

Sterben, Tod und Trauer

R. Schmitz-Scherzer

Zusammenfassung

Nach einer kurzen Skizze der derzeitigen Kritik an der Pflege und dem Umgang mit Sterbenden insbesondere in Kliniken, Pflegeheimen und vergleichbaren Einrichtungen wird erläutert, warum heute die Definition des Todes als Herztod von der des Hirntodes abgelöst wurde.

Danach werden religiöse, philosophische und gesellschaftliche Aspekte des Sterbens und des Todes ausgeführt. Es wird ausgeführt, daß Sterben und Tod in allen Religionen und Philosophien sehr unterschiedliche Deutungen und Interpretationen über die Menschheitsgeschichte hinweg erfahren haben und immer einen zentralen Punkt in den Auseinandersetzungen der Menschen mit ihrer Existenz darstellten. Zumeist wird Sterben als ein Übergang in eine " andere " Welt und der Tod zwar als Ende der irdischen Existenz charakterisiert, aber zugleich auch als Beginn von etwas "Neu - em " aufgefaßt - freilich je nach Geschichte, Gesellschaft und Kultur unterschiedlich beschrieben und gedeutet. Besonders bedeutsam sind in diesem Zusammenhang Fragen nach dem Sinn des Lebens und damit auch nach dem des Sterbens und des Todes.

Auch im Verlauf der geschichtlichen Entwicklung des Menschen finden wir zu unterschiedlichen Zeiten sehr verschiedene Formen des Umgangs und der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. So gehörten das Sterben und der Tod zu den Alltagserfahrungen der Menschen, die in früheren Zeiten lebten. Erst nach und nach wurden die meisten der Sterbenden nicht mehr zu Hause von Familienmitgliedern gepflegt, sondern zumeist in Institutionen wie Kliniken und Pflegeheimen medizinisch versorgt und von professionellem Personal gepflegt. Dies und ein mit dieser Entwicklung zusammenhängender Wertewandel brachten für die Einstellung zu Sterben und Tod sowie für den Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen und Begleitern in der heutigen Gesellschaft große Veränderungen mit sich.

Die Thanatologie hat als Wissenschaft vom Sterben bislang eine Vielzahl von Erkenntnissen erbracht. Zahlreiche dieser Forschungsergebnisse sind auch für eine mitmenschliche Begleitung von Sterbenden von großer Bedeutung. Insbesondere haben die Psychologie und die Soziologie als die Wissenschaften, die die Thanatologie maßgeblich als Einzelwissenschaften tragen, zu Sterbeorten und zur Situation Sterbender und ihrer Begleiter sowie zu den Formen der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, aber auch zum Phänomen des Suizids und den Formen von Trauerprozessen wesentliche Ergebnisse erbracht.

Die Kritik am Umgang mit Sterbenden heute entzündet sich immer an Fragen nach der Qualität einer mitmenschlich orientierten Sterbebegleitung. Dabei wird Sterbebegleitung als ein kommunikativer Prozess, der mehr als Pflegemaßnahmen umfasst und die gesamte Persönlichkeit der Begleiter(innen) fordert, verstanden.

Eine solche Sterbebegleitung soll auch von Hospizen in ihren ambulanten und stationären Formen sichergestellt werden. Dabei verstehen sich Hospize nicht als Konkurrenz zu Krankenhäusern und Pflegeheimen sondern im Gegenteil als deren notwendige Ergänzung im Interesse der sterbenden Menschen heute.

Auch Trauer kann als ein Prozeß verstanden werden, der in vielfältiger Weise in seiner Form und Dauer von der sozialen Umgebung, der Biografie und der Persönlichkeit der Trauernden und der Art ihrer Beziehungen zu einem verstorbenen Menschen und ihrer jeweiligen Situation beeinflusst wird.

1. Einleitung

In den letzten Jahrzehnten sind die Situation Sterbender und damit auch die Sterbebegleitung in Kliniken, Pflegeheimen und vergleichbaren Einrichtungen in die öffentliche Diskussion und Kritik geraten. Oft wird darin der Vorwurf erhoben, daß insbesondere Krankenhäuser, Kliniken und auch Pflegeheime heute nicht mehr in der Lage seien, eine angemessene, mitmenschlich orientierte Sterbebegleitung sicherzustellen. Ihre Organisationsformen, die primär auf Diagnose und Therapie abstellten, müssten gerade bei Sterbenden versagen, da bei diesen Patienten diagnostisch und therapeutisch die

Möglichkeiten erschöpft seien und für die dann notwendige intensive Pflege nicht genügend Zeit und insbesondere nicht entsprechend geschultes Personal zur Verfügung stünden.

Diese Diskussion kreist jedoch nicht nur um die zuvor erwähnten Aspekte. In ihrem Gefolge stehen noch weitere Punkte zur Debatte. Angeregt durch die ersten Veröffentlichungen von Kübler - Ross (1969) und die Beiträge einiger Mediziner, Theologen, Journalisten und Juristen steht das Thema der Sterbebegleitung heute in seiner Gesamtheit zur Diskussion, einer Diskussion, die auch zu praktischen Initiativen auf diesem Felde geführt hat.

Auch schwingen in diesen Diskussionen solche Themen mit, die auf den ersten Blick nur mittelbar mit der Sterbebegleitung in Zusammenhang stehen wie z.B. die Kritik an der sog. " Apparatemedizin ", die Entwicklung eines " Patiententestamentes " , in dem das Ringen um persönliche Mitbestimmung bei dem eventuell notwendigen Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen und bei der Form des eigenen Sterbens sichtbar wird und die kritische Auseinandersetzung mit Aspekten der Transplantationsmedizin.

So ist es auch nicht überraschend zu bemerken, daß heute wieder die Frage der Definition des Todes und damit der exakten Bestimmung des Todeszeitpunktes diskutiert wird.

1.1 Vom Herztod zum Hirntod

Genau gesehen muß man allerdings zuerst nach allem, was wir wissen, davon ausgehen, daß es keine exakt bestimmbare Grenze zwischen Leben und Tod gibt. Ihre Festlegung erfolgte immer nach Konventionen. Sterben ist ein Prozeß, der mehr oder weniger Zeit dauert. Deshalb ist es praktisch unmöglich, exakt den Zeitpunkt zu bestimmen, nach dessen Überschreitung keine Rückkehr zum Leben mehr möglich ist. Trotzdem ist dessen genaue Bestimmung nicht nur theoretisch wichtig, sondern auch dann immer von größter praktischer Bedeutung, wenn der exakte Zeitpunkt des Eintritts des Todes bekannt sein muß - z. B. aus rechtlichen Gründen.

Früher galt der Mensch als tot, wenn Atmung und Kreislauf irreversibel ausgesetzt hatten. Da aber diese Unumkehrbarkeit kaum genau festzustellen war, wartete man mit der Feststellung des Todes, bis weitere sichere Todeszeichen wie Totenstarre, Totenflecken und Fäulnis erkennbar waren.

Heute kann die Medizin Atmung und Kreislauf auch über längere Zeiträume hinweg aufrecht erhalten. Zudem verlangt die Transplantationsmedizin nicht nur Gewebe, die längere Zeit nach dem Tod entnommen werden können, wie etwa Hornhaut, Haut und Gehörknöchelchen, sondern auch "lebensfrische" Organe wie z. B. Herz, Lunge und Nieren. Daraus folgt, daß der wissenschaftliche und medizinische Fortschritt eine neue Definition des Todeszeitpunktes erforderte. Seit Beginn der 60er Jahre gilt deshalb der " Hirntod " und nicht mehr der " Herztod " als Kriterium des Eintritts des Todeszeitpunktes: sind Gehirntätigkeit - meßbar durch Encephalographen- und Atemzentrum irreversibel ausgefallen, ist der Tod auch bei noch schlagendem Herzen eingetreten.

Diese neue Definition des Todes ändert nichts daran, daß auch heute noch im Regelfall der Tod anhand der o. g. Kriterien des " Herztodes " festgestellt wird.

Mit dieser Veränderung der Diagnostik des Todeszeitpunktes sind neben medizinischen Fragen freilich auch rechtliche und ethische Probleme verbunden. So u. a. die Frage nach dem Recht des Menschen Leben zu verlängern, nach der Verantwortung des Arztes in diesem Feld und natürlich auch solche nach unserer aller Verantwortung dem Mitmenschen und seinem Leben gegenüber (Eisenmenger und Spann 1995).

2. Religiöse und philosophische Aspekte von Sterben und Tod

Wie begegnet der Mensch Sterben und Tod? Wie setzt er sich mit dem Sterben und dem Tod anderer Menschen auseinander? Und schließlich: wie begegnet der Einzelne seinem eigenen Sterben und seinem Tod?

Seitdem sich der Mensch in seiner Entwicklung als in seinem körperlichen Leben zeitlich begrenzt erfährt, muß er mit dem sicheren Wissen um sein Sterben und seinen Tod leben. Sterben und Tod haben in den Religionen und

Philosophien der Völker viele Deutungen erfahren. Freilich sind die Interpretationen von Sterben und Tod zu unterschiedlichen Zeiten und in verschiedenen Kulturen inhaltlich sehr unterschiedlich. Allen diesen Interpretationen ist aber gemeinsam, daß Sterben und insbesondere der Tod als Grenze, die das irdische Leben beendet und "anderes" Leben von diesem trennt oder aber die Existenz des Menschen generell beendet, gesehen werden.

Trauer, Leid(en), Sterben und Tod lassen sich deshalb auch als Grenzphänomene der menschlichen Existenz in dem Sinne auffassen, als sie dem Menschen erfahrbar und auch erlebbar machen, daß er in seiner Zeitlichkeit begrenzt ist und auch nur in diesen Grenzen sein Leben zu gestalten vermag, daß er an und in seinen Körper gebunden und mit dem Geschehen des Sterbens und dem Tod anderer Menschen konfrontiert wird - ob er nun will oder nicht.

Jaspers spricht in diesem Zusammenhang von Grenzsituationen: "...es gibt Situationen, die in ihrem Leben bleiben, auch wenn ihre augenblickliche Erscheinung anders wird und ihre überwältigende Macht sich in Schleier hüllt: ich muß sterben, ich muß leiden, ich muß kämpfen, ich bin dem Zufall unterworfen...Diese Grundsituationen unseres Daseins nennen wir Grenzsituationen. Das heißt, es sind Situationen, über die wir nicht hinaus können, die wir nicht ändern können" (1988, S. 11). Solche Grenzsituationen können den Menschen erschüttern, ihn aber auch seine Existenz bewußter machen. Sie verlangen eine Auseinandersetzung mit sich selbst und der jeweiligen Situation. Nur auf diese Weise kommt der Mensch nach Jaspers zu seiner Existenz. Kierkegaard, aber auch so unterschiedliche Philosophen wie Heidegger und Hanna Arendt stellen die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit ebenfalls in das Zentrum ihrer Betrachtungen und sehen diese als eine Notwendigkeit zur Bewältigung der existentiellen Probleme der Menschen an.

So wie jede Philosophie versucht auch jede Religion Leben, Sterben und Tod einen Sinn zuzuweisen. Denn angesichts des Sterbens anderer oder in Gedanken an das eigene Sterben stellt sich oft die Frage nach dem Sinn des Lebens und damit auch die nach dem des Todes.

In diesem Zusammenhang ist es interessant zu sehen, welche Ergebnisse die psychologische Forschung zu Sinnfindungsprozessen herausgearbeitet hat. Dabei steht die lebensgeschichtliche Perspektive im Vordergrund.

2.1 Sinnfindungsprozesse

Wenn alte Menschen ihre Lebensgeschichte erzählen, dann berichten sie von Ereignissen, Aktivitäten und Leistungen, von Betroffenheiten, Krisen und Glück. Nicht erzählen sie von Zeitspannen, in denen nichts geschah, in denen nichts "Besonderes" zu vermerken war.

In einem Bedeutungsprozess wird dem vergangenen Geschehen oft eine Richtung gegeben, eine Richtung auf die Gegenwart. So wird nicht selten durch dieses "Richtung-Geben" auch dem zuvor Geschehenen ein Sinn zugeschrieben.

Sinngebung kann so als ein Forschen nach der Richtung vergangener Zeitläufe und deren Inhalten bezogen auf die eigene Person in ihrer Gegenwart verstanden werden. Diese Sichtweise von Sinngebung bestätigt sich auch die Wortbedeutungen von Geschichte. Geschichte, Geschehen und auch Schickung, Zufall und Ereignis sind die wesentlichen Worte im Wortfeld " Geschichte ". Schickung meint in diesem Zusammenhang Richtung in dem Sinne einer Richtung auf den Einzelnen hin. Auch in dem griechischen Wort " historia " steckt " historeo ", was forschen nach etwas bedeutet.

Demnach ist ein Prozess der Sinngebung auch immer verbunden mit dem, Vergangenes zu ordnen, zu " richten ", " einzurichten " in vorhandene ggf. modifizierte oder erst zu schaffende Sinnkonzepte (Schmitz – Scherzer, 1995).

In Gesprächen über Sinnfragen mit alten Menschen - die im übrigen häufiger zu sein scheinen als aus vorliegenden Studien über Sinn / Lebenssinn zu vermuten - werden oft Lebenssituationen geschildert, die ein Erlebnis der Stimmigkeit und in diesem Sinne ein Sinnerlebnis beinhalten.

So berichtet z.B. die 83jährige Frau B., dass für sie u.a. dann das Leben in der Nachkriegszeit wieder ' sinnvoll ' geworden sei, als ihr Mann aus der Kriegsgefangenschaft zurückkam. Im gemeinsamen Aufbau danach sei ihr klar geworden, dass diese Ehe für sie ' stimmte '. Und in dieser Ehe sei sie ' sie selbst geworden '.

Eine andere alte Dame berichtete nach dem Tod ihres Mannes, dass es ihr deshalb gut gehe, weil sie glaube, dass sie dazu beigetragen habe, dass ihr Mann so sterben konnte, wie er wollte, wie es für ihn ' stimmte '. Und des halb ' stimme ' ihr Leben nun als Witwe auch für sie.

Herr Z. meinte, solange er gearbeitet hätte, habe für ihn alles ' gestimmt ', da er nur für seinen Beruf gelebt habe. Jetzt - als Rentner - sei sein Leben sinnlos.

Der Begriff der Stimmigkeit, offenbar einen Zustand der Balance zwischen der eigenen Persönlichkeit und der momentanen konkreten Lebenssituation beschreibend, deutet an, dass Sinnerfahrung hohe affektive und emotionale Anteile in sich birgt. Wie wohl auch kognitive Aspekte in den Schilderungen deutlich werden, basieren anscheinend Emotionen diese Stimmigkeit weitgehend. Schon die Wortwahl legt eine solche Vermutung nahe: es stimmt (überein) meint Harmonie, eben die Stimmigkeit verschiedener Elemente (miteinander).

Schließlich ist auch in Gesprächen mit alten Menschen auffallend, dass sie, angesprochen auf Sinnfragen, eher etwas über Inhalte, Absichten und Zwecke ihres Lebens berichten und die Frage nach dem Sinn als schwer beantwortbar bezeichnen. Diese Schwierigkeit der Verbalisierung könnte auch auf die tiefe emotionale und affektive Verankerung von als 'sinnvoll' erlebten Lebensereignissen zurückzuführen sein. Sinnerfahrung kann zudem auch als plötzliches Ereignis, in dem Zustimmung, Verstehen, Erkenntnis und Liebe, jedenfalls Übereinstimmung von Person und Welt erfahrbar werden, erlebt werden. Insofern ist die Sinnerfahrung von mehr oder minder bewussten reflexiven Prozessen der Sinnsuche zu unterscheiden.

Neben den emotionalen, affektiven und kognitiven Elementen muss zudem noch gesehen werden, dass Sinnerfahrungen, die berichtet werden, fast immer mit Bezug auf andere Menschen oder die Umwelt schlechthin ge-

schildert werden. Sinnerfahrungen mit ausschließlichem Bezug zu der eigene Person finden sich sehr selten.

Die Psychologie geht in vielen Untersuchungen von einem Sinnsystem aus, welches einen in sich geschlossenen Ausschnitt vor allem aus dem Gesamtwissen über die eigene Person, ihrem Bezug zur Welt, der Veränderung der Zeit und dem Selbstkonstrukt darstellt.

Der erarbeitete oder gefundene Sinn (des Lebens) entzieht dieser Auffassung zufolge eine Person der Perspektivlosigkeit und ist somit eine Realität persönlicher Existenz. Er verknüpft Geschehen mit der Wertewelt des Einzelnen. Erfahrene Sinnlosigkeit kann zu Perspektivlosigkeit führen.

Sinngebung muss als aktiver von der einzelnen Person ausgehender Prozess gesehen werden im Gegensatz zur Sinnerfahrung, die - wie bereits ausgeführt - plötzlich, bewusst und nicht gewollt, eintreten kann. Sinngebung kann als mehr oder minder bewusste Suche nach dem (Lebens-)Sinn verstanden werden. Sinngebung ohne den Versuch, Leben zu gestalten, ist kaum möglich. Sinngebung hat mit Werten zu tun. Werden keine Werte anerkannt, wird Sinnsuche rasch unmöglich.

Doch ist die von vielen Autoren ausgemachte Sinnkrise nicht ein Resultat persönlicher Entwicklungen, sondern das eines historischen Prozesses. Die geringere Verbindlichkeit tradiert Werte und religiös fundierter Wertesysteme im Vergleich zu früheren Zeiten wirft den Menschen auf sich selbst zurück. Sinngebung, die Suche nach dem Lebenssinn, ist damit zu einer umfassenden individuellen Aufgabe geworden und beinhaltet mehr als die Anpassung an in der Gesellschaft mehr oder weniger den Einzelnen bindende Werte.

Dabei spielen bei alten Menschen religiöse Werte eine große Rolle. Allerdings meist nicht mehr im kirchlich tradierten Sinn, sondern vielmehr in Sinngebungsprozessen mit religiösem Hintergrund sind sie von großer Wichtigkeit im Leben alter Menschen, insbesondere dann, wenn Lebenskrisen und Verlusterlebnisse bearbeitet werden müssen.

Sinngebung heißt dann oft Auseinandersetzung mit und Gestaltung der (sozialen) Umwelt. Dies hat zur Voraussetzung, dass sich die eigene Persönlichkeit zu orientieren vermag. Dazu scheinen häufig transzendente und in diesem Sinne religiöse Bezüge (religio heißt Rückbindung) herangezogen zu werden und notwendig zu sein (nicht umsonst steckt in dem lateinischen Wort religio auch religere, was aufmerksam sein bedeutet). Hier können dann auch christliche Werte eine große Rolle spielen und die Rückbindung an das "Über-dem-Menschen-Befindliche", das Transzendente, ermöglichen.

Allerdings kann diese transzendente Rückbindung auch ohne tradierte religiöse Wertesysteme geschehen. Meist wird dann nicht ein Wertesystem gewählt, sondern bekannte benutzt oder entsprechend gewandelt. Sinngebung wäre so auch als Rückbindung an eine Wertewelt zu verstehen.

Auch philosophische Systeme können bei der Sinnfindung des Menschen eine Rolle spielen, und so kann die Vielzahl von Wertesystemen religiöser, philosophischer und anderer Art sozusagen den Raum ergeben, in dem Sinnfindungsprozesse - beeinflusst von vielen anderen Elementen - stattfinden können.

3.Historische Aspekte

Heute sterben schätzungsweise 70 Prozent aller Menschen in Kliniken, Pflegeheimen und anderen entsprechenden Einrichtungen. Die Institutionalisierung des Sterbens hat es mit sich gebracht, daß Sterbebegleitung in zunehmendem Maße eine Aufgabe des Personals dieser Einrichtungen wurde und Angehörige sich selbst immer seltener in der Rolle der Begleiter Sterbender finden. Diese Entwicklung hat sicherlich auch dazu beigetragen, dass sich heute viele Angehörige hilflos in ihrer Rolle als Begleiter Sterbender fühlen. Nicht selten benötigen sie daher Stützung, Hilfe und Anleitung.

Dabei ist es wichtig zu sehen, dass früher das Sterben und der Tod anderer Menschen zu den Alltagserfahrungen gehörte. Wenn nicht Kriegs- oder Pestzeiten das soziale Gefüge zu jener Zeit störten, starben die Menschen zu

Hause im Beisein ihrer Familienmitglieder. Ihr Sterben wurde von Ritualen, an denen alle Anwesenden beteiligt waren, begleitet, eine für alle Menschen verbindliche Wertewelt gab dem Geschehen Sinn und wie im obigen Text ausgeführt "Ordnung". Ein Mensch zu Beginn seines Erwachsenenalters war zu jener Zeit statistisch gesehen mit dem Tod einiger Geschwister und oft auch dem der Mutter schon konfrontiert worden.

Doch auch die Form des Sterbens selbst ist heute eine andere als noch vor 150 Jahren. Da zu jener Zeit vor allem Infektionskrankheiten die Hauptursache des Sterbens darstellten und deshalb in allen Altersgruppen, vor allem aber im Kindes- und Jugendalter, sowie in der Gruppe der gebärenden - Frauen viele Sterbefälle zu verzeichnen waren, sind es heute Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems sowie bösartige Neubildungen, die als Hauptursachen zum Tode führen. Deshalb finden sich heute auch die meisten Todesfälle in der Altersgruppe ab 70 Jahre. Zudem ist durch diese Veränderung und freilich auch durch die heutigen Möglichkeiten der modernen Medizin der Sterbeprozess länger geworden als früher.

Die altersmäßige altersmässige Verschiebung des Sterbens lässt sich auch an der Veränderung der Lebenserwartung absehen: So erreichen heute 64 Prozent der neugeborenen Mädchen und 44 Prozent der Jungen ein Alter von 75 Jahren gegenüber vor 100 Jahren, wo es nur 11 Prozent der Jungen und 14 Prozent der Mädchen waren, die bei ihrer Geburt statistisch gesehen ein Alter von 75 Jahren erreichten. Oder: Das mittlere Sterbealter stieg in den letzten 100 Jahren von 38 auf 77 Jahre bei den Frauen und von 36 auf 70 Jahren bei den Männern.

Wenngleich die Form des Sterben früher eine andere war, wenngleich man sagen kann, dass Rituale und eine verbindliche Wertewelt den Tod zu jener Zeit mehr als soziales Ereignis beschreibbar machen, lässt sich doch nicht ohne weiteres daraus schließen, dass die Menschen dieser Zeit "kompetenter" mit Sterben und Tod umgingen. Auch damals herrschen Unsicherheit und Angst angesichts des Todes, wurden z. T. unter großen Opfern Ablässe gekauft und Pilgerreisen unternommen, um den Strafen der Hölle zu entgehen, herrschte die große Angst vor einem Sterben in der Fremde ohne den Beistand der Familie und der Freunde. Dies gilt trotz der Existenz der Bücher und Schriften, die die "Kunst des Sterbens (ars moriendi)" beschrie-

ben bzw. zu lehren versuchten. Sie bezogen sich zumeist auf die verpflichtenden Werte der damaligen kirchlichen Lehrmeinungen und die Anleitungen zur angemessenen Durchführung der notwendigen Rituale. Dennoch waren Tod und Sterben allgegenwärtig, wurden auch an vielen Orten den Menschen ins Gedächtnis gerufen: gedenke, daß du sterblich bist! Dieses Leben mit Sterben und Tod stellt neben dem Sterben im Schoße der Angehörigen zwei der großen und wesentlichen Unterschiede zwischen dem Sterben in der Gegenwart und dem in der Vergangenheit dar.

Der Tod war zu jenen Zeiten ein Übergang zu einem anderen Leben. Heute begegnen wir ihm nur noch selten in direkter Konfrontation. Zudem ist er entsakralisiert und profanisiert. Dem Sterben und dem Tod sind Heiligkeit und Besonderheit verloren gegangen. Heute scheinen das Sterben und der Tod aus dem Leben zumindest ausgeklammert. Ob dies ein Verdrängungsprozess im psychoanalytischen Sinn ist, wird kontrovers diskutiert.

Im Gegensatz zu früher sind also Sterben und Tod im alltäglichen Leben nicht mehr präsent. Sie sind tabu. Dies hat natürlich Folgen für den Umgang mit Sterben und Tod in unserer Gesellschaft. Dabei sind die Institutionalisierung des Sterbens und die Professionalisierung der Sterbebegleitung nur zwei dieser Folgen. Ihnen und dem gesamten skizzierten Prozess liegt ein Wertewandel zugrunde, der radikaler nicht sein könnte. Die heutigen Menschen sehen in ihrer Mehrheit den Tod sicher nicht als Schlußpunkt ihrer Existenz, eher sind sie unsicher, lassen Möglichkeiten einer "nach - todlichen" Existenz offen, sprechen aber kaum darüber, legen sich nicht Rechenschaft ab, entdecken z. B. nur schwer, dass der Tod durch Glauben - und gerade im Christentum hat der Tod eine sehr große Bedeutung - und Sinnfindungsarbeit einen Sinn bekommen kann. Manchmal scheint es, dass heute Sterben und Tod als " Skandale " angesichts der sich entgrenzenden Wissenschaften und dem technischen Fortschritten aufgefasst werden. Sterben und Tod markieren die Grenzen, die die Wissenschaft und Technik - alles ist machbar - leugnen, bzw. gegen die sie ankämpfen. Differenzierter wird in neueren Publikationen argumentiert, wenn z. B. herausgearbeitet wird, dass das immer häufigere Sterben in vom öffentlichen Bewußtsein abgeschirmten Exklaven, wie z.B. Altenpflegeheimen und Kliniken, dazu führen kann, daß der Mensch in seinem zeitlichen Erleben seine eigene Zukunft verliert und damit auch sein Gegenwartserleben verkümmern kann. Die Be-

arbeitung von Verlust- und Trennungserlebnissen im Lebenslauf kann nämlich das Vermögen, den eigenen Tod zu akzeptieren nach allen Erfahrungen und auch nach den Ergebnissen einiger Untersuchungen stärken (Warsitz 1988).

Es gibt eine sehr heterogene Gegenbewegung zu den zuvor skizzierten Entwicklungen. Dies zeigt sich in vielen öffentlichen Diskussionen, auf dem Buchmarkt und auch in zahlreichen Initiativen, die der Hospizidee verpflichtet sind (siehe dort). In ihnen werden Sterben und Tod wieder besprechbar, in ihnen könnte auch der Keim für eine neue Phase der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod liegen. In diesem Zusammenhang können die Ergebnisse thanatologischer Forschungen eine wichtige Rolle übernehmen.

4. Ergebnisse der thanatologischen Forschung

Die Thanatologie - die Wissenschaft vom Sterben und vom Tod - hat von dieser Diskussion profitiert. Obwohl schon um die Jahrhundertwende konzipiert, kann man doch erst seit ca. 1960 von umfassenderen thanatologischen Forschungen sprechen. Die Thanatologie versteht sich als eine multidisziplinäre Wissenschaft. Vor allem soziologische, psychologische und psychiatrische Ansätze bilden Schwerpunkte ihrer Arbeit. Im Grunde genommen aber haben sich mehr oder weniger alle Wissenschaften, die sich mit dem Menschen beschäftigen, in den letzten Jahren zu thanatologischen Fragestellungen geäußert und geforscht: Medizin, Psychosomatik, Theologie, Philosophie u.a..

Freilich hat die Thanatologie als junge Wissenschaft noch große Schwierigkeiten in ihrer Forschungsarbeit zu überwinden. Sie besitzt kein eigenes theoretisches Rüstzeug und keinen eigenen Kanon von Methoden und nutzt deshalb vor allem Methoden und Theorien aus Psychiatrie, Psychologie und Soziologie. Solche Vorgehensweisen werden nicht immer der Eigenständigkeit thanatologischer Fragestellungen gerecht.

4.1. Wesentliche Ergebnisse der Thanatologie im Überblick

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Thanatologie im Überblick dargestellt werden. Dabei wird vor allem auf die Forschungsergebnisse abgestellt, die für die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod und für die Sterbebegleitung relevant sind. Diesbezügliche Ergebnisse haben im empirischen Feld vor allem die Psychologie, die Soziologie und die Psychiatrie erbracht.

4.1.1 Die gedankliche und emotionale Auseinandersetzung mit Sterben und Tod

Die Sichtung psychologischer Arbeiten zur gedanklichen Auseinandersetzung mit Tod und Sterben bei alten Menschen lässt folgende Feststellungen zu:

- es existieren sehr große Unterschiede hinsichtlich der Einstellungen zu Sterben und zum Tod,
- die Sinnzuschreibungen, die der Tod durch alte Menschen erfährt, variieren ebenfalls sehr stark und
- auch die Bewältigungsformen in den Auseinandersetzungen mit Sterben und Tod zeigen sehr große Verschiedenheit.

Diesen Ergebnissen zufolge zeigen sich also große inter- und intraindividuelle Unterschiede in den Einstellungen und der gedanklichen Auseinandersetzung mit Sterben und Tod und in den jeweiligen persönlichen Sinnzuschreibungen. Große Unterschiede finden sich in diesem Feld also sowohl zwischen verschiedenen Menschen, als auch bei Einzelnen in unterschiedlichen Stationen ihres Lebenslaufes. Generell lässt sich sagen, dass sich die Einstellungen zu Sterben und Tod und die Arten und Formen der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod in sehr individuellen Prozessen herausbilden.

Diese Aussagen treffen nicht nur auf ältere und alte Menschen zu. Sie gelten auch für Jüngere. Die alten Menschen verfügen keinesfalls über eine negativere oder konfliktreichere Einstellung zu Sterben und Tod im Vergleich zu jüngeren Menschen.

Die meisten psychothanatologischen Arbeiten befassen sich mit den Einstellungen und der Angst vor dem Sterben - nicht aber mit dem Prozess des Sterbens selbst. Nur spärlich finden sich Publikationen, die ihre Aussagen aus Begegnungen mit Sterbenden ableiten (z.B. Kruse 1988).

Die Intensität gedanklicher Beschäftigung mit Tod und Sterben hängt nach den vorliegenden Befunden vom gesundheitlichen Wohlbefinden ab, jedoch keinesfalls einseitig. Krankheit kann, muss aber nicht zu verstärkter gedanklicher Beschäftigung mit Tod und Sterben führen. Ebenso wirken "Religiosität" und soziodemographische Variablen nicht einheitlich in eine Richtung. Eine Erklärung dieser Befunde kann von verschiedenen Aspekten her unternommen werden. Einmal ist dabei sicherlich an die Schwierigkeit der Konstruktion des jeweiligen Konstrukts - z. B. Krankheit, Religiosität und sozialer Status - zu denken, zum anderen an die großen intra- und interindividuellen Varianten in diesem Themenfeld.

Krankheit kann z.B. trotz gleicher Diagnose subjektiv sehr verschieden bearbeitet werden. Die gleiche Krankheit kann Angst, Schrecken und Verzweiflung mit sich bringen, aber auch Hoffnung erwecken. Auch können Angst, Schrecken und Verzweiflung sehr unterschiedliche Bilder im Erleben und Verhalten eines einzelnen Menschen - je nach dessen aktueller Situation und persönlicher Geschichte - formen und sich deshalb auch intra- und interindividuell sehr verschieden konstituieren.

Ähnlich der soziale Status wie auch die Religiosität. Die gedanklichen Auseinandersetzungen mit Tod und Sterben sind eben wie das Sterben selbst höchst individuelle Prozesse und diese Individualität ist nur sehr vordergründig mit den in Rede stehenden Konstrukten zu "erklären".

Die Angst vor dem Tod wie auch die vor dem Sterben zeigt eine dynamische Komponente. "Trait-Konzepte" der Angst, die Angst als mehr oder minder über die Zeit hinweg stabiles Persönlichkeitsmerkmal auffassen, greifen hier nicht. Angst kann größer oder geringer werden, kann in andere Befindlichkeiten übergehen. Das Alter, die Religiosität und andere Persönlichkeitsmerkmale sind dabei von eher geringerer Bedeutung und nur im Kontext ihrer jeweiligen Inhalte bzw. Erlebnisformen in unterschiedlichem Bezug zur Angst vor Sterben und Tod zu sehen. Angst kann sich allerdings auch als Reaktion

auf eine persönliche Betroffenheit durch das Leid und das Sterben anderer manifestieren und somit wieder das eigene Sterben beeinflussen.

Psychoanalytisch gesehen spielt jedenfalls beim Angsterleben die "Trennung" von versichernden Objektbezügen oder absichernden Bezugspersonen eine Rolle. Angst vor Leid, Sterben und Tod können so gesehen aus einer durch Leid, Sterben und Tod anderer Menschen verursachten Ich--Bedrohung entstehen; Angst vor dem Sterben und dem Tod oft als Angst vor dem endgültigen Loslassen, dem Abschied für immer, der Trennung von der Welt an der Schwelle ungewisser, jedenfalls nicht gewusster Zukunft aufgefasst werden.

Zu dieser Angst kommt in vielen Fällen noch die Ungewohntheit im Anblick und im Umgang mit Leid oder Sterben anderer Menschen. Dies verunsichert noch mehr, kann wohl auch nochmals die vorhandene Angst vergrößern.

Angst kann nicht nur das Sterben selbst beeinflussen, sondern auch das Erleben und Verhalten vieler Angehöriger, besonders wenn sie sich unvorbereitet in der Rolle eines Begleiters sterbender Verwandter, Freunde oder Bekannter finden. Der Versuch, diese Angst zu meistern, führt zu unterschiedlichen Bildern, die durch Abwehr und sehr starke Kontrolle der eigenen Emotionen, durch Aktivität - von der (zu) lauten Stimme bis zur allgemeinen Hektik - und durch Vermeidung der Konfrontation (oft unter entschuldigender Anführung verschiedener Aufgaben und Pflichten) gekennzeichnet sein können. Angst kann aber auch zu überschießenden Reaktionen und tiefen emotionalen und existenziellen Erschütterungen führen.

Von daher lässt sich Reife und Weisheit so beschreiben, dass zur Reife und zur Weisheit nicht nur im Alter die Auseinandersetzung mit den oben angesprochenen Grenzsituationen gehört. Lehr (1986) definiert dann auch Reife als Resultat gelungener Auseinandersetzung mit (Lebens-) Krisen.

4.1.2 Sterben als Prozeß

Über den eigentlichen Sterbeprozess liegen relativ wenig Befunde vor: ein Nachlassen kognitiver Leistungsfähigkeit, stärkeres Ausgeprägtsein verschiedener Abwehrmechanismen und z.T. extreme Stimmungsschwankun-

gen sind als Komponenten eines "präfinalen Syndroms" mit zunehmend geringerer zeitlicher Distanz zum eigenen Tode oft nachweisbar. Zusätzlich lässt sich häufig noch eine gewisse Fixierung auf einzelne Persönlichkeitsbereiche und / oder Lebensthemen feststellen. Angesichts einer - sicher realistischen - Betrachtungsweise des Sterbens als Prozess kann die Ausprägung der zuvor genannten Prozesse allerdings sehr unterschiedlich im intra- wie im interindividuellen Bezugsrahmen sein.

Relativ sicher scheint, dass eine tief verankerte Akzeptanz des eigenen gelebten Lebens die Akzeptanz des eigenen Sterbens nach sich ziehen kann (Munnichs 1966).

Kruse (1988.) kommt in seinen Untersuchungen zu einem die zuvor genannten Resultate ergänzenden Befund. Er sammelte Biographien von Sterbenden bis zu ihrem Tod, dokumentierte diese sehr sorgfältig und befragte das so gewonnene Material nach Verlaufsformen der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. Er erhielt insgesamt folgende fünf Typen von Verlaufsformen:

I Akzeptanz des Sterbens und Todes bei gleichzeitiger Suche nach den Möglichkeiten, die das Leben noch bietet;

II Zunehmende Resignation und Verbitterung, die mit dazu beiträgt, dass das Leben nur noch als "Last" empfunden wird und die Endlichkeit des eigenen Daseins immer stärker in den Vordergrund des Erlebens tritt;

III Linderung der Todesängste durch die Erfahrung eines neuen Lebens - sinnes und durch die Überzeugung, im Leben noch wichtige Aufgaben erfüllen zu können;

IV Bemühen, die Bedrohung der eigenen Existenz nicht in das Zentrum des Erlebens treten zu lassen;

V Durchschreiten von Phasen tiefer Depression zu einer Hinnahme des Todes.

Die Inspektion dieser Resultate zeigt, dass auch - insbesondere bei den Verlaufsformen II und V - depressive Momente den Sterbeprozess beeinflussen können. Kruse zeigt darüber hinaus deutlich, dass hier sehr spezifische individuelle Momente und Aspekte des sozialen Umfeldes eine wesentliche Rolle spielen können. So scheinen Kruses Befunden zufolge

- der frühere Lebensstil,
- das Ausmaß, in dem das eigene Leben in der Rückschau angenommen werden kann (ggfs. trotz Einschränkungen),
- das Ausmaß, in dem der Patient einen Sinn in seiner jetzigen Situation erkennt,
- die vom Patienten erfahrene Akzeptanz durch andere Menschen und seine soziale Integration sowie
- das soziale Umfeld überhaupt kann in der Konstituierung der jeweiligen Verlaufsform des Sterbens wesentlich zu sein.

Man kann die Hypothese wagen, dass depressive Bilder sehr oft mit den oben skizzierten Momenten zusammenhängen bzw. diese selbst das Auftreten von Depressionen begünstigen oder verhindern. Dabei scheinen die Zeitperspektive und das Gefühl der Niedergedrücktheit (ein Wort, welches nicht wenige Patienten wählen - vorausgesetzt, sie verfügen über einen entsprechenden Wortschatz und sind gesprächsbereit) besonders ausgeprägt.

In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass die empirische Herausarbeitung von Verlaufsformen des Sterbens hilfreicher ist als deren prototypische Beschreibung in Form von sog. "Phasen des Sterbens", deren Entstehung sich nicht selten jedem kritischen Nachvollzug entzieht.

Inwieweit Beobachtungen und Untersuchungen zur Art der Bearbeitung lebensbedrohender Erkrankungen auch auf Formen der Auseinandersetzung mit dem Sterben anwendbar sind, ist bislang zwar nicht eindeutig geklärt, aber wohl doch nicht unwahrscheinlich. Die Zusammenstellung von Beutel (1988) vermittelt in diesem Zusammenhang interessante Perspektiven. Nach diesen ist es unwahrscheinlich und nicht beobachtbar, dass über den ganzen Lebenslauf hinweg konstante Persönlichkeitsmerkmale diese Auseinandersetzungsformen hauptsächlich prägen – ebenso wenig wie

bestimmte Erkrankungen. Es spricht vielmehr einiges dafür, dass chronisch kranke Patienten gewisse Eigenschaften zeigen, die Hinweis auf Formen der Auseinandersetzung mit lebensbedrohenden Krankheiten gestatten: Befindlichkeitsstörungen (u.a. Ängste, Depressionen, emotionale Labilität, Reizbarkeit), u.U. vermindertes Selbstwertgefühl, Belastungen in Partnerschaft und Familie wie in der Beziehung zu Pflegepersonal und Ärzten, soziale Belastungen im Beruf und Einengung von Freizeittätigkeiten und Sozialkontakten wurden beobachtet. Allerdings sind auch hier die inter- und intraindividuellen Varianten sehr groß. Dies gilt auch für Verleugnungsmechanismen, die eine besondere Rolle zu spielen scheinen, da sie "wichtige adaptive Funktionen" (Beutel, a. a. O., S. 243) erfüllen können. Diese adaptive Komponente wird oft unterschätzt oder gar übersehen. Auch sterbende Menschen wollen noch oft am Leben teilnehmen, müssen sich soweit es geht insbesondere der jeweiligen sozialen Welt anpassen und versuchen nicht selten, diese Umwelt sich selbst anzupassen.

Generalisierend kann festgestellt werden, dass die Thanatologie besonders den Prozesscharakter des Sterbens herausarbeitet, dass ihre Befunde in hohem Maße die These von der Individualität des Sterbens unterstützen und sich Hinweise darauf finden, dass eine Akzeptanz des geführten Lebens sowie dessen eher positive Bewertung die Einstellung zum Sterben und zum Tod in dem Sinne beeinflussen, dass der Gedanke an die Endlichkeit der eigenen Existenz bewusster ertragen und reflektiert werden kann.

4.1.3 Die soziale Situation der Sterbenden

Im Zusammenhang mit Fragen der Sterbebegleitung ist vor allem das Konzept " Sozialer Tod " von Glaser und Strauss bedeutsam (1974).

Mit "Sozialer Tod" wird die vielfach beobachtbare Situation beschrieben, in die institutionalisierte sterbende Personen geraten können: Verringerung der

Privatsphäre, Abnahme sozialer Kontakte, z.T. dramatische Reduzierung eigener Aktivitäten etc. Dieser " Soziale Tod " tritt vornehmlich dann ein, wenn zwischen den Sterbenden und ihrer sozialen Umwelt kein offener Kontakt mehr stattfindet. Sowohl der Sterbende als auch seine Kontaktpartner gehen dabei spezifische Formen des Umgangs miteinander ein:

1. Der Sterbende weiß nichts von seinem bevorstehenden Tod, oft aber die anderen;
2. Der Sterbende vermutet, dass andere über seinen lebensbedrohenden Zustand wissen und will dies validieren oder falsifizieren;
3. Der Sterbende und die anderen wissen um den bevorstehenden Tod, nehmen aber an, dass der jeweils andere es nicht weiß;
4. Alle Beteiligten wissen um den bevorstehenden Tod und kommunizieren darüber.

Es wird aus der vorhergehenden Aufzählung klar, dass gerade die drei ersten Formen den " Sozialen Tod " - z.T. lange vor dem biologischen Tod - begünstigen. Gerade dieser Ansatz ist von überragender Bedeutung für die Kommunikation zwischen Sterbenden und ihren Kontaktpartnern und damit generell für die Sterbebegleitung.

4.1.4 Ergebnisse psychiatrisch - thanatologischer Forschung

In der Psychiatrie beziehen sich die meisten thanatologischen Arbeiten auf die Frage nach dem Auftreten von Depressionen bei terminal erkrankten und sterbenden Menschen. Generellere Reflexionen über Sterben, Sterbebegleitung und Tod sind eher die Ausnahme.

Zwar kann der Sterbeprozess depressive Bilder in seinem Verlauf zeigen oder gar in eine Depression münden, doch finden sich zu diesen Phänomenen wenig sorgfältig erarbeitete Beschreibungen, geschweige denn Analysen in den spezifischen Veröffentlichungen. Auch die psychiatrische und die psychologische Literatur zur Thematik der Depression klammern weitgehend die im Kontext der vorliegenden Arbeit anzusprechenden Fragen nach (möglichen) Beziehungsgeflechten zwischen depressiven Erkrankungen und Sterbeprozessen aus. In Bezug auf das Schicksal und den (weiteren)

Lebensweg unheilbar Kranker und Sterbender wird das Konzept der sog. reaktiven Depression zwar strapaziert, doch meist ohne ausreichenden Bezug auf das gelebte und das noch lebbare bzw. zu lebende Leben; das Da-Sein unheilbar Kranker und Sterbender.

Diese Beobachtung scheint einmal eine Erklärung, die im Begriff der Depression selbst zu liegen scheint, zu finden. Näher besehen ist das Konzept der Depression zunächst einmal nichts anderes als eine grobe Sammelkategorie für einzelne Unterbegriffe (Symptome), die ohne Bezug und Gewichtung zueinander zu stehen scheinen. Ein Beispiel: Wenn Traurigkeit, Pessimismus, Interessenverlust, Entscheidungsschwäche, Trauer, Weinen, Suizidideen und Reaktionen auf Verlusterlebnisse neben Energieverlust, Aktivitätsmangel, Gewichtsverlust, Schlafstörungen und (seltener) spezifischen Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen) stehen, dann fehlen nicht nur für den im Umgang mit Sterbenden Erfahrenen u.a. (Lebens-) Müdigkeit, Verlust der Zeitperspektive und Schwermut (man beachte die Bedeutung des Wortes im Vergleich zum Wort Traurigkeit), sondern es bleibt auch die Frage nach der Gewichtung einzelner Symptome und ihrer genauen Definition offen. So sehr es auf der einen Seite zu begrüßen ist, dass der Einfluss des chronologischen Alters auf die Entwicklung von Depressionen im Alter und im Sterbevorgang eher als gering eingeschätzt wird, so sehr vermisst man auf der anderen Seite die Berücksichtigung individueller und existenzieller Momente auf dem Hintergrund des Einzelschicksals.

Ein weiteres Indiz für die Schwierigkeiten, die eine unkritische Verwendung des Begriffs der Depression im Kontext des hier gestellten Themas mit sich bringen kann, ist zum anderen darin zu sehen, dass z.B. das Phänomen der Trauer (s. dort) nicht genügend von dem der Depression (trotz der gelegentlichen Beobachtung gleicher Symptome) abgegrenzt und Trauer somit leicht pathologisiert wird (Spiegel 1981).

In diesem Zusammenhang ist kurz auf das Phänomen des Suizid zu verweisen (s. dort). Es stellt sich nämlich die Frage, ob wir deshalb relativ wenig sicher und umsichtig diagnostizierte depressive Menschen sterben sehen, weil eine gewisse Anzahl von ihnen durch Suizid aus dem Leben scheidet, oder ob wir auch bei der (oft nachträglich) gestellten Diagnose der Depression im Falle eines Suizids differenzierter verfahren und z.B. die Rolle

eines "Bilanzsuizids" in diesen Fällen umfassend bedenken müssen (ohne eigentliche depressive Momente). Ähnlich problematisch ist es, wenn spezifische Reaktionen im Verhalten Sterbender vorschnell depressiv genannt werden. Auch hier kann schnell die oft beobachtbare (im wahrsten Sinne des Wortes gemeinte) Niedergedrücktheit als Symptom einer (eigentlich nicht vorhandenen) Depression gedeutet und somit die besondere Situation eines Menschen, der vor den Grenzen seines Lebens angelangt zu sein scheint, nur mangelhaft berücksichtigt werden. Weiterhin muß der stigmatisierende Charakter einer vorschnellen Diagnose der Depression und die in dessen Gefolge nicht selten beobachtbare Gefahr einer Fehleinschätzung der psychischen Situation und des Verhaltens eines sterbenden Menschen erwähnt werden.

Es muss deshalb festgestellt werden, dass die geläufige Verwendung des Begriffs Depression in der Betrachtung des Sterbeprozesses oft zu oberflächlichen Etikettierungen und damit zu wenig sicheren Befunden geführt hat.

Ein besonders eindrucksvolles Beispiel für den undifferenzierten Umgang mit der Diagnose der Depression bietet Kübler-Ross (1969): Sie sieht die Depression insgesamt eher als Folge des Umgangs, den Sterbende erfahren, und erklärt so auch die quantitative Zunahme diesbezüglicher Reaktionen kurz vor dem Tod. Primär scheint die Autorin depressive Bilder mit einer Art vorwegnehmender Trauer gleichzusetzen, die eine Voraussetzung für die Annahme bzw. Akzeptanz des eigenen Sterbens darstellt. Depression wird dabei durch Angst vor Verlusten, Verlusterlebnissen, Erfahrung körperlicher Krankheit, Scham, Schuldgefühle, Gefühle des mangelnden Selbstwertes und Verzagtheit beschrieben. Die von Kübler-Ross zitierten Fälle depressiven Verhaltens sind jedoch unklar, nicht nachvollziehbar und treffen mitnichten ihre zuvor skizzierten eher theoretischen Aussagen. Zudem sind die zuvor zitierten Symptome erst dann typisch für eine Depression, wenn sie Krankheitswert erlangen. Dies erfordert in jedem Fall eine sehr sorgfältige diagnostische Arbeit.

Wir müssen - dies ist eine notwendige Folgerung aus dem Dargelegten - konkreter und zugleich differenzierter werden. Sterben ist zunächst ein individueller Prozess. Sollte dieser depressive Bilder zeigen,

muss gesagt werden, was unter Depression verstanden wird. Schließlich sind Traurigkeit und Schwermut nicht sozusagen automatisch einer Depression gleichzusetzen. Fast müsste eine Phänomenologie des Sterbens erarbeitet und in diesem Zusammenhang nochmals nach depressiven Erscheinungen gesucht werden. Dies würde unser Wissen zur hier in Rede stehenden Thematik erheblich erweitern und damit auch Fragen der Begleitung sterbender Menschen angemessener beantwortbar machen. Jedenfalls ist der Vorgang des Sterbens von dem der Entwicklung einer Krankheit, die zum Tode führt, zu unterscheiden oder provokanter formuliert: auch wenn die meisten Sterbenden sehr krank sind, muss der sterbende Mensch doch durch mehr als durch seine Krankheit und ihr jeweiliges Stadium beschrieben werden. Er ist weit mehr und auch anderes als ein Kranker.

5. Sterbebegleitung

Sterbebegleitung fordert die Persönlichkeit des Begleiters und nicht nur die von ihm erlernten sozialen und kommunikativen Strategien. Es zeigt sich u. a. immer wieder, dass Angst und Unsicherheit für viele Sterbebegleiter nur schwer überwindbare Hindernisse sind. Sie zeigen sich oft darin, dass BegleiterInnen nicht wissen, wie in einer konkreten Situation reagiert werden kann, in der Angst, in einem letzten Kontakt das Falsche zu sagen, oder gar in der Angst vor dem eigenen Sterben. So wenig von einem Menschen, der als Angehöriger oder professionell Sterbende begleitet, erwartet werden kann, dass er keine Angst vor der Begegnung mit Sterbenden oder vor seinem eigenen Tod hat, so sehr zeigt aber die Erfahrung, dass es wichtig ist, diese eigene Angst zu akzeptieren und zu lernen, mit ihr zu leben. Dies scheint vor allem zur Vermeidung kühl-distanzierten Verhaltens Sterbenden gegenüber wesentlich, eine Verhaltensweise, die nur allzu oft als Schutz vor eigener, zu großer Betroffenheit entwickelt wird.

Besondere Schwierigkeiten ergeben sich für viele Sterbebegleiter aus folgenden Aspekten:

- dem Alter der Sterbenden (die Begleitung jüngerer Sterbender wird als schwerer erlebt);
- der eigenen Unsicherheit;
- der Frustration durch die eigene Unsicherheit;

- Schwierigkeiten bei plötzlichem Tod;
- Schuldgefühle bei nicht offener Kommunikation;
- Angst vor doppeldeutigen Fragen der Sterbenden;
- der stets notwendigen Kontrolle bei Patienten, die nichts von ihrem Zustand wissen;
- der starken Identifikation mit dem Patienten und seiner Lage;
- der Mangel an Erfolgserlebnissen;
- die Gespräche mit Sterbenden über Sterben.

Sterbende begleiten, heißt auch immer wieder individuell auf ganz persönliche Eigenschaften und Nöte der Sterbenden einzugehen, ihre jeweiligen Bedürfnisse spezifisch zu berücksichtigen. Eine gewisse Hilfestellung kann dabei eine Aufstellung von Bedürfnissen Sterbender bieten, die aus vielen Erfahrungen und Beobachtungen ableitbar ist:

Freisein von Schmerzen,
 sich körperlich wohlfühlen,
 Freisein von unangenehmen körperlichen Empfindungen,
 Informiertsein, soweit vom Sterbenden gewünscht,
 Gefühl akzeptiert und respektiert zu werden und
 Bedürfnis nach sinnvoller Bewertung des eigenen Lebens.

Diese Aufzählung zeigt, wie sehr Sterbende an der Welt teilhaben wollen, freilich jeweils in sehr individueller qualitativer und quantitativer Weise. Der Begleiter hat die Aufgabe des Deutens des Gesagten, der Zeichen, der Mimik und der Gestik, da klare Sprache manchmal vermieden wird oder auch nicht mehr möglich ist. Dem Begleiter obliegt vor allem aber auch das Zuhören und die aufmerksame Beobachtung. Nur so wird er erfahren, was ein Sterbender möchte und was nicht, was ein Sterbender auch wissen möchte und was nicht.

Es ist wichtig, die von dem Sterbenden gestellten Fragen anzunehmen und sie zu beantworten. Dabei ist oft nicht nach der Diagnose oder der Prognose gefragt, sondern mehr nach der Bedrohung, der Gefahr und dem Grad der Hoffnung, die (noch) besteht. Oft werden diese und ähnliche Fragen immer wieder gestellt, und manchmal entsteht der Eindruck, dass die gegebenen Antworten vergessen, verdrängt oder verleugnet werden. Dabei ist zu

berücksichtigen, dass diese Abwehrmechanismen auch eine Schutzfunktion haben. Keinesfalls sind sie unreife Reaktionsweisen.

Aus dem Gesagten geht klar hervor, dass es wichtig ist, mit sterbenden Menschen im Gespräch, und wenn dies nicht möglich ist, dann zumindest in Kontakt zu bleiben. Nicht wenige Sterbende suchen sich auch einen Kontaktpartner, auf den sie sich konzentrieren. Dieser stammt nicht unbedingt aus dem engeren Kreis der Familie oder Freunde, aus dem Kreis des Pflegepersonals oder der Ärzteschaft. In jedem Fall ist es wichtig, diese Person dann zu unterstützen.

Aufklärung des Patienten ist Sache des Arztes. Die meisten chronisch und lebensbedrohlich erkrankten Menschen wollen aufgeklärt werden und berichten auch, wie positiv sie diese Aufklärung im nach hinein erlebt haben. Allerdings ist damit nicht die schlichte Mitteilung der Diagnose gemeint. Die Aufklärung ist immer ein Prozess. Sie sollte dann beginnen und stattfinden, wenn der Patient es wünscht und bereit dazu ist. Sie setzt eigentlich auch eine vertrauensvolle Beziehung voraus, die sich ebenfalls nur in einem Prozess entwickeln kann und in der Regel nicht sofort vorhanden ist. Zudem ist es wichtig, die Aufklärung nicht hart und sachlich vorzunehmen, sondern einfühlsam und in der Dosierung, die der Patient wünscht und auch bestimmen sollte. Es ist in der Regel nicht angezeigt, mehr Informationen zu geben, als der Patient wünscht, und es ist notwendig, dass der Patient erfährt, dass alles Menschenmögliche getan wird und dass er stets fragen kann. Nur in lebensbedrohlichen Situationen, in denen eine psychische Belastung sehr ernste Folgen haben kann, sollte zur "Notlüge" - vorübergehend - gegriffen werden.

Es sollten aber in einem Prozess wie dem geschilderten nicht die Abwehrmechanismen des Patienten durchbrochen werden. Ein Patient sollte nicht gegen seinen Willen mit der Wahrheit konfrontiert werden. Auftretende Gefühle wie Zorn, Trauer, Wut, Aggression, Verzweiflung können immer auftreten und sollten auch von der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal, von Angehörigen und anderen Kontaktpartnern zugelassen und ausgehalten werden.

6. Suizid im Alter

Der Gerontologe findet bei einem Studium des Alterssuizids zwar eine umfangreiche Literatur zur Thematik Suizid vor, jedoch wenig einschlägige Untersuchungen speziell zum Alterssuizid. Dies wird desto problematischer, wenn man feststellen muß, dass die Suizidgefährdung in den höheren Altersgruppen z.T. dramatisch ansteigt - eines der sichersten Ergebnisse der Suizidforschung überhaupt.

Generell formuliert und den Ergebnissen der Suizidforschung folgend, kann man davon ausgehen, dass Suizidhandlungen ein Motivbündel zugrunde liegt. Es sind immer mehrere, z.T. höchst unterschiedliche und verschieden zu gewichtende Motive beteiligt. Die meisten dieser Motive sind allerdings aus statistischen Studien und ex post facto aus katamnesticen Untersuchungen - also erst nach vollzogenem Suizid - bekannt. Damit haftet ihnen von vornherein eine gewisse Unsicherheit an, die noch dadurch erhöht wird, daß generell die Dunkelziffer der Suizidhandlungen als sehr hoch eingeschätzt werden muß und demnach nicht alle Suizidhandlungen in die Analysen eingehen können. Dennoch sind die diesbezüglichen Untersuchungsergebnisse sehr wichtig zur Orientierung. Eine Liste von Motiven bzw. möglichen zum Suizid führenden Faktoren müsste den vorhandenen Forschungsergebnissen zufolge wie folgt aussehen:

- Alter,
- Furcht vor schwerer oder chronischer Krankheit,
- Furcht vor einer zum Tode führenden Krankheit,
- chronische, starke Schmerzen,
- erlebte Mißhandlungen,
- als ausweglos erlebtes Unglück,
- Zorn und Wut,
- Scham,
- verletzte Ehre,
- erniedrigender Todeskampf,
- verlorene Freiheit,
- enttäuschte Liebe,
- Eifersucht,
- Armut,

- seelische Leiden,
- Bevölkerungsdichte,
- Bildung,
- psychische Erkrankung,
- Einsamkeit und Isolation,
- Tod eines nahen Menschen,
- wirtschaftliche Not.

Diese Liste ist unvollständig und muß noch durch Verhaltensweisen, denen zumindest unterschwellig eine Suizidabsicht (möglicherweise nicht bewusst) zugeordnet werden kann, ergänzt werden:

- Mißachtung wichtiger ärztlicher Verordnungen,
- fahrlässiges, sich selbst gefährdendes Verhalten (z.B. im Straßenverkehr,
- unangemessenes Essen oder Verweigerung von Essen und Trinken,
- Alkoholmißbrauch, etc..

Möglicherweise erlauben die zuvor aufgeführten Faktoren in jeweils unterschiedlicher Konfiguration und unterschiedlicher Zahl Rückschlüsse auf die Motive einer suizidalen Handlung. Es ist aber auch zu bemerken, daß viele Menschen, die in bestimmten Lebenssituationen auch mit den Eigenschaften dieser Liste beschreibbar wären, keine suizidale Handlung vollziehen. Das Spezifische einer Suizidhandlung wird durch die Merkmale dieser und anderer Listen nicht genügend erhellt. Deshalb muss nach Möglichkeiten gesucht werden, die jeweils spezifische Lebenssituation und Lebenswelt eines Suizidenten in ihrer Ganzheit zu erfassen und diese möglichst konkret zu beschreiben.

Die suizidrelevanten Motive entstehen in z. T. langen Prozessen im Laufe eines ganzen Lebens. Das Phänomen der Einengung von Wahrnehmungen und Gefühlen, welches bei vielen Suizidenten beobachtet werden kann, weist deutliche Bezüge zu den wohlverstandenen sozialpsychologischen Konzepten der innerpsychischen und sozialen Isolation auf.

Die Suizidhäufigkeit in der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik liegt relativ konstant bei 20 auf 100.000 Bewohner bei leichteren regionalen

Unterschieden. Bezogen auf einzelne Altersgruppen ergibt sich für ältere und alte Menschen jedoch ein sehr spezifisches Bild. 1988 betrug die Suizidrate (vollzogene Suizide auf 100.000 Menschen) bei der über 65jährigen Bevölkerung 37,7 und war damit fast doppelt so hoch wie in den Altersgruppen unter 65 Jahren. Zu diesem Bild tragen vor allem die Männer bei. Ihre Suizidrate lag in der Altersgruppe über 65 Jahren mit 59,8 mehr als doppelt so hoch wie in der gesamten männlichen Bevölkerung mit 28,5. Es findet sich auch bei den Frauen eine solche Tendenz bei allerdings niedrigerem Ausgangsniveau: 26,1 in der weiblichen Bevölkerung über 65 Jahre zu 13,1 in der gesamten weiblichen Bevölkerung. Dies belegt nicht nur die geringere Suizidrate bei Frauen, sondern auch einen ähnlichen aufsteigenden Trend wie bei den Männern in den höheren Altersgruppen.

Noch deutlicher ist das Bild innerhalb der Gruppe der über 75Jährigen. In der Gruppe der Männer von über 75 bis 80 Jahren ist die Suizidrate 68, bei den über 85 bis 90Jährigen 85,2. Ein entsprechender Trend findet sich auch bei den Frauen, wie aus den bisherigen Ziffern zu erwarten allerdings auf niedrigerem Niveau.

Dem generellen Ansteigen der Suizidrate in den höheren Altersgruppen steht ein Absinken der Rate der Suizidversuche gegenüber. Während in den jüngeren Altersgruppen das Verhältnis Suizid zu Suizidversuch mit 1 : 10 angegeben wird, erreicht es in der Altersgruppe über 60 Jahren die Relation von 1 : 2.

Die vorliegenden Statistiken lassen sichere Tendaussagen zu, wenngleich einzelne Angaben in der Literatur auch beim gleichen Bezugsrahmen z.T. stark differieren.

Ein weiteres altersspezifisches Element lässt sich bei der Betrachtung der Suizidmethoden erkennen. Generell tendieren ältere und alte Menschen zu härteren und harten Methoden wie Erhängen, Erschießen, Sturz in die Tiefe etc.

Aus diesem kurzen Abriss einiger Ergebnisse der Suizidforschung, die für die Alternswissenschaften spezifisch sind, leitet sich für den Gerontologen als wichtige Frage ab, warum gerade alte Menschen und in dieser Bevöl-

kerungsgruppe insbesondere alte Männer vergleichsweise oft Suizid verüben. Dazu müssen grundlegende Erkenntnisse der Gerontologie herangezogen werden, insbesondere deshalb, weil doch in einigen Erklärungsansätzen der Suizidologie eine generelle Tendenz zur Pathologisierung des Suizids unverkennbar ist.

Altern wird heute als ein Veränderungsprozeß verstanden. Die Veränderungen können zu verschiedensten Bildern des Alterns führen. Intra- und interindividuelle Varianten sind dabei z.T. sehr groß. Obwohl diesbezügliche Veränderungsprozesse pathologische Formen annehmen können, ist Altern keinesfalls unter pathologischen Gesichtspunkten zu betrachten. Deshalb gilt es, die Lebenssituation der alten Menschen möglichst detailliert zu erfassen und von dort aus nach Erklärungsansätzen für die hohe Suizidgefährdung alter Menschen zu suchen. Wenn z.B. bei Verwitwung, Allein- Leben, Isolation, hohem Lebensstandard, einer Kindheit in zerbrochenen Familien, Krisen (auch finanzielle) Suizide statistisch gesehen eher auftreten, dagegen bei Verheirateten, großer Kinderzahl, religiöser Bindung weniger, dann wird der Einfluss der sozialen Umwelt beim Suizidgeschehen deutlich. Zudem machen schon solche Ergebnisse darauf aufmerksam, daß Suizidhandlungen nicht notwendigerweise pathologische Akte darstellen müssen, sondern auch vielmehr Resultate von Entwicklungen oft lebenslanger Art sein können.

Daran ändert auch die den Altersprozeß charakterisierende Multimorbidität nichts und auch nicht die Feststellung, daß zwischen 25 und 30% der Menschen über 65 Jahren unter psychischen Störungen leiden und insbesondere die alten Menschen, die unter Zykllothymien und Involutionsdepressionen leiden, besonders suizidgefährdet sind. Auch diese Störungen und Erkrankungen sind nicht unabhängig von der jeweiligen Lebenssituation zu sehen. Alleine das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung reicht nicht zur "Erklärung" eines Suizids aus.

Schon zuvor wurde erwähnt, dass einige dieser Aspekte positiv mit der Suizidhäufigkeit korrelieren. Da diese aber im Alter häufiger anzutreffen sind als in jüngeren Jahren, ergeben sich hier erste Unterstützungen für die These, dass die hohen Suizidzahlen alter Menschen deutlich mit ihrer Lebenssituation und ihrem sozialen Kontext in Beziehung stehen. Natürlich

schimmert hier die Durkheimsche These vom Mangel an sozialen Normen im Leben alter Menschen und der daraus resultierenden mangelnden sozialen Integration durch. Sie stimmt in Grenzen auch mit dieser heute belegbaren Sichtweise überein (Durkheim 1983).

Der Alterssuizid ist nicht notwendigerweise eine Folge endogener Depressionen im Alter. Vielmehr kann er aus einer depressiven Stimmung, die die Folge von misslungenen Anpassungen an die Alterssituation darstellt, vollzogen werden. Dabei kann freilich die misslungene Anpassung u. U. durch eine Verringerung körperlicher und geistiger Fähigkeiten, das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, ein verringertes Selbstwertgefühl, soziale Verluste und Trauer und freilich auch durch Krankheit bedingt sein.

Aber noch andere Aspekte müssen gesehen werden, Aspekte, die in der Unumkehrbarkeit vieler Probleme im Alter liegen. Die Zukunftsperspektive alter Menschen ist eine andere als die Jüngerer. Alte Menschen haben viel Zeit gehabt und vergleichsweise wenig Zeit vor sich, Junge haben viel Zeit vor sich, aber erst wenig gehabt. Dies, zusammen mit den zuvor genannten Momenten und ergänzt durch die Tatsache, dass manche alte Menschen auch "lebenssatt" (1. Mose, 25, 8) sind, verweist nochmals eindrücklich auf die Tatsache, dass Altersverläufe, die nicht pathologisch strukturiert sind, auch in einem Suizid münden können.

Und noch weiter. Alte Menschen haben den Tod näher vor sich. Die Unsicherheit vor dem Sterben-Müssen und andere Erschwernisse des Lebens, die Unmöglichkeit auf das eigene Sterben späterhin möglicherweise Einfluss nehmen zu können, kann auch zum Suizid führen, nicht selten kaschiert durch Verweigerung von Nahrung und, Missachtung ärztlicher Verordnungen. Dies kann reflektiert und so als bewusste Wahl aber auch eher unbewußt geschehen. Der erfahrene Praktiker, die Schwester und Pfleger in der Altenarbeit erfahren dies nicht selten.

Oft erweist sich auch der Versuch, Suizid entweder auf eine Krankheit oder eine bestimmte Lebenssituation zu beziehen als problematisch, da die lebensgeschichtliche und die soziale Situation in ihrer Wirkung auf z. B. psychopathologische Prozesse einerseits und die Auswirkungen psychopa-

thologischer Prozesse auf die Lebensgeschichte und die jeweilige soziale Situation andererseits vernachlässigt werden.

Prophylaxe im Zusammenhang mit Alterssuizid ist schwierig. Sie würde freilich bei einer Verbesserung entsprechender Versorgungsstrukturen ansetzen müssen, sowie in der Aus-, Fortbildung und Supervision des in diesem Felde tätigen Personals. Sie müsste aber auch jenseits der Versorgungsstrukturen gesellschaftsverändernde Komponenten in bezug auf die Akzeptanz alter - auch alter belasteter und kranker Menschen - bergen. Solidarität in unserer Gesellschaft über die Generationen hinweg? Schwer. Sicherlich!

7. Die Hospizbewegung

Wenngleich hospizähnliche Einrichtungen bereits in der Antike und auch in Kulturen mit anderen Hochreligionen zu finden sind, so ist die Hospizidee in unserem Kulturkreis auf das Engste mit dem christlichen Konzept der Nächstenliebe verknüpft. Ihre wichtigsten Inhalte beziehen sich auf die intensive Pflege der sterbenskranken Menschen, ihre umfassende Schmerzbehandlung und die enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen.

Erst in den letzten zwei Jahrzehnten bilden sich von früheren vereinzelt Initiativen einmal abgesehen zunehmend immer mehr Gruppen und Vereinigungen, die Hospizideen unterschiedlichster Art entwickeln, zu realisieren versuchen und auch in die Wirklichkeit unseres Versorgungssystems trotz z. T. erheblicher Schwierigkeiten zu plazieren. Dabei reichen die einzelnen Initiativen über die gesamte Skala des Institutionalisierungsgrades: von ambulanten Diensten bis hin zu stationären Angeboten. Dabei schauen sie alle auf die angloamerikanische und die skandinavische Szene, wo die Hospizbewegung schon länger als in Deutschland aktiv ist und wo einige der Hospize arbeiten, die für viele deutsche Initiativen Modellcharakter besitzen. Allen voran ist sicherlich für die Anfangszeit in unserem Land das Hospiz St. Christophers in London und seine Begründerin Dr. Cecil Saunders zu nennen. Vielleicht war es gerade ihre Initiative und deren weite Bekanntmachung durch Iblacker in seinem Film "Noch 16 Tage", die in Deutschland richtungsweisend wurden. Dies heißt nicht, daß nicht schon vorher einige wenige hospizähnliche Initiativen in Deutschland gedacht und praktiziert

wurden, doch blieben sie weitgehend von der Öffentlichkeit unbemerkt, ohne Kontakt miteinander und mehr auf einzelnen Persönlichkeiten in umgrenzten Einzugsgebieten ruhend.

Zweifellos hat dies Gründe, die in unserer Gesellschaft und ihren Werten zu jener Zeit zu suchen sind. Erst die Publikationen von Kübler-Ross und anderen Autorinnen und Autoren markieren rückblickend eine Wende und machten das menschliche Sterben zu einem Gegenstand zunehmenden Interesses und der öffentlichen Diskussion. Mit diesen Veränderungen kamen auch die Konzepte des Hospizes und die Frage nach ihrer Notwendigkeit in Deutschland auf.

Gerade letztere wurde aber kontrovers diskutiert. Ein großer Teil der Vertreter der Krankenhausträger, aber auch sehr viele Ärzte verneinten die Notwendigkeit von Hospizen in Deutschland. Auch heute noch gibt es kritische Stimmen dieser Art, wenngleich die Argumente andere geworden sind. Allerdings ist auch nicht zu übersehen, dass die Notwendigkeit von Hospizarbeit generell und auch die von stationären und ambulanten Hospizen auf immer breitere Zustimmung stößt. Die zunehmende Anzahl der kranken und auch sterbenden Menschen, denen diagnostisch und auch therapeutisch nicht mehr geholfen werden kann, die aber eine den neuesten Erkenntnissen entsprechende palliative Therapie benötigen und neben anderen Gründen eine in Ansätzen erkennbare größere Bereitschaft von Öffentlichkeit und Politik, sich dieser Thematik zu stellen, führen zu einer größeren Akzeptanz der Hospizbewegung in allen ihren unterschiedlichen Schattierungen.

Leider heißt dies nicht, dass die Initiierung und der Betrieb von Hospizen einfacher geworden ist. Nach wie vor ist bei vielen stationären Hospizen die finanzielle Situation sehr unsicher und instabil. Nicht wenige sind auf Spenden privater Hand für ihre alltägliche Arbeit angewiesen, ja hängen permanent von Spenden ab und würden ohne diese nicht existieren können. Es ist zu begrüßen, dass die Politik begonnen hat, einige Einrichtungen zu fördern und auch andere Kostenträger diebezügliche Überlegungen anstellen oder erste Schritte in diese Richtung unternehmen. Es gibt keinen Zweifel, daß Hospize - in welcher Form auch immer - in unserer Versorgungslandschaft notwendig sind.

Hospize haben sich niemals als "Konkurrenz" zu Krankenhäusern und Kliniken gesehen und definiert, sondern als eine notwendige Ergänzung durch ihre andere Zielrichtung. Im Übrigen nutzen Hospize natürlich modernste medizinische Kenntnisse und Erfahrungen vor allem im Rahmen der palliativen Therapie. Insofern greifen Hospize auch nicht die auf Diagnose und Therapie gerichtete medizinische Arbeit an, geschweige denn "verfeuern" sie die Errungenschaften in der modernen Medizin - nutzen sie diese doch selbst. Aber dadurch, dass Hospize die Menschen in ihren Mittelpunkt stellen, denen diagnostisch und therapeutisch nicht mehr geholfen werden kann, haben sie eine andere Zielsetzung. So gesehen könnten sich Kliniken, Krankenhäuser, Pflegeheime und Hospize sehr gut ergänzen. Und dies geschieht ja auch schon vielfach wiederum in unterschiedlichen organisatorischen Formen.

Gleiches ist im Kern auch für die ambulanten Hospizdienste auszuführen. Auch hier geht es nicht um Kritik an Einrichtungen und Personal vorhandener Einrichtungen, sondern um deren Ergänzung und in diesem Sinne um Mithilfe und Unterstützung.

8. Trauer

Allgemein wird Trauer als Reaktion auf einen Verlust definiert. Deshalb muss Trauer auch immer im Zusammenhang mit der persönlichen und sozialen Situation eines trauernden Menschen gesehen werden. Trauer ist ein sehr individueller Prozess und kann sehr unterschiedliche körperliche, physiologische und psychologische Reaktionsweisen hervorbringen.

So zeigen manche trauernden Menschen keine psychischen oder psychosomatischen Begleiterscheinungen, andere berichten von reduzierter Arbeitsfähigkeit, Antriebsarmut, geringer Belastbarkeit, allgemeiner "Nervosität" und vielen anderen Symptomen. Auch Angst, Zittern, erhöhter Gebrauch von Medikamenten, verstärktes Rauchen und übermäßiger Alkoholgenuß können beobachtet werden.

Eine Ähnlichkeit der Symptome der Trauer mit denen der Depression oder auch solchen bei spezifischen Angstreaktionen darf nicht dazu verleiten,

Trauer vorschnell zu pathologisieren, Trauer als Krankheit anzusehen. Trauer gewinnt erst dann Krankheitswert, wenn im Trauerprozeß Blockierungen auftreten, wenn der trauernde Mensch beim Vollzug täglicher Lebensmöglichkeiten deutlich behindert ist, kurz: wenn Trauer ein Leben mit dem erlittenen Verlust behindert oder gar verunmöglicht.

Die in der Literatur zu findenden Einteilungen des Trauerprozesses in Phasen erheben nicht den Anspruch, den Trauerprozess konkret abbilden zu können. Sie erleichtern aber die Orientierung erheblich. So unterscheidet z. B. Kast (1987) insgesamt vier Phasen: die Phase des Nicht - Wahrhaben - Wollens, die Phase der aufbrechenden Reaktionen, die Phase des Suchens und Sich-Trennens und die des neuen Selbst- und Weltbezuges. In jeder dieser Phasen können sich sehr unterschiedliche individuelle Reaktionen zeigen, jede dieser Phasen benötigt auch eine sehr unterschiedliche Zeitdauer. In jeder dieser Phasen können aber auch Symptome auftreten, die eine Bearbeitung des Verlustes hemmen oder gar verunmöglichen. Eine solche Situation macht dann therapeutische Interventionen notwendig.

In der Regel ist heute die Familie, bzw. der private Lebensraum der Ort der Trauer. Während früher in unserer Kultur Trauer auch mit der Erfüllung gesellschaftlicher Normen verbunden war (und heute noch in weniger industrialisierten Gesellschaften verbunden ist), steht heute dieser Aspekt der Trauer nicht mehr so deutlich im Vordergrund. Man könnte sagen, dass Trauer heute eher ein privates Geschehen ist, während früher doch gesellschaftliche Normen eine Anteilnahme der Gesellschaft sicher stellten. Trauernde fühlen heute nicht mehr die Verbindlichkeit von Normen und Riten. Dies kann eine größere Unsicherheit mit sich bringen und freilich auch den Verlust der therapeutischen Elemente, die Riten, Sitten und Gebräuchen inne wohnen. Trauer ist wie die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod eine individuell zu bewältigende Lebensaufgabe geworden. Die stützende Funktion der sozialen Umwelt und ihrer Normen hat sich in den letzten Jahrzehnten stark reduziert, gesellschaftlich verankerte Trauerhilfe auch durch entsprechende Riten, Normen und Gebräuche ist nur noch in der Phase der Beisetzung gegeben.

Literatur

Beutel, Manfred (1988) : Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: Edition Medizin, VCH-Verlag.

Demling, Jürgen; Lungershausen Eberhard (1989): Suizidität. In: Platt, Dieter (Hrsg.) : Handbuch der Gerontologie, Bd. 5. Stuttgart-New York : Springer, S. 285-296.

Durkheim, Emile (1983): Der Selbstmord. Frankfurt, Suhrkamp.

Eisenmenger, Wilhelm; Spann, Walter (1995) : Wann ist der Mensch tot? In: Münchener Medizinischer Wochenschrift, München 31, Nr. 32 / 33, S. 508 - 509.

Erlemeier, Norbert (1972): Psychologische Forschungen zum Todesproblem. In: Zeitschrift für Gerontologie 5, S. 32-49.

Friedrich; I und R.Schmitz-Scherzer (Hrsg.) (1982): Suizid im Alter. Darmstadt, Steinkopff

Glaser, Barney, J; Strauss, Anselm (1974): Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.

Howe, Jürgen (1987): Das Sterben als Gegenstand psychosozialer Altersforschung. Stuttgart, Enke.

Jaspers, Karl (1988): Denkwege. München, Pieper.

Kast, Verena (1987): Trauern. 8. Aufl.. Stuttgart, Kreuz.

Kruse, Andreas (1988): Die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod - Möglichkeiten eines ärztlichen Sterbebeistands. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 64, S. 212 - 231.

Kübler-Ross, Elisabeth (1969): On death and dying. New York, Mcmillan.

Lehr, Ursula (1986): Biographische Einflussfaktoren auf Alterszustand und Alternsprozesse. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 62, S. 512 - 518.

Munnichs, Joop M.A (1966): Old age and finitude. A contribution to social gerontology. Basel, Karger.

Nuland, Sherwin (1994): Wie wir sterben. Ein Ende in Würde? München, Kindler.

Ohler, Norbert (1993): Sterben und Tod im Mittelalter. München dtv

Rest, Franco (1989): Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbebegleitung. Studienbücher Krankenpflege. Stuttgart- Berlin - Köln, Kohlhammer.

Scherer, Georg (1988): Das Problem des Todes in der Philosophie. Grundzüge. Stuttgart, Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Andreas;Olbrich, Erhard (Hrsg.): Altern - ein lebenslanger Prozeß der sozialen Interaktion. Darmstadt, S. 43-54.

Schmitz-Scherzer, Reinhard (1995): Sinnerfahrungen. In: Jansen, Birgit; Friedrich, Ingrid (Hrsg.): Soziale Gerontologie - ein Herstellungsprozeß. Kassel, Gesamthochschulbibliothek.

Student, Johann (Hrsg.) (1989):: Das Hospiz-Buch. Freiburg, Lambertus.

Warsitz, Peter (1984): Sterben als Verlust in Form von Zukunft. In: Fragmente S. 119-123.

Wienau, Rolf; Rosemeier, Hans-Peter (Hrsg.) (1984): Tod und Sterben. Berlin - New York, de Gruyter.

Wittkowski, Joachim (1990): Psychologie des Todes. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Vita

Prof. Dr. Reinhard Schmitz-Scherzer, Dipl. Psych. hat den Lehrstuhl für Soziale Gerontologie an der Gesamthochschule Kassel - Universität inne. In Kassel lehrt er Soziale Gerontologie im Fachbereich Sozialwesen und im Aufbaustudiengang Soziale Gerontologie. Zahlreiche Publikationen auch in englischer, französischer und spanischer Sprache. Seit 1978 Forschungsarbeiten und Publikationen im thanatologischen Bereich. U. a.:

Schmitz-Scherzer, Reinhard; Becker, Karl Friedrich (1982): Einsam sterben - warum? Hannover, Curt R. Vincentz Verlag.

Schmitz-Scherzer, Reinhard (1992): Sterben und Tod im Alter. In: Baltes, Paul B.; Mittelstraß, Jürgen (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Akademie der Wissenschaften zu Berlin, Forschungsbericht 5. Berlin, de Gruyter.

Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.) (1992): Altern und Sterben. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, Hans Huber.