

TOD UND TRAUER

An der Grenze des Lebens



Palliativmedizin
Würde bis zum Ende

Kinder und Tod
»Oma, wann stirbst du denn?«

Chronische Trauer
Quälende Sehnsucht



Antje Findeklee
E-Mail: findeklee@spektrum.de

Folgen Sie uns:



Liebe Leserin, lieber Leser,
einen geliebten Menschen zu verlieren, bringt Menschen an die Grenzen dessen, was sie ertragen können – und ihr Umfeld reagiert auf die Trauernden nicht selten hilflos und überfordert. Denn obwohl wir dem Tod beinahe täglich in Nachrichten, Filmen oder Büchern begegnen, sind sie im direkten sozialen Miteinander zum Tabuthema geworden. Wie die Palliativmedizin Todkranke bis zum Ende begleitet, was sich hinter »komplizierter Trauer« verbirgt, wie Kinder mit dem Verlust umgehen und welche Wege es aus dem Dunkel gibt, sind nur einige der Themen dieses Kompakts.

Mit herzlichen Grüßen

Erscheinungsdatum dieser Ausgabe: 07.11.2016

IMPRESSIONUM

CHEFREDAKTEURE: Prof. Dr. Carsten Könneker (v.i.S.d.P.), Dr. Uwe Reichert
REDAKTIONSLINTER: Christiane Gelitz, Dr. Hartwig Hanser, Dr. Daniel Lingenhöhl
ART DIRECTOR DIGITAL: Marc Grove
LAYOUT: Oliver Gabriel
SCHLUSSREDAKTION: Christina Meyberg (Ltg.), Sigrid Spies, Katharina Werle
BILDREDAKTION: Alice Krüßmann (Ltg.), Anke Lingg, Gabriela Rabe
PRODUKTMAGERIN DIGITAL: Antje Findeklee
VERLAG: Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH, Tiergartenstr. 15–17, 69121 Heidelberg, Tel. 06221 9126-600, Fax 06221 9126-751; Amtsgericht Mannheim, HRB 338114, UStd-Id-Nr. DE147514638
GESCHÄFTSLEITUNG: Markus Bossle, Thomas Bleck
MARKETING UND VERTRIEB: Annette Baumbusch (Ltg.)
LESER- UND BESTELLSERVICE: Helga Emmerich, Sabine Häusser, Ute Park, Tel. 06221 9126-743, E-Mail: service@spektrum.de

Die Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH ist Kooperationspartner der Nationales Institut für Wissenschaftskommunikation gGmbH (NaWik).

BEZUGSPREIS: Einzelausgabe € 4,99 inkl. Umsatzsteuer
ANZEIGEN: Wenn Sie an Anzeigen in unseren Digitalpublikationen interessiert sind, schreiben Sie bitte eine E-Mail an anzeigen@spektrum.de.

Sämtliche Nutzungsrechte an dem vorliegenden Werk liegen bei der Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH. Jegliche Nutzung des Werks, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung, ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung des Verlags unzulässig. Jegliche unautorisierte Nutzung des Werks berechtigt den Verlag zum Schadensersatz gegen den oder die jeweiligen Nutzer. Bei jeder autorisierten (oder gesetzlich gestatteten) Nutzung des Werks ist die folgende Quellenangabe an branchenüblicher Stelle vorzunehmen: © 2016 (Autor), Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH, Heidelberg. Jegliche Nutzung ohne die Quellenangabe in der vorstehenden Form berechtigt die Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH zum Schadensersatz gegen den oder die jeweiligen Nutzer. Bildnachweise: Wir haben uns bemüht, sämtliche Rechteinhaber von Abbildungen zu ermitteln. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt. Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung; sie behält sich vor, Leserbriefe zu kürzen.

INHALT



- 09 FAKTENCHECK
Fünf Fragen zum Sterben
- 17 NAHTODERFAHRUNGEN
Auf der Schwelle zum Tod
- 32 KINDER UND TOD
Im Himmel haben alle Flügel
- 41 TRAUER BEI KINDERN
»Oma, wann stirbst du denn?«
- 56 RITUALE
Nicht jeder Trauernde weint



PALLIATIVMEDIZIN

Würde bis zum Ende

von Stefanie Reinberger

Kein todkranker Mensch sollte bis zum Lebensende leiden müssen. Die Palliativmedizin leistet hier hervorragende Arbeit, aber leider fehlen ihr noch Kapazitäten.

Ich will nicht sterben, aber ich sterbe. Und ich will so sterben, wie ich es für richtig halte«, ließ Brittany Maynard die Welt wissen. **Die US-Amerikanerin starb Ende 2014 im Alter von 29 Jahren** – nachdem sie eine tödliche Dosis eines Barbiturats eingenommen hatte. Ein Tumor in Maynards Gehirn hatte sich als aggressiv und unheilbar entpuppt, die Prognose für ihre verbleibende Lebenszeit war denkbar schlecht: Wenige Monate noch gaben ihr die Ärzte. Zudem drohten Schmerzen und der Kontrollverlust über Körper und Geist.

Maynards Geschichte sorgte weltweit für Diskussionen. 2015 ebnete Kalifornien mit einem neuen Gesetz den Weg zur Sterbehilfe durch den Arzt – als fünfter US-Bundesstaat nach Oregon, Washington, Montana und Vermont. Und in Deutschland wurde im November 2015 nach langer und emotionaler Debatte über einen Ge-

setzesentwurf zur Sterbehilfe abgestimmt. Im neuen Paragrafen 217 heißt es nun: »Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.« Im begründeten Einzelfall bleibt Ärzten aber die Möglichkeit, Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten. Das gilt auch für Angehörige und nahestehende Personen des Sterbenden.

Die Gesundheitsbehörde von Oregon, dem Staat, **der als erster weltweit bereits 1997 ärztliche Unterstützung beim Suizid erlaubte**, nennt drei Hauptgründe dafür, den ärztlich assistierten Freitod zu wählen. Auf Platz eins rangiert dabei die Angst vor dem Verlust der Selbstständigkeit, gefolgt von der Sorge, das Leben nicht mehr genießen zu können sowie die eigene Würde zu verlieren – Ängste, die Christoph Ostgathe,

Leiter der **palliativmedizinischen** Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen, aus der täglichen Praxis vertraut sind.

Kein Tabu

»Äußert ein Todkranker den Wunsch zu sterben, dürfen wir das auf keinen Fall tabuisieren«, sagt der Arzt daher. »Wir müssen es erst einmal wertschätzen, wenn jemand den Mut hat, das auszusprechen.« Allein seinen Todeswunsch äußern zu dürfen, sei wichtig und sorge oft bereits für Entlastung. »Meine Erfahrung zeigt aber auch, dass die absolute Mehrheit diesen Wunsch aufgibt, wenn wir gemeinsam über die Alternativen sprechen – darüber, welche konkreten Ängste und Sorgen den einzelnen Patienten plagen und was wir tun können, um diesen zu begegnen.«

Palliativmedizin beinhaltet weit mehr als Schmerzmittel und andere medizinische Maßnahmen. Es handelt sich um ei-



nen ganzheitlichen Behandlungsansatz, der sich an Patienten richtet, die an einer fortschreitenden Erkrankung leiden – und zwar in einem Stadium, in dem keine Heilung mehr in Aussicht und die Lebenserwartung begrenzt ist. Der Patient steht dabei im Mittelpunkt mit all seinen körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Nöten. Darüber hinaus richtet sich die Pal-

liativmedizin auch an die Angehörigen mit ihren Bedürfnissen – vor und nach dem Tod des Sterbenden.

»Letztendlich geht es darum, Therapieziele anders zu definieren«, erklärt Ostgathe. Anders als die kurative Medizin, die auf Heilung oder Überwinden einer Krankheit ausgerichtet ist, stellt die Palliativmedizin das Wohlergehen des Patienten in

WÜRDEVOLL STERBEN

Viele Menschen möchten nicht im Krankenhaus, sondern in ihrem Zuhause sterben, wenn es so weit ist. Hospize bieten eine Alternative, da dort eine gute medizinische Versorgung gewährleistet ist.

den Vordergrund, das Bemühen, seine Symptome zu lindern und wenn möglich ganz zu beseitigen. Statt das Leben mit allen erdenklichen Mitteln zu verlängern, muss man sich vielmehr mit der Frage auseinandersetzen, welchen Gewinn der Patient zum Beispiel aus der nächsten Chemotherapie überhaupt noch ziehen kann.

Individuelle Abwägung

Die Antworten darauf sind höchst individuell. So mögen Einzelne alles in Kauf nehmen, um noch zu erleben, wie ihr Enkelkind geboren wird, oder um sicherzugehen, dass die Familie versorgt ist – um schließlich in Frieden gehen zu können. Für andere ist der Preis der Nebenwirkungen – Schmerzen, Übelkeit, Infektionsrisiken – dagegen zu hoch. Welcher Weg für den Einzelnen der richtige ist, entscheiden Ärzte und Patienten grundsätzlich gemein-

sam. Doch was kann die Palliativmedizin tatsächlich leisten? Bekommen alle Todkranken die Unterstützung und Linderung, die sie sich für die letzten Wochen, Tage und Stunden ihres Lebens erhoffen? Gibt es gegen jeden Schmerz ein Mittel? »Gerade beim Schmerz können wir unglaublich viel erreichen«, so Ostgathe. Bei mehr als 90 Prozent der Betroffenen erreiche man nach Aussage des Palliativmediziners eine Schmerzreduktion, die die Patienten selbst als zufriedenstellend beurteilten. Viele seien sogar schmerzfrei. »Der Schmerz ist auch nicht unser Hauptproblem – die psychische Dimension, etwa Todesangst, Depressionen, aber auch geistige Verwirrtheit stellen uns vor viel größere Herausforderungen«, sagt der Mediziner. Auch hier mag ein Lindern von Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen helfen: Wer endlich wieder schlafen kann, weil ihn nicht mehr Pein und Atemnot wach halten, der tankt Energie – körperlich und seelisch.

»Dass Palliativmedizin hilft, das Leiden Sterbender zu lindern, ist wissenschaftlich sehr gut untersucht und steht für mich außer Frage«, bestätigt Gerhild Becker, ärztliche Direktorin der Klinik für Palliativmedizin am Uniklinikum Freiburg. »Wir müs-

sen vielmehr erforschen, wer wann was braucht – und wie die Patienten das bekommen.« Doch gerade hier liegt einiges im Argen. Becker veröffentlichte 2010 eine ernüchternde Bestandsaufnahme. Sie hatte mit ihren Mitarbeitern das Personal in zehn Tumorzentren zu deren Einschätzung der palliativmedizinischen Versorgung befragt. Etwa die Hälfte gab an, überhaupt nicht genügend Zeit zu haben, sich in ausreichendem Maß um Sterbende zu kümmern. Schlimmer noch: Gerade einmal 19 Prozent fühlten sich ausreichend ausgebildet, um Sterbende zu begleiten – unter den befragten Ärzten waren es sogar nur sechs Prozent.

Unzureichende palliativmedizinische Versorgung

Das spricht Bände und zeigt: Die eigentliche Problematik spielt sich auf einer ganz anderen Ebene ab. Lediglich 15 Prozent aller Krankenhäuser verfügen überhaupt über eigene Palliativstationen, und die Ausbildungssituation ist ebenfalls mau. »Wir haben in Deutschland 36 medizinische Fakultäten, aber gerade mal acht Lehrstühle für Palliativmedizin, zwei weitere dafür in der Kinderheilkunde«, so Ostgathe. Auch

ein Bericht der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vom September 2015 bestätigt: Deutschland sei mit rund 300 Palliativstationen und 200 stationären Hospizen zwar auf einem guten Weg. Doch insgesamt sieht man sich lediglich an der Schwelle zur Regelversorgung. Und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wurden im Jahr 2013 weniger als 40 000 Patienten neu aufgenommen – gerade mal rund 45 Prozent des Bedarfs, von dem man nach der Empfehlung der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care ausgehen muss.

Dazu kommt: Noch richtet sich Palliativmedizin längst nicht an alle Patienten. »Fakt ist, dass derzeit nahezu in allen Hospizen allein Tumorpatienten als Palliativpatienten aufgenommen werden«, kritisierte der Internist und Notfallmediziner Michael de Ridder 2015 im Interview gegenüber dem Deutschlandfunk. Dabei könnten auch Patienten mit einer ganzen Reihe anderer Erkrankungen profitieren. Raymond Voltz, Direktor des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln, kräftigt diese Sichtweise. Er arbeitet unter anderem mit Patienten, die an multipler Sklerose, Demenz oder Parkinson leiden.

»Es geht nicht nur um die Diagnose, die ist für den Einzelnen nicht ganz so entscheidend«, sagt er. »Es geht darum, dass Menschen an einer tödlich verlaufenden Krankheit leiden und Unterstützung brauchen, um sich auf ihren Tod vorzubereiten – medizinisch und psychologisch.«

Für ihn setzt Palliativmedizin daher auch nicht erst in den letzten Lebenstagen oder -wochen ein. »Ich muss mich als behandelnder Arzt fragen, ob ich überrascht wäre, wenn mein Patient in den nächsten zwölf Monaten stirbt«, sagt Voltz. »Und wenn ich diese Frage mit Nein beantworte, dann muss allerspätestens die palliativmedizinische Versorgung beginnen, dann muss ich den Patienten darauf vorbereiten, dass der Tod anstehen kann.« Nur so hat ein Todkranter die Chance, sich ausreichend mit dem Thema auseinanderzusetzen, organisatorische Fragen um die Hinterbliebenen oder das Erbe und Patientenverfügungen zu regeln, aber auch, sich über seine individuellen Bedürfnisse in puncto Sterben klar zu werden.

Lebensverlängernde Maßnahme

Tatsächlich haben Studien – insbesondere aus dem Bereich der Krebsmedizin – be-

legt: Eine frühzeitige palliativmedizinische Versorgung, die bereits parallel zur kurativen Therapie einsetzt, erhöht nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen etwa im Hinblick auf Schmerzen, Nebenwirkungen oder Depressionen. Sie kann sogar lebensverlängernd wirken. Die American Society of Clinical Oncology empfiehlt daher mittlerweile die »early palliative care«, die frühzeitige palliativmedizinische Versorgung für Krebspatienten.

Für die Freiburger Palliativmedizinerin Gerhild Becker stellt sich jedoch nicht nur die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt und der Anzahl geeigneter Plätze in Kliniken und anderen Einrichtungen. »Um die Situation zu verbessern, brauchen wir mehr interdisziplinäre Forschung, die neben der Medizin auch Aspekte der Psychologie, Theologie, Soziologie und Philosophie berücksichtigt«, betont sie. »Tod und Sterben sind ein komplexes Thema, und nur, wenn wir über die Grenzen hinwegblicken, können wir die Fragen nach dem Bedarf umfassend beantworten und bessere Methoden entwickeln.«

Doch möglicherweise wird auch eine verbesserte Versorgung nicht zwingend alle Todkranken auffangen. »Es ist denk-

bar, dass jemand sagt, ich finde das alles gut erklärt und dargestellt, aber ich möchte mein Leiden nicht bis zum Ende erleben«, gab de Ridder im Deutschlandfunk-Interview zu bedenken. »Das kann ein plausibles Anliegen sein, und dem sollte der Arzt auch nachkommen dürfen.«

Dass Palliativmedizin und Sterbehilfe nicht im Gegensatz zueinander stehen, zeigt der Staat Oregon, in dem auch Brittany Maynard mit ärztlicher Hilfe aus dem Leben schied. Hier ließen sich nach Angaben der Gesundheitsbehörde im Jahr 2014 insgesamt 115 Todkranke ein Barbiturat verschreiben, 77 von ihnen nutzten das Medikament wirklich und begingen Suizid. Doch auch sonst ist Oregon für seine gute Betreuung am Lebensende bekannt. Die Ärzte verschreiben hier mehr Schmerzmittel als in anderen US-Bundesstaaten, und Palliativmedizin ist fester Teil der Medizinausbildung. Und viel wichtiger noch: Kein unheilbar Kranke muss in Oregon auf einen Hospizplatz warten. ↗

(Spektrum.de, 15. November 2016)



FAKTENCHECK

Fünf Fragen zum Sterben

von Theresa Moebus

Was ist der Tod, und wann ist er da? Was erklärt Nahtoderfahrungen? Und warum ist der Friedhof nicht mehr das, was er einmal war? Fünf Aspekte aus Biologie, Psychologie, Soziologie und Medizin – über das Wie und Weshalb des Sterbens.

Wodurch? Die Mechanik des Todes

Unser biologischer Tod ist unausweichlich. Denn wir bestehen aus Billionen von Zellen, die altern – bis unser gesamter Körper daran stirbt. Was »altern« dabei genau bedeutet, versuchten **schon vor 30 Jahren rund 300 verschiedene Theorien zu erklären**, während ein allgemein akzeptiertes, schlüssiges Gesamtbild noch fehlt. Zumindest zwei biologische Prozesse spielen sicher eine Rolle: das Ticken der »inneren Uhr« und versagende Reparatursysteme.

Ersteres ist Folge der alltäglichen Zellteilung: Sie ist für das Wachstum wichtig, aber auch für den Austausch von alten Zellen, die sich teilen und durch identische, rund erneuerte Tochterzellen ersetzt werden. Dieser Prozess stoppt irgendwann – als wäre eine innere Uhr abgelaufen. Verantwortlich dafür wird das allmähliche Verschwinden der Telomere gemacht, die als eine Art biochemische Schutzkappe an den Enden der Chromosomen liegen. Christoph Englert, Genetiker vom Leibniz-Institut für Alternsforschung in Jena, erklärt, was passiert: »Durch die Zellteilung ver-

kürzen sich die Telomere, denn unser Enzym- und Proteinsystem ist nicht darauf ausgelegt, diese vollständig zu replizieren. Wenn die Telomere zu kurz werden, findet keine Zellteilung mehr statt.« Ohne Schutzkappen gibt es dann nicht nur keine neuen Zellen mehr, sondern die alten Zellen sterben ab oder leben nur noch **im »seneszenten« Stand-by-Modus**. Der inneren Zelluhr entgegen kann das Enzym Telomerase wirken, welches die Telomere immer wieder verlängert – es ist aus gutem Grund aber nur in wenigen Zellen aktiv. Denn Telomerase kann Krebs fördern: »Man betrachtet die Verkürzung der Telomere auch als so genannten Tumor-Suppressor-Mechanismus: Er verhindert die Entartung von Zellen, weil er die Lebensspanne von Krebszellen begrenzt.« Altern wir, weil wir sonst häufiger an Krebs sterben würden?

Für jede Zelle kommt das Alter mit dem Verschleiß, zum Beispiel durch »oxidativen Stress«, der auf jeden Atemzug folgen kann: In den Zellkraftwerken – den Mitochondrien – wandern Elektronen zum eingetauschten Sauerstoff, wodurch am Ende Energie und Wasser entstehen. Selten, aber unausweichlich fallen dabei äußerst reaktionsfreudige Sauerstoffradikale an. Sie

schaden ihrer Umgebung, wenn die zelleigenen Reparatursysteme nicht rechtzeitig aufräumen – die Zelle altern. Verteufeln sollten wir die Radikale jedoch nicht, mahnt Englert: »In Versuchen hat sich gezeigt, dass eine leichte Aktivierung der Sauerstoffradikale sogar lebensverlängernd wirkt. Denn dadurch werden die zelleigenen Abwehrsysteme aktiviert, und die schützen dann die Zelle vor anderem Stress.« Stress ist demnach ein zweischneidiges Schwert: Er trainiert zuerst unsere Abwehr – aber wenn er überhandnimmt, besiegt er uns schleichend und allmählich. Eine Achillesferse der Zellen könnten dabei insbesondere die Mitochondrien sein, in denen die Sauerstoffradikale ja oft anfallen. Und tatsächlich, erklärt Englert, »zeigen Experimente mit *Caenorhabditis elegans* – einem Fadenwurm und beliebten Modellsystem in der Alternsforschung –, dass die künstliche Hemmung der mitochondrialen Aktivität lebensverlängernd wirken kann. Wie wir das Ergebnis in der Forschung einordnen sollen, ist im Moment ehrlich gesagt noch unklar.«

Unseren Verfall im Alter rufen also letztendlich mehrere, nicht ein einzelner Mechanismus hervor – und oft ist es der Aus-

fall mehrerer Organe oder biologischer Prozesse, der am Ende das Ende besiegt. Prädestiniert dafür sind die »Eintrittspforten des Todes«: das Herz-Kreislauf-System, die Lunge und das Gehirn. In Summe sorgt ihr Stillstand verlässlich dafür, dass bei uns nach rund 120 Jahren spätestens Schluss ist. An dieser maximalen Lebenserwartung, so Experte Englert, hat sich seit Jahrtausenden nichts geändert. Die durchschnittliche Lebenserwartung steigt dagegen – durch bessere Lebens- und Hygienebedingungen – in Deutschland jedes Jahr um etwa drei Monate. Ein seit 150 Jahren ungebrochener Trend.

Wann ist Schluss? Versuche einer Definition

Von »dem« einen Tod zu sprechen, ist Medizinern zu ungenau, weswegen sie gleich mehrere Definitionen haben. Der »klinische Tod« tritt ein, wenn das Herz-Kreislauf-System stockt und Organe nicht mehr mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt werden. Von diesem Tod gibt es unter Umständen durch Reanimation noch eine Rückkehr – dem medizinischen Fortschritt in Form von Beatmungsmaschinen oder gekonnter Herzdruckmassage sei Dank.

Anders sieht das beim »irreversiblen Hirnfunktionsausfall« aus, besser bekannt als Hirntod. Er ist in Deutschland als Ausfall des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms definiert und damit als umkehrbarer Verlust dessen, was wir Bewusstsein nennen. Hirntod bedeutet demnach nicht zwangsläufig, dass im Gehirn keinerlei Zellen mehr leben: Außerhalb der genannten Hirnregionen können durchaus in tieferen Schichten, die kein EEG aufzeichnet, noch Gehirnzellen aktiv sein.

Das Hirntodkonzept ist umstritten, denn wichtige Funktionen des »hirntoten« Körpers können mittels Maschinen aufrechterhalten werden: Er kann weiter Infektionen bekämpfen, seine Körpertemperatur regulieren oder – in einigen Fällen schwangerer, hirntoter Frauen – sogar Babys bis zu ihrer Geburt austragen. Der Körper manches hirntoten Patienten reagiert noch auf Reize von außen, etwa bei einer Operation: Der Blutdruck steigt, **Stresshormone werden ausgeschüttet** oder, das »Lazarus-Phänomen«, **Muskelbewegungen werden ausgelöst**. Mediziner führen das jedoch lediglich auf Reflexe des Rückenmarks zurück und nicht auf das Empfinden von Schmerzen. Denn der Hirntod

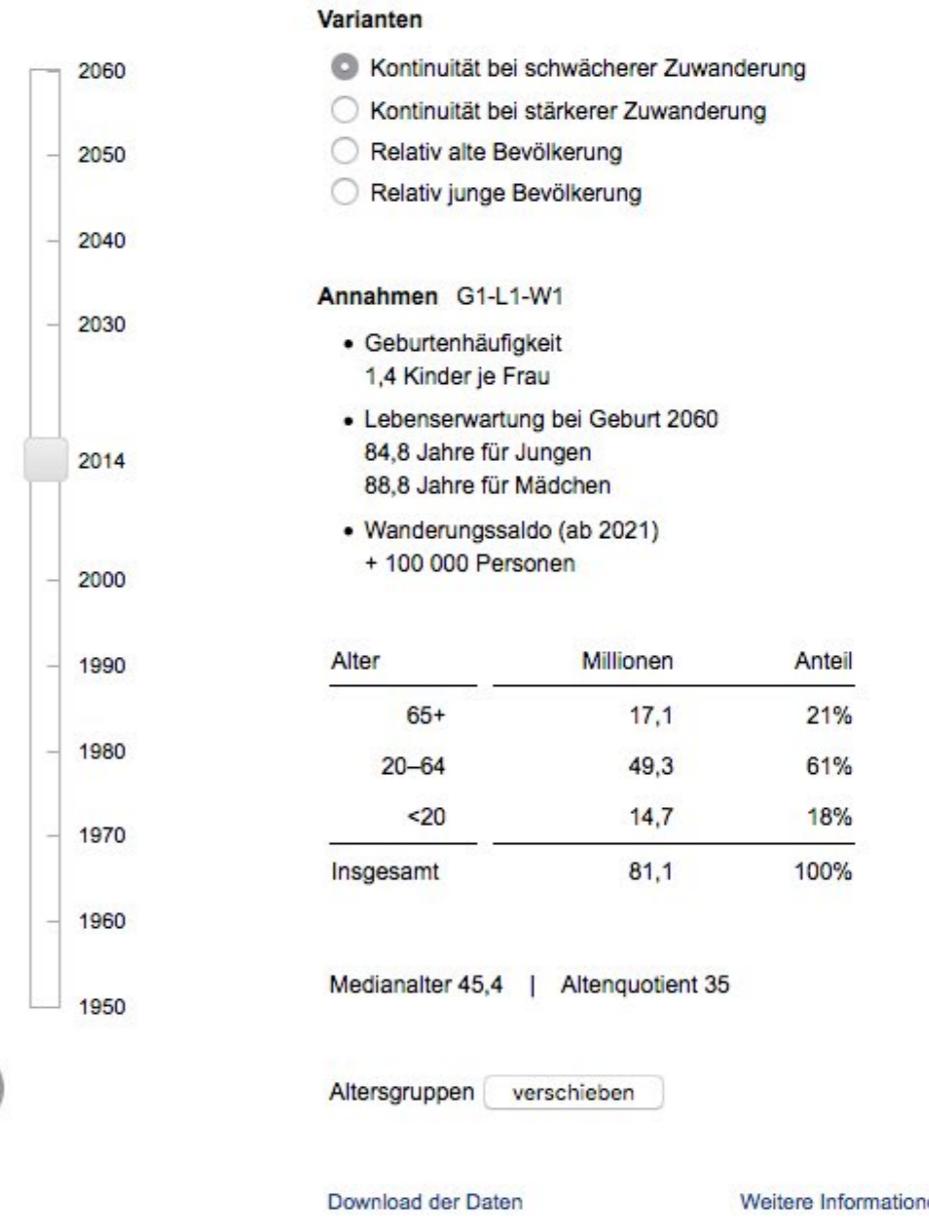
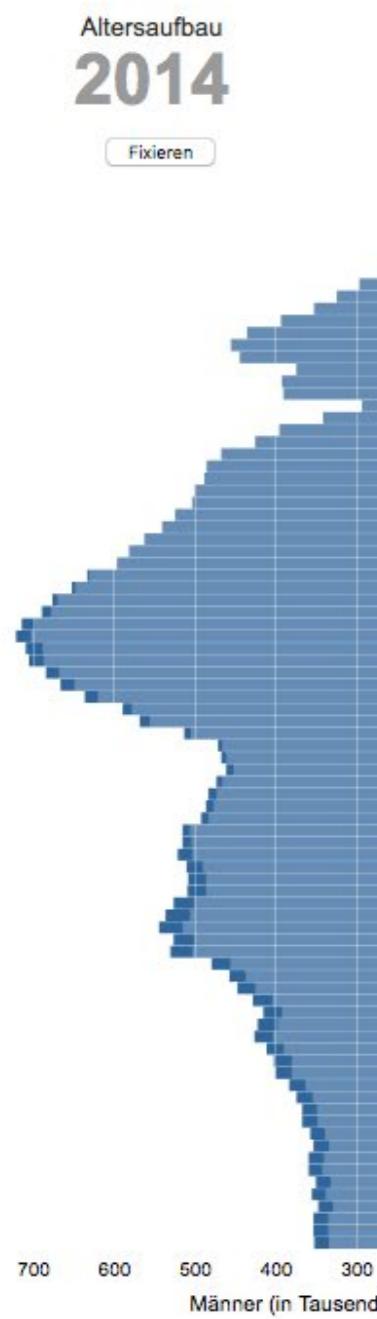
»Wenn die Telomere zu kurz werden, findet keine Zellteilung mehr statt«

[Christoph Englert]

Bevölkerungsentwicklung in Deutschland

13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland

Destatis
Statistisches Bundesamt



unterscheidet sich ganz klar vom Koma oder dem vegetativen Zustand. Im Koma liegen auch Menschen, deren Hirnfunktionen eingeschränkt, aber nicht ausgefallen sind; und komatöse Menschen atmen in der Regel selbstständig. Das trifft ebenso auf Patienten im vegetativen Zustand, dem »Wachkoma«, zu. Die Augen solcher Patienten sind offen, ihr Stammhirn funktioniert – ihr Großhirn ist jedoch meist geschädigt.

Um den Hirntod zu diagnostizieren, richten sich die zwei Ärzte, die den Patienten unabhängig voneinander untersuchen, nach klaren **Vorschriften der Bundesärztekammer**. Doch das beste Regelwerk nützt nichts, wenn man sich nicht daran hält: 2014 wurden Fälle bekannt, bei denen Ärzte einen Hirntod diagnostizierten, ohne die Regeln genau zu beachten. Schon einmal zeigte eine Untersuchung der Deutschen Stiftung Organtransplantation vor gut zehn Jahren, dass etwa 30 Prozent der »Hirntod-Protokolle«, die der erste Arzt ausgefüllt hatte, fehlerhaft waren. Dabei handelte es sich in den meisten Fällen nur um formale Fehler wie ein verkehrtes Datum, aber es waren eben auch unbeachtete Ausschläge im EEG und falsch durchge-

führte Tests darunter. Möglicherweise als Reaktion darauf muss seit 2015 mindestens einer der zwei Ärzte zwingend ein Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie sein.

Gibt es einen Weg zurück? Nahtoderfahrungen

Besonders der Neurologie ist es zu verdanken, dass es noch eine andere Facette des Todes in die Wissenschaft geschafft hat – die Nahtoderfahrungen. Sie treten nach wissenschaftlicher Definition irgendwann im Zeitfenster zwischen klinischem Tod und Reanimation auf und sind verschieden ausgeprägt: Einige der Betroffenen sehen ein helles Licht, auf andere strömen Erinnerungen ein, oder sie fühlen sich losgelöst von ihrem Körper. Selig machende Gefühle können diese Erfahrungen ebenso begleiten wie Angst- und Panikzustände. Der Kulturkreis scheint ebenfalls prägend für Nahtoderfahrungen zu sein. Während sich bei uns oft ein Licht am Ende des Tunnels findet, sehen Betroffene in Thailand eher Landschaften.

»Längst nicht alle Menschen, die einen klinischen Tod durchlebt haben, berichten auch von einer Nahtoderfahrung. Je nach-

dem, welche Studie man sich anschaut, erleben das nur etwa 25 Prozent«, stellt Birk Engmann, Facharzt für Neurologie und für Nervenheilkunde in Leipzig, klar. »Häufig treten Nahtoderfahrungen aber dann auf, wenn die Reanimation besonders schwer war – zum Beispiel, wenn sie lange gedauert hat oder Schädigungen davongetragen werden. Hier können wir darauf schließen, dass die Ernährungssituation im Gehirn, vor allem die Sauerstoffversorgung, besonders stark beeinträchtigt war.«

Dabei gibt es schon unter weniger schwer wiegenden Umständen Erlebnisse, die denen eines Nahtodes ähneln. So sehen manche Menschen bei Migräne ebenfalls Lichter. Drogen wie LSD und Ketamin rufen vergleichbare Erfahrungen hervor, über außerkörperliche Erfahrungen berichten aber auch Epilepsiepatienten nach Reiz- und Hirnstimulationen. In abgeschwächter Form lassen sich diese »Out of body«-Erfahrungen erzeugen, wenn das, was wir sehen und spüren, nicht miteinander übereinstimmt. In einem Versuch an der Eidgenössischen Technischen Hochschule Lausanne bekamen Testpersonen eine Videobrille aufgesetzt und mussten sich vor die zugehörige Kamera stellen, so

dass sie ihren eigenen Rücken in der Brille sahen. Wenn sie nun am Rücken berührt wurden, spürten sie das einerseits, aber sahen es andererseits aus einer Perspektive, die ihnen sonst nicht zugänglich ist. Unser Gehirn verwirrt das. Zunehmend verorteten viele Versuchsteilnehmer diese Berührung und sich selbst weiter vorne im Raum – um genau den Abstand versetzt, der zwischen ihnen und der Kamera herrschte. Das Gehirn erzeugte also einen »virtuellen Körper«. Aus solchen Experimenten und Erfahrungen schließen die

Wissenschaftler auf das Zustandekommen von Nahtoderfahrungen. »Es gibt Hinweise darauf, dass der Schläfen- und der Scheitellappen sowie ein Gebiet zwischen den beiden, der Gyrus angularis – eine wichtige Schaltstelle –, besonders empfindlich gegenüber einer extrem gestörten Ernährungssituation im Gehirn sind«, so Engmann. Eine eindeutige Zuordnung in dem Sinn, dass ein einzelnes Gebiet eine ganz bestimmte Nahtoderfahrung hervorruft, sei aber auf Grund des Netzwerkcharakters des Gehirns nicht möglich. »Der Nahtod ist

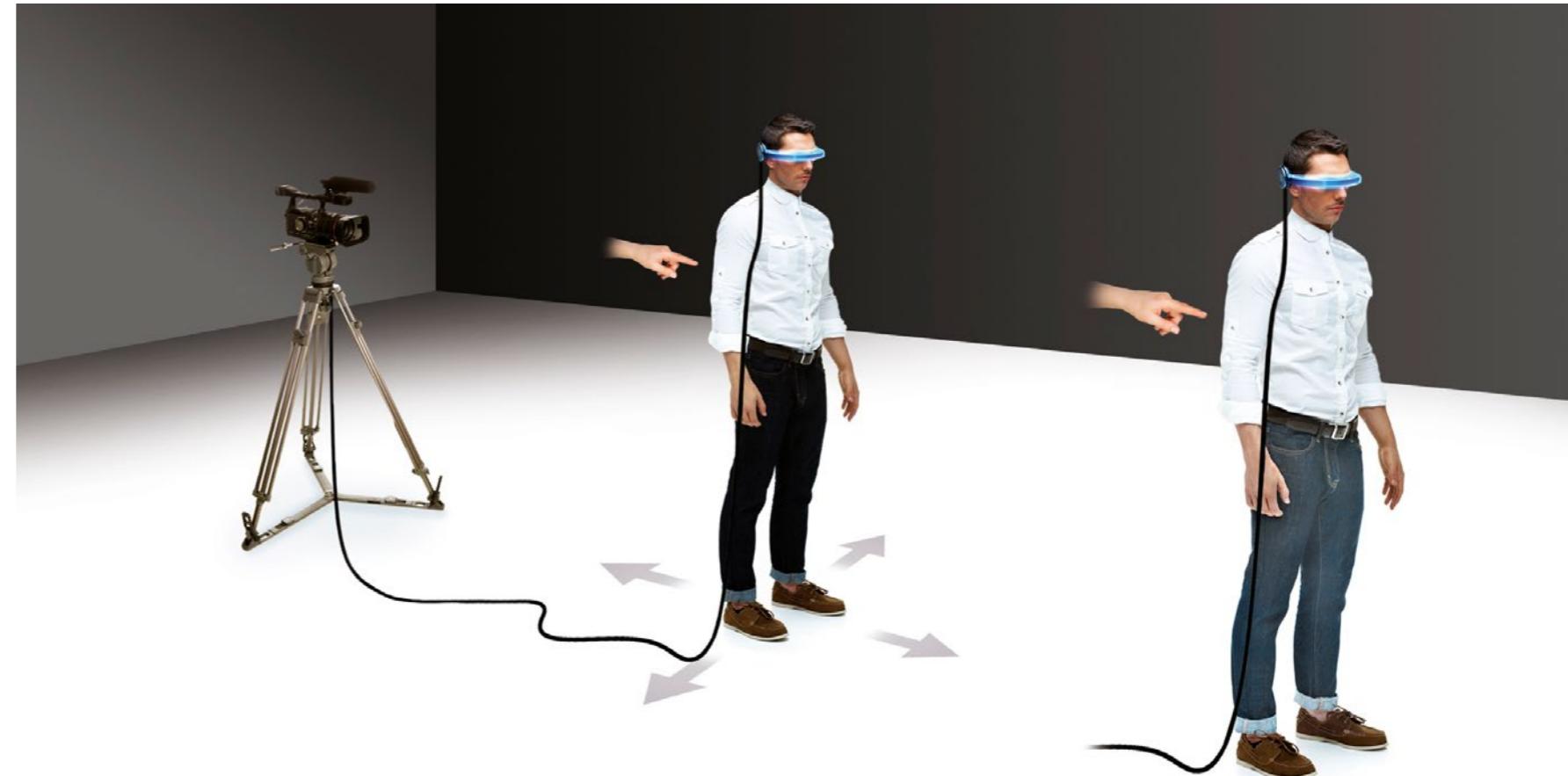
Ausdruck einer Funktionsstörung im Gehirn. Wichtig ist hierbei: Wir sprechen wirklich nur vom Nahtod. Der Individualtod ist eben noch nicht eingetreten – zum Glück! Das wäre wieder ein anderer Zustand, über den uns wirklich keinerlei Erfahrungen vorliegen.«

Was passiert danach? Die Biochemie des Todes

Was mit unserem Körper im Tod passiert, weiß die Rechtsmedizin. Zunächst: Unsere Organe kommen auch nach der Diagnose

ERZEUGUNG EINER GANZKÖRPER-ILLUSION

Der Versuchsteilnehmer (dunkle Hose) trägt auf dem Kopf ein »Head-Mounted Display« – ein Gerät, das im Computer erzeugte Bilder auf einem augennahen Bildschirm darstellt oder direkt auf die Netzhaut projiziert. Das Gerät zeigt ihm ein Abbild seines eigenen Körpers (hellere Hose), als ob dieser zwei Meter vor ihm stünde. Betastet man den Teilnehmer am Rücken und zeigt diese Berührung in Echtzeit am Avatar, fühlt der Proband sich stärker von der Projektion angezogen, als wenn man die Berührung zeitversetzt zeigt.



»Unsere Gesellschaft verändert sich, also verändert sich auch ihr Friedhof«

[Matthias Meitzler]

»tot« noch eine gewisse Zeit ohne Sauerstoff und Nährstoffe aus. Am Ende der organspezifischen Überlebenszeit geht dann keine einzige Zelle mehr ihrer Funktion nach; und nach dem Ablauf der Wiederbelebungszeit sind so viele Zellen abgestorben, dass sich kein Organ je wieder davon erholt. Unser Gehirn zeigt dabei die niedrigste Toleranzgrenze: Schon nach drei bis fünf Minuten beginnen seine Zellen zu sterben. Das Herz hält mit ungefähr 15 bis 30 Minuten etwas länger durch, ihm folgen Leber und Lunge.

Da das Blut im Körper nun nicht mehr zirkuliert, sinkt es an Ort und Stelle ab und bildet die so genannten Totenflecken. Für Gerichtsmediziner kann die Farbe der Flecken – und damit die des Bluts, welches durch die Haut schimmert – Hinweise auf die Todesursache geben. Während Totenflecken durch den geringen Sauerstoffanteil des Bluts normalerweise eine blauviolette Färbung haben, sind sie bei einer Kohlenmonoxidvergiftung rot. Denn dort bindet sich das Kohlenmonoxid an Stelle von Sauerstoff an die roten Blutkörperchen. Nach zwölf Stunden lassen sich die Flecken nicht mehr wegdrücken. Das ermöglicht Gerichtsmedizinern zu erkennen,

ob eine Leiche nach Ablauf dieser Zeit noch einmal aus ihrer ursprünglichen Lage bewegt wurde.

Ein weiterer wichtiger Anhaltspunkt für Gerichtsmediziner ist die Totenstarre. Nach zwei Stunden setzt sie in Abhängigkeit von Muskelmasse, Temperatur und vorangegangener körperlicher Anstrengung ein. Die Muskeln versteifen, weil sich Adenosintriphosphat nicht mehr neu bildet und seine »Weichmacherfunktion« nicht mehr entfaltet. Nach acht Stunden ist die Totenstarre voll ausgeprägt und auch der letzte Muskel gestorben. Diese Starre löst sich erst nach Tagen wieder.

Das letzte Organ, das nach ein bis zwei Tagen kapituliert, ist der Magen-Darm-Trakt. Nur die Spermien des Mannes schaffen es, noch länger durchzuhalten: bis zu drei Tage. Mit dem Absterben des Magen-Darm-Trakts und der Fülle seiner Bakterien beginnt die Zersetzung des Körpers erst so richtig. Zum Todeszeitpunkt vorhandene Krankheitserreger mischen dann ebenfalls mit. Hepatitis-Erreger leben zum Beispiel noch mehrere Tage weiter, Tuberkulose-Bakterien sogar jahrelang. Das HI-Virus »stirbt« hingegen schon nach wenigen Stunden – wenn denn Viren über-

haupt je leben. Die Wahrscheinlichkeit, sich an einem Toten anzustecken, ist also abhängig vom Krankheitserreger – generell erhöht sie sich nennenswert, wenn es einen direkten Kontakt mit Körperflüssigkeiten gibt. Der schnell einsetzende Zersetzungsprozess ist übrigens nach rund 30 Jahren beendet: Dann ist wirklich nichts mehr von einem im Sarg bestatteten Körper übrig.

Was tun? Unser Umgang mit dem Tod

Der Sarg allerdings kommt in Deutschland immer mehr aus der Mode. Laut dem Bundesverband Deutscher Bestatter handelt es sich nur noch bei 45,5 Prozent um Erdbestattungen, der Rest entfällt auf Feuerbestattungen. Sie schützen tatsächlich wirkungsvoll davor, dass einen »wenigstens nicht die Würmer fressen«. Allerdings besteht diese Gefahr auch im Sarg kaum, denn ordnungsgemäße Gräber bekommen in Deutschland nur äußerst selten Besuch vom Gewürm: Ein Sarg liegt im Schnitt in einer Tiefe von 1,4 bis 2 Metern, während sich die unterschiedlichsten Würmer eher bei 30 bis 50 Zentimetern wohlfühlen.

Mit der Frage nach »Urne oder Sarg?« ist die Vielfalt heutiger Bestattungen noch längst nicht erfasst: Zu den neuen Formen

zählen Wasserfall- oder Windbestattungen, Fußballbestattungen am Spielfeldrand, das Pressen der Asche zu einem Diamanten oder sogar der Transport ins Weltall. Mit Ausnahme von See- und Waldbestattungen können solche letzten Sonderwünsche allerdings nur im Ausland erfüllt werden.

Überhaupt wandelt sich der Umgang mit dem Tod, wie die Soziologen Thorsten Benkel und Matthias Meitzler beschreiben. »Unsere Gesellschaft verändert sich, also verändert sich auch ihr Friedhof«, erklärt Meitzler. Der größte Umbruch ist die Individualisierung. In der Gesellschaft ist sie die Folge des Aufbruchs von Grenzen, wodurch Berufs- und Lebenswege nicht mehr streng vorgegeben sind und die Selbstbestimmung des Einzelnen zentral ist. Individualisierung der Grabstätten bedeutet daher, sich nicht mehr im Kollektiv und in einer Glaubensgemeinschaft einzuordnen. Stattdessen stehen nun der Einzelne und sein Leben im Vordergrund. So lösen Musiknoten, Gitarren, Angeln, PKWs und Motorräder inzwischen religiöse Motive ab. »Leidenschaften und Passionen auf Gräbern abzubilden, ist in Großstädten eigentlich schon fast obligatorisch. Auf Gräbern finden sich Alltagsgegenstände des Ver-

storbenen oder Sinnsprüche, die nur Ein- geweihte kennen; etwa ein Lebensmotto oder ein manchmal rätselhafter und kryptischer Spruch, den nur ganz bestimmte Vertraute einordnen können«, so Benkel.

Auch das Trauern ändert sich und geht mit neuen, im Zuge der Digitalisierung aufgetauchten Ausdrucksmöglichkeiten einher: Trauervideos werden auf Youtube hochgeladen, Facebook-Profile der Toten leben- dig gehalten, Kerzen auf virtuellen Trauerportalen angezündet und QR-Codes in Grabsteine graviert. Meitzler sagt: »Wichtig ist, dass es heute eine Pluralisierung der Trauer gibt. Man kann sie verschieden ausdrücken. Das sieht man auch auf dem Friedhof sehr gut: Es gibt immer noch Personen, die wöchentlich oder täglich auf dem Friedhof sind. Aber es gibt eben auch diejenigen, die sagen, der Friedhof hat für mich als Ort der Trauer keine Bedeutung. Für mich ist Trauer ganz woanders – im Fotoalbum, zu Hause, im Internet oder im Kopf.« ↗

Fachliche Beratung in rechtsmedizinischen Fragen: Kathrin Yen und Anna Heger, Institut für Rechts- und Verkehrsmedizin Heidelberg

(Spektrum.de, 24. März 2016)



NAHTODERFAHRUNGEN

Auf der Schwelle zum Tod

von Theodor Schaarschmidt

Dunkle Tunnel, außerkörperliche Erfahrungen, gleißendes Licht – Berichte über so genannte Nahtoderfahrungen faszinieren Laien wie Experten. Und sorgen im Forschungsbetrieb immer wieder für kontroverse Debatten.

Aine trübe, schlammige Finsternis soll diesen Ort durchzogen haben – als wäre man in einer Art »schmutzigen Götterspeise« versunken. Eben Alexander war nach einem epileptischen Anfall ins Koma gefallen. Der hochrangige Neurochirurg und Harvard-Professor schien nun selbst einer Erkrankung des Gehirns zu erliegen. Die Ärzte stellten bei ihm eine besonders gefährliche Form der Hirnhautentzündung fest, seine Überlebenschancen waren gering. Während sein Körper nur noch von Schläuchen am Leben erhalten wurde, schien Alexander einen Ausflug ins Jenseits zu machen: »Zurückgesetzt in einen Zustand aus der Anfangszeit allen Lebens« habe er sich gefühlt – »so wie die primitiven Bakterien, die unwissentlich mein Gehirn übernommen und ausgeschaltet hatten.« Am Ende seiner Reise soll er, umgeben von rosaweißen Wolken, sogar dem

Schöpfer höchstpersönlich begegnet sein. Alexander hatte Glück. Nach sieben Tagen erwachte er aus dem Koma. Seine ungewöhnlichen Erlebnisse brachte er zu Papier und veröffentlichte sie 2012 unter dem Titel »Proof of Heaven«, im Deutschen unter dem Titel »Blick in die Ewigkeit« erhältlich. Das Erlebnis hatte aus dem nüchternen Naturwissenschaftler einen tiefgläubigen Mann gemacht.

Religiöse Erfahrungen sind häufig

Eben Alexander ist nicht der Einzige, der von derart außergewöhnlichen Eindrücken von der Schwelle zwischen Leben und Tod zu erzählen weiß. Seit 1975 haben Forscher weltweit mehr als 3500 Fälle ausgewertet. Nahtoderfahrungen treten vor allem nach lebensgefährlichen Zwischenfällen wie etwa Herzattacken, Schädel-Hirn-Traumata oder schweren Schockzuständen auf. Etwa jeder zehnte Betroffene berichtet von

derartigen Erlebnissen. Wie diese genau zu Stande kommen, ist allerdings nach wie vor umstritten – immer wieder werden Nahtoderfahrungen zum Gegenstand wilder Spekulationen.

Eine wissenschaftliche Einordnung fällt schon allein deshalb schwer, weil sich die Erlebnisberichte teils stark unterscheiden. Etwa ein Drittel der Betroffenen erinnert sich an so genannte außerkörperliche Erfahrungen, bei denen sich das Ich vom eigenen Körper zu trennen und durch den Raum zu schweben schien. Andere erzählen davon, dass ihr Leben sprichwörtlich noch einmal an ihnen vorübergezogen sei. In etwa einem Viertel der Erzählungen tauchen Visionen von einem »dunklen Tunnel« auf, oft mit einem gleißendes Licht an seinem Ende. Verbreitet sind auch spirituelle Erscheinungen. Diese spiegeln meist die eigenen religiösen Überzeugungen wider: Hindus erscheint häufig der Todesgott

Yama, während Christen eher von paradiesischen Begegnungen mit Jesus erzählen – in einigen Fällen aber auch von Furcht einflößenden Höllenfahrten. Nahtoderfahrungen der Kaliai, einer kleinen Volksgruppe aus Papua-Neuguinea, beinhalten gelegentlich sogar Fabriken, Flugzeuge und Autobahnen – ganz im Einklang mit dortigen Jenseitsvorstellungen.

Mehr als nur ein Drogenrausch

Nahtoderfahrungen sind bereits aus dem Altertum überliefert. Doch erst seit den 1970er Jahren versuchen Forscher, das Phänomen systematisch zu erfassen. Zunächst tat man die Erlebnisberichte als eher trivial ab – sie seien frei erfunden, im besten Fall eine Nebenwirkung bestimmter Arzneimittel. Ganz falsch ist diese Annahme nicht. Einige Medikamente aus der Notfallmedizin können eindrucksvolle Halluzinationen verursachen, so zum Beispiel Ketamin. Das Narkosemittel kann psychedelische Körper- und Bewusstseinszustände auslösen, die einer Nahtoderfahrung ähneln – selbst dann, wenn überhaupt keine Lebensgefahr vorliegt. Naloxon, ein beliebtes Opiat-Gegengift, soll wiederum für die »höllischen« Visionen verantwortlich sein,

die Intensivpatienten zuweilen heimsuchen. Obwohl diese Arzneimittel durchaus eine Rolle spielen, greift die Erklärung zu kurz: Nicht wenige Nahtoderfahrungen kommen auch völlig ohne zugeführte Substanzen zu Stande.

Bei vielen medizinischen Notfällen kommt es zu einem massiven Blutdruckabfall – das Gehirn kann nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden. Möglicherweise liegt genau hier der Schlüssel zur Erklärung der Nahtoderlebnisse. Lakhmir Chawla von der George Washington University [stellte 2009 eine bemerkenswerte Fallstudie vor](#). Der Narkosearzt dokumentierte die Vitalwerte von sieben schwer kranken Patienten, während die lebenserhaltenden Maschinen endgültig abgeschaltet wurden. Je stärker der Blutdruck absank, desto schwächer wurde auch die EEG-Aktivität in der frontalen Hirnrinde, was für eine immer tiefere Bewusstlosigkeit spricht. Doch als der Blutdruck schon nicht mehr messbar war, kam es bei allen Patienten vor dem Tod noch einmal zu einem steilen Anstieg der hirnelektrischen Aktivität. In einem Zeitfenster von maximal drei Minuten hatten die Patienten ein EEG-Signal, das so stark wie bei Menschen

»Es gibt keinerlei dokumentierte Fälle, in denen ein Nahtoderlebnis zu exakt der Zeit stattgefunden hätte, in der das EEG eine flache Kurve aufwies«

[Jason Braithwaite]

mit normalem Bewusstsein war. Vermutlich ist ebenjene Spitze auch für die Nahtoderlebnisse verantwortlich, von der Überlebende eines medizinischen Notfalls berichten.

Andere Untersuchungen geben Aufschluss darüber, welche Hirnstrukturen an dem Phänomen beteiligt sein könnten. Unregelmäßigkeiten im Hippocampus könnten einen Flashback hervorrufen, der wie eine Rückschau auf das eigene Leben erscheint. Der temporoparietale Übergang (temporal parietal juncture, TPJ), der Knotenpunkt zwischen Schläfen- und Scheitellappen, ist wahrscheinlich für die intensiven körperlichen Empfindungen verantwortlich: Eine Reizung dieses Areals führt selbst bei gesunden Probanden zu außerkörperlichen Erfahrungen.

Einige Forscher erachten den Sauerstoffverlust im Hirn als zentral für die Nahtoderlebnisse. Für diese Sichtweise spricht auch [ein Experiment des Berliner Neurologen Thomas Lempert, das allerdings nicht gerade zum Nachahmen einlädt](#): Seine 42 Probanden sollten stark hyperventilieren und danach das so genannte Valsalva-Manöver ausführen. Dabei verschließt man Mund und Nase und versucht gleichzeitig,

kräftig auszuatmen. Die Folge: Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff und eine zeitweilige Bewusstlosigkeit. Als seine Versuchspersonen wieder erwachten, schilderten sie ungewöhnliche Eindrücke, die einer Nahtoderfahrung sehr ähnlich waren: helles Licht, außerkörperliche Erlebnisse, das Gefühl, eine andere Welt zu betreten. Einer der Probanden fasste sein Empfinden so zusammen: »Ich dachte, wenn ich genau in diesem Moment sterben müsste, würde ich das bereitwillig akzeptieren.«

Forscher mit Hang zum Paranormalen

Laut der britischen Psychologin Susan Blackmore ist nicht der Sauerstoffmangel im Gehirn für die Nahtoderfahrungen verantwortlich, sondern die daraus folgende kortikale Enthemmung. »Da viele Zellen im visuellen Kortex das Zentrum des Sichtfelds abdecken und nur wenige das Randgebiet, hätte eine zufällige Reizung ein helles Licht zur Folge, das zum Rand hin immer dunkler wird – oder, anders gesagt, einen Tunnel«, schreibt die Forscherin mit Verweis auf das typische Nahtodphänomen. Laut Blackmore spiegeln diese Erlebnisse die finale Tätigkeit des »sterbenden

Gehirns« wider. Sie könnten dabei helfen, die Angst vor dem Sterben zu nehmen und den Tod als normalen Bestandteil allen Lebens zu akzeptieren. Die Forscherin hatte in jüngeren Jahren selbst eine intensive außerkörperliche Erfahrung, die sie von der Existenz übersinnlicher Phänomene überzeugte. Inzwischen hat sie jedoch die Lager gewechselt und gehört der Skeptikerbewegung an. Die vermeintlich paranormalen Erscheinungen [erklärt sich Blackmore durch Wunschdenken, Selbstbetrug und mangelnde wissenschaftliche Sorgfalt](#).

Aber nicht alle ihrer Forscherkollegen teilen diese Einschätzung. Der niederländische Kardiologe Pim van Lommel sieht in Nahtoderfahrungen einen Nachweis dafür, dass der Geist auch unabhängig vom Gehirn existieren könne. Im Jahr [2001 machte van Lommel mit einer aufwändigen, in der Fachzeitschrift »Lancet« veröffentlichten Untersuchung von sich reden](#). Er wertete die Daten von knapp 350 Patienten aus, die nach einem vollständigen Herz-Kreislauf-Stillstand wiederbelebt werden konnten. Etwa 18 Prozent hatten bewusste Erinnerungen an die Operation, und 12 Prozent berichteten von einer eindeutigen Nahtoderfahrung. Doch während er bei der

Durchführung der Studie sehr sorgfältig vorging, gerät sein Fazit eher kühn. »Das Konzept, dass Bewusstsein und Erinnerungen im Gehirn zu verorten sind, sollte diskutiert werden«, schreibt van Lommel. Er fragt sich, wie außerkörperliches Erleben möglich sein soll zu einem Zeitpunkt, an dem das Gehirn der Patienten eine flache EEG-Kurve aufweise – und wendet sich gegen die Grundannahme der Neurowissenschaften, dass es ohne neuronale Aktivität auch kein bewusstes Erleben geben könne. Allerdings hatte van Lommel für seine eigene Studie überhaupt keine systematischen EEG-Daten erhoben. Sonstige Berichte, nach denen Patienten auch ohne neuronale Aktivität bei Bewusstsein gewesen sein sollen, sind rein anekdotisch. »Es gibt keinerlei dokumentierte Fälle, in denen ein Nahtoderlebnis zu exakt der Zeit stattgefunden hätte, in der das EEG eine flache Kurve aufwies«, **resümiert der britische Hirnforscher und Skeptiker Jason Braithwaite**. Dazu komme, dass ein flaches EEG nicht in jedem Fall für einen vollständigen Arbeitsstopp des Gehirns stehe – die Vorgänge in tiefer gelegenen Hirnstrukturen würden durch die Apparatur nicht immer erfasst, so Braithwaite.

Was sieht der wandernde Geist?

Auch andere Versuche, die Übersinnlichkeit von typischen Nahtodphänomenen empirisch nachzuweisen, scheiterten. Der britische Kardiologe Sam Parnia **versuchte in der 2014 veröffentlichten AWARE-Studie**, einen Beleg für bewusste Wahrnehmungsinhalte außerhalb des eigenen Körpers zu finden. Dazu ließ er in Hunderten von Krankenzimmern Bilder in Deckennähe aufhängen – jeweils so, dass man sie aus der Perspektive des Krankenbetts nicht sehen konnte. Die Idee: Wenn der menschliche Geist während eines Kreislaufstillstands wirklich durch die Gegend schweben würde, müsste er auch die versteckten Bilder sehen können. 140 Interviews führte er gemeinsam mit seiner Arbeitsgruppe durch. Doch nur in einem einzigen Fall konnten die Forscher die Erinnerungen des Patienten objektiv bestätigen – offenbar hatte er das Geräusch des Defibrillators beschrieben. An etwaige Bilder in Deckenhöhe konnte aber auch er sich nicht erinnern.

Trotz dieser groß angelegten Versuche gibt es nach wie vor keinen Hinweis dafür, dass Nahtoderlebnisse aus dem Bereich des Paranormalen stammen. Weder kann

»Das Konzept, dass Bewusstsein und Erinnerungen im Gehirn zu verorten sind, sollte diskutiert werden«

[Pim van Lommel]

mit diesen subjektiven Erlebnisberichten ein Leben nach dem Tod belegt werden noch eine Unabhängigkeit von Körper und Geist. Dennoch scheint von dem Thema eine ungebrochene Faszination auszugehen. Eben Alexander, der eingangs erwähnte Neurochirurg, konnte die Geschichte seiner himmlischen Nahtoderfahrung in Millionenauflage verkaufen. Dass die Erzählung einige Ungereimtheiten aufweist und seine behandelnden Ärzte der Schilderung teils vehement widersprechen, wird dabei schon fast zur Nebensächlichkeit. Die Neugier auf das, was während unserer letzten Atemzüge passiert, ist weiterhin groß – auch die unzähligen dokumentierten Nahtoderlebnisse geben nur einen vagen Hinweis darauf. Was genau wir in diesem Augenblick erleben, lässt sich wohl kaum wissenschaftlich erfassen: Wer es erfährt, kann davon nicht mehr berichten. ↵

(Spektrum.de, 2. November 2016)

Alles über Ihre grauen Zellen.
Auf Ihrem Bildschirm.



DAS GEHIRN UND GEIST **DIGITALABO**
Alles über die Erforschung von Ich und Bewusstsein,
Intelligenz, Emotionen und Sprache.
Jahrespreis (12 x im Jahr) € 60,–; ermäßigt (auf Nachweis) € 48,–

HIER ABONNIEREN



TRAUERBEWÄLTIGUNG

Wege aus dem Dunkel

von Prof. Dr. Wolfgang Stroebe, Dr. Henk Schut und Dr. Margaret Stroebe

Der Tod eines Menschen ist für die Angehörigen eine schmerzhafte Erfahrung. Psychologen erkunden, was normale Trauer von pathologischen Formen unterscheidet – und wie man Betroffenen am besten hilft, den Verlust zu verarbeiten.

Ein Mensch ist gestorben. Ob er alt war oder jung, nach langer Krankheit dahinschied oder ob ihn ein Unfall plötzlich aus dem Leben riss – beinahe jeder Tod hinterlässt Personen, die mit dem Verlust fertigwerden müssen. Sie zeigen zumeist eine ganz natürliche Reaktion: Trauer. Ihre Gedanken kreisen um die Person des Verstorbenen und um die mit ihm verbrachte Zeit. Erinnerungen an gemeinsam Erlebtes drängen sich auf, an gemeinsame Urlaube, Feste oder wichtige Lebensereignisse, aber auch an persönliche Vorlieben und Eigenheiten – stets von der Gewissheit überschattet, dass der geliebte Mensch nun unwiederbringlich fort ist.

Diese gedankliche Beschäftigung begleiten oft lange Perioden intensiven Schmerzes. Die eigene Zukunft erscheint den meisten Trauernden trist, die Stimmung ist niedergedrückt, sich zu den all-

täglichsten Verrichtungen aufzuraffen, fällt schwer. Wie sehr und wie lange Hinterbliebene auf diese Weise leiden, hängt wesentlich von der Enge und Art der Beziehung ab, die sie mit der verstorbenen Person verband. So sehr einen der Tod eines guten Freundes oder Arbeitskollegen treffen mag, der Verlust des Lebenspartners oder des eigenen Kindes ist ungleich schwerer zu verkraften. Davon Betroffene verlieren mitunter jede Lust am Leben und brauchen lange, um wieder zu einem normalen Alltag zurückzufinden. Auf solche dramatischen Verlusterfahrungen hat sich die wissenschaftliche Trauerforschung von jeher konzentriert.

Pioniere der Trauerforschung

Die wohl erste größere Untersuchung an akut Trauernden stammt von dem deutschen Psychiater Erich Lindemann, der während der Nazizeit in die USA emigriert

war. 1944 befragte Lindemann über 100 Menschen, die Angehörige verloren hatten – etwa durch Krankheit, an der Kriegsfront oder auch bei dem verheerenden Brand, dem »Coconut Grove Fire«, in einem Bostoner Nachtklub. Das Bild der Trauer, das dabei entstand, war das einer komplexen Gefühlsreaktion, die sich in verschiedenen kognitiven und körperlichen Symptomen niederschlägt.

Lindemann und andere Pioniere der Trauerforschung wie der englische Psychiater Colin Murray Parkes beschrieben neben Kummer und Einsamkeit noch viele weitere Gefühlsreaktionen – etwa Schuldgefühle (»Hätte ich nicht mehr tun können, um den Tod zu verhindern?«) oder die häufige Angst Trauernder, mit dem Leben nicht mehr zurechtkommen oder gar den Verstand zu verlieren. Trauer äußert sich oft auch in Wut – gegenüber den Ärzten, die vermeintlich mehr hätten tun kön-

nen, oder der eigenen Familie, von der man sich unverstanden fühlt. Akut Trauernde können sich zudem schlechter konzentrieren und leiden oft unter Schlafstörungen, Antriebs- und Appetitlosigkeit.

Eine gewisse Regelmäßigkeit in der zeitlichen Abfolge solcher Symptome hat einige Experten wie die Psychoanalytikerin Vrena Kast veranlasst, verschiedene Stadien des Trauerprozesses zu unterscheiden. Demnach folge auf den ersten Schock zunächst eine Phase der Leugnung und des Nicht-wahrhaben-Wollens. Mit zunehmender Realisierung des erlittenen Verlusts wird diese abgelöst von Sehnsucht, bis hin zu einer fast zwanghaften Beschäftigung mit Gedanken an den Partner und der Suche nach ihm. Auch Schuldgefühle, Angst und Ärger sind für diese Phase charakteristisch. Sieht der Trauernde schließlich die Endgültigkeit des Verlustes ein, übermannen ihn Gefühle der Hilflosigkeit und Verzweiflung, die schließlich in Gewöhnung und allmähliche Erholung münden.

Obwohl Angaben über die jeweilige Dauer der einzelnen Trauerphasen von Forscher zu Forscher variieren und auch stark von der Beziehung zum Verstorbenen abhängen, umfassen etwa bei Verwitwung

die ersten beiden Phasen (Schock und Leugnung) meist wenige Wochen, während das emotionale Auf und Ab aus Sehnsucht, Angst und Selbstvorwürfen oft viele Monate, ja selbst mehr als ein Jahr anhalten kann.

Die Mehrzahl der Forscher vertritt heute allerdings die Ansicht, dass derartige Einteilungen zwar durchaus häufig anzu treffende Aspekte von Trauerzuständen beschreiben. Diese gehorchen in der Praxis aber nur selten einer klaren Stadienabfolge. Selbst lange nach einem Verlust, wenn sich der Hinterbliebene bereits besser fühlt und glaubt, das Schlimmste hinter sich zu haben, kann es beispielsweise am Geburtstag des Verstorbenen oder dem Jahrestag des Todes zum Rückfall in akute Trauer und Einsamkeit kommen.

So sehr der Tod eines geliebten Menschen schmerzt – Trauer ist ein natürlicher Teil des Lebens. Die meisten Betroffenen überwinden sie ohne dauerhafte psychische oder körperliche Schäden. Bei einer Minderheit kommt es jedoch zu »Komplikationen«, die professionell aufgefangen werden sollten. Diese Fälle möglichst frühzeitig zu erkennen, ist schwierig – zumal auch unter Fachleuten kaum Einigkeit dar

über besteht, was genau eine komplizierte Trauer kennzeichnet. Als Hauptindizien gelten daher auffällige Abweichungen von der üblichen Dauer und Intensität der Trauersymptome.

Die Macht der Rituale

Trauer ist keine Krankheit, kann aber unter Umständen krank machen. Wie epidemiologische Studien zeigen, tragen Menschen nach tragischen Verlusten ein erhöhtes Risiko psychischer und physischer Störungen. Im statistischen Mittel leiden etwa Verwitwete im Vergleich zu Verheirateten häufiger unter Depressionen oder Infekten, sie suchen öfter den Arzt auf oder werden zur stationären Behandlung ins Krankenhaus eingeliefert. Schon 1858 belegte der britische Medizinstatistiker William Farr die deutlich erhöhte Sterblichkeit von Verwitweten. Aktuelle Todesstatistiken zeigen, dass sie im ersten Halbjahr nach dem Verlust um 30 bis 40 Prozent häufiger selbst sterben als verheiratete Alters- und Geschlechtsgenossen. Ähnliches gilt für Eltern, die ein Kind verloren haben.

Um solchen Folgen vorzubeugen, entwickeln Menschen ganz verschiedene Strategien. Die einen suchen die Nähe von

Freunden und Verwandten, die anderen ziehen sich zurück, wieder andere verfallen in große Betriebsamkeit. Auch kollektive Trauerrituale sehen von Kultur zu Kultur sehr unterschiedlich aus: In manchen Ländern bekundet man mit lauten Klagen einander sein Mitleid, hier zu Lande wird dagegen eher die »stille Anteilnahme« gepflegt – eine Formulierung, die sich in vielen Todesanzeigen findet. Man entzündet Kerzen, blättert in Fotoalben, vermeidet es aber sonst nach Möglichkeit, andere mit dem eigenen Leid zu behelligen.

Obwohl es in den westlichen Gesellschaften im Allgemeinen tabu ist, seine Trauer offen nach außen zu tragen, gilt klinischen Psychologen ein solches Schweigen häufig als Zeichen unverarbeiteter, verdrängter Trauer. In einem Artikel von 1937 mit dem Titel »The Absence of Grief« interpretierte die Tiefenpsychologin Helene Deutsch den Unwillen von Betroffenen, über die näheren Umstände ihrer Verlusterfahrung zu sprechen, bereits als unbewussten Versuch, unangenehme Wahrheiten abzuwehren. 20 Jahre zuvor hatte Sigmund Freud (1856–1938) in einem einflussreichen Aufsatz über »Trauer und Melancholie« erstmals die Idee vorgebracht,

**UND DAS LEBEN GEHT WEITER?
Der Tod eines geliebten Menschen
entfremdet Hinterbliebene häufig
von der Welt dort draußen.**



dass sich Trauernde, um über den erlittenen Verlust hinwegzukommen, intensiv mit ihren Gefühlen auseinandersetzen müssten.

In jener Schrift äußert sich der Begründer der Psychoanalyse erstaunt darüber, »dass es uns niemals einfällt, die Trauer als einen krankhaften Zustand zu betrachten und dem Arzt zur Behandlung zu übergeben, obwohl sie schwere Abweichungen vom normalen Lebensverhalten mit sich bringt«. Freud führt sodann aus, warum die schmerzliche Konfrontation mit den eigenen Gefühlen unverzichtbar sei, um das Verschwinden des anderen zu akzeptieren. Nur wenn sich der Trauernde mit den Ereignissen vor und nach dem Todesfall beschäftigt und seine Erinnerungen an den Verstorbenen rekapituliert, löse sich nach und nach die »libidinöse Bindung« zu der nahestehenden Person. Freud prägte hierfür den Begriff der Trauerarbeit.

Seither spielte der Appell zur aktiven Bewältigung in fast allen Theorien der Trauerverarbeitung eine wichtige Rolle, und bis heute basieren die meisten Therapieprogramme auf diesem Grundsatz. Ein wichtiges Prinzip der therapeutischen Trauerarbeit lautet: Der Betroffene muss

seine Gefühle anderen gegenüber kundtun, seien es Freunde, Angehörige oder der behandelnde Psychologe. Denn erst im Darübersprechen setze er sich mit seiner Trauer tief greifend auseinander, während er mit sich allein gelassen die Konfrontation meidet. Angebote der psychologischen Trauerbegleitung zielen daher häufig darauf ab, die Betroffenden zum Gespräch über den Verlust zu ermutigen.

Nun mag es wie eine Binsenwahrheit klingen, dass wir Schicksalsschläge besser wegstecken, wenn wir uns von anderen geachtet fühlen und bei ihnen ein offenes Ohr für unsere Nöte finden. Gerade weil dies so offensichtlich scheint, wurde es lange Zeit kaum wissenschaftlich untersucht. In unserer eigenen Forschungsarbeit stellten wir uns daher vor einigen Jahren die Frage, ob das Sprechen über Verlustgefühle den Betroffenen tatsächlich hilft, Verluste zu überwinden.

Wie die meisten Trauerforscher betrachteten wir dabei eine ganz bestimmte Verlusterfahrung: den Tod des Ehepartners. Grad und Dauer des psychischen Leidens werden dabei in der Regel am Ausmaß depressiver Symptome festgemacht: Gefühle der Niedergeschlagenheit und der allge-

meinen Unlust, häufiges Weinen, das einen oft unvermittelt überfällt, Angst vor der Zukunft bis hin zur diffusen Sehnsucht, selbst zu sterben. Mitte der 1990er Jahren befragten wir im Rahmen einer ersten Längsschnittstudie insgesamt 60 verwitwete Männer und Frauen im süddeutschen Raum nach ihren Erfahrungen und ihrem Befinden, und zwar in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren hinweg.

Als psychologisches Messinstrument diente uns unter anderem das Beck-Depressions-Inventar (BDI), ein standardisierter Fragebogen, der alle wesentlichen Symptome depressiver Verstimmungen erfasst. Gleichzeitig erkundigten wir uns, wie gut sich die Befragten sozial unterstützt fühlten. Hierzu baten wir sie, jeweils auf einer mehrstufigen Skala anzugeben, wie sehr etwa die folgenden Aussagen für sie zutrafen: »Ich habe jemanden, dem ich voll vertraue und mit dem ich über alles reden kann.« Oder: »Wenn ich Rat brauche, habe ich Menschen, die mir gerne helfen.«

Die Befragungen fanden jeweils 6, 14 und 26 Monate nach dem Todesfall statt. Die Angaben verglichen wir mit denen von 60 Verheirateten gleichen Alters, Ge-

schlechts und sozioökonomischen Status, die wir in denselben Zeitabständen befragten.

Wie zu erwarten, zeigten Verwitwete im Durchschnitt deutlich höhere Depressionswerte als die Probanden, die in Partnerschaft lebten. So wiesen zum Beispiel ein halbes Jahr nach dem Tod des Partners 42 Prozent der Verwitweten BDI-Werte auf, die einer leichten Depression entsprachen; unter den Verheirateten überschritten dieses Maß dagegen nur 10 Prozent. Obwohl der Unterschied über die Zweijahresfrist abnahm, waren auch am Ende des Untersuchungszeitraums noch 27 Prozent der Verwitweten deutlich depressiv.

Auch der Einfluss der sozialen Unterstützung auf das seelische Wohlbefinden war deutlich: Menschen, die über mehr familiäre oder freundschaftliche Beziehungen verfügten, litten weniger unter depressiven Symptomen als Menschen, denen dieser Rückhalt fehlte. Allerdings schien

VON TEDDYS UND TRÄNEN

Eltern, die ein Kind verlieren, haben besonders schwer am Verlust zu tragen – das Lieblingsplüschtier wird zum Schreckgespenst.



der gleiche Effekt bei den Verheirateten wirksam. Auch hier waren Befragte mit hohen Werten in Sachen sozialer Unterstützung im Schnitt glücklicher. Soziale Unterstützung ist also im Trauerfall hilfreich, ihre positive Wirkung scheint aber universell zu sein. Wir fühlen uns besser, wenn wir oft unter Freunden sind, aber deshalb schmerzt ein schlimmer Verlust nicht unbedingt weniger.

Gefühlen freien Lauf lassen?

Oder galt es vielleicht stärker danach zu differenzieren, worin die wahrgenommene Hilfe genau besteht? So gab die erste Befragung beispielsweise keinerlei Auskunft darüber, wie sehr die Verwitweten ihre Gefühle über den Verlust tatsächlich anderen offenbarten. Dies holten wir in einer weiteren Studie an niederländischen Witwen und Witwern nach, die wir ebenfalls über zwei Jahre hinweg regelmäßig befragten. Dabei erfassten wir zusätzlich den Grad des individuellen Gefühlausdrucks: »Ich habe meiner Umgebung gezeigt, wie ich mich fühle«, »Ich habe über meinen Verlust gesprochen« oder »Ich habe meinen Gefühlen freien Lauf gelassen« lauteten einige der zu bewertenden Aussagen.

Doch erneut fanden wir keinen Hinweis darauf, dass die Trauer sich besser oder schneller überwinden lässt, wenn man sie anderen mitteilt. Verwitwete, die viel über ihre Gefühle sprachen, zeigten nicht weniger depressive Symptome als solche, die ihr Innenleben eher für sich behielten. Dieses Ergebnis stimmte mit unserer früheren Studie überein.

Ist der Erfolg der Trauerverarbeitung also von anderen Faktoren abhängig als von der sozialen Unterstützung und davon, wie gut Trauernde über ihre Gefühle sprechen können? Oder schlagen diese Faktoren eher bei Trauernden an, die Komplikationen erwarten lassen oder zeigen? Zur Wirksamkeit verschiedener Formen der Trauerbegleitung und -therapie liegen inzwischen einige methodisch gut abgesicherte Studien vor. 2001 veröffentlichte unsere Arbeitsgruppe eine zusammenfassende Analyse dieser Forschungen.

Als ein Gütesiegel betrachteten wir dabei, ob die Untersuchung auch eine Kontrollgruppe umfasste, also eine zweite Gruppe von Trauernden, bei denen zwar der Symptomverlauf bestimmt, aber keine psychologische Intervention begonnen wurde. Da die große Mehrheit der Trauern-

den ohne professionelle Hilfe auskommt, wäre es wenig informativ, wenn man nur bewies, dass Trauernde nach psychologischen Maßnahmen weniger depressiv seien als zuvor. Um eine Wirksamkeit zu belegen, muss ein solches Ergebnis vielmehr mit solchen Personen verglichen werden, die nicht behandelt wurden.

Auch können Selbstauskünfte wie »Die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe hat mir geholfen« allein kaum als Beleg herhalten. Denn Trauernde, die sich nach einiger Zeit allmählich besser fühlen, können selbst meist schlecht beurteilen, ob die Besserung durch die Therapiegespräche zu Stande kam oder sich eventuell auch spontan eingestellt hätte.

Bei der psychologischen Trauerbegleitung werden allgemein drei Formen unterschieden: zum einen offene Gesprächsangebote für Menschen, die einen Todesfall im Familien- oder Freundeskreis erlitten haben; zum anderen Hilfe für Trauernde mit Risikofaktoren wie einem besonders traumatischen Verlust oder bereits vorher bestehenden psychischen Problemen, sowie schließlich eine klassische Psychotherapie für Patienten, die deutliche Symptome komplizierter Trauer zeigen.

Bei der Auswertung von insgesamt 16 methodisch soliden Wirksamkeitsstudien fanden wir keinen Beleg dafür, dass Erwachsene von der erstgenannten Form der Begleitung profitierten. Ein ähnliches Fazit zog der Trauerforscher Colin Murray Parkes vom Londoner St Christopher's Hospice im Fachjournal »Bereavement Care«: »Es gibt keine Hinweise darauf, dass eine Trauerbegleitung für alle Trauernden sinnvoll ist. Es hat sich nicht bestätigt, dass Trauernde, die allein auf Grund der Tatsache, dass sie einen Verlust erlitten, eine Trauerbegleitung in Anspruch nehmen, davon profitieren.«

Die meisten Trauernden in den zu Grunde liegenden Untersuchungen suchten die jeweilige Selbsthilfegruppe auf Anraten eines Arztes oder Psychologen auf. Nicht ausgeschlossen, dass solche Angebote eher Trauernden helfen, die aus sich heraus den Austausch mit anderen wünschen.

Die Unterstützung von Risikogruppen erwies sich dagegen als durchaus sinnvoll, milderte jedoch die Symptome oft nur kurzzeitig. Die dritte Form der Begleitung, die psychotherapeutische Behandlung von kompliziert Trauernden, war in fast allen verglichenen Studien effektiv und führte häufig zu anhaltenden Verbesserungen.

Trauerbegleitung ist also vor allem dann angeraten, wenn Komplikationen bereits vorliegen oder deren Gefahr besonders hoch ist, das heißt, wenn Menschen aus eigener Kraft nicht im Stande sind, ihre Trauer zu überwinden. Damit stellt sich die Frage, woran diese Menschen zu erkennen sind. Mit anderen Worten: Wie ist Komplikationen vorzubeugen?

Als Faustregel gilt es hier vor allem diejenigen im Auge zu behalten, bei denen bestimmte Risikofaktoren vorliegen. Dazu zählen neben einer besonderen Enge der Beziehung zum Verstorbenen auch die näheren Umstände des Todes – ob es sich zum Beispiel um einen Suizid oder einen tragischen Unfall handelte. Verluste, die ohne Vorwarnung eintreten, etwa durch einen Schlaganfall oder plötzlichen Herzstillstand, sind meist schwerer zu verarbeiten als solche nach längerer Krankheit. Der unerwartete Verlust raubt den Angehörigen die Möglichkeit, sich gedanklich darauf einzustellen und Abschied zu nehmen.

Die Bürde unerwarteter Verluste

Auch psychische Probleme, an denen jemand schon vor dem Verlust des Partners litt, erhöhen die Gefahr komplizierter

»Obwohl Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt eher zu Depressionen neigen, stürzt der Verlust der Partnerin Männer in tiefere Krisen«

Trauer. Wer allgemein zu depressiven Verstimmungen neigt, reagiert auch auf den Tod von Angehörigen eher auf diese Weise. Hier zeigen verschiedene Studien zudem auffällige Geschlechterunterschiede: Obwohl Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt eher zu Depressionen neigen als Männer, stürzt der Verlust der Partnerin Männer in tiefere Krisen. Diese neigen auch stärker dazu, ihre Trauer vor der Umwelt zu verbergen.

Wer sich jedoch harte Kriterien dafür erhofft, wann Trauernde professionelle Hilfe benötigen oder wie man »richtig« trauert, den müssen wir enttäuschen: Die genannten Faktoren erhöhen zwar insgesamt die Gefahr von Komplikationen, erlauben jedoch letztlich keine verlässlichen Vorhersagen. Zudem können Trauerkomplikationen auch bei psychisch vermeintlich gut gerüsteten Menschen auftreten, obwohl dies seltener der Fall ist. Es gibt keine Art zu trauern, die allen Menschen hilft und daher universell anzuraten wäre. Das gilt im Übrigen auch für das Konzept der Trauerarbeit – sie ist nach heutigem Stand der Forschung nicht mehr als einzige richtige Strategie zu betrachten. Viele Trauernde haben durchaus das Bedürfnis, ihre Gefüh-

le anderen mitzuteilen und sich mit dem erlittenen Verlust auseinanderzusetzen. Andere stürzen sich lieber in die Arbeit oder versuchen, durch andere Ablenkungen mit dem Verlust fertigzuwerden. Solange die Strategie nicht ins Extrem getrieben wird und das Leiden zementiert oder sogar noch verstärkt, ist sie nicht per se abzulehnen.

Die Trauer um den Tod eines geliebten Menschen ist der Preis, den wir für Liebe, Zuneigung und Freundschaft zahlen. Die Unterstützung durch Familie und Freunde ist wichtig, kann den Schmerz über den Verlust aber nicht unbedingt mindern. Wir wissen inzwischen auch, dass die Furcht, den Verstand zu verlieren oder das Leben nach dem Verlust nicht mehr zu meistern, in den ersten Monaten nach dem Tod eines Angehörigen ein Teil der normalen Trauerreaktion sein kann. Wer jedoch auch nach dieser Zeit Angst hat, mit seiner Trauer allein nicht zurechtzukommen, der sollte professionelle Hilfe suchen. ↗

(Gehirn&Geist, 12/2005)

ENTSTEHUNG DES LEBENS

Vom Molekül zur
komplexen Zelle

FÜR NUR
€ 4,99

KINDER UND TOD

Im Himmel haben alle Flügel

von Roswitha Sommer-Himmel und Melanie Maksim



Wie denken Kinder über den Tod? Manche meinen, er sei ein böser Mann und man könne sich vor ihm verstecken. Erst allmählich begreifen sie, dass jeder Mensch sterben muss – und niemand zurückkehrt.

Das kleine Holzkreuz hat sie selbst gebastelt, den Namen auf den Stein gemalt und das Blümchen daneben gestellt. Vorgestern ist Struppi gestorben. Jetzt ist er im Hundehimmel und bekommt jeden Tag einen Riesenknochen, sagen Mama und Papa. Von der Tragweite des Todes macht sich die kleine Lena derweil noch keinen Begriff.

Dank des medizinischen Fortschritts und gesünderer Lebensbedingungen ist der Tod heute vor allem ein Phänomen des Alters. Meist sind es die Großeltern oder eben das geliebte Haustier, die Kinder zum ersten Mal mit dem Sterben konfrontieren. Aus unserem unmittelbaren familiären Umfeld verdrängen wir den Tod weitgehend: Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser oder Hospize begleiten die Sterbenden, Bestattungsunternehmen organisieren die Beerdigung. Erste Vorstellungen vom Tod

sammeln die meisten Kinder daher eher beiläufig, etwa wenn Erwachsene miteinander sprechen, auf den Friedhof oder in die Kirche gehen – vor allem aber durch Presse und Fernsehen.

Die Sozialpädagogin Margit Franz schätzte 2004, dass ein Jugendlicher hier zu Lande bereits rund 18 000 – reale oder fiktive – Todesfälle in verschiedenen Medien gesehen hat, bevor er volljährig wird. Der Theologe und Psychologe Karl-Heinz Menzen von der Katholischen Fachhochschule Freiburg kam 1996 gar auf 15 000 Morde, die ein durchschnittlicher 14-Jähriger schon auf dem Bildschirm verfolgt hat. Da Kinder die Bilder aus den Medien oft uneingeschränkt für wahr halten, sind laut einer schwedischen Untersuchung 40 Prozent der Sechs- bis Zehnjährigen davon überzeugt, dass Menschen stets durch Mord sterben – und ansonsten immer weiterleben.

Können Tote traurig sein?

Vom Tod haben Kinder je nach Alter, Entwicklungsstand und persönlicher Erfahrung ganz unterschiedliche Auffassungen. Im Alter von drei bis zehn Jahren entwickeln Kinder ihre kognitiven Kapazitäten – allen voran Sprache und Denken. Angetrieben von Neugier und Entdeckungslust erkunden sie ihre Welt und formen zunehmend realistische Vorstellungen.

Um zu verstehen, wie sich kindliche Vorstellungen vom Tod verändern, befragten Forscher seit den 1970er Jahren Kinder nach ihrer Meinung: Muss jeder Mensch sterben? Können Tote hungrig oder traurig sein? Können sie ins Leben zurückkehren? 1984 fassten der amerikanische Kinderarzt Mark W. Speece und der Psychologe Sandor B. Brent von der Wayne State University in Detroit 35 solcher Studien mit insgesamt mehr als 4800 kleinen Probanden zusammen. Sie definierten ein »erwachsenes« To-

deskonzept anhand von drei Merkmalen: nämlich der Einsicht,

- 1** dass alle lebensnotwendigen Körperfunktionen mit Eintritt des Todes enden (Nonfunktionalität),
- 2** dass der Tod unumkehrbar ist (Irreversibilität) und
- 3** dass alle Lebewesen sterben müssen (Universalität).

Der Psychologe Joachim Wittkowski von der Universität Würzburg erweiterte diese Definition 1990 um ein weiteres Merkmal: die Erkenntnis, (4) dass die Ursachen des Todes physikalischer oder biologischer Art sind (Kausalität).

Speece und Brent kamen zu dem Resultat, dass ein Grundverständnis für die genannten drei Konzepte schon im Alter von sieben Jahren entsteht; nach dem Schweizer Entwicklungspsychologen Jean Piaget (1896–1980) beginnt in diesem Alter das so genannte konkret-operationale Stadium. Heute sprechen die meisten Forscher jedoch von einem Zeitfenster zwischen dem achten und zehnten Lebensjahr, in dem

Mut machen statt beschönigen: Mit Kindern über den Tod sprechen

AUF VIELE EXISTENZIELLE FRAGEN können Eltern keine allgemein gültigen Antworten geben. Das ist auch gar nicht so wichtig: Entscheidend ist vielmehr die Art, wie sie reagieren und ob sie den Kindern die Möglichkeit geben, gemeinsam nach einer altersgemäßen Antwort zu suchen.

WEIL SIE GEDANKEN AN DEN TOD aus eigener Angst und Unsicherheit von den Kleinen fernhalten wollen, bleiben Erwachsene auf neugierige Fragen von Kindern oft eine Antwort schuldig oder behelfen sich mit bagatellisierenden Umschreibungen. Doch Beschönigungen wie »Opa ist eingeschlafen« schaden im Zweifelsfall mehr, als sie helfen: Manche Kinder verstehen das wörtlich und fürchten sich künftig vor dem Zubettgehen oder glauben, Großvater würde irgendwann wieder aufwachen. Eltern sollten zunächst überlegen, welches Bedürfnis hinter einer Frage steckt. Das bedeutet: sich dem Kind zuwenden und aktiv zuhören, ohne zu bewerten, sowie seine Empfindungen erspüren und in eigene Worte fassen. So erfährt der Erwachsene, welche Antworten das Kind nicht überfordern oder gar ängstigen. Dabei helfen Metaphern aus der Natur wie die der Raupe, die »sterben« muss, damit aus ihr ein Schmetterling werden kann. Viele Eltern trösten ihre Kinder damit, dass die Toten die Trauernden für immer als Schutzengel begleiten.

DA KINDER EIN FEINES GESPÜR für Aufrichtigkeit haben, ist es wichtig, eine Antwort zu finden, die der eigenen Überzeugung entspricht – und zugleich den Bedürfnissen und dem Wissensstand des Kindes gerecht wird. Dabei können Eltern ruhig mal einräumen, dass sie auch nicht alles wissen. Letztlich ist es nicht entscheidend, dass das Kind so früh wie möglich ein realistisches Todeskonzept entwickelt, sondern dass es auf seine Fragen echtes Interesse und Zuwendung erfährt – damit es weiterhin offen und vertrauensvoll fragen kann.



sich das Todeskonzept vollständig ausdifferenziert. Da viele Untersuchungen lediglich einen Querschnitt abbilden, kann man anhand ihrer Ergebnisse allerdings streng genommen keine Aussagen über die indi-

viduelle Entwicklung eines einzelnen Kinds treffen.

Das gilt auch für unsere kleine qualitative Studie, in der wir 2006 an der Evangelischen Fachhochschule in Nürnberg acht

LÜCKE IM LEBEN

Auch wenn das Mädchen den Tod noch nicht ganz begreift, trauert es um die geliebte Großmutter.

Kinder zwischen vier und zehn Jahren in intensiven Interviews befragten, welche Erfahrungen sie mit dem Tod gemacht hatten und wie sie ihn sich vorstellten. Die Entwicklungsschritte, auf die wir aus den Berichten der jeweils vier Jungen und Mädchen schließen konnten, decken sich weitgehend mit denen aus älteren Studien.

Im Vorschulalter setzen sich Kinder demnach zunächst ganz sachlich mit dem Tod auseinander. Vor allem der Fund eines toten Tiers in der Natur weckt oftmals ihren Forscherdrang. Die Kinder möchten es streicheln, trösten oder zumindest wissen, warum das Tier sterben musste. Kadaver studieren sie mit beinahe wissenschaftlichem Eifer. Auf Erwachsene wirkt es manchmal bizarr, wenn der Nachwuchs nüchtern und emotional unbeteiligt über den Tod spricht. Doch das ist ganz normal, denn das kindliche Bedürfnis, die Welt zu begreifen, ist bis zum Alter von sieben Jahren noch stark an die Anschauung gebun-

»Da muss man halt
immer aufstehen und
Gebete sprechen.
Da steht der Sarg,
und der ist dann am
Ende runtergefahren
worden«

[neunjähriger Junge über
Beerdigungen]

den. Anders gesagt: Das Denken orientiert sich noch an der konkreten Wahrnehmung, dem jeweils vorliegenden Gegenstand oder Sachverhalt.

Daher betrachten Kindergartenkinder das Phänomen Tod zunächst nur anhand eines Merkmals: Tot ist, was sich nicht mehr bewegen kann. Wenn etwa jemand beim Sport hinfällt und erst mal liegen bleibt, dann glaubt mancher Sechsjährige folgerichtig, der Betreffende sei gestorben. Bevor Kinder das Prinzip der Nonfunktionalität richtig verstehen – also erkennen, dass »tot sein« bedeutet, dass alle wichtigen Lebensfunktionen erloschen sind –, stellen sie sich vor, der Tod wäre ein irgendwie reduziertes Leben.

Mitunter gestehen sie einem Verstorbenen noch Gefühlsregungen und andere Lebensfunktionen zu: »Mami hat gesagt, wenn irgendjemand mal tot wird, dann ist das ganz traurig! Und wenn man dann einkauft und dem Mann Blumen hintut, wird der Mann fröhlich«, berichtete uns ein fünfjähriges Mädchen. Erst im Alter von zirka acht Jahren setzen Kinder den Tod nicht länger nur mit Bewegungsunfähigkeit gleich, sondern erkennen zusätzliche Eigenschaften, zum Beispiel, dass Tote

nicht mehr atmen, keinen Hunger, Durst oder sonstige Gefühle verspüren.

Vorübergehend abwesend

Bevor sie begreifen, dass der Tod unumkehrbar und endgültig ist, verstehen Kinder ihn als vorübergehend: ein Zustand, aus dem man jederzeit wieder erwachen oder zurückkehren kann, wie aus dem Schlaf oder von einer Reise. »Manchmal kann man auch sterben«, glaubte ein fünfjähriges Mädchen. Und selbst ein acht Jahre alter Junge meinte in unseren Gesprächen noch, dass seine entsorgten Haustiere irgendwie weiterleben: »Die toten Fische haben wir dann ins Klo geschmissen. Hm, sind sie wenigstens wieder im Meer.«

Auch der Ausspruch: »Ich wünschte, du wärst tot!«, der manche Eltern entsetzt oder beunruhigt, drückt lediglich den Wunsch nach einer momentanen Abwesenheit aus. Der Tod erscheint Kindern in dieser Phase eben nicht als endgültige Vernichtung, sondern als befristete Trennung.

Dennoch empfindet ein Kind durchaus Trauer, wenn eine nahestehende Person stirbt: Wie bei jeder Trennung fühlt es sich verlassen – und nur davor hat es Angst, nicht aber vor dem Tod! Wird ihm die End-

Entwicklung des Todeskonzepts im Kindesalter

3 bis 6 Jahre

Kinder glauben, dass das wichtigste Merkmal eines Toten seine Unbeweglichkeit ist. Sie meinen, der Tod könnte durch bestimmte Verhaltensweisen umgangen werden und nicht jeder müsse sterben. Er erscheint ihnen als befristete Trennung.

6 bis 8 Jahre

Allmählich erkennen Kinder einen Zusammenhang zwischen Alter, Krankheit und Tod und begreifen, dass der Tod unwiderruflich und unvermeidlich ist. Sie stellen sich ihn zum Beispiel als Sensenmann vor oder als Abgrund, in den man stürzen kann.

ab 9 Jahre

Die Kinder haben nun eine realistische Auffassung von der Tragweite und Endgültigkeit des Tods, sie begreifen seine Ursachen und was ihn definiert: das Ende der Lebensfunktionen. Mit zehn Jahren verfügen Kinder über dasselbe Todeskonzept wie Erwachsene.

(Altersangaben sind Durchschnittswerte)

Stadien der kognitiven Entwicklung nach Jean Piaget (1896-1980)

bis 2 Jahre: sensomotorisches Stadium

Kinder lernen, Sinne und Bewegungen zu koordinieren.

2 bis 7 Jahre: präoperationales Stadium

Das Kind bezieht alles auf sich und kennt nur die eigene Perspektive. Das Denken ist realistisch (auch abstrakte Sachverhalte existieren tatsächlich), animistisch (alle Dinge sind belebt) und artifiziell (alles ist von Menschen geschaffen). Geschehen Dinge gleichzeitig am selben Ort, zieht das Kind kausale Schlüsse zwischen den beiden.

7 bis 11 Jahre: konkret-operationales Stadium

Das Denken beschränkt sich weiter auf konkrete, anschauliche Erfahrungen, mit denen das Kind nun aber auch in Gedanken operieren kann. Dabei lässt es sich noch immer mehr von Intuition und aktueller Wahrnehmung leiten als von logischen Überlegungen.

ab 12 Jahre: formal-operationales Stadium

Das Kind erlangt die Fähigkeit, logisch und abstrakt zu denken.

(Altersangaben sind Durchschnittswerte)



gültigkeit des Todes zunehmend bewusst, verbindet es damit auch immer mehr negative Gefühle. Es beginnt, den Tod zu fürchten, und empfindet ihn als traurig, unheimlich oder grausam. Friedhöfe und Särge können Ängste auslösen, doch oft lässt sich auch eine Mischung aus Grusel und Faszination beobachten.

Im Grundschulalter neigen Kinder dazu, sich den Tod als Gestalt vorzustellen – etwa als Skelett, Sensenmann, Teufel oder Geist. Manche stellen ihn sich aber auch als etwas vor, in das man stürzen kann, als Loch, Abgrund oder Keller. Diese bildhaften Vorstellungen spiegeln in vielen Fällen Ängste wider. Kindergartenkinder glauben häufig, der Tod sei immer die Folge von etwas, was von außen kommt – also eines Unfalls oder einer Gewalteinwirkung. Der Tod kommt, »wenn ein Jäger geschossen hat oder wenn ein Vogel oder irgendein böses Tier, zum Beispiel ein größerer Vogel, den totgemacht hat«, erklärte uns eine Sechsjährige. Deshalb sind viele Vorschüler auch der

ABSCHIED

Manche Kinder glauben, dass sich Tote über Besuch freuen können.

»Da kann man ein
Kreuz reintun aus Holz,
zwei Stöcke
aneinanderbinden oder
-kleben, dann kann man
immer außen rum Blumen
hintun und zwischendurch
mal kommen und die
Blumen gießen«

[sechsjähriges Mädchen
zum Thema Gräber]

Überzeugung, dass der Tod vermeidbar wäre, wenn man sich nur brav und vorsichtig verhält, wenn man sich vor ihm versteckt – oder etwas Böses wegzaubert. Sterben erscheint manchen auch als ein Ereignis, das zwar anderen Menschen zustoßen kann, aber die eigenen Bezugspersonen, lieb gewonnene Tiere und sie selbst nicht bedroht. Kleine Kinder verstehen zudem oft noch nicht, dass auch Krankheiten zum Tod führen können. Erst mit zunehmendem Alter beginnen sie einen Zusammenhang zwischen Altern, Kranksein und Sterben herzustellen. Sie begreifen dann zum Beispiel, warum die Großmutter gestorben ist: »Weil die schon ganz alt ist, die Omi!« (ein Junge, sechs Jahre). Spätestens wenn sie in die Schule gehen, erkennen sie, »dass halt manche krank sind, und dann stirbt man. Und bei Krebs, dass man dann wenige Haare hat, weil man so krank ist, und schnell stirbt« (Junge, neun Jahre).

Mit etwa acht Jahren haben schließlich die meisten Kinder erkannt, dass alle Menschen und Tiere sterblich sind. Manche interessieren sich nun sehr dafür, was nach dem Tod passiert. Da sie bis zum zehnten oder elften Lebensjahr ein ganzheitliches Verständnis vom Menschen haben, kön-

nen sie eine Trennung von Körper und Seele, wie sie in den Religionen dargestellt wird, nicht fassen. Sie glauben vielmehr, dass der Mensch mit Körper, Geist und Seele in den Himmel kommt.

Einige Kinder entwickeln sogar konkrete Vorstellungen davon, wie folgende Aussage eines Neunjährigen verdeutlicht: »Wenn ein Mensch oder ein Tier stirbt, kommt er auf eine Straße, eine Art Sprungschanze. Er nimmt dann Anlauf und fliegt von dort in den Himmel. Im Himmel ist es ganz weiß und neblig. Sonst sieht es aber genauso aus wie auf der Erde. Es gibt Häuser, Hundehütten und sogar Strom. Allerdings gibt es keine Ecken, alles ist ganz rund und weich. Alle Menschen und Tiere haben Flügel und können herumfliegen. Menschen haben außerdem einen Lichterkranz auf dem Kopf, weil es sich so gehört und damit sie besser gesehen werden. Die Häuser sind bunt, die Toten sind aber neblig. Alle dort sind sehr glücklich, und es gibt keine Feindschaft, auch nicht zwischen Tieren.«

Im Alter von neun oder zehn Jahren sehen die meisten Kinder den Tod so wie die Erwachsenen: Sie wissen von seiner Unvermeidlichkeit, seiner Tragweite und Unwiderruflichkeit, sind über grundlegende bio-

logische Aspekte informiert und beschäftigen sich mit der körperlichen Auflösung, wie dieser neun Jahre alte Junge: »Dann wird erst mal die ganz Haut weggehen, und dann werden auch irgendwann die Knochen von den Tieren unter der Erde aufgefressen ...«

Der Endgültigkeit gewahr werden

In dieser Altersstufe erlischt in der Regel das Interesse für den Tod und für alles, was damit verbunden ist. Der renommierte Psychiater Irvin D. Yalom von der Stanford University in Kalifornien glaubt, dass das Gewahrwerden des Tods und seiner Endgültigkeit Ängste auslöse, die das Kind dazu treiben, ihn zu verdrängen und zu verleugnen. Zwischen neun und zwölf Jahren beschäftige es sich deswegen unbelastet von solcherlei Überlegungen mit der Alltagsroutine.

Erst mit der einsetzenden Pubertät wende sich der Blick wieder nach innen und auf die existenziellen Fragen. Jetzt können die Heranwachsenden ihre Angst ertragen und sich der Unausweichlichkeit des Todes stellen.

(Gehirn&Geist, 4/2008)

Literaturtipps

- Arens, V.: Grenzsituationen. Mit Kindern über Sterben und Tod sprechen. Religionspädagogische Perspektiven Band 19. Essen: Die blaue Eule 1994.
- Bauer, J.: Opas Engel. Hamburg: Carlsen 2003 (ab 4 Jahre).
- Everdering, W.: Wie ist es tot zu sein? Tod und Trauer in der pädagogischen Arbeit mit Kindern. Freiburg: Herder 2005.
- Fried, A., Gleich, J.: Hat Opa einen Anzug an? München: Carl Hanser 1997 (ab 6).
- Hensgen, A.: Darf ich bleiben, wenn ich leise bin? München: dtv 2003 (ab 8).
- Plieth, M.: Kind und Tod. Zum Umgang mit kindlichen Schreckensvorstellungen und Hoffnungsbildern. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener 2001.
- Stanko, J.: Flieg Hilde, flieg. Essen: Limette 2005 (ab 5).
- Tausch-Flammer, D., Bickel, L.: Wenn Kinder nach dem Sterben fragen. Ein Begleitbuch für Kinder, Eltern und Erzieher. Freiburg: Herder 1994, 10. Aufl.
- Arbeitsbuch mit Vorlesegeschichten und Zeichnungen, die Kinder in ihrer Trauer begleiten und zum Nachdenken anregen
- Unverzagt, G.: Kinder fragen nach dem Tod. Mit einem schwierigen Thema richtig umgehen. Freiburg: Herder 2007.
- Leitfaden, der Eltern hilft, die kindliche Vorstellungswelt zu begreifen und mit Kindern ins Gespräch zu kommen

ESSEN UND PSYCHE

Wie unsere
Ernährung
auf das
Gehirn wirkt

FÜR NUR
€ 4,99

HIER DOWNLOADEN





TRAUER BEI KINDERN

»Oma, wann stirbst du denn?«

von Kerstin Schumacher

Kinder gehen anders mit dem Verlust einer engen Bezugsperson um als Erwachsene. Bei der Bewältigung der Trauer brauchen sie oft Hilfe. Unterstützung leisten ausgebildete Trauerbegleiter, eine Therapie ist in der Regel nicht nötig.

Am Ende einer ruhigen Straße steht das Einfamilienhaus, inmitten eines Wohngebiets einer Kleinstadt nahe dem hessischen Darmstadt. Im Garten steht eine Schaukel, auf dem Rasen liegt ein Fußball – Reminiszenzen an ein glückliches Familienleben, das vor drei Tagen ein jähes Ende genommen hat. Der Familienvater ist bei einem Verkehrsunfall ums Leben gekommen. Zurück bleiben die 39 Jahre alte Ehefrau und der acht Jahre alte Sohn des Paars, Tristan. Um ihn geht es in dieser Geschichte. Wie verkraftet ein Kind den Tod eines nahen Angehörigen? Wie kann man ihm am besten helfen? Tristans Mutter ist unsicher, wie sie mit ihrem Sohn umgehen, wie sie mit ihm über das Unfassbare sprechen soll: dass sein Vater tot ist. Dass er nie wieder kommt. Deshalb hat sich die 39-Jährige an den Malteser Hilfsdienst gewandt und

um Unterstützung gebeten. Die Malteser bieten neben [Trauergruppen für Kinder](#) von 8 bis 14 Jahren auch Einzelbegleitung für 6- bis 18-Jährige in den Familien an.

Die Unterstützung kommt nun in Person von Christine Hass-Schuster zu Tristan und seiner Mutter nach Hause. Hass-Schuster ist qualifizierte Trauerbegleiterin. Diesen Titel darf nicht jeder führen: Sie hat dafür über eineinhalb Jahre hinweg eine anerkannte Ausbildung absolviert, Hausarbeiten zum Thema geschrieben und eine Abschlussarbeit verfasst. »Kinder trauern anders als Erwachsene«, erläutert die Expertin. Der größte Unterschied besteht darin, dass Kinder die Welt jeden Tag ein Stückchen mehr entdecken. »Sie sind es gewöhnt, sich auf unsicherem Terrain zu bewegen«, sagt Hass-Schuster. »Erwachsene hingegen glauben, alles in der Hand zu haben.« Wenn sie dann vom Verlust eines Menschen betroffen sind, ziehe ihnen das

schnell den Boden unter den Füßen weg. Das heißt, Kinder wenden sich auch mal einem Spiel zu und sind fröhlich. »Auf Erwachsene wirkt das, als würden sie nicht trauern oder seien gleichgültig.« Auch Tristans Mutter wundert sich über das Verhalten ihres Sohnes. Er kann lachen und den Tod seines Vaters völlig ausblenden – als ob nichts passiert wäre. Doch Erwachsene sollten sich davon nicht täuschen lassen. Damit verarbeitet das Kind seine Trauer: »Es versucht, sein seelisches Gleichgewicht wiederherzustellen«, erklärt Hass-Schuster. Tristans Mutter hat sie versichert, dass Tristans Verhalten völlig normal ist. »Die Seele lässt nur so viel zu, wie sie verkraftet.« Kinder hüpfen von Trauerpfütze zu Trauerpfütze, Erwachsene waten durch einen Trauerfluss. Mal weinen trauernde Kinder, mal lachen sie, mal sind sie wütend, störrisch oder haben Angst. Auch deshalb ist es hilfreich, wenn professionelle

Trauerbegleiter hinzugezogen werden. »Wir sind emotional nicht involviert und haben den nötigen Abstand«, so Hass-Schuster.

Als die Trauerbegleiterin das Kinderzimmer betreten habe, habe Tristan auf dem Teppich gekniet und gerade einen Turm aus bunten Lego-Steinen vollendet, erinnert sich die Trauerbegleiterin: »Guck mal, was ich gebaut habe«, habe der Achtjährige stolz gesagt und gestrahlt. »Das ist ein Hochhaus, und nachher baue ich noch einen Parkplatz.« Nach der herzlichen Begrüßung setzt sich Christine Hass-Schuster zu dem Jungen auf den Boden. In den kommenden zwei Stunden wird sie versuchen, mit Tristan über seinen Verlust und den Schmerz zu sprechen, soweit der Junge es zulässt.

Trauernde Kinder brauchen keine Therapie

Gemeinsam räumen sie die Spielsachen beiseite. Dann öffnet Hass-Schuster den Koffer, den sie mitgebracht hat. Tristan hilft ihr beim Ausräumen. Zum Vorschein kommen unter anderem eine Kerze und ein Stein. Das ist der Sprechstein. Den erhält derjenige, der redet. Nachdem sie die Kerze für den Verstorbenen entzündet ha-

ben, sprechen die beiden über ihre Woche. Auch Hass-Schuster erzählt, was sie erlebt hat. »Wir müssen uns ebenfalls öffnen, damit das Kind Vertrauen aufbaut.« Aus dem gleichen Grund haben Trauerbegleiter eine Schweigepflicht. Dieser unterliegt alles, was das Kind erzählt – außer es ist Gefahr in Verzug. »Wenn das Kind sich zum Beispiel selbst verletzt, handeln wir«, sagt Hass-Schuster. Wenn die Situation es erfordert, holen sich Trauerbegleiter Rat von einem Psychologen und arbeiten mit ihm Hand in Hand. »Das passiert aber selten«, erklärt Hass-Schuster. Generell sei therapeutische Begleitung von trauernden Mädchen und Jungen nicht nötig. Dennoch schicken manche Erwachsene Kinder nach dem Verlust einer engen Bezugsperson zu einem Therapeuten. »Das ist schade«, findet Hass-Schuster. Denn es suggeriert den Kindern, mit ihnen sei etwas nicht in Ordnung. Dabei ist Trauer etwas Natürliches. »Der Tod gehört zum Leben. Kinder sollten die Chance bekommen, ein normales Verhältnis dazu zu entwickeln.« Dazu gehört das Sprechen über den Verstorbenen und die Erinnerung an die gemeinsame Zeit. Dafür hat Hass-Schuster in der Ausbildung Methoden gelernt, aber für den Umgang

»Kinder sind es gewöhnt,
sich auf unsicherem
Terrain zu bewegen«

[Christine Hass-Schuster]



mit trauernden Kindern gibt es keine Schablone. »Jeder Fall ist anders, jedes Kind verarbeitet den Verlust unterschiedlich schnell.«

Erkenntnisse der [Trauerforschung](#) haben gezeigt: Wie Kinder trauern, ist vor allem abhängig von ihrem Alter, denn das wiederum bestimmt das Verständnis von Sterben und Tod. Kinder können den Tod mit allen seinen Konsequenzen erst mit zunehmendem Alter begreifen. Drei- bis

Sechsjährige kennen zwar schon den Begriff »tot sein«, verstehen aber noch nicht seine Endgültigkeit. Tod bedeutet in diesem Alter vielmehr fort sein, weggehen oder schlafen. Das heißt, die Kinder erwarten die Rückkehr des Verstorbenen. Daher kann man die wütend ausgesprochenen Todeswünsche von Kindern dieses Alters besser verstehen: »Du sollst tot sein« bedeutet »Du sollst weggehen«. Auch beziehen Kinder den Tod nicht auf sich selbst:

TROST AN MAMAS SCHULTER

Wie Kinder trauern, ist vor allem abhängig von ihrem Alter. Kinder können den Tod mit allen seinen Konsequenzen erst mit zunehmendem Alter begreifen. Drei- bis Sechsjährige kennen zwar schon den Begriff »tot sein«, verstehen aber noch nicht seine Endgültigkeit.

Tot sein können nur andere. Kinder im Alter von sechs bis neun Jahren erkennen, dass der Tod alle Menschen treffen kann, auch ihnen sehr nahestehende und auch sie selbst. Mögliche Gefahren werden ihnen bewusster, und sie entwickeln ein größeres Sicherheitsbedürfnis. Sie haben ein sachlich-nüchternes Interesse am Tod. Trotzdem verstehen sie nicht alles und können deshalb Verlust- und Trennungsängste entwickeln. Jugendliche haben verstandesmäßig dieselben Vorstellungen vom Tod wie Erwachsene. Sie stellen sich die großen Sinnfragen, fürchten sich vor dem Sterben und vor Schmerzen. Oft empfinden sie Angst und Unsicherheit beim Gedanken an den Tod. Oft haben sie Schwierigkeiten, Gefühle auszudrücken, die den Tod betreffen.

Angehörige sollten den Tod nicht beschönigen

Auch wenn kleinere Kinder den Tod nicht begreifen: Sie spüren, dass etwas nicht stimmt. »Für ihre Umgebung haben sie sehr feine Antennen«, erklärt Hass-Schuster. Das Wichtigste im Umgang mit trauernden Kindern und Jugendlichen ist deshalb Offenheit und Ehrlichkeit. »Sonst machen sich die Kinder ihre eigenen Gedanken«, sagt Hass-Schuster. Und die Fantasie ist mitunter schlimmer als die Realität. Das ist auch der Grund, warum Kinder mit zur Beerdigung genommen werden sollen. Weiterhin spricht nichts dagegen, Kindern den aufgebahrten Leichnam zu zeigen. Hinterbliebene sollten die Mädchen und Jungen miteinbeziehen und ihnen die Wahrheit sagen – altersgerecht in kleinen Dosen. »Angehörige sollten nicht beschönigen und nicht drum herumreden.« Ein Satz wie ›Opa ist eingeschlafen‹ kann Angst vor dem Einschlafen auslösen. Eine ebenso fatale Wirkung kann es haben, wenn Hinterbliebene dem Kind sagen »Papa ist von uns gegangen«. »Das Kind denkt dann, der Vater habe es verlassen«, erklärt Hass-Schuster. Daraus kann einerseits die Hoffnung entstehen, Papa kom-

me irgendwann wieder zurück. Andererseits kann das Kind Schuldgefühle entwickeln, nach dem Motto: Wäre ich lieb gewesen, wäre Papa nicht gegangen.

Tristan hat man solche Sätze nicht gesagt. Mit dem Tod kam der Junge schon in Berührung: Vor einem Jahr starb sein geliebtes Meerschweinchen Porky. Mit seinen Eltern hat sich Tristan von dem Tier verabschiedet, im Garten haben sie es beerdigt. An der Stelle steht noch heute ein kleines Holzkreuz, das Tristan mit seinem Vater gebastelt hat. »Der Tod eines Haustiers kann eine Chance sein, mit Kindern über den Tod ins Gespräch zu kommen«, erklärt Hass-Schuster. Grundsätzlich können Erwachsene die natürliche Neugier der Kinder nutzen. Dabei mögen auch skurrile Situationen entstehen. »Wenn der Opa gestorben ist, kann es schon sein, dass das Kind irgendwann fragt: ›Oma, du bist doch auch alt, wann stirbst du denn?‹« Das sei keinesfalls böse gemeint, sondern ein Zeichen dafür, dass das Kind sich mit dem Thema auseinandersetzt. »Kinder können in den Tod mit all seiner Bedeutung hineinwachsen«, sagt Hass-Schuster. Sie zu schützen, führt deshalb in die falsche Richtung, »denn dann können sie ihren eige-

Wenn der Opa gestorben ist, kann es schon sein, dass das Kind irgendwann fragt: »Oma, du bist doch auch alt, wann stirbst du denn?«

[Christine Hass-Schuster]

nen Schutzmechanismus nicht entwickeln, um Krisen zu überwinden«.

Durch die regelmäßigen Treffen mit Christine Hass-Schuster hat Tristan gelernt, seine Gefühle auszudrücken. Nach zweieinhalb Monaten – so lange dauert eine Trauerbegleitung bei den Maltesern in der Regel – kann Tristan mit seinem Schmerz schon viel besser umgehen. Seinem Vater malt er regelmäßig Bilder oder schreibt Briefe in ein Trauertagebuch, das Hass-Schuster ihm gegeben hat. »Lieber Papa«, heißt es darin, »ich vermisste dich sehr. Ich wollte noch ganz oft im Garten mit dir Fußball spielen. Mama kann nicht so gut kicken wie du.« Der große Schock ist liebevoller Erinnerung gewichen. Gleichwohl ist der Verlust eines geliebten Menschen stets ein Lebensthema. Tristan wird sein Vater noch oft fehlen: beim Abschlussball, beim Schulabschluss, bei der Hochzeit. »Vor allem in solchen Momenten kann es einen Rückfall in die Trauer geben«, betont Hass-Schuster. Doch Tristan hat gelernt, damit umzugehen. Irgendwann wird der brennende Schmerz ein dumpfer sein. ↵

Alles, was Sie wissen müssen.
Auf Ihrem Bildschirm.



DAS SPEKTRUM DER WISSENSCHAFT **DIGITALABO**
Wissenschaftler berichten über die aktuellen
Erkenntnisse ihrer Fachgebiete.

Jahrespreis (12 × im Jahr) € 60,–; ermäßigt (auf Nachweis) € 48,–

[HIER ABONNIEREN](#)



KINDESVERLUST

TRAUMA FEHLGEBURT

von Anette Kersting

Mindestens jedes zehnte Kind stirbt noch während der Schwangerschaft im Mutterleib.

Viele betroffene Frauen leiden lange unter dem Verlust, und auch Väter entwickeln ein innigeres Verhältnis zum Ungeborenen, als Psychologen annahmen. Forscher um Anette Kersting von der Universität Münster entwickelten eine Internettherapie, die Paaren helfen sollte, den Schmerz zu bewältigen.

Ich stehe in der Küche und fange plötzlich an zu bluten. Dabei war heute Mittag beim Ultraschall noch alles in Ordnung. Mein Mann ruft den Krankenwagen. Ich sehe die Blutlache unter mir und bekomme eine grausige Ahnung. Ich glaube, dass mein Kind nicht mehr lebt. Ich werde hysterisch. Als mich die Sanitäter auf die Trage legen, bin ich still – alles fühlt sich unwirklich an.

In der Klinik sind alle sehr hektisch. Ein Arzt schiebt ein kaltes Metallinstrument in mich hinein. Der Ultraschall bestätigt, was ich längst wusste. Ich soll jetzt schnell ausgeschabt werden. Der Arzt sagt, dass ich noch viele Kinder bekommen könne. Aber mein Baby ist tot. Es kann durch nichts ersetzt werden.«

So beschrieb eine Patientin des Universitätsklinikums Münster, wie sie ihre Fehl-

geburt erlebt hat. Der Tod eines Ungeborenen stürzt die meisten Mütter und Väter in eine tiefe Krise. Gingene Mediziner vor 30 Jahren noch davon aus, dass es für Eltern am besten sei, solch ein Ereignis möglichst schnell zu vergessen, wissen wir heute, dass sich die Reaktionen auf einen vorgeburtlichen Kindesverlust nur unwesentlich von denen bei anderen Trauerfällen unterscheiden. Allerdings wird das Ausmaß vom Umfeld der Betroffenen meist kaum bemerkt.

Je nach Studie sterben zwischen 10 und 30 Prozent aller Kinder, noch bevor sie auf die Welt kommen. Grundsätzlich kann es zu jedem Zeitpunkt einer Schwangerschaft dazu kommen. Bis zur 16. Schwangerschaftswoche sprechen Ärzte von einem Frühabortion, danach von einem Spätabortion. Mehr als die Hälfte aller spontanen Abgän-

AUF EINEN BLICK

Früher Kindesverlust

- 1 Zwei Drittel der Frauen, die eine Fehlgeburt erleben, leiden noch Jahre danach unter den psychischen Folgen.
- 2 Männer trauern stärker, wenn sie zuvor ein Ultraschallbild des Ungeborenen gesehen haben.
- 3 Ärzte und Psychologen der Universitätsklinik Münster entwickelten eine Internettherapie für betroffene Eltern.

ge ereignen sich allerdings vor dem dritten Schwangerschaftsmonat. Erst ab einem Körpergewicht von 500 Gramm gelten Babys, die vor oder bei der Geburt sterben, als »tot geborene Kinder«. Kleinere Embryos werden gemäß deutschem Recht nicht in die Personenstandsregister aufgenommen und haben so auch kein Anrecht auf eine Bestattung.

Die psychische Belastung, welche die Fehl- oder Totgeburt eines Babys für die Eltern bedeutet, ist mehrfach wissenschaftlich untersucht worden. Dabei standen die betroffenen Frauen stärker im Fokus als die Männer. 2005 untersuchte unsere Arbeitsgruppe an der Universitätsklinik Münster die Daten von Patientinnen, die zwischen 1995 und 1999 ein Kind vor der Geburt verloren hatten. Er stellte sich heraus, dass zwei Drittel von ihnen noch immer starke Trauer empfanden, als wir sie zwei bis sieben Jahren nach dem Vorfall untersuchten. Die Intensität ihres Schmerzes unterschied sich dabei kaum von den Verlustgefühlen von Frauen, deren Fehlgeburt erst 14 Tage zurücklag.

Diese Ergebnisse deuten nicht auf außergewöhnliche oder gar pathologische Trauerverläufe hin; sie zeigen jedoch, dass



schon vor der Geburt eine intensive Beziehung zwischen Mutter und Kind besteht. Frauen, die ihr Baby im letzten Drittel der Schwangerschaft verlieren, tragen im Vergleich zu Müttern gesunder Säuglinge ein besonders hohes Risiko, an einer Depression zu erkranken. Das fanden Jesse Cougle

»ZU KLEIN ODER ZU KRANK, UM MIT UNS ZU LEBEN«
Das Denkmal für Fehl- und Frühgeburten auf dem Heidelberger Bergfriedhof erinnert an Kleinstkinder, deren Geburtsgewicht unter 500 Gramm lag. Solche Kinder werden nach deutschem Recht nicht regulär bestattet.

und Kollegen von der University of Texas in Austin 2003 heraus. 2007 beendeten wir eine eigene Studie zu den psychischen Folgekrankheiten von Patientinnen, deren Schwangerschaft aus medizinischen Gründen in der Spätphase unterbrochen werden musste: Knapp 17 Prozent der Frauen litten noch 14 Monate danach an Depressionen oder Angststörungen.

Ein weiteres, häufig unterschätztes Risiko betrifft das nächste Kind, das nach einer Fehlgeburt gezeugt wird. Zwar beeinflusst der Verlust eines Babys in der Regel nicht die Wahrscheinlichkeit, einen gesunden Säugling zu gebären. Aber die gescheiterte Schwangerschaft kann sich auf die Bindung der Mutter zum nachfolgenden Kind auswirken, wie Forscher vom Department of Psychiatry der St George's Hospital Medical School in London 2001 herausgefunden haben. So gehen viele Frauen aus Angst vor einem weiteren Verlust eine weniger intensive Beziehung zu ihrem Ungeborenen ein, wenn sie erneut schwanger werden. Auch zeigten die betroffenen Babys im Alter von zwölf Monaten im Vergleich zu Kindern einer Kontrollgruppe durchschnittlich ein gestörtes Bindungsverhalten, was später etwa zu Selbstwertproble-

men oder Verhaltensauffälligkeiten führen kann.

Auf den ersten Blick könnte man meinen, dass Väter ein weniger enges Verhältnis zu ihren ungeborenen Kindern entwickeln als Mütter. Neuere Untersuchungen sprechen gegen diese Annahme. So beobachteten etwa die britischen Psychologen Martin Johnson und John Puddifoot, dass Männer, die ein Ultraschallbild ihres ungeborenen Kindes gesehen und seine Herztonen gehört hatten, den Verlust ihres Babys intensiver betrauerten als Väter, die keine solche Erinnerungen hatten. Offenbar unterstützen die verbesserten medizinischen Untersuchungsmöglichkeiten die Vater-Kind-Bindung.

Bereits 1995 versuchten Psychologen von der University of Rochester im US-Bundesstaat New York die Frage zu beantworten, ob Mütter und Väter unterschiedliche Symptome zeigen, wenn sie mit dem Tod ihres Babys nicht zurechtkommen. Sie untersuchten 194 Mütter und 143 Väter nach dem Verlust ihres ungeborenen Kindes. Ergebnis: Die Frauen litten häufiger unter Depressionen und Ängsten, während die Männer überdurchschnittlich oft zu Alkohol griffen.

Ursachen und Symptome

IN VIELEN FÄLLEN SIND GENETISCHE DEFEKTE SCHULD AN EINER FEHLGEBURT. Das Baby wäre nicht lebensfähig und wird vom Körper der Mutter abgestoßen. Manchmal kann auch ein Mangel des Hormons Progesteron den Abort auslösen. Ist das der Fall, nistet sich die Eizelle nicht richtig in der Gebärmutter schleimhaut ein. Infektionen und mütterliche Krankheiten begünstigen ebenfalls eine Fehlgeburt. Frauen, die Mehrlinge erwarten, haben ein höheres Risiko für einen Kindesverlust.

Die Anzeichen einer drohenden Fehlgeburt reichen von vaginalen Blutungen bis hin zu starken Schmerzen in Unterleib und Rücken. Sobald derartige Symptome auftreten, sollten Schwangere einen Arzt aufsuchen. Oftmals kann mit Medikamenten oder einem chirurgischen Eingriff der Abort abgewendet werden.

Eine Studie von 2003 unter Leitung von Kirsten Swanson von der University of Washington in Seattle spricht ebenfalls dafür, dass Männer und Frauen mit ihrem Schmerz unterschiedlich umgehen. Demnach haben Frauen oft das Bedürfnis, über den Tod ihres Kindes zu sprechen, während Männer dazu neigen, länger zu arbeiten oder sich mit anderen Aktivitäten abzulenken. Swanson untersuchte auch, ob solche

geschlechtsspezifischen Bewältigungsstrategien die Partnerschaft betroffener Eltern zusätzlich belasten. Tatsächlich kommt es oft zu Missverständnissen, wie die Forscherin feststellte. Etwa dann, wenn Frauen das Schweigen und die Zurückhaltung ihres Partners als Mangel an Betroffenheit und Mitgefühl interpretieren. Männer hingegen fühlen sich oft hilflos angesichts der intensiven Trauer ihrer Partnerin. Um sie

nicht noch zusätzlich zu belasten, kontrollieren sie ihre eigenen Gefühle und vermeiden eine offene Kommunikation darüber.

Geteiltes Leid

Es gibt aber auch Hinweise darauf, dass sich Mutter und Vater intuitiv helfen, wenn sie ein Baby verlieren. Forscher um Marijke Korenromp vom University Medical Center in Utrecht analysierten 2005 zahlreiche Studien über das Trauerverhalten von Eltern nach einem medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch. Überraschenderweise zeigten die Partner nur selten gleichzeitig intensive Trauerphasen. Die niederländischen Psychologen vermuten, dass sich die Eltern unbewusst bei der Bewältigung des Schmerzes abwechseln, damit der jeweils besonders Belastete in dieser Zeit unterstützt und von alltäglichen Aufgaben entbunden wird.

Bisher wurden nur wenige spezifische Behandlungskonzepte für Eltern nach Verlusten in der Schwangerschaft entwickelt und auf ihre Wirksamkeit untersucht. Das stellten wir 2007 in einer Überblicksstudie fest. Gemeinsam ist all diesen Ansätzen, dass sie eine offene Kommunikation unter den Familienmitgliedern anregen. Das vor-

DEN SCHMERZ ERTRÄNKEN

Bei Männern äußert sich die Trauer über einen Kindesverlust oft anders als bei Frauen: Sie greifen eher zu Alkohol, anstatt über den Tod des Babys zu reden.





ELTERN-KIND-BINDUNG

Schon ein Ultraschallbild des eigenen Nachwuchses stärkt die emotionale Beziehung zum Ungeborenen.

rangige Therapieziel besteht zunächst darin, die Betroffenen ihren Verlust realisieren und ihre seelischen Schmerzen in Worte fassen zu lassen, damit sie schließlich von dem verstorbenen Baby und den damit verbundenen Hoffnungen und Wünschen Abschied nehmen können.

Basierend auf unseren klinischen Erfahrungen bei der Begleitung und Behandlung von Eltern nach einem Kindesverlust

entwickelten wir 2008 ein Präventionsprogramm, das fünf Therapiesitzungen umfasst. Bei den Treffen werden Themen angesprochen, die für viele trauernde Eltern bedeutsam sind, etwa der Rückblick auf die Zeit der Schwangerschaft und Geburt, der Abschied vom Kind, die Partnerschaft oder die Rolle des sozialen Umfelds.

Um auch solchen Eltern helfen zu können, die weit weg wohnen oder aus anderen

Gründen nicht an einer ambulanten Therapie teilnehmen können, suchten wir nach einer Alternative zur gewohnten Gesprächstherapie von Angesicht zu Angesicht. Also entwickelten wir ein Internetbehandlungskonzept für Eltern, die ein Kind während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt verloren haben. Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend für einen Zeitraum von drei Jahren gefördert. Daher entstanden den Patienten keine Kosten.

Anders als herkömmliche Behandlungen erlaubte unsere Onlinetherapie ausschließlich den schriftlichen Austausch. Die nonverbale Kommunikation zwischen Patient und Therapeut – etwa durch die Körperhaltung, den Blickkontakt oder die Stimme – fand bei dieser Methode nicht statt. Allerdings konnten und sollten wichtige emotionale Informationen durch die Verwendung von unterschiedlichen Schrifttypen oder Variationen des

Bildschirmhintergrunds hervorgehoben werden.

Ein weiteres Merkmal dieser Therapieform waren die Kommunikationspausen. Ein Vorteil: Der Patient konnte in Ruhe über die Fragen des Therapeuten nachdenken, bevor er antwortete. Dabei wurden Hemmungen abgebaut, die ihn möglicherweise daran gehindert hätten, schmerzhafte oder schambesetzte Gedanken mitzuteilen. Allerdings konnte die Zeitverzögerung auch zu Missverständnissen führen, die durch die schriftliche Kommunikation schwerer zu bemerken waren. Der Therapeut orientierte sich daher am Ausdruck und Stil des Patienten, formulierte möglichst eindeutig und fasste regelmäßig wesentliche Inhalte zusammen.

Das Ziel der Behandlung bestand darin, dem Kind durch die Verarbeitung des traumatischen Verlustes einen angemessenen Platz im Leben der Eltern einzuräumen, so dass sie sich nach und nach wieder stärker anderen Lebensaufgaben zuwenden konnten. Im Lauf der Behandlung bekamen die Patienten zehn strukturierte Schreibübungen à 45 Minuten. Diese verteilten sich über einen Zeitraum von fünf Wochen, wobei die Teilnehmer anfangs einen Stunden-

plan für die einzelnen Einheiten erstellten. Nachdem sie die jeweiligen Aufgaben erfüllt hatten, schickten sie ihre Texte per E-Mail zu einem geschützten externen Server. Der Therapeut rief sie ab und übermittelte den Patienten innerhalb eines Werktags seine Rückmeldung sowie Instruktionen für die nächsten Aufgaben.

Dem Grauen ins Gesicht sehen

Die Therapie bestand aus drei Behandlungsphasen. Zu Beginn, in der Phase der Selbstkonfrontation, setzten sich die Patienten in vier Texten detailliert mit ihrem Verlusterlebnis auseinander. Sie sollten konkret und ausführlich eine Situation schildern, die sie mit dem traumatischen Ereignis verbanden. Wir baten die Teilnehmer, spontan zu schreiben, was ihnen einfiel, ohne auf Orthografie und Sprachstil zu achten.

Im Mittelpunkt der zweiten Behandlungsphase – der »kognitiven Umstrukturierung« – baten wir die Patienten, einen unterstützenden Brief an eine fiktive Freundin oder einen fiktiven Freund zu schreiben, die oder der das Gleiche erlebt hat wie sie selbst. Dadurch stellten die Teilnehmer eigene belastende Gedanken und

§ 31 **Lebendgeburt,** **Totgeburt,** **Fehlgeburt**

Laut deutschem Recht liegt eine **Lebendgeburt** vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. War keines dieser Lebensmerkmale gegeben, betrug das Körpergewicht des Embryos jedoch mindestens 500 Gramm, gilt er als **tot geborenes Kind**. Wiegt die Leibesfrucht weniger als 500 Gramm, handelt es sich um eine **Fehlgeburt**.

Annahmen in Frage und betrachtete die Verlusterfahrung aus einer anderen Perspektive.

In der abschließenden Phase sollte das soziale Netzwerk der Eltern reaktiviert werden, um die Unterstützung durch das Umfeld zu verbessern. Darüber hinaus wurden die Eltern gebeten, einen Abschiedsbrief an ihr Baby oder eine fiktive Person zu schreiben, in dem sie auf das Erlebte zurückblickten, aber auch den Blick in die Zukunft und auf die sie erwartenden Aufgaben richtete.

Die therapeutische Beziehung war zwar virtuell, aber dennoch wirksam. Dass die räumliche und zeitliche Distanz der Kommunikationspartner nicht mit einer emotionalen Distanz gleichzusetzen war, zeigte eine Untersuchung der Psychotherapeuten Christine Knaevelsrud von der Freien Universität Berlin und Andreas Maercker von der Universität Zürich. Wie sie 2007 ermittelten, erlebten Patienten, die via Internet wegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung behandelt wurden, die Beziehung zum Therapeuten als zufriedenstellend.

Auch wir fanden, dass die Internettherapie von Eltern nach dem Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft die Trauersym-



ptome der Betroffenen deutlich linderte. 2009 hatten 54 Patienten (52 Frauen und 2 Männer) die Behandlung beendet. Alle zogen ein positives Fazit. Erfasst wurden die Intensität der Trauergefühle, das traumatische Erleben, aber auch das Ausmaß an Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierung sowie allgemeine psychische Belas-

ABSCHIED NEHMEN

Nach dem Tod eines Kindes in der Schwangerschaft müssen Eltern lernen, dem Verlust einen Platz in ihrem Leben einzuräumen. Ein Gedenkstein oder ein Brief an das Verstorbene können helfen, die Trauer zu bewältigen.

tungen. Darüber hinaus waren die erzielten Verbesserungen auch drei Monate nach Beendigung der Therapie noch nachweisbar.

Eine Teilnehmerin beschrieb ihre Erfahrungen nach der Therapie so: »Anfangs glaubte ich, wenn ich nicht daran denke, werde ich es schon irgendwie vergessen. Das hat aber nicht geklappt. Ich hatte vielmehr vergessen, dass ich noch ein lebenswertes Leben und eine liebe Familie habe. Erst als ich mich bewusst den Bildern gestellt habe, konnte ich die Trauer um das verlorene Kind an mich heranlassen.« ↗

(Gehirn&Geist, 12/2009)

Berle, P.: Spontanaborte in der Frühschwangerschaft. In: Gynäkologe 2, S. 93–98, 1988.

Cougle, J. R. et al.: Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. In: DocCheck 9(4), S. 105–12, 2003.

Johnson, M. P., Puddifoot, J. E.: Miscarriage: Is vividness of visual imagery a factor in the grief reaction of the partner? In: British Journal of Health Psychology 3, S. 137–146, 1998.

Kersting, A. et al: Complicated grief after traumatic loss. A 14-month follow up study. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 257(8), S. 437–443, 2007.

Kersting, A. et al.: Die Verarbeitung von Trauer nach einer Totgeburt. In: Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie 2(2), S. 69–73, 2008.

Kersting, A. et. al: Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth – a 14-month follow up study. In: Archives of Women's Mental Health 12(4), S. 193–201, 2009.

Kersting A. et al.: Internettherapie: Möglichkeiten und Grenzen. Eine Übersicht. In: Der Nervenarzt 80(7), S. 797–804, 2009.

Knaevelsrud, C., Maercker, A.: Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. In: BMC Psychiatry 7, 13, 2007.

Korenromp, M. et al.: Psychological consequences of TOP for fetal anomaly: similarities and differences between partners. In: Prenatal Diagnostic 25, S. 1226–1233, 2005.

Murray, J. A. et al.: Parental reactions to infant death: the effects of resources and coping strategies. In: Journal of Social and Clinical Psychology 18, S. 341–369, 2001.

Swanson, K. M. et al.: Miscarriage effects on couples interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: women's perceptions. In: Psychosomatic Medicine 65(5), S. 902–910, 2003.

Vance, J. C. et al.: Gender differences in parental psychological distress following perinatal death of sudden infant death syndrome. In: British Journal of Psychiatry 167, S. 806–811, 995.

GLAUBE UND WISSENSCHAFT

Wie uns Religion und
Spiritualität beeinflussen

Anthropologie | Das Ritualtier Mensch
Gute Frage | Zeigt sich Religiosität im Gehirn?
Spiritualität | Moderne Sinnsuche

HIER DOWNLOADEN

FÜR NUR
€ 4,99



RITUALE

Nicht jeder Trauernde weint

von Kerstin Schumacher

Jeder trauert unterschiedlich. Weinen um einen geliebten Menschen etwa gehört in vielen Kulturen zur Trauerarbeit hinzu, in anderen Kulturen wird gelächelt. In einigen Ländern ist lautes Wehklagen üblich, in unserem Kulturkreis ist es verpönt.

Sterben muss jeder. Alle Gesellschaften und Kulturen sind mit dem Thema Sterben und Tod konfrontiert. Wir alle müssen uns früher oder später damit auseinandersetzen. Die Psychologen Margaret Stroebe und Henk Schut haben in ihren Studien herausgefunden, dass Trauer eine universelle menschliche Reaktion auf den Tod eines nahestehenden Menschen ist. Allerdings gibt es beim Umgang mit dem Tod und im Ausdruck von Trauer große Unterschiede. Jeder Mensch ist geprägt: von seiner Erziehung, von seiner Kultur und von seinen – nicht zuletzt altersabhängigen – Erfahrungen. Differenzen gibt es zum Beispiel zwischen städtischem und ländlichem Raum. Auch in einem weitgehend homogenen Kulturkreis trauern Menschen auf unterschiedliche Weise. So gar innerhalb einer Familie kann sich Trauer verschieden ausdrücken.

Stroebe und Schut haben diverse Erscheinungsformen von Trauer klassifiziert. So gibt es neben den emotionalen, mentalen und körperlichen Reaktionen auch Verhaltensänderungen. Zu den emotionalen Reaktionen gehören Schmerz, Schuldempfinden, Wut oder Einsamkeitsgefühle. Mit Appetitlosigkeit oder Schlafstörungen zeigt sich die Trauer körperlich, mental in Hilf- und Hoffnungslosigkeit, in geringerer Selbstachtung oder in Konzentrationsstörungen. Typische Verhaltensweisen von Hinterbliebenen sind Aufregung, Rückzug aus dem sozialen Umfeld oder Weinen.

Trennung zwischen westlicher und nichtwestlicher Welt

Die Wissenschaftler haben jedoch festgestellt, dass diese Reaktionen nicht universell sind. In manchen Kulturen sind der Ausdruck von Trauer und der offene Umgang damit etwas Selbstverständliches, in

anderen ist es verpönt, sein Leid zu zeigen. Eine Trennlinie verläuft zwischen Kulturen der westlichen und der nichtwestlichen Welt. So sind etwa Klageweiber und lautes Weinen von Hinterbliebenen in Ägypten sowie in einigen ländlichen Regionen Südosteuropas Teil des Trauerprozesses. In der westlichen Gesellschaft hingegen findet die Trauerarbeit eher im privaten Raum statt. Weinen als Zeichen der Trauer ist auf der Welt zwar weit verbreitet, gehört aber längst nicht in jeder Kultur dazu. Balinesen etwa lächeln angesichts des Todes. **Das müsse nicht fehlenden Schmerz bedeuten oder gar Freude, so Stroebe und Schut.** Vielmehr sei das Lächeln »ein verzweifelter Versuch, Emotionen im Beisein der anderen Hinterbliebenen zu kontrollieren«. Bei den Balinesen gelte das offene Zeigen der Trauer als ungerecht den anderen gegenüber: Trauer, so glauben sie, sei schädlich für die Gesundheit. Man müsse es begren-

MANN AUF DEM FRIEDHOF



zen, um schlimme Konsequenzen zu vermeiden. Menschen trauern auch unterschiedlich lange. Während Witwen und Witwer in unserer westlichen Kultur ein Jahr um ihren Ehepartner trauern, zeigen die traditionellen [Navajo-Indianer](#), die größtenteils in Arizona, New Mexiko und Utah leben, ihren Schmerz lediglich vier Tage lang. Anschließend kehren sie zum Alltag zurück. Der Ausdruck von Trauer oder gar das Sprechen über den Verstorbenen gilt dann als unangemessen – vermutlich aus Angst vor der Macht des Geistes des Toten. Auch die äußerlich sichtbaren Zeichen der Trauer, die sich etwa in der Farbe der Kleidung ausdrückt, gleichen sich nicht. Gilt Schwarz in Mitteleuropa und Nordamerika als Farbe der Trauer, so trauern die Menschen in manchen lateinamerikanischen Ländern in Weiß. In Thailand oder Japan gilt ebenfalls Weiß oder ein helles Grau als Farbe der Trauer und des Todes. Chinesen wiederum nutzen neben Weiß auch Dunkelblau als Trauerfarbe. Im alten Ägypten drückten die Menschen ihre Trauer mit gelber Kleidung aus.

In den 1970er Jahren hat die Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross ein Stufenmodell entworfen, dem zufolge alle Trauernden

fünf Phasen durchlaufen: Nicht-wahrhaben-Wollen, Zorn, Verhandlungen mit einer höheren Gerechtigkeit, Depressionen und schließlich Akzeptanz. In den 1980er Jahren hat die Schweizer Psychologin Verena Kast ein Modell des Trauerprozesses entwickelt, das gemeinsam mit dem Stufenmodell von Kübler-Ross in der Forschung lange als Grundlage für das Verständnis von Trauer galt. Laut Kast gibt es vier Phasen beim Trauern: zuerst das Leugnen oder Nicht-wahrhaben-Wollen, dann herausbrechende Emotionen, darauf das Suchen, Finden und Loslassen und schließlich, als vierte Phase, Akzeptanz und Neuanfang. Alles in allem kann dieser Prozess mehrere Jahre dauern.

Trauernde durchlaufen parallel zwei Prozesse

Doch weil jeder Mensch individuell trauert und sich diese Phasen empirisch nicht bestätigen ließen, ist die Trauerforschung von den Phasenmodellen und ihrer strikten Abfolge inzwischen abgerückt. Obwohl einzelne der genannten Trauerphasen bei vielen Hinterbliebenen ablaufen, lässt sich das nicht verallgemeinern. [Heute greifen Wissenschaftler auf das so genannte duale](#)

[Prozessmodell zurück](#). Auch seine Grundlage ist die Forschung von Margaret Stroebe und Henk Schut. Ihm zufolge durchlaufen Trauernde zwei Prozesse parallel. Einerseits blicken die Hinterbliebenen in die Vergangenheit und erinnern sich an die Zeit, als der Verstorbene noch lebte. Andererseits blicken sie in die Zukunft und setzen sich mit dem Leben ohne den geliebten Menschen auseinander. Betroffene können mehrmals täglich zwischen beiden Standpunkten hin und her wechseln, was den Umgang mit ihnen erschwert.

Die Stunden und Tage nach dem Tod eines Menschen sind jedoch von Ritualen bestimmt. Diese bieten den Trauernden Orientierung und Halt. Alle großen Weltreligionen haben ihre eigenen Regeln zum Tod, zum Umgang mit Verstorbenen, zur Bestattung und zur Trauer, die fest im Glauben verankert sind. Grob gesagt: Christen glauben an die Wiederauferstehung und das Jenseits, Hindus an die mehrfache Wiedergeburt, Atheisten an die Endgültigkeit des Todes. Christen gilt zudem die Seele des Menschen als unsterblich. Die Augen des Toten werden geschlossen, der Körper wird gewaschen und angezogen. Sein Gesicht wird für die Aufbahrung geschminkt,

die mehrere Tage dauern kann, bevor er beerdigt wird. Lange galt die Einäscherung als Sünde und als Strafe für Sünder, doch dies gilt längst nicht mehr. Hinterbliebene kommen am Tag der Beerdigung oft zum Leichenschmaus zusammen. Beim gemeinsamen Essen und Trinken erinnert man sich in Gesprächen oder mit Fotos an den Verstorbenen und spendet sich gegenseitig Trost.

Für manche Kulturen ist der Tod nur ein Übergang

Für Hindus stellt der Tod den Übergang in eine neue Existenz dar. Sie glauben an einen unsterblichen Kern in jedem Lebewesen: Der Mensch legt im Tod einfach seinen Körper ab. Das größte Glück besteht für Hindus darin, [in der indischen Stadt Varanasi am Fluss Ganges](#) verbrannt zu werden. Stadt und Fluss gelten als heilig. Auch die Buddhisten glauben an die Wiedergeburt. Wer stirbt, beginnt woanders ein neues Leben. Obwohl ihnen das Erreichen des Nirwana als höchstes Ziel gilt, ist der Tod eine schmerzhafte Erfahrung. Buddhisten dürfen ihre Gefühle offen zeigen, dennoch gedenken viele der Verstorbenen ohne großes Aufsehen. Wenn Hinterbliebene trau-

ern, entzünden sie dabei oft Räucherkerzen. Wie im Hinduismus wird auch im Buddhismus der Leichnam verbrannt. Doch anders als etwa im Islam, wo der Körper schnellstmöglich beerdigt wird, bahrt die Familie den Toten einige Tage vor der Einäscherung auf.

Im Islam gehören Leben und Tod zusammen. Das irdische Leben gilt Muslimen als Vorstufe zum Paradies. Von den bereits erwähnten Klageweibern in Ägypten abgesehen, zeigen Muslime ihre Trauer nur verhalten. Lautes Weinen und Klagen könnte darauf hindeuten, dass die Hinterbliebenen an der Entscheidung Gottes zweifeln, einen Menschen zu sich zu holen. Vor der Beisetzung wird der Verstorbene gewaschen, der Körper anschließend in ein weißes Laken gehüllt. Im Tod werden soziale Unterschiede negiert: Das Grab, in das der Gläubige noch am selben Tag gelegt wird, ist meistens schlicht und schmucklos. Lediglich in einem Laken wird der Leichnam im Grab auf die rechte Seite gebettet und schaut Richtung Mekka. Im traditionellen Islam trauern Männer und Frauen getrennt, wobei die Frauen eher im Haus bleiben. Die Männer zeigen ihren Schmerz auch in der Öffentlichkeit. Allerdings trau-

ern Sunniten nicht über einen längeren Zeitraum. Schiiten hingegen gedenken der Toten jährlich im **Trauermanat Muharram**.

Im Judentum geht es nach dem Tod eines Menschen recht schnell: Ähnlich wie im Islam sollen nicht mehr als 24 Stunden verstreichen, bis ein Leichnam bestattet ist. Der wichtigste Brauch heißt »Schiwa« (Sieben): Die engsten Angehörigen empfangen nach der Beerdigung sieben Tage lang Besucher zu Hause. Freunde, Nachbarn und Bekannte kommen vorbei, spenden Trost und bringen nicht selten Essen mit. So ist die Familie eine Woche lang mit ihrer Trauer nicht allein. Doch es ist dem Besuch verboten, das Gespräch zu beginnen: Man wartet, bis die Trauernden sprechen. So wird sichergestellt, dass die Betroffenen selbst bestimmen, wann sie reden wollen, und Gäste ihnen keine gut gemeinten, vermeintlich tröstenden Worte aufdrängen. Auch der jüdische Glauben ist im Kern egalitär: Im Tod sind alle gleich, Bestattungen laufen bescheiden ab. Die Toten werden in der Regel in ein Leinentuch gewickelt, allenfalls in einem schlichten Holzsarg beerdigt. ↵

(Spektrum.de, 7. November 2016)



FÜR NUR
€ 4,99

CRISPR/CAS9

Erbgut auf dem Schneidetisch

- > Gezielter Eingriff ins Erbgut
- > Was wir von CRISPR erwarten können
- > Gentechnik ohne Gene?

HIER DOWNLOADEN

KOMPLIZIERTE TRAUER

Quälende Sehnsucht

von Christiane Gelitz

Der Tod eines geliebten Menschen ist für manche Angehörigen so schmerhaft, dass sie den Verlust nicht wahrhaben wollen und sich stattdessen in ihre Erinnerungen flüchten. Psychologen erforschen, worin diese so genannte komplizierte Trauer gründet und wie sie sich überwinden lässt.



Ein Mensch stirbt. Er hinterlässt Familie, Freunde, einen Partner. Der Verlust ist nahezu unbegreiflich, er erschüttert und schmerzt. Die geliebte Person, die vor Kurzem noch von ihrem Tag erzählte und im gemeinsamen Bett schlief, sie ist einfach nicht mehr da – und wird nie wieder zurückkehren.

Was ist in einem solchen Moment eine »normale« Reaktion? Wie lange darf die Trauer währen, und wann sollte der Alltag weitergehen?

Lange glaubten Ärzte und Psychologen, ein Trauerprozess umfasse mehrere Stadien, die jeder durchlaufen müsse. Nach dem ersten Schock und einer Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens seien Gefühle der Verzweiflung, Schuld, Wut oder Angst unvermeidlich. Diese müssen Trauernde zulassen, glaubt zum Beispiel die Schweizer Psychoanalytikerin Verena Kast. Erst wenn sie den Verlust akzeptierten und den Verstorbenen als eine Art inneren Begleiter betrachteten, könnten sie neue Beziehungen aufbauen und ihr Leben fortführen.

Müssen Hinterbliebene ihre Trauer tatsächlich in einem langwierigen Prozess

durcharbeiten? Der Psychologe George Bonanno von der Columbia University in New York hält das für einen Mythos. »Es gibt keine Regeln dafür, wie gesundes Trauern verlaufen sollte«, so das Fazit seiner Langzeitstudie von 2002. Bonanno und Kollegen analysierten dazu Daten einer repräsentativen Stichprobe von mehr als 1500 verheirateten älteren Paaren, die zunächst über ihr Befinden und ihre Zufriedenheit in der Ehe berichtet hatten. Mehr als 200 Teilnehmer verstarben im Verlauf der Studie. Sechs Monate sowie anderthalb Jahre später fragten die Forscher nun die hinterbliebenen Partner erneut nach ihrem Befinden.

Knapp die Hälfte der Witwer und Witwen fühlte sich nach dem Verlust weitgehend unverändert. »Die meisten kämpfen ein paar Tage oder Wochen, dann kommen sie wieder auf die Beine«, beobachtete Bonanno. Jedem Zehnten ging es nach dem Tod des Partners sogar besser als zuvor – vor allem, wenn dieser in seinen letzten Lebensmonaten krank war oder die Partner keine glückliche Ehe führten. Eine weitere Gruppe litt schon vor dem Trauerfall und auch anderthalb Jahre danach an Depressionen.

AUF EINEN BLICK

Chronisch traurig

- 1 Wenn Hinterbliebene mit komplizierter Trauer an den Verstorbenen denken, empfinden sie neben Schmerz auch starke Sehnsucht.
- 2 Je mehr sie versuchen, belastende Gedanken an den Tod des Angehörigen zu vermeiden, desto stärker wird ihre Trauer.
- 3 Eine Konfrontation mit den schmerzhaften Erinnerungen kann helfen, den Verlust zu überwinden.

Abschied ohne Ende

Bei rund einem Viertel der Angehörigen verschlechterte sich das Befinden nach dem Verlust allerdings merklich: Jeder Zehnte fühlte sich nach sechs Monaten noch depressiv, kam aber spätestens nach einem weiteren Jahr darüber hinweg. Doch rund 16 Prozent der Betroffenen ging es

auch anderthalb Jahre nach dem Tod des Partners noch schlecht – darunter vor allem jene, die mit ihrer Ehe zufrieden gewesen waren. Sie litten laut Bonanno an chronischer, so genannter komplizierter Trauer.

Was unterscheidet diese Gruppe von anderen Trauernden? Es ist ganz normal,

wenn die Angehörigen den Verstorbenen vermissen, wenn immer wieder schmerzhafte Erinnerungen hochkommen, wenn sie weinen oder wenn sie traurig, wütend und verzweifelt sind angesichts des erlittenen Schicksalsschlags.

Doch komplizierte Trauer sieht anders aus: Die Betroffenen sehnen sich in der Regel täglich nach dem Verstorbenen, sie rufen sich häufig gemeinsame Erlebnisse ins Gedächtnis, stellen sich vor, er oder sie würde noch immer neben ihnen liegen oder mit ihnen frühstücken. Sie können oder wollen nicht realisieren, dass der Verstorbene nicht mehr da ist. Sie schwanken zwischen schönen Erinnerungen, Schuldgefühlen und schmerzhafter Einsicht in die Realität, fühlen sich leer, verzweifelt, wütend oder verbittert. Eine Zukunft ohne den geliebten Menschen erscheint ihnen trübe und trostlos.

Diese Gefühle und Gedanken stören oft den Schlaf und das Konzentrationsvermögen, hemmen den Antrieb und den App-



STOCK / EFFENZI

MEIN RECHTER PLATZ IST FREI ...
Tief trauernde Witwer und Witwen wünschen
sich ihre bessere Hälfte herbei.

tit. Der Puls ist dauerhaft erhöht, das Herzinfarktrisiko steigt. Wie ein Team um die Psychiaterin Holly Prigerson von der Harvard Medical School in Boston 1997 herausfand, litten Hinterbliebene mit komplizierter Trauer zwei Jahre nach ihrem Verlust häufiger an Krebs, Bluthochdruck oder Herzerkrankungen als jene, die den Verlust überwunden hatten. Die Forscher hatten dazu den Gesundheitszustand von 150 Witwen und Witwern vor und nach dem Tod des Partners verglichen.

2009 forderte Prigerson gemeinsam mit Bonanno und 17 weiteren Kolleginnen und Kollegen, die komplizierte Trauer als eigenes Störungsbild in die beiden gängigen Klassifikationssysteme für psychische Störungen aufzunehmen: in die für 2017 angekündigte nächste Auflage der International Classification of Diseases (ICD-11), herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation, sowie in die fünfte Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-5), die 2013 erschienen ist. Davor diagnostizierten Therapeuten psychische Probleme nach Verlust eines Angehörigen in der Regel unspezifisch als »Anpassungsstörungen«.

Sehnsucht nach dem Verstorbenen

»Die komplizierte Trauer unterscheidet sich in vieler Hinsicht von anderen Störungen«, erklärt Prigerson. Mehrere Forscherteams wiesen nach, dass sich die Symptome von denen einer Depression und einer Posttraumatischen Belastungsstörung abgrenzen lassen. Rund drei Viertel der Betroffenen leiden zwar zusätzlich noch an Angststörungen, Depressionen oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung, doch eine hohe »Komorbidität« (Mehrfacherkrankungsrate) lässt sich auch bei den meisten anderen psychischen Störungen beobachten. Das hervorstechendste Merkmal der komplizierten Trauer – eine als quälend erlebte Sehnsucht – kennzeichnet dagegen kein anderes Störungsbild und tritt bei »unkompliziert« Trauernden beträchtlich schwächer und seltener auf.

Das untermauerte 2008 eine interdisziplinäre Forschergruppe um Mary-Frances O'Connor von der University of California in Los Angeles. Die Wissenschaftler legten 23 Frauen, deren Mutter oder Schwester in den vergangenen fünf Jahren einem Tumor erlegen war, abwechselnd Fotografien von den Verstorbenen oder von Fremden vor. Diese präsentierten die Forscher ent-

Antidepressives Gedächtnistraining

Der Psychologe Filip Raes von der Universität Löwen in Belgien entwickelte ein Gruppentraining, das Depressiven helfen soll, verallgemeinernde Bewertungen der eigenen Person abzubauen. In der ersten Sitzung informiert der Trainer vor allem darüber, wie Gedächtnis und Depression zusammenhängen. In der zweiten und dritten Sitzung sollen sich die Patienten mit so vielen Details wie möglich an zwei verschiedene Ereignisse erinnern, die sie mit negativ oder positiv besetzten Wörtern assoziieren (»unbeholfen«, »angespannt«, »traurig« versus »geschickt«, »entspannt«, »glücklich«). In der letzten Sitzung beobachten die Teilnehmer untereinander, bei welchen Themen sie besonders häufig verallgemeinern. Das Training mindert laut Raes auch die Neigung zum Grübeln und stärkt Problemlösungsfertigkeiten.

weder zusammen mit Wörtern, die sie zuvor aus persönlichen Erzählungen über die betreffende Mutter oder Schwester gewonnen hatten, oder aber mit neutralen, ähnlich langen und ähnlich gebräuchlichen Begriffen. 60 dieser Kombinationen betrachteten die Probandinnen im Hirnscanner, während sie sich auf die in ihnen aufsteigenden Gefühle oder Erinnerungen konzentrieren sollten.

Bezogen sich Wort oder Bild (oder beide) auf die Verstorbenen, so regten sich bei allen Teilnehmerinnen Hirnregionen, die auch an der Schmerzwahrnehmung beteiligt sind. Doch bei jenen elf Frauen, die an komplizierter Trauer litten, aktivierten die Erinnerungen zusätzlich den Nucleus accumbens, einen wichtigen Teil des so genannten Belohnungssystems. Je stärker dessen Aktivität, desto heftiger sehnten sich die Probandinnen laut eigener Auskunft nach der Verstorbenen. »Erinnerungen an den Toten aktivieren neurale Schaltkreise, die ein Gefühl von Belohnung vermitteln«, glauben die Forscher.

Angst vor der Trennung

Liegt es vielleicht an einer besonders starken Bindung zu den Verstorbenen, wenn

Angehörige nicht loslassen können? Wissenschaftler um Bonanno und um Priger-son bestätigten dies. Ob ein Hinterbliebener kompliziert trauert oder nicht, ließ sich laut mehreren Studien am besten daraus vorhersagen, wie abhängig sich der Betreffende einst vom verstorbenen Partner oder von anderen Angehörigen gefühlt hatte. Auch starke Trennungsangst in der Kindheit erhöhte den Forschern zufolge das Risiko für komplizierte Trauer. Doch wie beeinflussen diese Gefühle die spätere Trauer? Und welche Rolle spielen dabei die Gedanken und das Verhalten der Trauenden?

In den vergangenen 15 Jahren haben Psychologen und Psychiater verschiedene Teile dieses Puzzles zusammengefügt. Welche Mechanismen der komplizierten Trauer zu Grunde liegen, untersuchten For-scher um den niederländischen Psycholo-gen Paul Boelen von der Universität Utrecht in einer Reihe von Studien. 2003 befragten sie rund 230 Menschen, die einen nahen Verwandten verloren hatten, nach der Häufigkeit von eigenen Gedanken wie »ich halte das nicht mehr lange aus«, »ich werde nie darüber hinwegkommen« und »meine Reaktionen sind nicht normal«. Außerdem

»Chronisch Trauernde stellen sich vor, der Verstorbene wäre noch immer bei ihnen. Eine Zukunft ohne den geliebten Menschen erscheint ihnen trübe und trostlos«

gaben die Probanden Auskunft, wie sie mit der Trauer allgemein umgingen: Grübelten sie viel über die Ursachen des Todes und wie er hätte verhindert werden können? Versuchten sie, Gedanken an den Verlust zu unterdrücken oder sich davon abzulenken?

Boelen und Kollegen stellten fest: Wer seine Trauer für einen normalen Prozess hielt, fühlte sich insgesamt weniger belastet. Wer sie aber als ungesunde Reaktion oder Zeichen der Schwäche wertete, grübelte auch mehr darüber nach – was keineswegs hilft, ein Problem zu lösen, wie Depressionsforscher wissen. Außerdem versuchten jene Hinterbliebenen, die ihre Trauer als Problem betrachteten, unerwünschte Erinnerungen an den Verstorbenen zu unterdrücken. Das Vermeiden von Gedanken an den Verlust hilft den Betroffenen aber nicht, sich besser zu fühlen. Stattdessen berichten viele von unfreiwilligen intensiven und detailreichen Erinnerungen, so genannten Intrusionen, wie sie auch nach einer traumatischen Erfahrung auftreten können. Längsschnittstudien an Traumapatienten deuten darauf hin, dass das Vermeiden die psychische Belastung tatsächlich verursacht – und nicht etwa

umgekehrt. Wahrscheinlich gilt daher auch für Hinterbliebene: Je mehr sie die Trauer gedanklich beiseiteschieben wollen, desto stärker wird sie. Ähnlich wie bei anderen Traumata hindert das Unterdrücken von Erinnerungen die Trauernden offenbar daran, den Verlust in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren.

Psychologische Experimente unterstützen nun die These, dass das autobiografische Gedächtnis den Schlüssel zur komplizierten Trauer birgt. Aus der Therapie mit traumatisierten und depressiven Patienten ist bekannt: Menschen mit emotionalen Problemen neigen stärker als Gesunde dazu, von allgemeinen Kategorien von Ereignissen zu berichten statt von einzelnen Vorkommnissen, wenn sie zu einem Stichwort wie »traurig« eine Geschichte aus dem eigenen Leben erzählen sollten. Dieses »übergeneralisierte« autobiografische Gedächtnis beruht einer Theorie zufolge darauf, dass Depressive sich gedanklich lieber auf einer abstrakten Ebene bewegen, um sich vor konkreten, potenziell belastenden Erinnerungen zu schützen. Doch trifft das auch auf Trauernde zu, die ihren schmerzlichen Verlust nicht wahrhaben wollen?

Risikofaktoren für komplizierte Trauer

- sehr enge oder emotional abhängige Beziehung zum Verstorbenen
- Trennungsangst in der Kindheit
- traumatische Kindheitserfahrungen wie Missbrauch oder Vernachlässigung
- mangelnde soziale Kontakte
- Pflege des Verstorbenen bis zu dessen Tod
- ein plötzlicher oder gewaltsamer Tod; Suizid
- niedriges Einkommen
- pessimistische Einstellung und Depressionen



GLÜCKLICH VERHEIRATET – UNGLÜCKLICH VERWITWET

Wer mit seiner Beziehung zufrieden ist, trauert nach dem Tod des Partners länger als Witwer und Witwen aus unglücklichen Ehen.

Das Gedächtnis leidet mit

Boelen und Kollegen testeten diese Hypothese 2010 bei mehr als 100 Hinterbliebenen. Sie beobachteten zunächst den erwarteten Effekt: je stärker die Trauersymptome, desto weniger spezifisch die Erinnerungen – unabhängig von der positiven oder negativen Färbung der Stichwörter. Das galt aber nur für solche autobiografische Erinnerungen, die nichts mit dem Verstorbenen zu tun hatten! Die Wörter weckten bei chronisch Trauernden sogar konkretere Erinnerungen an den Verstorbenen als bei gesunden Hinterbliebenen. Je schwerer die Trauer, desto detaillierter die Erzählungen.

Boelen stützte also die These von der Übergeneralisierung, doch mit einer Einschränkung: Die Erinnerungen an den Verstorbenen selbst sind offenbar immun gegen diesen Schutzmechanismus, möglicherweise weil sie so intensiv und lebhaft sind. Mit Blick auf die Ergebnisse der Hirnscans wäre es aber auch denkbar, dass diese Erinnerungen der Vermeidung trotzen, weil sie neben Schmerz auch positive Gefühle wecken. Künftige Gedächtnisexperimente mit Trauernden sollten deshalb zwischen Erinnerungen an den Ver-

Kriterien für die Diagnose »komplizierte Trauer«

Wenn der Tod eines Angehörigen sechs Monate zurückliegt, können Psychotherapeuten prüfen, ob der Hinterbliebene an komplizierter Trauer leidet. Dafür sollten das erste sowie fünf weitere der folgenden Symptome vorliegen und das Leben des Hinterbliebenen merklich beeinträchtigen:

1. Sehnsucht nach dem Toten und Leiden unter dem unerfüllten Wunsch nach einem Wiedersehen
2. Fassungslosigkeit, Verstörtheit oder Bestürzung
3. Verbitterung oder Wut in Verbindung mit dem Verlust
4. emotionale Taubheit
5. Gefühl, dass das eigene Leben seitdem leer oder bedeutungslos ist
6. Unfähigkeit, anderen zu vertrauen
7. Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren
8. Vermeidung von Dingen, Orten oder Gedanken, die an den Verlust erinnern
9. Schwierigkeiten, das eigene Leben wieder aufzunehmen
10. Unsicherheit über die eigene Rolle im Leben oder reduziertes Empfinden des eigenen Selbst

storbenen selbst und an seinen Tod unterscheiden.

Der paradoxe Effekt trat noch deutlicher zu Tage, wenn nicht Zustandswörter, sondern stabile Eigenschaften wie »intelligent« autobiografische Erinnerungen ans Licht bringen sollten. Die Forscher werten das als Hinweis darauf, dass bei chronischer Trauer der Verstorbene im Gedächtnis besonders eng mit überdauernden Merkmalen der eigenen Person verbunden ist.

Das steht im Einklang mit einem Befund der Psychologen Fiona MacCallum und Richard Bryant von der University of New South Wales (Australien) von 2010: Die Hinterbliebenen mit komplizierter Trauer erinnerten sich an eine größere Zahl identitätsstiftender Ereignisse im Zusammenhang mit dem Verstorbenen als »normal« Trauernde. Hier schließt sich der Kreis: Je mehr sich der Hinterbliebene über die Beziehung zum Verstorbenen definierte und sich von ihm abhängig fühlte, desto weniger will er den Tod des geliebten Menschen realisieren. Der Verlust erscheint unwirklich und schemenhaft – ein Gefühl, das eng mit der komplizierten Trauer zusammenhängt, wie Boelen 2010

nach einer Befragung von knapp 400 Hinterbliebenen berichtete.

Was bedeutet das für die Behandlung der komplizierten Trauer? Wie sollten Psychotherapeuten in einem solchen Fall vorgehen? Boelen empfiehlt eine Kombination aus kognitiver Therapie und Konfrontation. 2007 hatte er gemeinsam mit Kollegen 54 Patienten per Zufallslos einer kognitiven Therapie mit anschließender Exposition oder derselben Behandlung in umgekehrter Reihenfolge zugeteilt. Eine Placebogruppe absolvierte die gleiche Anzahl von Sitzungen, doch ohne dass der Therapeut einen Behandlungsplan verfolgte. Eine Wartegruppe diente außerdem dazu, die Therapieeffekte mit dem möglichen spontanen Abklingen der Symptome zu vergleichen. »Den größten Erfolg erzielte die kognitive Umstrukturierung mit anschließender Exposition«, so Boelen. An zweiter Stelle folgte das methodisch gleiche Verfahren in umgekehrter Reihenfolge.

Eine eigens auf die komplizierte Trauer zugeschnittene Behandlung entwickelte 2005 eine Kollegin von Bonanno an der Columbia University in New York, die Psychiaterin Katherine Shear. Dabei konfrontiert

Trauernde begleiten: Fünf Grundsätze

- den Verlust nicht relativieren (»Es wird schon wieder«, »Das Leben geht weiter«, »Ich weiß, wie du dich fühlst«), sondern die Untröstlichkeit akzeptieren und anerkennen
- eigene Hilflosigkeit eingestehen
- dem Trauernden Raum geben, damit er seine Bedürfnisse äußern kann
- praktische Unterstützung anbieten – aber den Trauernden entscheiden lassen
- Geduld haben und keine Dankbarkeit erwarten

der Therapeut den Trauernden mit seinem Verlust, indem er ihn vom Tod des Angehörigen erzählen lässt und das Ganze auf Band aufnimmt. Der Patient soll sich die eigene Geschichte wieder und wieder anhören, darf das Band dabei aber nach Belieben stoppen, so dass er selbst die Kontrolle über die Situation behält. Außerdem führt er ein imaginäres Gespräch mit dem Verstorbenen. Schließlich lernt er, wieder eigene Ziele zu entwickeln und Aktivitäten zu planen – denn wie Shear zeigte, vernachlässigen kompliziert Trauernde ihre Alltagsroutinen: Sie versäumen Mahlzeiten wie Frühstück, Mittag- und Abendessen, vermeiden Kontakte zu anderen und gehen seltener aus dem Haus.

Trauertherapie hilft beim Erinnern

Den Betroffenen fällt es zwar oft schwer, sich die Erzählungen vom Tod des Angehörigen anzuhören. Doch im Vergleich zu der interpersonalen Psychotherapie, einer in den USA verbreiteten Behandlungsweise gegen Depressionen, besserten sich unter Shears Behandlung die Symptome bei nahezu doppelt so vielen Patienten (51 gegenüber 28 Prozent) – und das in kürzerer Zeit.

Der Autobiographical Memory Test (AMT)

»Nennen Sie auf jedes präsentierte Wort jeweils ein spezifisches Ereignis aus Ihrer Vergangenheit. Beziehen Sie sich also bitte auf ein Ereignis, das an einem bestimmten Ort an einem bestimmten Tag stattgefunden hat.« So lautet die Aufgabe beim Autobiografischen Gedächtnistest. Zu den vorgegebenen Wörtern zählen mit positiven oder negativen Gefühlen assoziierte Adjektive wie »zufrieden«, »glücklich«, »traurig« oder »einsam«. Die Probanden haben in der Regel eine halbe Stunde Zeit, um ein Ereignis zu finden und darüber zu berichten. Um sicherzugehen, dass sie die Aufgabe verstanden haben, wird das Prinzip zuvor an jeweils zwei Beispielen demonstriert.

Beispiel:

– »**Letzten Mittwoch sind mir die Bratkartoffeln angebrannt.**«

(konkrete Beschreibung eines spezifischen Ereignisses)

– »**Wenn ich kuche, geht meistens etwas schief.**«

(Verallgemeinerung in einem Lebensbereich)

– »**Was immer ich tue, geht schief.**«

(alle Lebensbereiche umfassende Verallgemeinerung)

– »**Ich bin ein Versager.**«

(kategorische Etikettierung)

Maccallum und Bryant zeigten in einer Anfang 2011 erscheinenden Studie, dass Shears Verfahren die Symptome komplizierter Trauer umso mehr minderte, je stärker zugleich die Neigung zum Übergeneralisieren schwand. Das galt aber nur für positive Stichwörter – ein Befund, den die Autoren nicht schlüssig erklären können. Außerdem war die Studie nur beschränkt aussagekräftig, denn die Forscher verglichen die Therapieeffekte nicht mit dem Verlauf der Symptome von trauernden Kontrollprobanden.

Die Psychologen Robert Neimeyer und Joseph Currier von der University of Memphis (US-Bundesstaat Tennessee) analysierten deshalb die Wirkung von Trauerinterventionen anhand von 61 kontrollierten Studien, die den therapeutischen Effekt entweder mit dem einer Wartegruppe oder einer Placebobedingung verglichen. Fazit: Je komplizierter oder tiefer die Trauer, desto mehr half die Psychotherapie. Behandelten die Therapeuten allerdings eine normale Trauerreaktion, besserte sich das Be- finden der Probanden nicht – bei manchen verschlechterte es sich sogar.

Auf Grund solcher Befunde warnt der Psychologe Bonanno davor, Trauergefühle

frühzeitig zu problematisieren. Mindestens ein halbes Jahr, besser ein Jahr sollten sich Therapeuten mit Interventionen zurückhalten. Selbst danach müsse zunächst ein Experte prüfen, ob auch wirklich eine komplizierte Trauer vorliegt.

Wenn Angehörige oder Freunde den Trauernden bedrängen, er solle sich »seiner verdrängten Trauer stellen« oder endlich mal weinen, dann beruhe das auf der falschen Annahme eines »Standard-Trauerprozesses«, den jeder durchlaufen müsse. Solche Anleitungen zum »richtigen Trauern« könnten viel Leid auslösen, so der Psychologe. Auf die Frage, was er selbst Trauernden am häufigsten rate, antwortete Bonanno: »Tun Sie, was Ihnen guttut.« ↪

(Gehirn&Geist, 1-2/2011)

Boelen, P. A. et al.: Autobiographical Memory Specificity and Symptoms of Complicated Grief, Depression, and Posttraumatic Stress Disorder Following Loss.

In: Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 41, S. 331-337, 2010

Bonanno, G. A.: Resilience to Loss and Chronic Grief: A Prospective Study from Preloss to 18-Months Postloss.

In: Journal of Personality and Social Psychology 83, S. 1150-1164, 2002

Currier, J. M. et al.: The Effectiveness of Psychotherapeutic Interventions for Bereaved Persons: A Comprehensive Quantitative Review. In: Psychological Bulletin 134, S. 648-661, 2008.

Maccallum, F., Bryant, R. A.: Autobiographical Memory Following Cognitive Behaviour Therapy for Complicated Grief. In: Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 42, S. 26-31, 2011

O'Connor, M.-F. et al.: Craving Love? Enduring Grief Activates Brain's Reward Center. In: NeuroImage 42, S. 969-972, 2008

Prigerson, H. G. et al.: Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11.

In: PLoS Medicine 6, e1000121, 2009

Raes, F. et al.: Reducing Cognitive Vulnerability to Depression: A Preliminary Investigation of MEmory Specificity Training (MEST) in Patients with Depressive Symptomatology.

In: Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 40, S. 24-38, 2009

Shear, K. et al.: Treatment of Complicated Grief: a Randomised Controlled Trial. In: Journal of the American Medical Association 293, S. 2601-2608, 2005

Swarte, N. B. et al.: Effects of Euthanasia on the Bereaved Family and Friends.

In: British Medical Journal 327, S. 189, 2003

DIE WOCHE

DAS WÖCHENTLICHE WISSENSCHAFTSMAGAZIN

Das Kombipaket im Abo: App und PDF

Jeden Donnerstag neu! Mit News, Hintergründen, Kommentaren und Bildern aus der Forschung sowie exklusiven Artikeln aus »nature« in deutscher Übersetzung. Im Abonnement nur 0,92 € pro Ausgabe (monatlich kündbar), für Schüler, Studenten und Abonnenten unserer Magazine sogar nur 0,69 €.

JETZT ABONNIEREN!

