Geschehnismöglichkeiten begründet sein.

In der Zusammenführung verschiedener Aspekte wie der Isolation einer Figur durch ihren eigenen intellektuellen Anspruch, die schon zynisch anmutende Figurenkonstellation, die eine gestandene, erfolgreiche Frau in Abhängigkeit eines ehemaligen Studenten bringt, und unter Einbeziehung literarischer Aspekte in die Ausdrucksfähigkeit der Protagonistin schafft Edson ein - durchaus plakatives, wenn auch nicht unbedingt allgemeingültiges - Plädoyer, das den Zuschauer auf Unmöglichkeiten und Entwürdigungen, die ein sterbender Patient im ausgehenden zwanzigsten Jahrhundert in vielen Krankenhäusern erleiden und erdulden muss, hinweist.

239 Vanhoutte 407.

8. Die dramatische Umsetzung der Diskussion über Sterbehilfe: David Rabe *A Question of Mercy*

Die Krankheit AIDS nimmt in der Darstellung durch das amerikanische Drama eine Sonderstellung ein. Seit dem erstmalig beobachteten Auftreten der Krankheit Anfang der 1980er Jahre entstanden eine Reihe von Dramen, deren thematische Konzentration sich den ändernden Behandlungsmöglichkeiten der Krankheit anpassten. Mitte der 1980er war der Sterbensprozess aufgrund von AIDS kurz, da eine effektive Behandlung der Symptome oder eine Unterdrückung des HI-Virus dem damaligen Forschungsstand entsprechend unmöglich war. Demzufolge thematisieren die AIDS-Dramen dieser Zeit weniger die Darstellung des Sterbensprozesses, sondern die gesellschaftliche Rezeption dieser Krankheit und die Stigmatisierung der Betroffenen,²⁴⁰ wohingegen sich spätere AIDS-Dramen auf die Lebensqualität während des Sterbensprozesses konzentrieren.

David Rabes *A Question of Mercy*, das 1997 in New York uraufgeführt wurde, thematisiert die Lebensqualität eines an AIDS erkrankten Homosexuellen und seines Partners während des Sterbensprozesses und die Ambiguität der Entscheidung, ob und unter welchen Umständen Sterbehilfe in einem solchen Fall erlaubt sein sollte. Das Drama, das in New York spielt, stellt das Schicksal des an AIDS erkrankten, kolumbianischen Einwanderers Anthony und seines Lebenspartners Thomas dar. Von besonderer Bedeutung in *A Question of Mercy* ist die Perspektive der Mediziner, die im Stück durch den Chirurgen Dr. Robert Chapman dargestellt wird. Die Handlung des Dramas besteht aus Gesprächen dieser drei Charaktere, in denen Anthonys

240 Für einen kurzen Überblick über die Geschichte der sogenannten AIDS-Plays vgl. Noreen Barnes, „Death and Desire: The Evolution of the AIDS Play,” *Journal of Dramatic Theory and Criticism* 12:1 (1997) 113-120; Beispielsweise seien hier genannt: Larry Kramer *The Normal Heart* (1985), William Hoffman *As Is* (1985), Victor Bumbalo *Adam and the Experts* (1990) und als wohl bekanntestes AIDS-Drama Tony Kushner *Angels in America* (1992).

Sterbenswunsch die Thematik dominiert.

Zu Beginn des Dramas tritt Thomas in einem Telefongespräch mit der Bitte um Hilfe an Chapman heran. Er und sein Partner haben Chapman auf einer Feier von gemeinsamen Bekannten kennengelernt. Chapman hat seinen Beruf vor einem Jahr aufgegeben und lebt seitdem zurückgezogen in New York. Obwohl Chapman seine Approbation jedes Jahr erneuert, stellt er in dem ersten Gespräch mit Thomas klar, dass er nicht mehr praktiziert:

THOMAS: [...] but you're a doctor, right?

DR. CHAPMAN: Well, I was. I don't practice anymore, if you're- [...] I'm not a doctor anymore. I don't treat patients. [...] I'm not practicing medicine at the moment, Thomas. (QM 7/8)²⁴¹

Thomas vage formulierte Bitte, „if you would be willing to consider helping him“ (QM 8), lehnt er mit dieser Begründung ab: Er praktiziert nicht mehr und betrachtet sich auch nicht mehr als Arzt: „I'm not a doctor anymore.“ Jegliche Diskussion über die Behandlung und Hilfe von Patienten ist für ihn bedeutungslos. Anthony ist vor sieben Monaten an AIDS erkrankt, nachdem er mehrere Jahre einen unter den Umständen der HIV-Infektion normalen Gesundheitszustand hatte. Chapman gibt dem Drängen Anthonys, der ihn nach dem ersten Kontakt noch einmal anruft, nach und trifft Thomas persönlich. Dieser bezeichnet die Situation, in der er und sein Partner sich befinden als Albtraum, der trotz des Wissens um die Diagnose überraschend auf ihn und Anthony eingebrochen ist. Die gute medikamentöse Unterdrückung des HI-Virus hat die beiden hoffen gemacht, dass die Krankheit bei Anthony nicht ausbrechen würde:

THOMAS: He was HIV for so many years, it all seemed - everything just seemed - it seemed . . .! We were lulled into a kind of expectation that

241 Zitate aus David Rabe, *A Question of Mercy* (New York: Grove Press, 1998) werden im Fließtext mit QM angegeben.

this almost normal health would just simply go on and on, but then it all changed. Seven months ago we went from our lives into - into - a nightmare. (QM 7)

Chapman zeigt in diesem zweiten Gespräch mit Thomas keinerlei Mitgefühl oder Verständnis und beendet das Gespräch mit der Begründung, er habe keine Zeit mehr. Er kann und will sich nicht mit dem Leid zweier Menschen, die er nur einmal kurz auf einer Party von gemeinsamen Bekannten traf, auseinandersetzen. Dennoch trifft er die beiden und es wird deutlich, dass die Situation sich für Chapman nicht so einfach darstellt, wie er versucht zu glauben. Er hat sich durchaus mit dem Thema der Sterbehilfe auseinandergesetzt, jedoch war dies für ihn nur theoretisch von Bedeutung:

DR. CHAPMAN: [...] His desire is not a stranger to me. I've thought that I might want to prescribe such pills to myself someday. To relieve pain or to end my own life, should the need arise. I've thought of it. I've thought of it often, but it's always been slightly distanced. A principled matter. A theoretical option. But then the pain in his voice burst through, and I thought, My life is good. I'm healthy. More or less happy. If I would do it for myself, why not for him? (QM 14)

Je näher er Anthony und Thomas kennenlernt, desto schwieriger wird die Entscheidung, ob die „theoretical option“ in die Tat umgesetzt werden sollte. Chapman erlebt, wie ambig die Situation ist, da er erkennt, dass der Entschluss für oder gegen Sterbehilfe nicht allein auf Prinzipien oder Abstrahierungen beruhend getroffen werden kann. Vielmehr spielen die individuellen Lebensumstände und -einstellungen der Betroffenen eine tragende Rolle. Chapman ist neugierig auf den Menschen hinter der Krankheit, „I wanted to meet -. To see him“ (QM 13), und so begibt er sich von der Theorie in die Praxis. Er wird in die private Welt zweier Menschen versetzt und lernt das private Umfeld eines Menschen kennen, der ihn um medizinische Hilfe bittet. Er bewundert die Wohnungseinrichtung, complimentiert Thomas' Backkünste

und erlebt Thomas und Anthony im Umgang miteinander. Je näher er die beiden kennenlernt, desto weniger theoretisch ist die Auseinandersetzung mit dem Thema der Sterbehilfe. Anthony hat seine Entscheidung offenbar schon getroffen: Er möchte sich mit einer Überdosis Barbituraten, die ihm ein befreundeter Arzt aus Kolumbien zuschickt, das Leben nehmen. Da er aber weiß, dass man die Tabletten auf eine bestimmte Art nehmen muss, um ein Erbrechen zu verhindern, ist er besorgt, dass sein Suizidversuch fehlschlagen könnte. Deshalb bittet er Chapman um die Injektion einer tödlichen Dosis der Barbiturate. Anthony möchte die Zeitpunkt und die Art seines Sterbens auf diese Weise selbst bestimmen. Er möchte nicht das Opfer einer Krankheit sein, sondern sein Leben so beenden, wie er es gelebt hat, nämlich selbstbestimmt:

ANTHONY: Nothing can happen to me now, Dr. Chapman, except my death. It is the only act of significance left for me that I can dictate, that I can choose. To pick the time and method. To defy this monster. To say, I, Anthony, live. And now I do this thing that you, Death, have so far failed to do. I will do it! At this moment, Dr. Chapman, I am still able. But soon it will be beyond me. Then I will be the victim in every way. (QM 27)

Anthony versucht sich gegen die Macht- und Hilflosigkeit, mit der er seiner Krankheit in diesem Stadium und seinem Tod gegenübersteht, zu wehren und dem Tod durch einen Suizid einen Teil seiner Macht zu nehmen. Ihm ist bewusst, dass er sterben wird, aber er möchte möglichst viele Umstände dieses Prozesses selbst bestimmen. Auf Chapmans Einwand, dass der Tod nichts ist, was sich letztlich durch uns beherrschen lässt, „It's never ours to govern“ (QM 27), geht er nicht ein.

Chapman bringt zunächst Einwände gegen Anthonys Sterbenswunsch hervor, doch erscheinen diese wie eingeübt:

DR. CHAPMAN: Today you want to die, but in a few days, or a few hours even, you may-(QM 21)

I know that's [commit suicide] what you think you want, Anthony. (QM 25)

Obwohl er nicht von der Dauerhaftigkeit von Anthonys Sterbenswunsch überzeugt zu sein scheint, wird er schnell ein Teil dieses Wunsches. Wiederholt trifft er die beiden und mit jedem dieser Treffen wird seine anfängliche Entscheidung, Anthony nicht zu helfen, weniger eindeutig als zu Beginn des Dramas, bis er schließlich völlig unfähig ist, einen klaren Entschluss zu fassen. Chapman gerät während des Dramas immer wieder in Situationen, in denen er sich von Anthony und Thomas verabschieden und unmissverständlich deutlich machen könnte, dass er kein Teil dieser Sterbehilfe, die in New York illegal ist, sein möchte. Dies tut er jedoch während ihrer Treffen wiederholt nicht. Er verweigert Anthony zwar zu Beginn noch die Injektion der tödlichen Dosis, erklärt sich dann aber doch bereit, Anthony die wirkungsvolle Einnahme der Barbiturate zu lehren. Er verneint Anthonys Aussage „You're going to help me“ (QM 28) zunächst nicht und spricht schon von sich als Teilnehmer in diesem Suizid: „I think *we* should be very careful. There are those who would rush to punish *us*“ (QM 28, meine Hervorhebung).

Anthony selbst sieht Chapman zu Beginn des Stückes lediglich als Instrument, das er zum Erfüllen seines Wunsches benutzt. Doch Chapman selbst kann sich nicht nur als Instrument sehen, da er nicht in der Lage ist, seine eigenen Zweifel, „that uneasy murmuring just beyond the horizon of my thoughts“ (QM 32), zu ignorieren. Trotz dieser Bedenken, die er weder vor sich noch vor anderen klar formuliert, entscheidet er sich nicht gegen eine Rolle in Anthonys Suizid. Zwar verweigert er Anthony wiederholt die tödliche Injektion, „I have not agreed to be with you, Anthony. I have not agreed to administer a shot“ (QM 44), doch wird die Situation für ihn immer zwiespältiger. Das Festsetzen eines Termins gemeinsam mit Anthony, an dem der Suizid vollzogen werden soll, macht deutlich, wie sehr Chapman schon

involviert ist. Er scheint das Gefühl bekommen zu haben, es handele sich um eine Verschwörung zwischen ihm, Anthony und Thomas und umso mehr irritiert es ihn, als er feststellt, dass die beiden eine weitere Vertraute haben, ihre langjährige Freundin Susanah Tomkins. Seine Irritation ist sicherlich gerechtfertigt, denn Beihilfe zum Suizid steht in New York unter Strafe und sein Bedürfnis, ihre Absichten und seine Beteiligung darin möglichst geheim zu halten, sind vor diesem Hintergrund verständlich. Wie sich im Verlauf des Dramas zeigt, stellt Susanah jedoch keine Gefahr dar. Vielmehr ist sie in der für Chapman verwirrenden Situation eine Art objektiver Instanz. Sie ist Thomas' Vertraute und hilft in erster Linie ihm, die Zeit bis zu Anthonys Tod so gut es unter den Umständen möglich ist zu überstehen. Sie plant den Abend des Suizids mit Thomas und sorgt dafür, dass er abgelenkt ist. Sie ist auch diejenige, die Chapman letztlich die Entscheidung um eine Beteiligung an Anthonys Suizid abnimmt und ihm mitteilt, dass sie seine Hilfe nicht mehr benötigen. Chapman selbst ist unfähig, eine klare Entscheidung zu treffen. Wie wenig er sowohl zur Beihilfe zum Suizid als auch zu einer klaren Entscheidung fähig ist, illustriert die Szene, in der Anthony ihn bittet, ihm die physischen Merkmale des Sterbens zu erläutern. Chapman schildert ihnen daraufhin die konkreten physiologischen Vorgänge im Zeitpunkt des Todes, den Versuch des Körpers, die Atemwege zu klären und die Entspannung des Darm- und Harntraktes. Seine Erläuterungen konkretisieren das Abstrakte und diese Konkretisierung verdeutlicht die Irreversibilität des Todes. Anthony kann gut mit diesen „physical details“ (QM 55) umgehen und kommentiert Chapmans Erklärungen des „death rattle“ lediglich mit den Worten: „The body is a single-minded bore. Live, live, live. That's all it wants“ (QM 55). Für seinen Partner ist die Situation jedoch wesentlich schwieriger. Auch für ihn birgt die Situation eine große Ambiguität, aber auf eine andere Weise als für Chapman. Es sieht das Leid seines Partners und möchte ihm helfen, gleichzeitig ist er mit seinen eigenen Gefühlen über Anthonys Tod konfrontiert. Durch die Anwesenheit Chapmans

und das Gespräch mit ihm wird der Gedanke an den Tod und den Verlust seines Partners konkret und eine Leugnung der Unausweichlichkeit des Todes ist nicht mehr möglich:

THOMAS: [...] We were having a nice conversation there and - I mean, it was almost as if we were just together, having a nice evening, an ordinary, simple - (*He freezes, then turns to face them*). (QM 56)

Die unterschiedlichen Perspektiven des direkt Betroffenen, Anthony, und eines Angehörigen, Thomas, werden in *A Question of Mercy* ebenso verdeutlicht wie die Perspektive eines Arztes. Anthony ist der Ansicht, dass sein Leben schon vorbei ist: „I'm gone anyway. I'm gone now!“ (QM 58). Seinen Suizid betrachtet er als „a matter of a few minutes of misery for each of us, and then my misery will be over - it will all be over“ (QM 58). Für Thomas ist die Situation aber komplexer, denn er muss mit dem Geheimnis des Suizids und der Illegalität von Chapmans Beteiligung sein Leben lang umgehen. Außerdem empfindet er Anthonys Leben nicht als schon abgeschlossen. Für Thomas ist Anthony durchaus sehr präsent: „Nooo, you're - [not gone]“ (QM 58). Chapman, der diese abweichenden Einstellungen der beiden miterlebt, erkennt, dass alle, ihn eingeschlossen, für den Suizid bereit sein müssen, es aber nicht sind. Er entschließt sich, sich zurückzuziehen: „I'm ready to withdraw. Now. I feel I should. I'm beginning to feel quite out of place“ (QM 59). Er ist aber nicht in der Lage, diese Entscheidung auch in die Tat umzusetzen und lässt sich leicht von Thomas und Anthony umstimmen und verbleibt so ein Teil dieses Konflikts. Anstatt zu seiner Entscheidung zu stehen, lässt er sich erneut auf die Ambiguität der Situation ein und befindet sich wenige Momente später bereits in der Planung der Umstände des Suizids gemeinsam mit Anthony, Thomas und Susanah. Thomas, der das ganze Drama im Vergleich zu Anthony sehr unsicher wirkt und sich teilweise für seine nur zu verständlichen, menschlichen

Reaktionen im Angesicht des Todes eines geliebten Menschen entschuldigt, lebt meiner Meinung nach den Kampf aus, der in Chapman um die Beihilfe zum Suizid stattfindet. Chapman selbst gewährt nur wenige Einblicke in seine Gedanken- und Gefühlswelt, indem er sie direkt äußert. Sein unentschlossenes Verhalten illustriert, in welches moralische Dilemma Anthonys Bitte ihn gestürzt hat. Es ist Thomas, der die Zwiespältigkeit der Situation immer wieder formuliert und auslebt. Hin- und hergerissen zwischen der Liebe zu Anthony, seinen eigenen Gefühlen und der Illegalität des Vorhabens, verdeutlicht er die Ambiguität der Situation immer wieder:

THOMAS: I don't think I can stand it. This is insane. Listen to us. (*He stands looking down; these are the terms of his return.*) I don't think I can stand it. That's what I'm saying.

ANTHONY: It's all right.

THOMAS: Is it? IS IT? I have no idea. (QM 63)

Anstatt ebenfalls solche klaren Aussagen zu machen, die seine eigenen ambigen Gefühle verdeutlichen, verlässt Chapman unter einem Vorwand die Szene. Der nachfolgende, zu Beginn des zweiten Aktes beschriebene Traum illustriert, wie sehr Chapman die Situation beschäftigt. Er träumt, dass er im Moment von Anthonys Suizid anwesend ist und ihm bei der Einnahme der Barbiturate hilft. Anthony schluckt die einzelnen Tabletten jedoch mit zu viel Wasser, was dazu führt, dass das Medikament zu wirken beginnt, er also einschläft, bevor eine für einen Suizid ausreichende Dosis eingenommen wurde. Anthony bittet ihn daraufhin, ihm zu zeigen, wie genau er die Tabletten nehmen muss. Chapman führt es ihm vor, indem er selbst die Barbiturate einnimmt. Er folgt Anthonys Aufforderung, mehr von den Pillen zu schlucken und kann sich Anthonys Entschlossenheit, die hinter der Aufforderung steht, nicht erwehren, bis er sich schließlich, ebenfalls auf Grund von Anthonys Aufforderung, selbst das Morphium injiziert. Chapmans Aufruf im Traum: „You're killing me. Don't you

see what you're doing?" (QM 76) als Reaktion auf Anthonys Aufforderung, das Morphium einzunehmen, ist meines Erachtens auch als Rückschluss auf die Reaktionen zu sehen, die Chapman in der realen Situation mit Anthony und Thomas zeigt. Er ist unschlüssig und unsicher, ob und in welchem Maße er Anthony bei seinem Suizid helfen soll. Durch diese Unschlüssigkeit gerät er stetig tiefer in die Ambiguität der Situation.

Erschwert wird seine Entscheidungsfindung auch dadurch, dass sein Alltagsleben seit seiner beruflichen Pause nicht ausgefüllt ist und ihm somit keinerlei Unterstützung oder Anregungen durch soziale Kontakte oder gesellschaftliche Diskurse bietet. Er erzählt lediglich von einem Zahnarztbesuch und einem Kochkurs, die offenbar die Höhepunkte seines Tages darstellen. In Thomas' Gegenwart möchte er jedoch den Eindruck erwecken, er sei ein viel beschäftigter Mann „I have to get back to my office“ (QM 8), doch im Verlauf des Dramas wird deutlich, dass Chapman ein eher einsames und ereignisloses Leben führt. Er hat immer Zeit, wenn Thomas und Anthony mit ihm sprechen wollen und es ist auch keine Rede von Treffen oder Anrufen von Freunden. Chapman scheint ohne seinen Beruf jegliche erfüllende Lebensperspektive verloren zu haben. Da er selbst nicht richtig versteht, was genau mit ihm geschehen ist, werden die Gründe für die berufliche Pause nur ansatzweise deutlich:

DR. CHAPMAN: I was in surgery - this was a year and seven months ago. We were all scrubbed and masked. In our uniforms. The scalpel in my hand, and as I worked and my hand grew tired - it's difficult, you know. The flesh fights back. You have to force the blade. Force it. I went deeper, and then . . . I stopped. Everyone thought I was resting. They wiped my brow, and I stood there thinking that it was a person lying there and I was just this man with a knife. I finished, of course, and it was fine. Successful - as far as everyone else was concerned. But I thought I better take a little break. A day or two, a few weeks. I haven't picked up a scalpel since. (QM 52)

Chapman wurde während dieser Operation bewusst, dass es sich nicht nur um eine Krankheit handelt, um deren Heilung er sich bemüht, sondern um einen Menschen mit einer Lebensgeschichte, die er als Arzt jedoch nur, wenn überhaupt, ausschnittsweise erfährt. Vor diesem Hintergrund erscheint ihm das Operieren als gewaltsames Eindringen in einen fremden Körper. Der Körper des Patienten wehrt sich gegen die Eindringlinge, die bis zur Unkenntlichkeit in OP-Kleidung verummumt sind. Chapman sah sich während dieser Operation als ein solcher Eindringling. Seine Beschreibung der OP-Kleidung als „uniforms“ erinnert an Soldaten, die sich über feindliche Linien hinwegkämpfen. Die feindlichen Linien sind für Chapman das Fleisch des Patienten „the flesh fights back“ und seine Waffe das Skalpel, „the knife“. Chapman scheint zum ersten Mal in seiner beruflichen Karriere erkannt zu haben, dass es sich immer um einen Menschen handelt und nicht nur um eine Krankheit, die er bekämpfen muss. Ihm ist jedoch noch nicht klar, wie er diese Erkenntnis verarbeiten und in seinen ärztlichen Alltag einbringen kann, und so hat er sich in ein Leben zurückgezogen, das scheinbar ohne seine Beteiligung an ihm vorbeizieht:

DR. CHAPMAN: January eighth, ninth, tenth, eleventh. They flow by. A haze. A confident haze. A sense of will. Intention. My Life. I will do this. I will do that. (QM 5)

Doch Chapmans Leben ist auch ohne Arbeit gefüllt mit Gedanken und Reflektionen über sein Leben. Er scheint so sehr mit sich selbst und dem Versuch eingenommen, eine Bedeutung unabhängig von seinem Beruf in sein Leben zu bringen, dass er das Klingeln des Telefons als Störung empfindet:

DR. CHAPMAN: How it intrudes. The ringing telephone and the course of our thoughts, the flow of our own intentions is cut off. We answer it, and most of the time it's a minor tug, easily incorporated. And if we didn't answer, might the caller just disappear? Might he never call back? (QM 9)

Chapman befindet sich in einer Orientierungsphase seines Lebens. Unwissend, wie er sein Leben ohne seine Tätigkeit als Arzt verbringen möchte, verbringt er seine Zeit mit „thoughts“ und „intentions“, ohne jedoch etwas davon in die Tat umzusetzen (sein Kochkurs ist eine Ausnahme). In einer solchen Zeit treten nun Anthony und sein Partner Thomas an ihn heran und fordern von ihm eine klare Aktion, die Beihilfe zum Suizid, die irreversible Konsequenzen hat, nämlich den Tod eines Menschen. Dass das Datum des Suizids, das er gemeinsam mit Anthony festgesetzt hat, immer näher rückt, verschlimmert die Situation für ihn nur, da er dadurch zu einer schnellen Entscheidung gezwungen ist. Zu einer solchen schnellen und vor allem eindeutigen Entscheidung ist Chapman jedoch nicht fähig. Dementsprechend wendet er sich auch an Anthony, Thomas und Susanah und fordert sie auf, den Termin für den Suizid nach hinten zu verschieben mit der Begründung, Anthony sei noch nicht bereit: „No, no, I just don't think Anthony's ready. I don't think you're ready Anthony“ (QM 79). Diese Einschätzung mag durchaus richtig sein, wie das nachfolgende Gespräch mit Anthony zeigt, doch scheint es eher so, als suche Chapman nach einem Vorwand, Zeit für seine eigene Entscheidung zu gewinnen. Anthony spürt jedoch, dass es nicht um seine Bereitschaft zum Sterben geht, sondern dass etwas mit Chapman passiert ist, das solch eine Reaktion hervorruft:

ANTHONY: No. No, we had the date, we'd worked out most of the details, I thought. What happened to you?

DR. CHAPMAN: Nothing.

ANTHONY: No, no, something happened. (QM 82)

Doch anstatt die Wahrheit über seine Gedanken- und Gefühlswelt zu äußern und dadurch eine offene Diskussion um die Ambiguität seiner Situation, die ihn so sehr beschäftigt, anzuregen, lenkt Chapman von sich ab. Eine offenes Gespräch, das nicht nur Thomas' und Anthonys Perspektive, sondern auch

seine eigene als Arzt und Mensch berücksichtigt, könnte ihm vielleicht sogar ein wenig mehr Klarheit geben. Chapman nutzt die Gelegenheit, selbst etwas Beistand zu bekommen, nicht. So lenkt er im nachfolgenden Gespräch auf Anthony und die Charakteristika des Todes ab. Er wirft ihm vor, noch nicht bereit für den Tod zu sein, denn anderenfalls hätte er eine Methode des Suizids gewählt, die zuverlässiger ist und durch welche die Irreversibilität des Todes deutlicher wird:

DR. CHAPMAN: You don't want the gun. You don't want the knife or car. Not the crazy jump off the bridge. [...] Do you know why? So it's familiar - just taking a pill - like taking an aspirin, or a decongestant, or an antibiotic. [...] And then sleep. [...] So it's all familiar and gentle. No violence. No death, even, really. Just a pill and then sleep. A trick and then sleep. So it's civilized. (QM 83)

Chapmans Einschätzung beschreibt Anthonys Empfindungen zutreffend, was die Tatsache verdeutlicht, dass Anthony sich letztlich nicht wie geplant das Leben nimmt. Dennoch lenkt Chapman damit von seinen eigenen Gefühlen ab. Während dieses Gespräches erkennt er jedoch auch, dass sein Entschluss schon gefallen ist, ohne dass es ihm bewusst gewesen wäre:

ANTHONY: So you have decided, Robert. No longer can you say you have not decided, because you have, haven't you.

DR. CHAPMAN: Yes. He's right. But when did I decide? I can't locate that clear point where I decided to do it - to find him holding on for dear life and then to simply nudge him over the edge. Or did it just happen? Was it not so much a matter of-. (QM 88)

Der Zuschauer erfährt nicht, aufgrund welchen genauen Ereignisses Chapman die Entscheidung für Sterbehilfe letztlich getroffen hat. Eine allgemeingültige, eindeutige Begründung gibt es wohl auch für solch eine Grenzenscheidung des Lebens nicht.

Da Chapman nun einen scheinbar endgültigen Beschluss gefasst hat, tritt das Dilemma, in dem er sich befindet, für kurze Zeit in den Hintergrund. Erst jetzt fällt ihm auf, dass der Pförtner des Apartmenthauses, in dem Anthony und Thomas leben, ein ehemaliger Patient von ihm ist, ihn wiedererkannt hat und nach Anthonys Tod bezeugen könnte, dass er in Anthonys Todesnacht bei ihm gewesen ist. Diese plötzliche Erkenntnis macht Chapman noch einmal deutlich, wie zwiespältig sein Entschluss ist. Er vergleicht die Beihilfe zum Suizid mit einem Gift, das ihn langsam aufzehren und alles Bedeutungslose aus seinem Leben drängen wird:

DR. CHAPMAN: [...] Anthony demands that I go on. He haunts me with the remnant of his smile. But I am haunted in other ways, too. Simple things, ordinary things. Like this moment with Eddie. Once his greetings were a pointless pleasure, but now - now! The doorman knows me! The doorman knows me! And all this occurs in anticipation of the deed. How far will this poison spread once the time has come and passed and Anthony is in fact dead? What will become of my life? Will anything ordinary be left? (QM 97)

Doch auch diese Zweifel bewirken nicht, dass Chapman seine Beteiligung an Anthonys Suizid aufkündigt. Vielmehr bedarf es Susanah, die eine klärende Rolle übernimmt. Sie hat sich über die Rechtslage erkundigt und herausgefunden, dass ihr sorgfältig geplantes Konstrukt um Anthonys Suizid einer rechtlichen Kontrolle nicht standhalten würde. Sie erwähnt auch den Pförtner und stellt Chapman zur Rede, der nicht auf ihren Vorwurf „What were you thinking?“ (QM 102) eingeht. Sie ist auch diejenige, die ihn aus der Verantwortung in dieser Situation entlässt: „You're fired, and that's that. There's no other way“ (QM 103). Doch anstatt erleichtert darüber zu sein, fühlt sich Chapman an sein Versprechen, Anthony zu helfen, gebunden und zieht sich erst nach mehrmaliger Aufforderung durch Thomas und Susanah aus der Situation zurück. Susanah verhilft auch Thomas zu Klarheit in seinen Gefühlen

zu Anthony:

SUSANAH: [...] The point is that he has the right to choose to die if he wants to, but not to involve you beyond what you can tolerate. Beyond what you can live with. So there's really no choice. (QM 100)

Sie fasst in wenigen Worten den relevanten Aspekt des Dilemmas, in dem sich Thomas und auch Chapman befinden, zusammen. Anthony hat es abgelehnt, sich auf eine Art das Leben zu nehmen, die seine Mitmenschen nicht mit einbindet. Er hat Chapmans Vorschlag, sich auf legale Weise zu töten, verweigert. Susanah deutet an, dass dieses Verhalten eigentlich sehr egoistisch ist, stürzt es doch die Beteiligten in einen unvergleichlichen Gewissenskonflikt: „Did the extremity of Anthony's circumstances eliminate every other concern?“ (QM 104). Die Gesetzgebung New Yorks bedingt es, dass Thomas, Susanah und Chapman nicht nur Zuschauer dieses Suizids, sondern Mitwisser und aktive Komplizen in einem Verbrechen wären. Diese Tatsache stürzt die drei Figuren in eine Konfrontation mit Gedanken, Überzeugungen und Gefühlen. Das Dilemma der Entscheidungen, die von den dreien gefordert sind, ist in *A Question of Mercy* so dominant, dass es nur schwer vorstellbar ist, dass Anthony und Thomas bis vor wenigen Monaten ein normales Leben führten. Die Krankheit AIDS und Anthonys Todeswunsch beherrschen die Handlung derart, dass alles Andere in den Hintergrund rückt. Susanah gibt am Ende des ersten Aktes einen Hinweis auf das Leben, das Anthony und Thomas vor dem Ausbruch der Krankheit führten, indem sie von einem Urlaubstag erzählt, den die drei gemeinsam auf einer Insel verbrachten. Dieser kurze Rückblick gewährt einen kleinen Einblick in das Leben der Charaktere, bevor Anthonys Todeswunsch alles Alltägliche in den Hintergrund drängte.

Thomas und Susanah erzählen Anthony nichts von ihrem Gespräch mit Chapman, in dem sie ihn aus der Verantwortung entlassen, und so beginnt Anthony seinen von ihm geplanten Todestag, wie er es sich wünscht. Er nimmt

die Medikamente jedoch nicht derart ein, dass sie eine tödliche Wirkung haben und verliert lediglich das Bewusstsein. Am nächsten Morgen finden Susanah und Thomas ihn und lassen ihn ins Krankenhaus einweisen, wo Chapman ihn nach einem Anruf von Thomas besucht. Anthony hat in dieser Situation die Möglichkeit, eine lebensverlängernde Behandlung abzulehnen. Er tut dies jedoch nicht und macht Chapman deutlich, dass er jegliche Behandlung, die ihm helfen könnte, in Anspruch nehmen möchte. Anthonys Reaktion offenbart Chapman deutlich, wie anstrengend die Zeit der Entscheidungsfindung für ihn war und dass seine Beteiligung an Anthonys Suizid, wäre sie denn geschehen, ihn aufgezehrt hätte:

DR. CHAPMAN: This strange dream was over for me, the trance ended. We were back in the strong embrace of order, nested in their rules. All my mistakes - and I saw clearly that there had been many - all had failed to hurl me into the rocks where I would have been broken. (QM 111)

Doch auch nach der Rückkehr in sein „altes“ Leben beschäftigt ihn die Frage nach der Rechtfertigung seines Verhaltens. Er ist in keinerlei Weise eingebunden in ein soziales System, das ihm Rückhalt geben könnte. Die soziale Isolation ist für ihn ein Symptom der Moderne, welche sich seiner Meinung nach auf die gesellschaftliche Rahmung des Sterbens auswirkt. Chapman erwähnt in einem Soliloquy nicht industrialisierte Völker, die sich als Gruppe erlebten, „members of tribe [...] it was not an affiliation but an interior, essential aspect of themselves“ (QM 92), die wiederum eng verbunden mit der Natur lebten. Vor dem Hintergrund, Teil eines größeren Ganzen zu sein, welches auch nach dem Tod eines Einzelnen weiterbesteht, konnten diese Völker ihren Tod als weniger endgültig betrachten als es seiner Meinung nach in der Moderne der Fall ist. Der Sterbensprozess erfuhr so eine Rahmung, der Tod eine Sinnggebung, die in der Moderne nicht mehr existiert. In der kulturellen Verarmung um das Sterben in industrialisierten Gesellschaften enden die

Menschen so individualistisch und isoliert, wie sie auch lebten:

CHAPMAN: Our grave sites are dark holes, dark cells in which we are deposited and contained, walled off from nature and from one another, encased in caskets that, like our egos, isolate us as we wait to be recalled through the doctrine of Resurrection, whose stipulations condemn us to live forever as our desperate singular selves. (QM 92)

In einer solchen Isolation, ohne eine kulturelle Verankerung des Sterbens in einem größeren gesellschaftlichen Diskurs ist die Frage, ob seine Tat ein Akt der Gnade und des Mitgefühls oder die eines Verbrechers gewesen wäre, für ihn nicht eindeutig beantwortet:

DR. CHAPMAN: Villainy. Mercy. I see them now like two snakes coiled around a staff, their tangled shapes indistinguishable, their eyes fixed on each other. (QM 115)

A Question of Mercy verdeutlicht die Ambiguität der Entscheidung über Sterbehilfe. Durch die verschiedenen Perspektiven des Patienten, der Angehörigen und des Arztes, die Rabe in dem Drama darstellt, wird vor allem deutlich, dass die Diskussion über Sterbehilfe und deren Rechtmäßigkeit keine pauschal zu beantwortende ist. Vielmehr hängt die Entscheidung von individuellen Lebenseinstellungen und -situationen ab. Ohne eine Berücksichtigung dieser individuellen Lebenssituationen ist eine Entscheidung nicht möglich bzw. kann, wie Thomas und Chapmans Situation illustriert, die überlebenden Betroffenen regelrecht traumatisieren.

Die Frage ist, ob eine klare Gesetzgebung auf dieser Grundlage überhaupt möglich ist. Sollte ein Gesetz über Sterbehilfe in Kraft treten, so wie es beispielsweise in Oregon der Fall in den 1990er Jahren war, stellt sich die Frage, ob die Legalität der Sterbehilfe nicht einen enormen Entscheidungsdruck von den Betroffenen nehmen würde. Würden die Charaktere in *A Question of*

Mercy auf einer solchen Grundlage agieren, könnte sich Anthony auf legalem Weg Barbiturate verschreiben und sich über die korrekte Einnahme bei beratenden Ärzten oder Organisationen informieren lassen. Eine aktive Beteiligung an einem Verbrechen, welches es dann auch noch zu vertuschen gilt, würde den Betroffenen nicht zugemutet werden. Die Rolle der Ärzte in einem Suizid, zu dem sich ein Patient aufgrund der Unheilbarkeit seiner Krankheit entschlossen hat, wäre demnach auf das Ausstellen eines Rezepts begrenzt. Demnach kann Rabes Drama als Aufruf zu einer bestmöglichen Regelung der Sterbehilfe gesehen werden. Es warnt gleichzeitig vor einer Pauschalisierung einer solchen lebensentscheidenden und -verändernden Entscheidung und lenkt die Aufmerksamkeit auf den Aspekt der Individualität und Ambiguität in solch einer Situation.

9. Die Darstellung der Erlebniswelt eines Alzheimer-Kranken: Nagle Jackson *Taking Leave*

Die Alzheimer-Krankheit wurde zum ersten Mal 1906 vom deutschen Neurologen Alois Alzheimer wissenschaftlich dokumentiert. Die Krankheit ist eine Erkrankung des Gehirns, in deren Verlauf aus bisher noch ungeklärten Gründen Nervenzellen und Nervenzellkontakte des Gehirns absterben mit der Folge der Schrumpfung des Gehirns. Die Symptome des Krankheitsbildes sind vor allem Gedächtnis- und Orientierungsstörungen und die Beeinträchtigung des Denk- und Urteilsvermögens, die eine eigenständige Bewältigung des Alltags in weiter fortgeschrittenen Stadien der Krankheit unmöglich machen. Hinzu kommen häufig Probleme mit der Wortfindung, der räumlichen Orientierung oder der Orientierung zur Zeit.²⁴² Die Alzheimer-Erkrankung tritt ohne bekannte Risikofaktoren auf, lediglich fortschreitendes Lebensalter erhöht das Erkrankungsrisiko, wobei auch junge Menschen erkranken können. Bei Eintritt der Krankheit in höherem Alter muss in der Diagnostik geklärt werden, ob es sich um eine Alzheimer-Erkrankung oder um eine Altersdemenz handelt, also einem zwangsläufigen Rückgang der geistigen Fähigkeiten im Alter. Die Alzheimer-Erkrankung unterscheidet sich vor allem durch einen schnelleren Verlauf und eine besonders schwere Demenz zur Altersdemenz.²⁴³ Hinzu kommen pathologische Befunde, die für die Alzheimer-Erkrankung charakteristisch sind.²⁴⁴ Durch die Unfähigkeit, gewohnte Handlungsabläufe zu vollziehen, kommt es häufig zu Überforderungsreaktionen seitens der Patienten, die von Panik und Aggressionen begleitet werden können. In

242 Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. *Das Wichtigste – Die neurobiologischen Grundlagen der Alzheimer-Krankheit*. <http://www.alzheimersche-erkrankung.de>; <http://www.deutsche-alzheimer.de> 15.04.2006.

243 Siehe *Psyhyrembel – Klinisches Wörterbuch*. 255. Auflage (Berlin: Walter de Gruyter, 1986).

244 Vgl. <http://www.alzheimer.de>.

späteren Stadien der Krankheit kommen Störungen der Blasen- und Stuhlfunktion hinzu. Die Erkrankung führt nach etwa acht bis zehn Jahren mit einem schnellen körperlichen Verfall zum Tod.²⁴⁵

Die Diagnose Alzheimer bedeutet also nicht den Anfang eines kurzen Sterbensprozesses, sondern zunächst den unaufhaltsamen geistigen Verfall des Betroffenen. Die Symptomatik der Alzheimer-Krankheit manifestiert sich aber derart, dass das Leben, so wie es der Betroffene bis zu seiner Erkrankung geführt hatte, nicht mehr lange aufrechtzuerhalten ist und der Betroffene keine gewöhnliche Lebenserwartung hat. Durch die Erkrankung verändert sich der Lebensalltag der Patienten und der Angehörigen unwiederbringlich, da der Patient sich früher oder später nicht mehr selbst versorgen oder Entscheidungen seine Lebenssituation betreffend wird fällen können.

Die Manifestationen der Alzheimer-Krankheit im Leben eines Betroffenen und deren Auswirkungen auf ihn selbst und seine Angehörigen werden im Drama *Taking Leave* von Nagle Jackson dargelegt, das 1998 off-Broadway in Denver uraufgeführt wurde. Im Mittelpunkt der Handlung steht der zweiundsechzigjährige Literaturprofessor und anerkannte Spezialist für Shakespeares *King Lear*, Eliot Pryne. Vor einiger Zeit wurde bei ihm die Alzheimer-Krankheit diagnostiziert und da er sich nicht mehr selbst versorgen kann, pflegt ihn die Krankenschwester Mrs. Fleming rund um die Uhr in seinem Haus in Seattle. Im Laufe des Dramas treffen seine drei Töchter Alma, Liz und Cordelia ein, um über seine weitere Versorgung zu diskutieren, bis schließlich Cordelia seine Pflege übernimmt. Die ersten Symptome der Krankheit stellten sich für ihn als Vergesslichkeit dar: Er vergaß einzelne Worte ebenso, wo sich die Vorlesungsräume der Universität befanden. Anstatt in seinem Seminar über Henry James auch über diesen zu sprechen, erläuterte er den Studierenden die Metrik in Shakespeares Werken. Eine Weile kämpfte er noch gegen die Symptome an, bis auch dieses nicht mehr möglich war, weil sein

245 Für nähere Informationen siehe <http://www.uni-leipzig.de/~alzheim/Texte.html> 15.04.2006.

Zustand zu offensichtlich wurde. Er wurde schließlich emeritiert, doch bevor es zu einer feierlichen Verabschiedung an der Universität kommen konnte, war die Alzheimer-Erkrankung schon zu weit fortgeschritten. In *Taking Leave* wird sowohl sein Zustand nach seiner Emeritierung dargestellt als auch die Auswirkungen, die seine Erkrankung auf seine Familie hat.

9.1. Die Erlebniswelt eines Alzheimer-Patienten am Beispiel der Figur Eliot

Die Schwierigkeit in der Darstellung der Alzheimer-Erkrankung und ihrer Symptomatik liegt darin, dass zwar die Symptome geschildert und dem Zuschauer der Verlauf der Krankheit hierdurch näher gebracht werden kann, eine Reflektion und bewusste Auseinandersetzung des Betroffenen mit seiner Krankheit und deren Konsequenzen wegen des geistigen Verfalls des Patienten jedoch nicht - oder nur sehr begrenzt in klaren Momenten - stattfindet. Die Betroffenen haben vor allem mit Gedächtnisschwierigkeiten zu kämpfen, das heißt sie vergessen, wer und wo sie sind oder in welchem Zeitraum sie sich befinden. Da ihnen häufig nicht einmal ihre eigene Identität klar ist, ist anzunehmen, dass ihre Erkrankung ihnen nicht unbedingt bewusst ist und sie ihren Zustand nicht rational erfassen können. Niemand weiß letztlich, wie die Erfahrungs- oder Gefühlswelt eines Alzheimer-Erkrankten aussieht und ob ihnen ihre Situation bewusst ist, da Alzheimer-Patienten meist nicht mehr in der Lage sind, sich kohärent über ihre Erfahrungen zu äußern. Eine Darstellung des Krankheitsverlaufes kann sich also zunächst nur auf äußerliche Aspekte der Krankheit konzentrieren. Jackson umgeht dieses Problem der Repräsentation in *Taking Leave* jedoch, indem er ein Alter Ego zu Eliot schafft, das er Eliot-1 nennt. Eliot-1 ist die meiste Zeit nur fürs Publikum sichtbar, interagiert jedoch manchmal - ähnlich eines Rückblicks - mit den drei Töchtern und mit Eliot selbst. Eliot-1 stellt Eliot vor der Erkrankung dar und durch die Schaffung dieses Charakters gewährt Jackson einen Einblick in die Erfahrungswelt eines

Alzheimer-Patienten, die ohne diese Figur nicht möglich wäre. Durch seine Kommentare erfährt der Zuschauer somit etwas über Eliots Leben vor dem Ausbruch der Krankheit und seine Gefühle über den Verlust seiner geistigen Fähigkeiten.

Zu Beginn des Dramas erleben wir, wie Eliot nachts versucht, einen Koffer zu packen und das Hotel, für das er sein Haus hält, zu verlassen. Eliot-1, der ihn bei seinem Versuch, die Situation zu ordnen, beobachtet und kommentiert das Geschehen:

ELIOT-1: [...] You know it's not quite right, don't you, old man? Something out of kilter. (*Eliot picks up the box. It has no top. He is distressed.*) It's not right, is it? Because it's not a ... what's the word?

ELIOT: The thing that the things go with you.

ELIOT-1: 'The thing that the things go with you.' Those are the words you use now, don't you? You mean 'suitcase.' Does that bang the bell? ... No? ... 'Grip.' Try 'grip.' [...] My God, Eliot, it's three in the morning!

ELIOT: But must ... close ... (*He finds a newspaper and clumsily wraps it around box.*) [...] ... and then to the lobby ... It's time. Mustn't be ... don't want to keep her waiting.

ELIOT-1. Her? Her who? Do you even know? Is it Trish? She's dead, Eliot. Your wife died seven years ago. So it's not her. (*Eliot stops. Looks around, bewildered.*) That's right; take stock. All different, I know. Neither this place nor that. Unfamiliar. Since the ... sickness. (TL 7/8)²⁴⁶

Die Einstiegsszene verdeutlicht das Stadium der Krankheit, in dem Eliot sich befindet: Er hat jegliche räumliche und zeitliche Orientierung verloren und Probleme mit der Wortfindung. Seine Aussage „The thing that the things go with you“ kommt in Variationen häufiger im Stück vor. Darüber hinaus gewinnt der Zuschauer in diesem kurzem Dialog auch einen Einblick in Eliots Erfahrungswelt. Er verhält sich „distressed“ und „bewildered“. Der Versuch, all seine geistigen Kräfte zu sammeln, um sein Ziel zu erreichen, in diesem Moment das Packen seines Koffers und das Verlassen des vermeintlichen

246 Zitate aus Nagle Jackson, *Taking Leave* (New York: Dramatists Play Service, 2000) werden im Fließtext mit TL angegeben.

Hotels, setzt ihn unter Stress und Eliot-1s Anmerkung, dass seine Frau, die in Eliots Erlebniswelt in der Hotellobby auf ihn wartet, schon seit Jahren tot ist, löst Verwunderung in ihm aus. Er ist jedoch nicht mehr in der Lage, die reale Situation zu erkennen und sich situationsgerecht zu verhalten. Ähnliche Verhaltensweisen zeigt Eliot durchweg im Drama in unterschiedlichen Situationen: Er meint, sein verstorbener Hund wäre noch am Leben, seine Töchter und Mrs. Fleming hält er abwechselnd für Missionare, die ihre Broschüren an der Haustür verteilen, für Studentinnen oder für „two crazy women chasing me“ (TL 46), als diese versuchen, ihren Vater wieder ins Haus zurückzubringen, als dieser sein Haus verlässt anstatt in die Küche zu gehen. Eliots Leben ist aus der Perspektive eines geistig gesunden Menschen völlig durcheinander geraten. Sein Alter Ego Eliot-1 bezeichnet Eliot als „deconstructed“ und sein Leben folglich als „disintegrating“ (TL 9). Es wäre schwer für den Zuschauer, Eliots Handlungen zu folgen, wäre nicht Eliot-1 in das Stück integriert, um Eliots Äußerungen und Handlungen zu erläutern und zu kommentieren. So erklärt Eliot-1 zum Beispiel die Bedeutung San Franciscos, als Eliot die Stadt erwähnt (TL 13) oder fügt hinzu, wie wichtig Eliot das Drama *King Lear* war, als dieser sich in einem Gespräch mit Liz darauf bezieht. Der Charakter des Eliot-1 fungiert also als Mittler zwischen dem Zuschauer und Eliot. Darüberhinaus ist Eliot-1 aber auch von enormer Wichtigkeit für Eliot selbst. Eliot-1 ist Eliot als gesunder und klar denkender Mensch und hilft Eliot, sich in einer Welt zu orientieren, die ihm zunehmend fremd wird. Obwohl die anderen Charaktere Eliot-1 nicht wahrnehmen - die Ausnahmen sind die rückblickhaften Gespräche mit Alma und Liz - interagiert Eliot mit seinem Alter Ego. Eliot-1 nennt Eliot Worte, die er vergessen hat, aber gerade gebrauchen möchte, und führt sogar längere Gespräche mit ihm:

ELIOT: ... to pack it in pack it up ... Like to get out there at full low tide. That's when you can find 'em ... the razor ones, the big ones ... No, Tommy ...no.

ELIOT-1: Little brother Tommy who died as a child.

ELIOT: What? ... I don't know. They're here somewhere ... my notes.

ELIOT-1: Ah. Closer now. Closer to time present. Lord, how the mind goes romping in the night...

ELIOT: But I can't read them without light ... and if they find me like this ... oh, God, if they find me like this! ... *(He crumples to the floor and cowers there. Eliot-1 comes to him gently.)*

ELIOT-1: Nothing to. Be afraid of, old man.

ELIOT: Ha! Easy for you to say.

ELIOT-1: You're safe as houses.

ELIOT: Ha!

ELIOT-1: You're in charge. You're still in charge. In control.

ELIOT: Ay ... every inch a king. *(TL 32)*

Eliot-1 wird dabei nicht zu einem eigenständigen Charakter ausgebaut, sondern bleibt ein Spiegel von Eliots Vergangenheit, ein Rest an Vernunft und Logik in Eliots, von Alzheimer gezeichnetem Verstand. Für Eliot ist Eliot-1 „the thing I was. The memory of it. The words I cannot find“ *(TL 33)*. Der Gedanke daran, Eliot-1 könnte sich aus seinem Leben verabschieden, erfüllt Eliot mit Angst, „the fear of that“ *(TL 33)*. Eliot-1s Weggang bedeutet für ihn, er würde völlig in die Verwirrung hinabgleiten. Solange Eliot-1 noch da ist, ist Eliot zumindest noch ansatzweise mit der Welt der Rationalität verbunden. Eliot-1 macht jedoch deutlich, dass er sich aus dem Drama und somit aus Eliots Leben verabschieden wird: „Until he crosses over. Until the reality disappears completely. And until that happens he is in torment. Soon he'll cross that bar. Today, very likely. Today“ *(TL 35)*. Eliot-1 vergleicht Eliot mit Alice im Wunderland, da er wie sie vollkommen in eine neue Welt treten wird, sobald Eliot-1 sich verabschiedet haben wird. Eliot-1 beschreibt sich selbst als „the 'me' of me“ *(TL 48)*, als den Teil seiner Identität, der verschwinden wird, bevor Eliots Körper stirbt:

ELIOT-1: It's time, you see. For taking leave ... of his senses? Well, yes. Really, yes. And then even they will diminish. The eyes, the hearing. The body starts his age-old old-age shut-down. But I leave first, the 'me' of me. [...]

We've had a grand time, old boy. I shall miss you. You have forgotten

me. (TL 48)

Eliot-1 gibt dem Zuschauer ausschnittsweise einen Einblick in Eliots Leben vor dem Ausbruch der Krankheit und in Eliots Gedanken- und Gefühlswelt, während dieser stetig mehr in das Vergessen hinabgleitet. Ohne diesen Spiegel von Eliots ursprünglicher Persönlichkeit würde die Darstellung der Alzheimerschen Krankheit auf die äußere Beobachtungsperspektive beschränkt bleiben. Am Ende des Dramas verabschiedet sich Eliot-1 „wearily“ (TL 48) von Eliot, so als wäre es ihm schon schwierig gefallen, bei seinem Alter Ego zu bleiben. Eliot ist fortan uneingeschränkt in seiner Welt, in der die Regeln der Logik und Rationalität nicht mehr gelten. Obwohl Eliot den Moment des Abschiedes sehr gefürchtet hat, wird er nun in einem Stadium der Erkrankung dargestellt, die seinen Zustand ohne jeglichen Kontakt zur Realität für ihn leichter ertragbar scheinen lässt. Die Qual seiner Krankheit für Eliot lag bis zu diesem Zeitpunkt meiner Meinung nach eher darin, dass er gespürt hat, dass etwas mit ihm nicht stimmt und er den Kontakt zur Realität und seiner eigenen Identität verliert, ohne dies erklären zu können. Solange Eliot-1 in seinem Leben ist, ist Eliot hin- und hergerissen zwischen der Welt der Rationalität und der Welt der Irrationalität und des Vergessens. Es ist wohl dieser Zustand, der Eliot am meisten belastet. Solange er zumindest noch zeitweise einen Zugang zu seinem gesunden Ich hat, ist er „not blissfully unaware“ (TL 18). Ganz im Gegenteil beschreibt Eliot-1 den Zustand seines Alter Egos als „terrifying“ (TL 18). Im Moment von Eliot-1s Abschied ist dieses Bewusstsein der eigenen Krankheit jedoch vorbei und Eliot ist fortan 'blissfully unaware', da er den Unterschied zwischen Wissen und Vergessen nicht mehr kennt. Eliot-1 schildert Eliots Zustand sogar als Geschenk, wenn man es denn annehmen kann:

ELIOT-1: Perspective changes. Colors sharpen. Things are seen ... as if for the first time. And - most wonderfully, if one can accept the gift - one lives in the present tense only, a present tense of one's own choosing.

What happened this morning is gone. What will happen tomorrow is unthought of. As with infants and animals, the *now* is all. (TL 48)

9.2. Der intertextuelle Bezug auf Shakespeares *King Lear*

Über die Figur des Eliot-1 hinaus sind es auch die intertextuellen Bezüge zu Shakespeares *King Lear*, die Eliots Situation näher erläutern. Eliot hat sich in seiner Forschung auf *King Lear* spezialisiert, allerdings nicht auf die Abschnitte, die in reiner Versform geschrieben sind, sondern auf die Textstellen, in denen Lear in Prosaform spricht. Dies ist nach Eliot-1s Aussagen in den „mad scenes“ (TL 9) der Fall, in denen Lear, verstoßen von seinen beiden älteren Töchtern und dem Wahnsinn nahe, orientierungslos durch die Landschaft zieht. Wenn er geistig nicht mehr in der Lage ist, die Versform aufrechtzuerhalten, gleitet er in die Prosaform hinab, wie Eliot-1 meint, „dwindles into prose“ (TL 9), „neither rhyme nor reason“ (TL 14). Auch wenn Eliot nicht in Versform spricht, so ist die Parallele zu Shakespeares Drama eindeutig: Eliot ist nicht mehr in der Lage, kohärente Gedanken zu fassen, diese auch stringent zu äußern und danach zu handeln. Eliot-1 ist der Ansicht, dass Lear nicht den Verstand verloren hat: „Lear does not run mad. Everyone else does. Lear transcends“ (TL 14). Das Thema der Transzendenz ist ein wiederkehrendes in *Taking Leave*. Der intertextuelle Bezug auf *King Lear* wird genutzt, um zu verdeutlichen, dass Eliot nicht allein die Kontrolle über seine geistige Kapazität verliert, sondern vielmehr in eine neue, seine ganz private Welt eintritt, die Außenstehende nicht verstehen:

ELIOT: [Lear] Speakes a private language. Like a monk upon a Himalayan peak, he sees and speaks what smaller minds deem nonsense. [...] We cannot define these things. These things *transcend*, don't you see? (TL 33)

Wie Lear hat Eliot drei Töchter, von denen die jüngste Cordelia heißt. Auch wenn Eliot von Alma und Liz nicht verraten wird wie Lear von seinen beiden älteren Töchtern, so ist es wie in *King Lear* Cordelia, die letztlich Verantwortung für ihren Vater übernimmt. Die Dynamik der Beziehungen der drei Schwestern untereinander und zu ihren Eltern ist ein Aspekt, der durch Eliots Alzheimer-Krankheit an Aktualität gewinnt. Folglich thematisiert *Taking Leave* auch die Auseinandersetzung der drei Schwestern untereinander.

9.3. Die Auswirkungen der Diagnose auf das Familiensystem

9.3.1. Die Verdrängung der Diagnose am Beispiel von Eliots ältester Tochter

Alma

Eliots älteste Tochter ist Schulpsychologin und lebt in der Nähe ihres Vaters in Seattle. Sie ist die erste der drei Töchter, die im Drama in Erscheinung tritt und ihre Einstellung zu Eliots Erkrankung wird gleich zu Beginn deutlich: Alma verdrängt die Diagnose und weigert sich, Eliots Verfall zu erkennen und zu akzeptieren. Ihrer Meinung nach leidet ihr Vater nicht unter Alzheimer, sondern wird nur älter und vergesslich. Auch der Einwand der Krankenschwester, dass ein Alter von zweiundsechzig noch kein hohes sei, ignoriert Alma. Ihren Vater als Alzheimer-Patienten zu bezeichnen, empfindet sie als lächerlich. Ihre Leugnung der Wahrheit versucht sie zu unterstützen, indem sie vorgibt, ihr Vater hätte sich während der letzten Monate nicht verändert. So bringt sie ihm Literatur mit und versucht ihm zu erklären, dass sie nicht eine seiner Studentinnen ist, für die er sie hält, ohne Rücksicht darauf zu nehmen, dass ihr Vater sich einfach nicht mehr an sie erinnern kann, bzw. es schnell wieder vergessen wird, sollte er dies doch tun. Auch wenn offensichtlich ist, dass Eliot nicht unter gewöhnlichen Alterserscheinungen leidet, gibt Alma vor, es sei alles in Ordnung:

ALMA: I brought Dad some books.

FLEMING: He can't read, Alma. You've got to accept that.

ALMA: Well, we'll see. These have lots of pictures: *My years in Stratford, The Age of the Medicis* -

FLEMING: He tries. He sits in his chair and opens books, but none of it makes any sense, you see. It's like ... code to them. Or like writing looked before we could read.

ALMA: Mrs. Fleming, my father spent his entire life as a man of letters. I can't believe he just -

FLEMING: But now he has Alzheimer's Disease. You have to face that.

ALMA: Please don't use that ridiculous term. My father is getting old.

FLEMING: He's sixty-two.

ALMA: -old, and his brain is a bit ... tired. That's all. My, don't those plants look lovely... (TL 12)

Alma möchte zwar Verantwortung für ihren Vater übernehmen, ist aber emotional nicht in der Lage dazu. Sie lebt in derselben Stadt wie ihr Vater und könnte ihn zumindest zeitweise pflegen und bietet Mrs. Fleming dies auch an, doch hält ihr guter Vorsatz nur kurze Zeit. Als sie verspricht, bei Eliot zu übernachten, schleicht sie sich aus dem Haus, als sie glaubt, er schläft. Um der Herausforderung der Pflege gewachsen zu sein, müsste sie zum einen zunächst erkennen und akzeptieren, dass ihr Vater unheilbar krank ist und nie wieder derjenige sein wird, den sie vor kurzem noch kannte.

Zum anderen spielt Almas Rolle im Familiensystem der Prynnes eine Rolle in der Bewältigung von Eliots Krankheit. Neben ihrer jüngeren Schwester Liz, die als „smart, professional and attractive. In her thirties and intends to stay there“ (TL 15) beschrieben wird, wirkt Alma, die von Liz als „the nurturer“ bezeichnet wird, fast schon als Mauerblümchen. Sie ist einige Jahre älter als Liz und ihr Äußeres wird von Jackson als „a bit round from underexertion“ (TL 11) charakterisiert. Ihren Beruf halten sowohl ihre jüngste Schwester Cordelia als auch ihr Vater für Alma absolut ungeeignet. Cordelia impliziert dies, indem sie Almas Ratschläge als „textbook counseling“ (TL 51) zurückweist, also als rein theoretisch und nicht praktisch am wirklichen Leben erprobt. Eliot-1 wirft ihr

sogar vor, nichts über das Leben zu wissen: „How could you counsel anyone, Alma? You've done nothing but avoid life. You know nothing about it“ (TL 40). Der kurze Einblick in Almas Leben, der dem Leser in *Taking Leave* gewährt wird, ist sicherlich nicht ausreichend, um zu beurteilen, ob Eliots Einschätzung richtig ist. Tatsache ist aber, dass Alma sich mit ihrem Leben, beruflich als auch privat, nicht glücklich fühlt. In ihrem Beruf kämpft sie täglich mit Budgetkürzungen und ihrem geringen Gehalt. Ihr Privatleben gestaltet sich eintönig und einsam: Nach der Arbeit ist sie, die keinen Partner hat, zu erschöpft, um etwas Anderes zu tun als fernzusehen. Sie äußert sich zwar abfällig über eine Kollegin, die ständig von ihren Kindern spricht, doch ist dies nicht überzeugend, denn es scheint, dass Alma sich selbst so ein Leben wünscht. Das Einzige, auf das sie zu hoffen wagte, war, dass sie eines Tages das Haus ihrer Eltern erben würde und somit zumindest finanziell besser dastünde:

ALMA: Do you know how many things in my life I don't like? [...] And now there's not going to be any money and there's not going to be any house... And there's sure as hell not going to be any 'significant other' in my life: I gave up on that years ago.

CORDELIA: Why?

ALMA: I'm a bore. Do you know what that's like, Corry? To not be able to do anything about it? I hear myself and I want to- (*Pause.*) (TL 50)

Eliots Alzheimer-Erkrankung konfrontiert sie nun mit einer gänzlich unvorhergesehenen Situation, mit der sie nicht umzugehen weiß, und ihre erste Abwehrstrategie ist die Verdrängung. Im Gespräch mit ihren Schwestern gesteht sie sich schließlich ihre Leugnung der Wahrheit ein. Diese ist hauptsächlich darin begründet, dass Alma den Ansprüchen, die Eliot in seinem jetzigem Zustand an seine Angehörigen stellt, nicht gewachsen ist: „I pretend, so maybe it'll go away“ (TL 50). Zu dem kommt, dass ihre Lebensperspektive durch Eliots geistigen Verfall in Gefahr geraten ist. Anstatt sich mit ihrer unzufriedenen Lebenssituation halbherzig zu arrangieren, sind nun

Entscheidungen und ihre praktische Hilfe bei der Versorgung ihres Vaters von ihr gefordert. Alma muss sich jedoch zunächst über ihre Stellung in der Familie klar werden, um Verantwortung für ihren Vater übernehmen zu können.

In der Figurenkonstellation der drei Schwestern wirkt Alma beinahe bieder und altbacken im Vergleich zu ihren jüngeren Schwestern. Liz reist durch das Land und übt einen Beruf aus, der sie erfüllt, und auch die bisher rastlose Cordelia scheint mit der Rückkehr in ihr Elternhaus einen Neuanfang ihres Lebens zu starten und mit der Pflege ihres Vaters eine sie erfüllende Aufgabe gefunden zu haben. Alma hingegen scheint etwas verloren. Aus den Erzählungen der drei wird deutlich, dass Cordelia als jüngste Tochter immer eine Sonderstellung eingenommen hat, während Alma offenbar zu keinem von ihren Eltern ein besonders intensives Verhältnis hatte. Eliot-1 ist der Ansicht, sie habe nicht das Beste aus ihrem Leben und den ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten gemacht. Auch zu ihrer verstorbenen Mutter hatte sie offenbar keinen intensiven Kontakt. Dies wird deutlich, als Liz erwähnt, dass ihre Mutter ihr einmal erzählt habe, Cordelia sei wahrscheinlich in San Francisco gezeugt worden. Alma ist sehr überrascht, dass ihre Mutter und Liz Themen wie Sexualität besprochen haben:

ALMA: Mother talked to you about things like that?

LIZ: Sure.

ALMA: I think that's ... well, things like that -

LIZ: I don't know how to tell you this, Alma, but our parents, at least on three occasions, 'did it.' (TL 29)

Mit Alma hat ihre Mutter offenbar nie über Sexualität gesprochen, wie Almas Reaktion in diesem Dialog zeigt. Ihre Beziehung zueinander unterschied sich anscheinend sehr von der Liz' zu ihrer Mutter. Eliot-1 ist sogar der Ansicht, er und seine Frau hätten Alma von der Familie entfremdet. Er ist sich jedoch nicht sicher, wodurch genau dies geschehen ist: „Alma up to bed. Alma who never felt at home here. Why? What did we do to alienate our eldest? Probably

nothing at all" (TL 31). Umso schwieriger muss es für Alma sein, dass gerade sie Zeugin wird, wie Eliot in seinem Zustand unmissverständlich andeutet, außereheliche Affären mit einigen seiner Studentinnen gehabt zu haben:

ELIOT: Now, I want you to know, young lady, that I'm making a ... the thing you don't ... the other things

ELIOT-1: Exception.

ELIOT: *Exception*. I'm making an exception seeing you here. This is not ... no, this is not my office. So I'll see you here ... in the hotel. But just five minutes.

ALMA: Daddy, this isn't a hotel -

ELIOT (*Sarcastic*): I love the way you call me 'Daddy.' No, no; that won't work. I'm past all that. I fooled around with a lot of 'em, but ... it's dangerous. They've all got mothers. Oh boy, did I learn that. And they're all the same, anyway. You take off those dresses, you unsnap, unzip all those things they wear ... you get your hand in under all that ... fluff, and they're all the same -

ALMA (*Embarrassed.*): Daddy.

ELIOT: Oh yes, 'Daddy' ... 'Honeybunch' ... 'Sweetheart'... all the same. You get under that perfume and underwear, it's flesh and fat and sweat. It's musky damp ... It's wet and you're lost in it, lost in it, utterly lost...

ALMA (*Calling*): Mrs. Fleming!! (TL 40/41)

Alma sieht sich durch Eliots Erkrankung mit Dingen konfrontiert, die bei einer anderen Art des Sterbens ihres Vaters nicht aktuell geworden wären. Die letztliche Akzeptanz der Diagnose, die Alma andeutungsweise annimmt, wirkt sich konturierend auf ihre eigene Lebenssituation aus. Dies schließt ihre veränderte Zukunftsperspektive als auch die Auseinandersetzung mit der Tatsache ein, dass es Dinge über ihren Vater gibt, die ihre bisherigen Lebenserfahrungen und Sichtweisen der Familie und Beziehung ihrer Eltern zueinander verändern können.

9.3.2. Die Isolation des Sterbenden illustriert durch Eliots Tochter Liz

Liz, die mittlere der drei Schwestern, ist die pragmatischste und tatkräftigste der drei Frauen. Sie erlaubt sich nach ihrer Ankunft nur einen kurzen Augenblick der Trauer um ihren Vater (TL 16), um sich dann aber schnell wieder zu fangen und die Regelungen zu treffen, die ihrer Meinung nach getroffen werden müssen. Offenbar hatte sie ein recht intensives Verhältnis zu ihrem Vater, wie das Gespräch zwischen ihr und Eliot-1, das als Rückblick fungiert, illustriert. Ihr Vater ist offensichtlich informiert über die wesentlichen Ereignisse ihres Lebens und auch andersherum ist dies der Fall. So weiß Eliot-1, dass Liz eine Zeit lang mit einem Mann liiert war, der sie misshandelte und Eliot-1 erzählt ihr von seiner Arbeit. Eliot-1 fühlt sich in Liz' Anwesenheit sehr wohl und geborgen: „Lizzie's home. Now we're okay. Everything ... hums when Lizzie's home“ (TL 16).

Liz beschreibt sich selbst als „the doer in this family“ (TL 42) und verhält sich das ganze Drama über auch dementsprechend. Sie verwendet keine Zeit auf die Reflektion über ihre Situation oder die der Familie vor dem Hintergrund der Alzheimer-Erkrankung ihres Vaters. Sie erkennt, dass ihr Vater ernsthaft erkrankt ist und eine Regelung für ihn gefunden werden muss, die jedem gerecht wird. Almas Einwände, Eliot sei nur „whimsical“ (TL 20), lässt sie nicht gelten und auch die Abschweifungen Almas auf deren eigene aktuelle Lebenssituation unterbricht sie. Sie fühlt sich ihrem Vater gegenüber verpflichtet und bemüht sich, diese Verpflichtung möglichst gut zu erfüllen. Allerdings hat sie dabei offenbar das Gefühl, dass nur sie allein diese Verantwortung trägt, da sowohl Alma als auch Cordelia ihrer Meinung nach zu sehr in ihren eigenen Verhaltensweisen gefangen sind, um eine schnelle und praktische Lösung für die Pflege ihres Vaters zu finden:

LIZ: Corry, I don't like it anymore than you do, but I have a

responsibility here. Alma's too ... 'Alma' to do anything about it but talk. You've got ... your things to do, so - as usual - it's up to Liz. (TL 45)

Cordelia wirft ihr jedoch vor, sie und Alma nicht in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen: „And you wouldn't have it any other way“ (TL 45) und es scheint, als seien nicht Alma und Cordelia diejenigen, die in ihren Verhaltensweisen gefangen sind, sondern Liz. Liz ist nicht bereit, einen Augenblick innezuhalten und die aktuelle Situation mit allen ihren Schwierigkeiten und erforderlichen Entscheidungen auf sich wirken zu lassen. Während ihre Schwestern sich über eine solche Reflektion einander annähern, verweigert sie sich einer emotionalen Auseinandersetzung: „I'm sorry, but we've lost sight of the main point here“ (TL 50).

Liz wirkt unruhig und trotz der Tatsache, dass sie auf praktische Weise für ihren Vater zu sorgen versucht, als könne sie es kaum erwarten, schnellstmöglich in ihr eigenes Leben zurückzukehren. Der Besuch ihres Vaters wird somit nicht zu einer Konfrontation mit der Erkrankung an sich oder dem Gedanken an die Sterblichkeit ihres Vaters oder ihre eigene, sondern fast schon zu einem geschäftlichen Zwischenstopp. Wie wenig sie sich auf Eliots Erkrankung und ihre aktuelle Situation einlässt, zeigt sich, als Eliot alle Telefonanschlüsse im Haus zerstört. Alma und Cordelia berührt dies nur nebensächlich, wohingegen Liz sich derart panisch, von der Welt abgeschnitten und „vulnerable“ (TL 43) fühlt, dass sie erst einmal eine Beruhigungstablette einnimmt. Sicherlich kann es so gesehen werden, dass Liz' Beruf als Schauspielerin es mit sich bringt, dass sie für ihre Agenten ständig erreichbar sein muss, um kein gut bezahltes Rollenangebot zu verpassen. Andererseits ist meiner Ansicht nach eher der Fall, dass Liz den offensichtlichen Verfall ihres Vaters und die Trauer, die dieser in ihm auslöst, nicht ertragen kann. Sie ist nur mit Hilfe von äußerer Ablenkung wie den Anrufen ihres Agenten und der Beschäftigung mit der finanziellen Situation ihres Vaters in der Lage, die

Situation zu ertragen. Dies wird insbesondere deutlich, als Liz am Ende des Dramas nach Klärung alles Wesentlichen sofort abreist, ohne sich weiter mit ihren Schwestern zu unterhalten oder sich von ihrem Vater zu verabschieden. Eliot hat die Welt der Rationalität verlassen und für Liz ist er damit aus ihrer emotionalen Erlebniswelt gedrängt. Den Menschen Eliot, den sie während ihres kurzen Besuches erlebt, nimmt sie nicht mehr als Vater wahr: „Honey, I'm sorry. But you see what he is. I mean, that is *not* our father“ (TL 21). Die Reaktion Eliot-1s auf diese Aussage: „Oh yes it is“ (TL 21) verdeutlicht jedoch, wie sehr sie sich schon von ihm distanziert und ihn emotional schon für tot erklärt hat.

Liz' Anliegen ist die adäquate physische Versorgung ihres Vaters. Eine emotionale Umsorgung lässt sie jedoch völlig außer acht. Wie wenig sie sich auf die Emotionalität der Situation und die psychologische Komponente der Auswirkungen der Diagnose auf die Familie einlässt, zeigt sich insbesondere in der Wahl des Pflegeheims. Liz konzentriert sich gleich nach ihrer Ankunft auf die Suche eines solchen und findet schließlich auch eins, das ihren Ansprüchen genügt. Ihre Ansprüche binden jedoch nicht Eliots emotionales Wohlergehen ein. So ist das von ihr gewählte Pflegeheim katholisch, obwohl Eliot keinerlei Verbindungen zur katholischen Kirche hat. Bezeichnend ist auch, dass sie auf den Gesamteindruck und die Preise des Heimes geachtet hat, nicht jedoch auf die Bilder, die dort an den Wänden hängen. Cordelia merkt an, dass diese von Wichtigkeit sind, da Eliot diese schließlich jeden Tag ansehen wird. Für Liz sind solche Einwände jedoch bedeutungslos. Eine Auseinandersetzung mit und Reflektion über Eliots Erkrankung findet bei ihr nicht statt. Sie verdrängt zwar die Wahrheit nicht, ist jedoch auch nicht bereit, sich zumindest für eine kurze Zeit auf Eliot in seinem veränderten Zustand einzustellen. Eine Integration seiner Persönlichkeit in ihren Alltag findet nicht statt. Stattdessen drängt Liz ihren Vater als kranken und letztlich sterbenden Menschen aus ihrer Erlebniswelt.

9.3.3. Akzeptanz und Integration als Kontrapunkt: Cordelia

Die fünfundzwanzigjährige Cordelia reiste mehrere Jahre durch die Welt und war daher nicht regelmäßig zu Hause. Trotz ihrer Abwesenheit auch in schwierigen Momenten wie dem Sterbensprozess ihrer Mutter an Krebs, hat sie eine besondere Verbindung zu ihrem Vater, die es ihr ermöglicht, sich auf ihn und seine durch die Alzheimer Krankheit veränderte Persönlichkeit einzulassen. Im Gegensatz zu ihren beiden älteren Schwestern Alma und Liz empfindet sie ihren Vater noch nicht als gestorben. Während Alma und Liz von ihrem Vater schon im Präteritum sprechen, ist er für Cordelia durchaus noch anwesend, wenn auch nicht so, wie sie ihn aus früheren Zeiten kannte.

CORDELIA: You both speak of him in the past tense. Do you know that? 'Dad always wanted this;' 'Dad always liked that' ... He's not gone. He's not disappearing. But he's in a new life. We don't understand it. It...it doesn't go by our rules. [...] He's in a new age. And it's scary for him. And sometimes happy. But I can relate to that. I don't think either of you can. There are no rules. Every five minutes the dimensions change. (TL 52)

Cordelia, die eine Vorgeschichte des Drogen- und Alkoholmissbrauchs hat, ist diejenige, die am besten versteht, was mit ihrem Vater passiert und was diese Veränderungen für ihn bedeuten müssen. Sie ist zum relevanten Kern der Situation vorgestoßen: Eliot Pryne ist immer noch ein Mensch, mit einem neuen, seiner Familie und seinen Freunden vielleicht unbekanntem Charakter, aber dennoch eine lebendige Persönlichkeit. Cordelia ist sich durchaus bewusst, dass die Alzheimer Krankheit früher oder später zu einem Zustand führen wird, der durch ihre Pflege allein nicht mehr zu bewältigen sein wird. Doch ihr geht es primär nicht um den Aspekt der physischen Pflege. Vielmehr konzentriert sie sich auf Eliots emotionalen Zustand. Sie ist diejenige, die Liz darauf aufmerksam macht, dass das katholische Pflegeheim nicht Eliots

Wünschen entsprechen würde. Cordelia hat erkannt, wie sehr sich Liz schon von ihrem Vater distanziert hat und wirft ihrer Schwester vor, sich nicht wirklich mit der Situation auseinanderzusetzen, sondern ihr möglichst schnell entkommen zu wollen: „No, you just want him dealt with. Want the deal closed. Maybe your agency could handle it” (TL 52). Einer offenen Aussprache der drei Töchter untereinander weicht Liz aus und bricht einen Versuch Almas und Cordelias, sich über ihre Lebenserfahrungen und ihre Rollen in der Familie auszutauschen, ab, indem sie das Gespräch wieder auf ihren Vater lenkt: „This is not about us. This is about Daddy” (TL 50). Obwohl Liz mit dieser Einschätzung den Erwartungen, welche die Situation an sie stellt, durchaus gerecht wird, bleibt der Eindruck, dass sie sich einer Reflektion über die Beziehungen innerhalb der Familie verweigert. Denn auch dies ist ein Aspekt, der von Bedeutung ist, wenn Liz, Alma und Cordelia ihrer Verantwortung als Familie ihrem Vater gegenüber wahrnehmen möchten. Eliots Zustand ist noch nicht so akut, als erlaube er dieses Innehalten und sich der Familiengeschichte bewusst werden nicht. Es ist wiederum die jüngste der drei Töchter, der nie etwas zugetraut wurde und die wegen ihrer unsteten Lebensgeschichte von ihren beiden älteren Geschwistern nicht ernst genommen wird, „the baby. They spoiled her rotten 'cause she came as such a surprise. Daddy could never say no to that girl” (TL 30), die die Wahrheit erkennt, nämlich, dass Liz nicht mit der Situation umgehen kann: „Leaving. Poor Lizzie. 'Cause she can't cope” (TL 53). Ihre Schwestern halten die Fünfundzwanzigjährige allerdings immer noch für das Nesthäkchen, die alle Privilegien eines jüngsten Kindes genießt, so wie man es sich allgemein vorstellt. Finanziell unterstützt von ihrem Vater ist sie durch Europa gereist, um - wie ihre Schwestern es ihr unterstellen - Drogen zu konsumieren. Selbst als ihre Mutter vor sieben Jahren an Hautkrebs starb, war sie nicht da. Cordelia verteidigt sich jedoch gegen solche Vorwürfe seitens ihrer Schwestern und erwähnt, dass sie weder über den wahren Zustand ihrer Mutter damals noch über die momentane Situation ihres Vaters durch ihre

Schwestern informiert wurde. Alma und Liz nehmen „the baby“ nicht ernst und Cordelia wirft den beiden vor, auch nie einen ernsthaften Versuch unternommen zu haben, sie wirklich kennenzulernen und ihre festgefahrenen Meinungen einmal außer acht zu lassen:

CORDELIA (*Angry*): Where we goin', big Sis? And how come you two were here deciding Dad's future without even - without even consulting me? Hell, without even phoning?

LIZ: We didn't know where you were.

CORDELIA: Right! And never have. (*She storms offstage into den.*) (TL 30)

Cordelia fühlt sich verkannt und muss erkennen, dass Liz selbst in der jetzigen Situation, die die Möglichkeit zur Auseinandersetzung und Konfliktklärung zwischen den drei Schwestern bietet, nur einen halbherzigen Versuch unternimmt, sich ihrer jüngsten Schwester anzunähern. Nachdem Cordelia sich nach der oben genannten Auseinandersetzung von den beiden zurückzieht, versucht Liz nur kurz, mit Cordelia zu reden und als diese auf ihren Versuch nicht eingeht, probiert sie es auch nicht weiter. Allerdings erkennt sie an, dass Cordelia sich Sorgen um ihren Vater macht, „Even Corry“ (TL 31). Am Ende des Stückes, als Cordelia sich letztlich mit ihrem Wunsch, sich um ihren Vater zu kümmern, durchsetzt, stimmt Liz diesem zu. Obwohl sie ihre Zustimmung gibt, scheint es, als tue sie dies nur, um möglichst schnell in ihr Leben zurückkehren zu können und nicht, weil sie diese Lösung für die beste hält:

LIZ: I hope this arrangement makes you both happy. It's wildly unrealistic, as I said, but . . . I really have to get a move on. [...] Corry, if you screw up, I will never speak to you again. I have no reason to believe that you're up to it. But let's be reasonable. Let's be rational. We are sisters. Okay. 'Nuff said. (TL 53)

Es stellt sich trotz Cordelias guter Absicht die Frage, was daran vernünftig sein soll, einen Alzheimer-Kranken in der Obhut einer jungen Frau zu lassen, die sich am Morgen desselbigen Tages noch von einer eingenommenen Dosis

Tabletten und Alkohol erholte. Liz ist jedoch nicht bereit, sich noch intensiver mit der Situation auseinanderzusetzen. Die Tatsache, dass Liz Cordelia ihren Willen lässt, spricht jedoch dafür, dass Liz zumindest bereit ist, Cordelia die Möglichkeit zu geben zu zeigen, dass sie verantwortungsbewusst handeln kann. Am Ende des Stückes bleibt offen, ob Cordelia der Herausforderung, die die Pflege eines dementen Menschen darstellt, gewachsen ist. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass sie die Aufgabe bewältigen wird. Illustriert wird diese Aussicht durch Cordelias Verhalten in der letzten Szene: Anstatt sich ein zweites Glas Wodka einzuschenken, verzichtet sie darauf und kümmert sich um ihren Vater.

Cordelia ist die Person, die um Eliots emotionales Wohl besorgt ist und sich am ehesten auf seine Situation, auf die neue Welt, in der er jetzt lebt, einstellen kann. Ihre Schwestern erwähnen einmal - mehr oder minder scherzhaft gemeint - , dass sie der Krankenschwester Frau Fleming, die sich um Eliot kümmert, vielleicht auch einmal halluzinogene Drogen verabreichen sollten, damit sie in einen Zustand gerät, welcher der neuen Erfahrungswelt Eliot Prynnes ähnlich ist:

CORDELIA: There are no rules. Every five minutes the dimensions change. (*With a laugh.*) I remember what that's like.

ALMA: Maybe we should just give hallucinogenic drugs to Mrs. Fleming. Level the playing field. (*TL 52*)

Die Beantwortung der Frage, ob Cordelias Drogenerfahrungen ihr wirklich dazu verhelfen, die Situation ihres Vaters besser als Alma und Liz nachvollziehen zu können, steht hier jedoch nicht im Vordergrund. Vielmehr ist es von Wichtigkeit, dass Cordelia und ihr Vater schon immer eine besondere Beziehung zueinander hatten: „ There's something between you and Daddy. There always has been. Something . . . nice“ (*TL 52*). Für den Leser wird diese besondere Verbindung zwischen Cordelia und ihrem Vater nicht nur durch

Cordelias Verhalten deutlich. Auch Eliot-1s Äußerungen tragen dazu bei. So erwähnt Eliot-1 eine Reise im Rahmen einer Konferenz nach San Francisco, auf die ihn seine Frau begleitete, und den Aufenthalt im St. Francis Hotel, in dem er und seine Frau zum ersten Mal nach langer Zeit wieder miteinanderschließen, was ihm, Eliot-1 bis heute in Erinnerung geblieben ist. Liz komplettiert diese Erinnerung, indem sie Cordelia erzählt, dass ihre Mutter glaubte, Cordelia sei im St. Francis gezeugt worden. Die besondere Verbindung der Beiden wird so auf mehreren Ebenen deutlich. Am offensichtlichsten wird sie jedoch in Cordelias Verhalten ihrem Vater gegenüber. Sie setzt ihn nicht unter Druck und erinnert ihn nicht ständig an Dinge, an die er sich in kürzester Zeit sowieso nicht mehr wird erinnern können. Während Alma unablässig versucht, Eliot daran zu erinnern, dass sie seine Tochter und nicht seine Studentin ist und ihm sogar noch Bücher mitbringt, die er schon längst nicht mehr lesen, geschweige denn begreifen kann, hat Cordelia mehr Geduld mit ihm und stellt sich vollkommen auf seine Welt ein. Eliot ist frustriert und aufgeregt, weil er die Welt um ihn herum nicht mehr versteht. Anstatt ihm diese rationale Welt, in der alles seinen Platz und seine Ordnung hat, zu erläutern, begibt sie sich in seine Welt:

ELIOT: I should catch up on my reading ... the things ... the things on the paper ...the---

CORDELIA: Words?

ELIOT: *Words*. Yes. Can't read them. They've changed them. They don't mean anything anymore ... Damn. Damn. Goddamn!

[...]

CORDELIA: [...] What do you want to hear? Shakespeare?

ELIOT: Overrated. ... overdone...

CORDELIA: How about Ben Johnson? Marlowe-

ELIOT: I *don't know!* I don't know what those ... things mean.

CORDELIA: Okay, okay ... relax. Let me read you my favourite book, all right? It's still here. (TL 47)

Cordelia unternimmt erst gar keinen Versuch, ihrem Vater zu erklären, wer Ben

Johnson war, so wie es Alma wahrscheinlich getan hätte, sondern liest ihm aus *Alice in Wonderland* vor. Dieser Titel ist um so passender, denn auch Eliot muss sich in seiner neuen Welt wie Alice im Wunderland vorkommen, wo er stets für ihn neue und wunderliche Dinge lernt, vergisst und wieder neu lernt. In jeder im Drama beschriebenen Szene, in der Eliot ungeduldig wird oder aus dem Haus rennt und seine Pflegerin und Alma, die ihn nach Hause zu holen versuchen, als verrückte Verfolgerinnen ansieht, stellt sich Cordelia absolut auf die Erfahrungswelt ihres Vaters ein. Sie erklärt ihm nicht, dass Alma und Fleming es nur gut mit ihm meinen, sondern lacht einfach über die durchaus komische Situation, woraufhin er mitlacht. Auch als er fragt, warum er denn lacht, gibt sie ihm keine weitreichenden Erklärungen, sondern antwortet kurz „'Cause it's fun, I guess“ (TL 47). Am Ende des Dramas schlüpft sie in die Rolle von Eliots vor langer Zeit verstorbenem jüngeren Bruder, weil Eliot sie für Tommy hält. Sie verspricht ihm, die Schnitzerei zu beenden, die Tommy im Sommercamp für Eliot begann, aber nicht abschließen konnte, weil er in diesem Feriencamp ertrank, und gibt Eliot damit ein wenig Frieden. Cordelia setzt ihren Vater nicht unter Druck mit den Ansprüchen, die ein geistig gesunder Mensch an einen geistig nicht mehr einwandfrei „funktionierenden“ Menschen vielleicht stellt. Auch erfüllt es sie offenbar nicht mit Trauer, dass ihr Vater nicht mehr der ist, den sie einst kannte. Sie hat Eliots Erkrankung akzeptiert und kann vor diesem Hintergrund unbelastet Verantwortung für ihn übernehmen.

Wie in Shakespeares *King Lear* ist es also auch in *Taking Leave* die jüngste Tochter, die Verantwortung für ihren Vater übernimmt und für sein emotionales Wohlergehen sorgen möchte. Sie ist der „fool“, wie Eliot-1 sie einmal bezeichnet, der mit einfacher Lebensweisheit die Dinge auf den Punkt bringt: „We don't get better or worse, Alma. We go to a different place“ (TL 53). Obwohl sie die jüngste der drei ist, hat sie am ehesten eine Akzeptanz der Situation und einen Zugang zu Eliot gefunden und kann ihm somit unvoreingenommen bei seinem Übergang von einer rationalen in eine Welt der

Irrationalität und des Vergessens zur Seite stehen.

Taking Leave ist ein Plädoyer, Alzheimer-erkrankte Menschen trotz aller Schwierigkeiten und Belastungen, die diese Krankheit mit sich bringt, noch als lebendige Persönlichkeiten zu sehen. Anstatt das Hauptaugenmerk auf die Symptomatik zu legen, zeigt das Drama mit seiner Auflösung der Situation eine Möglichkeit der Integration des Sterbensprozesses in die Erfahrungswelt des Alltags und eines einfühlsamen und respektvollen Umgangs mit Menschen auf, die den hohen Ansprüchen der modernen industrialisierten Gesellschaft nicht mehr entsprechen können, ohne zu verschweigen, dass eine Alzheimer-Erkrankung eine hohe Belastung sowohl für den Betroffenen als auch seine Angehörigen ist. *Taking Leave* verdeutlicht insbesondere durch die Gegenüberstellung von Cordelias und Liz' Handlungen und Cordelias Akzeptanz der Krankheit, dass ein physischer Sterbensprozess kein sozialer Tod sein muss.

10. Schluss

Die Ökonomie der Gattung Drama bedingte eine hohe Kommerzialisierung der amerikanischen Theaterlandschaft, wodurch nur wenig Spielraum für nicht massengeschmackskonforme Themen existierte. Erst mit der Off-off-Broadway-Bewegung öffnete sich die Theaterlandschaft für unbekannte Autoren und „schwierige Stücke“.

Das Drama als das öffentlichste aller Genres²⁴⁷ reflektiert Spannungsfelder der gesellschaftlichen Entwicklung. Eines dieser Themenfelder ist der Umgang der amerikanischen Gesellschaft mit dem Wissen um die menschliche Sterblichkeit. Die fortschreitende Industrialisierung bedingte eine Technologisierung der Lebensumstände, mit der eine kulturelle Verarmung des Sterbensprozesses einherging. Das hohe Maß an Lebenssicherheit und Kontrolle physischer Erkrankungen durch die rasante medizintechnologische Entwicklung in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts führte zu einer Verdrängung der Themen Tod und Sterben aus dem gesellschaftlichen Diskurs und darüber hinaus zu einer Tabuisierung der Kommunikation über diese Themen. Diese Verdrängung konnte aber nur kurzfristig aufrechterhalten werden, da die medizintechnischen Neuerungen in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts Fragestellungen bedingten, die das Sterben wieder in die Aufmerksamkeit des öffentlichen Diskurses rückten und das Tabu als Folge dessen aufzubrechen begann.

Das amerikanische Drama reflektiert und dokumentiert diesen öffentlicheren Umgang mit der menschlichen Sterblichkeit. Es greift die begonnene Auflösung des Tabus auf und steigert diese noch. Durch die Themenstellung des Sterbens an sich illustrieren die Dramen das Aufbrechen des Tabus seit den 1960er Jahren. Indem sie die Sterbensphase fiktiver Betroffener in Übereinstimmung mit den gängigen thanatopsychologischen

247 Vgl. Bigsby 2.

Theorien darstellen, betonen die Dramen die Dynamik, Prozesshaftigkeit und Mehrdimensionalität des Sterbens.

Die Dramen sind jedoch nicht allein als Illustration des psychothanatologischen Diskurses zu sehen. Darüber hinaus gehend stellen sie eine Kritik an gesellschaftlichen Normen und Themenstellungen dar. *The Shadow Box* von Michael Cristofer veranschaulicht die Theorien von Glaser und Strauss und Kübler-Ross. Durch das Hospiz als Schauplatz zeigt es eine Möglichkeit des offenen Umgangs der Betroffenen mit einer fatalen Diagnose und deren Begleitung durch ihre Angehörigen auf. Gleichzeitig zeigt das Drama die negativen Aspekte der gesellschaftlichen Isolation Sterbender als Folge der Verdrängung für die Betroffenen auf, indem es das Hospiz und die Außenwelt kontrastiert. Letztlich bleibt den Sterbenden, und das prangert das Drama an, nur der Rückzug in das von der Außenwelt wie abgeschirmt wirkende Hospiz – the Shadow Box.

Margaret Edsons *Wit* ist eine Fiktionalisierung des Sterbensprozesses, der vom gesellschaftlichen Leben isoliert, durch die medizintechnologischen Möglichkeiten des zwanzigsten Jahrhunderts charakterisiert wird. Der Mensch, den die Diagnose Krebs hauptsächlich betrifft, tritt dabei völlig in den Hintergrund. Lediglich die Teilnahme Vivians an einer Studie ist wichtig. Eine psychologische Begleitung, soziale oder gar kulturelle Rahmung des Sterbens existiert nicht. Der Literaturwissenschaftlerin Vivian Bearing bleibt in der Anonymisierung und Technologisierung ihres Sterbens nur die Lyrik als Paradigma der Bewältigung des Todes.

David Rabe schildert in *A Question of Mercy* die Ambiguität der Entscheidung für oder gegen Sterbehilfe. Durch die dargestellten Perspektiven des Patienten, der Angehörigen und eines Arztes verdeutlicht das Drama die enorme Schwierigkeit, eine allgemeingültige Regelung der Sterbehilfe zu finden. Die Isolierung der in dem Drama agierenden Figuren illustriert darüber hinaus das Fehlen eines kulturellen Rahmens für die Entscheidungsfindung.

Taking Leave von Nagle Jackson stellt beispielhaft die Erlebniswelt eines Alzheimer-Kranken und die Auswirkungen einer solchen, letztlich fatalen, Diagnose auf die Familie dar. Die Kontrastierung unterschiedlicher Umgangsweisen mit der Krankheit durch die drei Töchter kritisiert dabei die Isolation sterbender Menschen und zeigt durch seine Auflösung, dass ein Sterbensprozess in die Erlebniswelt Gesunder integriert werden kann.

Die in dieser Arbeit vorgestellten Dramen veranschaulichen den Sterbensprozess in Übereinstimmung mit den gängigen psychothanatologischen Diskursen. Sie stellen eine Kritik an der Verdrängung des Sterbens aus unserem Alltag und an der Art des Sterbens dar, die nicht mehr durch kulturelle Riten und eine gesellschaftliche Rahmung geprägt ist, sondern durch soziale Isolation, Anonymisierung und Technologisierung. Die Dramen zeigen durch ihre Kritik auch eine Möglichkeit eines anderen Umgangs mit Sterbenden auf:

JOE: I'm going to die [...] Don't make me do it alone (SB 115).

Literaturverzeichnis

Primärliteratur

Bell, Neal. *Cold Sweat*. New York: Dramatists Play Service, 1988.

Cristofer, Michael. *The Shadow Box*. New York: Avon, 1977.

Donne, John. *The Complete Poetry and Selected Prose of John Donne*. Hrsg. Coffin, Charles. New York: The Modern Library, 2001.

Edson, Margaret. *Wit*. New York: Dramatists Play Service, 1999.

Jackson, Nagle. *Taking Leave*. New York: Dramatists Play Service, 2000.

Rabe, David. *A Question of Mercy*. New York: Grove Press, 1998.

Ribman, Ronald. *Cold Storage*. Garden City, New York: Doubleday, 1978.

Williams, Tennessee. *Cat on a Hot Tin Roof*. *The Bedford Introduction to Drama*. Hrsg. Jacobus, Lee. Boston: Bedford, 2001. 134-173.

Albee, Edward. *The Zoo Story and Other Plays*. London: Penguin, 1995.

Bumbalo, Victor. *Adam and the Experts*. New York: Broadway Play Publishing, 1990.

Faulkner, William. *As I Lay Dying*. New York: The Modern Library, 2000.

Glaspell, Susan. *Trifles*. *The Bedford Introduction to Drama*. Hrsg. Jacobus, Lee. Boston: Bedford, 2001. 955-961.

Hoffman, William. *As Is*. New York: Random House, 1985.

Hustvedt, Siri. *What I Loved*. New York: Picador, 2003.

Kramer, Larry. *The Normal Heart and The Destiny of Me*. New York: Grove, 2000.

Kushner, Tony. *Angels in America*. Westgate, Minnesota: Theatre Communications Group, 1995.

Martel, Yann. *Life of Pi*. Edinburgh: Canongate, 2003.

Miller, Arthur. *Death of a Salesman*. *The Bedford Introduction to Drama*. Hrsg. Jacobus, Lee. Boston: Bedford, 2001. 1182-1222.

O'Neill, Eugene. *Bound East for Cardiff*. *The Plays of Eugene O'Neill*. New York: Charles Scribner's Sons, 1935.

Sekundärliteratur

Aries, Philippe. *Western Attitudes Toward Death – From the Middle Ages to the Present*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1975.

Aronson, Arnold. *American Avantgarde Theatre: A History*. New York: Routledge, 2000.

Aurbach, Joseph, *Theatre Byways*. New Orleans: Polyanthos, 1978.

Barnes, Noreen. „Death and Desire: The Evolution of the AIDS Play.“ *Journal of Dramatic Theory and Criticism* 12:1 (1997): 113-120.

Benoliel, Jeanne Quint. „Nurses and the Human Experience of Dying.“ *New Meanings of Death*. Hrsg. Feifel, Herman. New York: McGraw-Hill, 1977. 123-142.

Berkowitz, Gerald. *American Drama of the Twentieth Century*. London: Longman, 1992.

Bigsby, Christopher. *Modern American Drama 1945 – 2000*. New York: Cambridge University Press, 2000.

Blum, Mechthild. „Interview von Mechthild Blum.“ *Tabu Tod*. Hrsg. Blum, Mechthild und Nessler, Thomas. Freiburg/Breisgau: Rombach, 1997. 155-161.

- Brinkmann, Jürgen. „Off-Off-Broadway: Das neue amerikanische Theater.“ *Theater und Drama in Amerika*. Hrsg. Lohner, Edgar und Haas, Rudolf. Berlin: E. Schmidt, 1978. 154-168.
- Butler, Robert N. „The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged.“ *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 26.1. (1963): 65-76.
- . „The Life Review: An Unrecognized Bonanza.“ *The International Journal of Aging & Human Development* 12.1 (1980): 35-39.
- Cappon, Daniel. „Attitudes of and Towards the Dying.“ *Canadian Medical Association Journal* 87 (1962): 693-700.
- Choron, Jacques. *Death and Western Thought*. New York: Collier, 1973.
- Cohler, Bertram. „Personal Narrative and Life Course.“ *Life-Span Development and Behavior* 4 (1982): 205-241.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. *Das Wichtigste – Die neurobiologischen Grundlagen der Alzheimer-Krankheit*. <http://www.deutsche-alzheimer.de> 15.04.2006.
- Doka, K. „Coping with Life-Threatening Illness: A Task Model.“ *Omega – Journal of Death and Dying* 32 (1995): 111.122.
- Drieschner, Frank. „Ein Mann, der dringend sterben wollte.“ *Die Zeit* 44 (27.10.2005).
- Duclow, Donald. „Dying on Broadway – Contemporary Drama and Mortality.“ *Soundings* 64 (1981): 197-216.
- Dumont, Richard und Dennis C. Foss. *The American View of Death: Acceptance or Denial?* Cambridge, Massachusetts: Schenkman, 1972.

- Eads, Martha Greene. „Unwitting Redemption in Margaret Edson's Wit.“ *Christianity and Literature* 51: 2 (2002): 241-254.
- Eckart, Wolfgang. *Geschichte der Medizin*. Heidelberg: Springer, 2005.
- Elias, Norbert. *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1982.
- Erikson, Erik et al. *Vital Involvement in Old Age*. New York: Horton, 1986.
- Fearnow, Mark. *The American Stage and the Great Depression: A Cultural History of the Grotesque*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
- Feldmann, Klaus. *Tod und Gesellschaft – Eine soziologische Betrachtung von Sterben und Tod*. Frankfurt/Main: Peter Land, 1990.
- Feifel, Herman. „Death in Contemporary America.“ *New Meanings of Death*. Hrsg. Feifel, Herman. New York: McGraw-Hill, 1977. 3-14.
- . „Death.“ *Taboo Topics*. Hrsg. Farberow, Norman. New York: Atherton, 1963. 8-21.
- Fins, Joseph. „Death and Dying in the 1990s: Intimations of Reality and Immortality.“ *Care at the End of Life: Restoring a Balance* (1999): 81-85.
- Fischer, Mary. „To Live or To Die.“ *Reader's Digest* (Mai 2003): 107-113.
- Fox, Renee C. „The Sting of Death in American Society.“ *The Social Service Review* 55 (1981): 42-59.
- Fuchs, Werner. *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1969.

Gerfo, Marianne L. „Three Ways of Reminiscence in Theory and Practice.“ *The International Journal of Aging & Human Development* 12.1 (1980): 39-48.

Germain, Carol P. „Nursing the Dying: Implications of Kübler-Ross' Stage Theory.“ *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 467 (1980): 46-58.

Glaser, Barney und Strauss, Anselm. *Awareness of Dying*. New York: Aldine, 1965.

Glaser, Leopold. „Wir verdrängen die eigene Endlichkeit und schaffen gleichzeitig nekrophile, selbstzerstörerische Strukturen.“ *Tabu Tod*. Hrsg. Blum, Mechthild und Nessler, Thomas. Freiburg/Breisgau: Rombach, 1997. 9-14.

Gorer, Geoffrey. *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*. London: Cresset, 1965.

---. „The Pornography of Death.“ *Encounter* (1955): 169-178.

Grabes, Herbert. *Das amerikanische Drama des 20. Jahrhunderts*. Stuttgart: Ernst Klett, 1998.

Gymnich, Marion. „Das Englische Drama der Restaurationszeit.“ *Eine andere Geschichte der englischen Literatur – Epochen, Gattungen und Teilgebiete im Überblick*. Hrsg. Nünning, Ansgar. Trier: Wissenschaftlicher Verlag, 2004. 43-61.

High, Peter. *An Outline of American Literature*. London: Longman, 1986.

<http://www.alzheimer.de> 15.04.2006.

<http://www.changesurfer.com/BD/Brain.html> 4.1.2004, Autor unbekannt.

<http://mbhs.bergtraum.k12.ny.us/cybereng/nyt/brainded.htm> 4.1.2004, Autor unbekannt.

<http://www.uni-leipzig.de/~alzheimer/Texte.html> 15.04.2006, Autor unbekannt.

<http://www.uslivingwillregistry.com> 4.1.2004.

International Work Group on Death, Dying and Bereavement. „Death, Dying, and Bereavement in Relation to Older Individuals.“ *Illness, Crisis & Loss* 8 (2000): 388-394.

Kaes, Anton. „Zwischen Avantgarde und Massenkultur: Die Anfänge der amerikanischen Theaterbewegung.“ *Theater und Drama in Amerika*. Hrsg. Lohner, Edgar und Haas, Rudolf. Berlin: E. Schmidt, 1978. 44-66.

Kaminsky, Marc. „Transfiguring Life: Images of Continuity Hidden Among the Fragments.“ *The Uses of Reminiscence: New Ways of Working with Older Adults*. Hrsg. Kaminsky, Marc. New York: Haworth, 1984. 3-19.

Keaveney, Madeline. „Death be not proud: An Analysis of Margaret Edson's Wit.“ *Women and Language* 27:1 (2004): 40-44.

Kelley, Margot. „Life Near Death: Art of Dying in Recent American Drama.“ *Text and Presentation*. Hrsg. Hartigan, Karelisa. Lanham, Maryland: University Press of America, 1988. 117-127.

Kübler-Ross, Elisabeth. *On Death and Dying*. New York: Scribner, 1969.

LeFrancois, Guy. *The Lifespan*. Belmont, California: Wadsworth, 1999.

Leviton, Daniel. „Death Education.“ *New Meanings of Death*. Hrsg. Feifel, Herman. New York: McGraw-Hill, 1977. 253-272.

- Lewis, Myrna und Butler, Robert N. „Life-review Therapy: Putting Memories to Work in Individual and Group Psychotherapy.“ *Geriatrics* 29 (1974): 165-117.
- . und Butler, Robert N. *Aging and Mental Health*. New York: C.V. Mosby, 1983.
- Little, Stuart. *Off-Broadway: The Prophetic Theater*. New York: Coward, McGann & Geoghegan, 1972.
- Lohner, Edgar und Haas, Rudolf. „Theater und Drama in Amerika: Einführung.“ *Theater und Drama in Amerika*. Hrsg. Lohner, Edgar und Haas, Rudolf. Berlin: E. Schmidt, 1978. 9-42.
- Mamo, Laura. „Death and Dying: Confluences of Emotion and Awareness.“ *Sociology of Health & Illness* 21 (1999): 13-36.
- Marrone, Robert. „Dying, Morning, and Spirituality.“ *Death Studies* 23 (1999): 495-519.
- Mason, J. und Smith, Mccall. *Law and Medical Ethics*. London: Butterworths, 1991.
- Mellor, Philip. „Death in High Modernity: The Contemporary Presence and Absence of Death.“ *The Sociology of Death: Theory, Culture, Practice*. Hrsg. Clark, David. Cambridge, MA: Blackwell, 1993. 11-30.
- Nassehi, Armin und Weber, Georg. *Tod, Modernität und Gesellschaft – Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1989.
- Nighswonger, Carl. Ministry to the Dying as a Learning Experience.“ *Journal of Thanatology* (1971): 101-108.
- Novick, Julius. *Beyond Broadway: The Quest for Permanent Theaters*. New York: Hill and Wang, 1968.

- Okie, Susan. „Physician-Assisted Suicied – Oregon and Beyond.“ *New England Journal of Medicine* 352 (2005):1627-1630.
- Pankratz, Annette. 'Death is ... not.' *Repräsentationen von Tod und Sterben im zeitgenössischen britischen Drama*. Trier: WVT, 2005.
- Parsons, Talcott und Lidz, Victor. „Death in American Society.“ *Essays in Self-Destruction*. Hrsg. Shneidman, Edwin. New York: Aronson, 1967.
- Psyhyrembel – Klinisches Wörterbuch*. 255. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter, 1986.
- Pew Research Center for the People & the Press. „Strong Public Support for Right to Die.“ <http://people-press.org.reports> 9.1.2006.
- Pfister, Manfred. „Die Frühe Neuzeit: Von Morus bis Milton.“ *Englische Literaturgeschichte*. Hrsg. Seeber, Hans Ulrich. Stuttgart: Metzler, 1999. 43-148.
- Sacks, Oliver. *The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales*. New York: Simon and Schuster, 1998.
- Scharine, Richard. *From Class to Caste in American Drama: Political and Social Themes Since the 1930s*. New York: Greenwood, 1991.
- Schvey, Henry. „The Grinning Reaper: Death and Dying in Contemporary British and American Drama.“ *Dutch Quarterly Review of Anglo-American Letters* 14 (1984): 47 – 60.
- Shank, Theodore. *American Alternative Theater*. New York: Grove, 1982.
- Simpson, Michael. „Death and Modern Poetry.“ *New Meanings of Death*. Hrsg. Feifel, Herman. New York: McGraw-Hill, 1977. 313-334.

- Sontag, Susan. *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*. New York: Picador, 1989.
- Stillion, Judith und Hill, Lawrence. „An Interdisciplinary Undergraduate Seminar: Death and Dying in Psychology and Theater.“ *Death Studies* 19 (1995):365-378.
- Stoddard, Sandol. *The Hospice Movement: A Better Way of Caring for the Dying*. London: Jonathan Cape, 1979.
- Thomas, Carmen. *Berührungssängste? Vom Umgang mit der Leiche*. Köln: Verlagsgesellschaft Köln, 1994.
- Tucker, Kathryn L. „End of Life Care: A Human Rights Issue.“ *Human Rights* 30 (2003): 11-23.
- Veatch, Robert M. *Death, Dying, and the Biological Revolution: Our Last Quest for Responsibility*. New Haven: Yale University Press, 1976.
- Vanhoutte, Jacqueline. „Cancer and the Common Women in Margaret Edson's Wit.“ *Comparative Drama* 36: 3-4 (2002): 391-410.
- Vietta, Susanne. „Darstellungsformen des proletarischen Dramas in den USA.“ *Theater und Drama in Amerika*. Hrsg. Lohner, Edgar und Haas, Rudolf. Berlin: E. Schmidt, 1978. 108-126.
- Vovelle, Michel: „Rediscovery of Death since 1960.“ *The Social Meaning of Death: American Academy of Political and Social Science* 447 (1980): 89-99.
- Walter, Tony. „Modern Death: Taboo or Not Taboo?“ *Sociology* 25 (1991): 293-310.
- Wass, Hannelore. „Past, Present, and Future of Dying.“ *Illness, Crisis & Loss* 9 (2001): 90-110.

- Weales, Gerald. *The Jumping-Off Place: American Drama in the 1960s*. London: Macmillan, 1969.
- White, Laurens P. „Death and the Physician: Mortuis Vivos Docent.“ *New Meanings of Death*. Hrsg. Feifel, Herman. New York: McGraw-Hill, 1977. 91-106.
- Whiting, Raymond. *A Natural Right to Die – Twenty-three Centuries of Debate*. Westport, Connecticut: Greenwood, 2002.
- Wilson, Garff. *Three Hundred Years of American Drama and Theatre*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1973.
- Zapf, Hubert. „Imaginative Counterworlds: Literature as Cultural Criticism in Nathaniel Hawthorne's Fiction.“ *New Worlds: Discovering and Constructing the Unknown in Anglophone Literature*. Hrsg. Beck, Rudolf et al. München: Vogel, 2000.

Lebenslauf

Julica Mareike Zacharias Lübeck	
Persönliche Daten:	* 05.10.1977 in Lübeck verheiratet
Wissenschaftlicher Werdegang:	
08/1997 - 12/1997	Studium an der Valparaiso University in Valparaiso, IN, USA, gefördert durch den Award for Academic Excellence und den Lutheran Heritage Award
10/1998 - 07/2001	Studium der Medienpädagogik, Kommunikationswissenschaften und Amerikanistik an der Universität Augsburg
08/2001 - 08/2002	Studium der American Studies an der Baylor University, Waco, TX, USA, gefördert durch ein Fulbright-Stipendium Abschluss des Studiums mit dem Master of Arts
10/2002 - 06/2007	Promotionsstudium am Lehrstuhl für Amerikanistik der Philologisch-Historischen Fakultät der Universität Augsburg, gefördert durch ein Nachwuchsförderungsstipendium der Universität Augsburg
06/2007	Abschluss der Promotion

Lübeck, 08.12.2007