



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Trauer: Einblick in die Rituale der Trauerkultur im
Christentum –
Herausforderungen für die Pflege“

Verfasserin

Florina Daniela Bodea

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin: Priv. Doz. Dr. Berta Schrems

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als die angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, im Jänner 2013

Florina Daniela Bodea

Danksagung

Ich möchte mich bei allen bedanken, die mich bei der Entstehung dieser Diplomarbeit unterstützt haben. Mein größter Dank geht an Frau Privatdozentin Dr. Berta Schrems, die die Betreuung meiner Arbeit übernommen hat und im Lauf der Jahre mit ihrer Geduld und Perfektion mir geholfen hat.

Mein besonderer Dank geht an meiner Tochter Miriam, die mich im Laufe des Studiums unterstützt hat. Danke für deine Zeit!

Ein besonderer Dank gilt Andrea Cesar-Riutz, die ich als zuverlässige Weggefährtin und Mitkämpferin durch das Studium kennengelernt habe und bis heute eine liebe und hilfsbereite Freundin geblieben ist.

Meinem Vater sei diese Arbeit gewidmet, denn durch seinen Tod habe ich erfahren, wie schmerzhaft Trauer ist.

*Ich sterbe, weil ich sterblich bin.
Ich sterbe, weil das Sterben mich sterblich macht.
Ich sterbe durch die Unsterblichkeit.
Ich sterbe, weil ich sterben muss.
Ich sterbe, weil ich gehen muss.
Erst durch das Sterben kann ich unsterblich werden.*

Daniela Bodea 2011

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	2
Danksagung.....	3
Inhaltsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Kurzfassung.....	8
Abstract.....	9
1 Einleitung.....	10
1.1 Motivation, Erkenntnisinteresse und Problem	10
1.2 Fragestellungen und Ziele der Arbeit	11
1.3 Pflegerelevanz der Arbeit.....	11
1.4 Aufbau der Arbeit	11
1.5 Methode, Vorgehensweise.....	12
2 Trauer – Was ist Trauer?	13
2.1 Trauerdefinitionen	13
2.2 Trauer als Verlusterfahrungen.....	13
2.3 Trauer als Emotion.....	14
2.4 Reaktionen der Trauer	15
2.4.1 Das Weinen.....	17
2.4.2 Das Trauern	17
2.5 Faktoren, die die Trauer beeinflussen.....	18
2.5.1 Für die Pflege relevante Faktoren, die die Trauer beeinflussen	19
2.6 Arten von Trauer – die Vielseitigkeit der Trauer	20
2.6.1 Normale, unkomplizierte Trauer	20
2.6.2 Pathologische, komplizierte Trauer	21
2.7 Pflegediagnosen – Definition.....	21
2.8 Reaktionen der Trauer in einer Studie: Informing the Symptom Profile of Complicated Grief (2012)	23
3 Trauertheorien.....	26
3.1 Sigmund Freuds Trauertheorie – Trauer und Melancholie	26
3.2 Theorie der Trauer nach John Bowlby – Bindungstheorie	27
4 Phasenmodelle des Trauerns, Phasenlehren der Trauer und deren Entstehung	29
4.1 Was sind Trauermodelle und was sie für die Pflege bedeuten	29
4.2 Elisabeth Kübler-Ross' Sterbephasen.....	30
4.3 Phasenmodelle der Trauer und des Trauerprozesses	31
4.3.1 Phasenmodell der Trauer nach John Bowlby.....	31
4.3.2 Trauermodell nach Volkan und Zintl.....	33
4.3.3 Phasenmodell der Trauer nach Therese Rando (2003).....	33
4.3.4 Das Phasenmodell der Trauer nach Verena Kast.....	35
4.3.5 Phasenmodell des Trauerprozesses nach Yorick Spiegel	36

4.3.6	Dreiphasiges zirkuläres Modell des Trauerns nach Corr & Nabe & Corr (1997) ...	36
4.4	Überblick der erfassten Phasenmodelle der Trauer und des Trauerprozesses	37
5	Traueraufgaben	40
5.1	Traueraufgaben nach James William Worden (1999)	40
5.2	Traueraufgaben nach Yorick Spiegel (1989)	41
5.3	Traueraufgaben nach Stein Husebø (2005)	41
5.4	Traueraufgaben nach Kerstin Lammer (2004)	42
5.5	Aufgaben von und für die Pflegepersonen im Umgang mit Trauernden	42
5.5.1	Umgang mit der Trauer – Herausforderungen für die Pflege	47
5.5.2	Der Blick auf die Angehörigen im Trauerprozess und ihre Bedürfnisse gegenüber den Pflegenden	49
5.5.3	Kommunikation und Sprache zwischen Angehörigen und Pflegenden	50
6	Trauerkultur	52
6.1	Kultur	52
6.2	Die Bedeutung von Kultur für die Pflege	52
7	Trauer in der heutigen Gesellschaft	56
7.1	Traditionsabbruch, Forschungsstand	57
8	Ritual, Ritus	59
8.1	Übergangsriten, Rite de passage	60
8.2	Rituale der kirchlichen Trauerfeier	64
8.2.1	Die Funktion der Kirche im Trauerfall	64
9	Gegenüberstellung von Trauerverhalten und Traueritten nach Hannes Stubbe	66
9.1	Sehr bekannte Trauerrituale – heute noch anzutreffen	68
9.2	Sehr bekannte Trauerrituale – in bestimmten Kulturen noch anzutreffen	83
9.3	Weniger bekannte Trauerrituale – heute noch anzutreffen	88
9.4	Weniger bekannte Trauerrituale – in bestimmten Kulturen noch anzutreffen	89
10	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	91
	Lebenslauf	103

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Zusammenfassung der normalen Trauerreaktionen nach Worden	19
Abb. 2: Untersuchungen zu Reaktionen und Symptomen der Trauer.....	24
Abb. 3: Dreiphasiges zirkuläres Modell des Trauerns nach Corr & Nabe & Corr (1997) ...	37
Abb. 4: Überblick der erfassten Trauermodelle.....	38
Abb. 5: Aufgaben der Trauerbegleitung nach Kerstin Lammer (2004).....	42
Abb. 6: Zusammenfassung der erfassten Traueraufgaben.....	46
Abb. 7: Kommunikationsebene zwischen Pflegenden, Patienten/Sterbenden und Angehörigen.....	51
Abb. 8: Kommunikationsebene nach dem Tod eines Patienten.....	51
Abb. 9: Leiningers „Sunrise“- Modell zur Darstellung der Theorie der kulturspezifischen Fürsorge.....	54
Abb. 10: Trauern als Übergangsritus	62
Abb. 11: Analogie zu Phasenmodellen der Trauer und Rituale	63
Abb. 12: Zusammenfassung von Komponenten eines Rituals.....	63
Abb. 13: Trauerrituale, erfasst nach Bekanntheitsgrad von sehr bis weniger bekannt – eigene Einteilung.....	67
Abb. 14: Gestorbene nach ausgewählten Merkmalen, Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit seit 2000	69
Abb. 15: Gesamtsterbefälle in Österreich	69
Abb. 16: Ausschnitt eines Aufbahrungsraumes im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke.....	76
Abb. 17: Haareraufen (Italien).....	88

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
etc.	et cetera (lateinischer Ausdruck für „und andere Dinge“ oder „und so weiter“)
Hg.	Herausgeber
Hrsg.	Herausgeber
sog.	sogenannte
u. a.	unter anderen
usw.	und so weiter
vgl.	Vergleich
durchges.	durchgesehene
erw.	erweiterte
Jg.	Jahrgang

Kurzfassung

In dieser Arbeit wurde auf die Literatur der Trauer allgemein, Erklärungsmodelle zur Trauer – aus der Psychologie und Psychoanalyse im Speziellen –, Modelle und Erkenntnisse zu den Aufgaben und Ritualen der Trauernden eingegangen (mit Beschränkung auf jene, die für die Pflege wichtig sind). Eine weitere Grundlage stellt die Pflegediagnose *Trauern komplizierter Verlauf* (PraxisOrientierte Pflegediagnostik POP 2009) dar, die auf den vorab beschriebenen Erkenntnissen basiert.

Die Fragestellungen der Arbeit sind unter anderem, was Trauer ist und wie die Reaktionen der Trauernden verstanden werden können. Eine weitere Fragestellung ist, was die Pflege über Trauermodelle und Traueraufgaben wissen soll und welche Trauerrituale es gibt, welche für die Pflege relevant sind, und ob es gravierende Unterschiede bezüglich der Trauerrituale zwischen den Kulturen gibt.

Ziel der Arbeit ist es, für die Pflege Wissen über die Trauer, über die Trauermodelle und Trauerrituale zur Verfügung zu stellen. Es soll aufgezeigt werden, wie in anderen Kulturen Trauer gelebt wird, welche Rituale und Bräuche in verschiedenen Kulturen üblich sind und wie sich Trauerkulturen zeigen und entfalten.

In der vorliegenden Literaturarbeit wurde untersucht, wie die trauernden Patienten und Angehörigen auf einen Verlust reagieren und welche Möglichkeiten Pflegende haben, mit den Reaktionen von Trauernden umzugehen.

Auf Basis der empirischen Erkenntnisse zur Trauer wurden verschiedene Modelle der Trauer entwickelt. Die Begründerin der Sterbeforschung, Elisabeth Kübler-Ross, hat erstmals, anhand von Interviews mit Sterbenden, die sie betreut hat, die Phasen des Sterbens entwickelt. In Analogie zu den Sterbephasen wurden die Phasenmodelle der Trauer und die Traueraufgaben definiert.

Trauer ist die schmerzhafteste Emotion unter den menschlichen Emotionen und die Reaktion auf einen Verlust. Bei den Trauerritualen können Unterschiede im ländlichen Gebiet und im urbanen Gebiet (in Großstadt, in Gesundheitseinrichtungen) gemacht werden, was das Ritual des Abschiedsnehmens, der Aufbahrung, der Totenklage und der Totenwache betrifft.

Was muss die Pflege über Trauerrituale wissen? Für die Pflege relevante Trauerrituale sind: Sterbeort – Krankenzimmer, Abschiednehmen – Sterbezimmer, Verabschiedungsraum, Aufbahrung, Weinen, Bestattung und Haareraufen (in Verbindung mit Weinen und Abschiednehmen im Sterbe- oder Verabschiedungszimmer).

Abstract

The references in this dissertation are based on grief, the phase model of grief, the functions of grief, the psychoanalysis of grief and psychology (restricted to those relevant for care). Another base are the results of the nursing diagnosis *Trauern komplizierter Verlauf* (PraxisOrientierte Pflegediagnostik POP 2009), which is based on the consolidated findings mentioned before.

The main questions of the dissertation are among others, what grief is and how the reactions of the bereaved can be understood. The next questions are what care should know about grief models and the functions of grief, which rituals are important for care and if there are big differences between the rituals in each culture.

The purpose of this dissertation is to provide knowledge about grief, the models and rituals of grief. It depicts how grief is manifested in other cultures, which rituals and customs are usual and how the culture of grief develops.

It has been analysed how the grieving patients and relatives react to a loss and which possibilities the nursing staff has, to handle their reactions.

Based on empirical statements on grief, many models of grief were developed. Elisabeth Kübler-Ross, a pioneer regarding her work with dying patients, has developed the five stages of dying. Further on, this model was adapted and the phase models of grief and the functions of grief were born.

Grief is one of the most painful emotion and the reaction to a loss. Regarding the rituals there are differences between the rural area and the urban area concerning the ritual of valediction, laying-out, keen and death watch.

So what should care know about the rituals of grief? The relevant rituals are: place of death – sick room, valediction – death room, room to say good bye, laying-out, crying, funeral and to tear one's hair (in conjunction with crying and saying good bye in the death room).

„Es gibt keine Liebe ohne Verlust. Und es gibt kein Hinwegkommen über den Verlust ohne eine gewisse Trauer. Unfähig sein zu trauern, bedeutet unfähig zu sein, in den großen menschlichen Kreislauf von Tod und Wiedergeburt einzutreten.“

Robert Jay Lifton, 1975

1 Einleitung

1.1 Motivation, Erkenntnisinteresse und Problem

Im März 2005 erfuhr ich eine traurige Lebensgeschichte, die sich in einem Krankenhaus in Österreich ereignete. Ein junger Rumäne im Alter von 27 Jahren besuchte seinen Bruder in Wien. Plötzlich wurde er in ein Krankenhaus in Wien eingeliefert und für hirntot erklärt. Das Organspendegesetz befugte die Ärzte, ihm die Organe zu entnehmen, trotz fehlender Einwilligung seiner Familie. Das hat für Entsetzen und Empörung sowohl in Rumänien als auch in Österreich gesorgt. Die Mutter des Toten äußerte sich gegenüber einer Zeitung wie folgt:

„Niemand bringt mir mein Kind zurück, sagte Viktoria weinend. Das Gute daran ist, dass er ein Leben gerettet hat. Ich will nur denjenigen, der Ilies Herz hat, sehen und ihn streicheln. Ein Teil von meinem Kind lebt.“ (www.realitatearomaneasca.ro/content.pfp, vom 28.03.2005; Zeitung „Realitatea Romaneasca“ Übersetzung; 9am News von 25.03.2005 http://www.9am.ro/stiri-revista_presei/Social/7457/Organele_unui_raman_furate_la_Viena.html; Autor Marian Ghiteanu)

Diese Geschichte rührte mich zutiefst und wurde zum Anlass dieser Diplomarbeit. Eine Ähnlichkeit dieses Falles gibt es in dem Buch: „Unversehrt sterben – Der Kampf einer Mutter“ von Renate Greinert (2008).

Meine Intention, über Trauerkultur und Rituale der Trauer zu schreiben, wurde von Gedanken geleitet, die das gegenwärtige Bild der Trauer und ihre Rituale in einigen Facetten erfassen. Die Ausarbeitung dieses Thema soll zu einem besseren Verständnis und Sensibilisierung führen.

Der Gedanke, über Trauer zu schreiben, ergab sich vor einigen Jahren, als ich ein Seminar besucht habe, wo unter anderem auch über „Trauer“ die Rede war. Je mehr ich mich damit auseinandersetzte, desto klarer wurde mir, dass Trauer Teil des Lebens ist. Auch in meinem beruflichen Leben wurde mir bewusst, dass viele Menschen von Psychopharmaka abhängig sind, weil sie kritische und depressive Momente nicht überwinden können. Deshalb ist es mir ein Anliegen, mehr über dieses Thema zu erfahren, um zu lernen, wie Menschen damit umgehen und welche „Strategien“ und Rituale sie zu Hilfe ziehen. Wir alle werden mit dem Tod früher oder später konfrontiert.

Durch die moderne Medizin und die Verlängerung der Lebenserwartung hat sich das Trauererlebnis und die Anwendung von Trauerritualen verändert.

Untersuchungen zeigen, dass Trauerrituale durch die Institutionalisierung von Sterben an „Bedeutung“ verloren haben. Laut Statistik sterben zirka 80% der Menschen im Krankenhaus, Altenheim oder anderen Institutionen (Teigeler 2008, 218). Auch Axel Michaels vertritt die Meinung, dass Trauerrituale „abgeschafft“ seien, und wenn es sie noch gäbe, dann seien sie unschicklich und zeigen zu viel und zu lange Emotionen. (Michaels 2005, 10)

In einer modernen Gesellschaft gehen die Rituale verloren und damit die Kultur eines Volkes.

1.2 Fragestellungen und Ziele der Arbeit

In Bezug auf die genannten Probleme über Trauer und Rituale andere Kulturen ergeben sich folgende Fragen, die des Weiteren erläutert werden.

- Was ist Trauer?
- Worum geht es beim Trauern?
- Was muss die Pflege über Trauermodelle und Traueraufgaben wissen?
- Wie können Trauernde und ihre Reaktionen verstanden werden?
- Welche Trauerrituale gibt es?
- Sind die Trauerrituale in allen Kulturen gleich, ähnlich oder gibt es gravierende Unterschiede zwischen den Kulturen?
- Was muss die Pflege über Trauerrituale wissen?

Ziel der Arbeit ist es, für die Pflege Wissen über die Trauer, über die Trauermodelle und Trauerrituale zu Verfügung zu stellen. Es soll aufgezeigt werden, wie in anderen Kulturen Trauer gelebt wird, welche Rituale und Bräuche in verschiedenen Kulturen üblich sind und wie sich Trauerkulturen zeigen und entfalten.

Meine Absicht liegt darin, die soziokulturellen Umstände bezüglich der Trauer zu erfassen, einen Einblick in die Trauerrituale anderer Kulturen zu geben und so zu einer Sensibilisierung und zu einem besseren Verständnis der Pflege gegenüber der trauernden Menschen zu führen.

Wie Perikles erkannt hat, ist das Verhalten den Toten gegenüber von großer Bedeutung und sagt viel über ein Volk aus. *„Die Kultur eines Volkes erkennt man daran, wie es mit seinen Toten umgeht.“ (Perikles)*

Das Kennenlernen von Ritualen anderer Kulturen, die in Österreich anwesend sind, soll Verständnis über das Verhalten von trauernden Menschen schaffen. Es ist sehr wichtig für diese Menschen, dass sie angenommen und akzeptiert werden, wie sie sind, denn sie agieren in schwierigen Grenzsituationen und verhalten sich dementsprechend.

1.3 Pflegerelevanz der Arbeit

Das Pflegepersonal hat oft mit Sterbenden zu tun und erlebt, wie Angehörige Abschied nehmen. Daher ist das Thema *Trauer* von großer Relevanz für die Pflege. Sie sind anwesend und erleben die Reaktionen der Angehörigen; sei es Zorn, Verzweiflung, unendlicher Schmerz oder unerfüllte Liebe.

In einer Zeit der Globalisierung ist es von großer Bedeutung, die Kultur anderer Menschen zu kennen. Dies trifft auch auf das Pflegepersonal und das Trauern zu. Mit diesem Wissen über Trauerkulturen soll die Professionalität der Pflege gefordert werden, diesen Menschen in schwierigen Situationen bedürfnisgerecht und empathisch helfen zu können, um ein gutes Zusammenleben und, wieso nicht, ein gutes „Zusammensterben“ zu erlangen.

1.4 Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil der Arbeit wird auf die Begriffsbestimmung, Definitionen von Trauer und Verlust eingegangen. Die Trauermodelle und Phasen sind substanzielle Komponenten, die

sich über den ganzen ersten Teil erstrecken. Dabei ist es von großer Bedeutung, den Verlust und die Bindungstheorie von John Bowlby (1982) aufzuzeigen. Ebenso werden die Arten und die Vielseitigkeit der Trauer sowie der Unterschied von „Trauer und Melancholie“ (Freud 1917) Thema dieses Abschnitts sein.

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit Ritualen, die bei der Trauerarbeit/-bewältigung vollgezogen werden. Dies ist sowohl für die Angehörigen als auch für das Pflegepersonal von großer Bedeutung, da sie die essenzielle Komponente in der Trauerphase eines Menschen sind. Dabei werden zentrale Trauerrituale und Sitten beschrieben: Trauerfasten, Trauergewand und Verbote im Zusammenhang mit Trauer, wie: Schlaf- und Heiratsverbot. Ein wichtiger Teil dieser Arbeit ist die Trauerklage, diese wird am Beispiel der rumänischen Totenklage, der Toten- und Abschiedslieder, als tiefster Ausdruck der Trauer vorgestellt. Die Rituale, die in einer Gesellschaft noch „praktiziert“ und „zugelassen“ werden, haben eine große Bedeutung für die Kultur eines Landes/Volkes. Vor diesem Hintergrund werden die Möglichkeiten des Abschiednehmens näher beleuchtet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Reaktionen der Trauernden auf einen Verlust und die Modelle der Trauer und Trauerrituale, die heutzutage noch zu finden sind, sowohl im Trauerprozess als für die Pflege relevant sind.

1.5 Methode, Vorgehensweise

Als Methode wurde die Literatuarbeit gewählt. Die Einschlusskriterien sind wissenschaftliche Bücher und Fachzeitschriften, Studien, Fachbücher und Dissertationen. Orte der Suche waren Universitätsbibliotheken der Theologie, Anthropologie, Psychologie, Medizinische Universitätsbibliothek, Hauptbibliothek Datenbanken, Handbücher von Krankenhäusern, Datenbanken und Internet. Ausschlusskriterien sind populärwissenschaftliche Werke und Romane zu diesem Thema. Der Zeitraum wurde nicht begrenzt, weil zur Darstellung von Kultur der Trauer auch ältere Literatur notwendig ist.

Die Literaturrecherche erfolgt entlang der zwei großen Teile der Arbeit: im ersten Teil wird auf den theoretischen Aspekt der Trauer, auf die Trauertheorien und Trauermodelle und -reaktionen eingegangen. Zur Beantwortung der Fragestellung wird bereits vorhandene themenspezifische wissenschaftliche Literatur aus Büchern, Journals und Fachzeitschriften herangezogen. Die Suchbegriffe waren Trauer, Trauertheorie, Trauerprozess, Trauerphasen.

Im zweiten Teil wird die praxisbezogene Trauerkultur mit Einblick auf die rumänische Totenklage erläutert. Die Suchbegriffe für den zweiten Teil der Arbeit waren Trauerkultur, Trauerritual, rumänische Totenklage, Trauer in der Pflege.

Meine Hauptquellen sind: wissenschaftliche Bücher wie Axel Michaels (2001, 2005), John Bowlby (1982, 1994), Emile Durkheim (1981); Jacqueline Fawcett (1999), Maria Kaes & Silvia Kühne-Ponesch (2000), die anthropologische Studie von Hannes Stubbe, Bücher von bekannten Thanatologen wie Elisabeth Kübler-Ross (1971), Yorick Spiegel (1973), Paul Chris (2000), Verena Kast (1982), Andreas Heller (2000), Birgit Heller (2007) und Artikel aus den Pflegefachzeitschriften.

Die Analyse der Literatur und die Darstellung der Ergebnisse erfolgt mit einem spezifischen Blick auf die Herausforderungen der Pflege.

2 Trauer – Was ist Trauer?

Unter der breiten Palette der menschlichen Emotionen ist Trauer die schmerzhafteste. Jeder Mensch erleidet im Laufe seines Lebens Verluste und wird mit Trauer konfrontiert. Trauer geht mit einem Verlust einher.

Das Wort Trauer hat seinen etymologischen Ursprung im althochdeutschen Wort „truren“, was mit „den Kopf sinken lassen“ und „die Augen niederschlagen“ übersetzt werden kann. (Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache 2002, 926)

2.1 Trauerdefinitionen

In der Pflege wird Trauer folgendermaßen beschrieben: „(engl.) *grief*; schmerzhaftes Verlustgefühl und Kummer als Reaktion auf einen angekündigten oder aktuellen Verlust oder Tod; (...)“. (Pschyrembel 2007, 746)

Trauer ist „das schmerzliche Innewerden eines Verlustes, u. a. von Personen. Die Ausdrucksformen von Trauer im Zusammenhang mit dem Tod eines Menschen sind stark religiös bestimmt. Alle Kulturen kennen vielfältige Trauer-Bräuche: neben Bestattungsriten u. a. Trauer-Kleidung, Totenklage (oder auch Schweigegebote), Einhaltung von Trauer-Zeiten.“ (Der große Brockhaus in einem Band 2003, 1043)

In der deutschen Sprache wird **Trauer** als Gefühlszustand und Verhaltensweise „nach einem Verlust (drohendem Verlust)“ (Feldmann 2004, 270) beschrieben, seien es Personen oder Objekte. Trauer ist „eine Form von psychischem Sterben, ein tatsächlicher, aber antizipierter Verlust von identitätsrelevanten Personen oder Objekten.“ (Feldmann 2004, 270)

Im Deutschen gibt es nur einen Begriff für Trauer, im Englischen jedoch mehrere Bezeichnungen, wie z. B. *grief*, *mourning* und *bereavement*.

Sehr deutlich wird die Trauer von den Autoren Volkan und Zintl beschrieben: die Trauer „ist so individuell, wie unsere Fingerabdrücke es sind, sie ist geprägt durch unsere vergangene Geschichte von Verlusten und die Besonderheiten der Beziehung.“ (Volkan & Zintl 2000, 19)

In der Literatur sind also viele Definitionen der Trauer und Trauerverhalten zu finden. Es werden von Psychoanalytikern und Psychiatern kausale Zusammenhänge zwischen den Reaktionen auf einen Verlust eines Menschen und die normale Trauer und pathologische Trauer unterschieden. (vgl. Sievert 1999)

2.2 Trauer als Verlusterfahrungen

Weil Trauer mit einem Verlust einhergeht, werden hier einige Arten von Verlusten gezeigt. Die Auswahl der Verlustbeispiele wurde hier gezielt von dem Artikel der Autorin Christina Sievert (1999, 252) gewählt, weil sie aus der Pflege kommt.

Der Mensch wird im Leben mehr oder weniger mit Verlusten konfrontiert. Es gibt viele Verlusterlebnisse, die schon bei der Geburt anfangen, wie etwa: das Abstillen, eine kurzfristige Trennung von der Mutter beim Verlassen des Raumes oder das Verschwinden eines Spielzeugs, wenn das nicht mehr gesehen wird.

Wir nehmen Abschied, wenn die Kindergartenzeit zu Ende geht, Abschied von den Klassenkameraden, mit denen wir vier oder acht Jahre zusammen waren usw. Abschiedsschmerz empfinden wir, wenn wir die Heimat verlassen, den Jugend-, Schönheitsverlust, eine Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes, das Verlieren eines

Gliedmaßes durch Amputation. Diese Verluste ziehen Trauer nach sich. (vgl. Sievert 1999, 252)

Auch in der Pflegediagnose *Trauern, komplizierter Verlauf* werden einige mögliche Ursachen für komplizierte Trauer aufgezeigt, wie der Tod von nahestehenden Menschen, Trennung, Scheidung, veränderte körperliche und psychische Prozesse. (vgl. POP 2009, 718)

Der norwegische Arzt Husebø ist der Meinung, dass wir sogar dann Verlusterlebnisse haben, wenn ein Kind von zu Hause auszieht oder wenn wir den Kontakt zu Freunden verlieren. In solchen Situationen ist es ganz normal, dass man Gefühle der Trauer entwickelt. (Husebø 2005, 115) All diese Arten von Verlusten, die erwähnt wurden, haben eine Gemeinsamkeit, und zwar, dass sie mit Trauer und Traurigkeit verbunden sind. In der Arbeit wird spezifisch auf den Verlust eines nahestehenden Menschen eingegangen.

2.3 Trauer als Emotion

Bezugnehmend auf die Fragestellung, „worum es bei der Trauer geht“, und die Ziele der Arbeit, Wissen zu vermitteln und die Pflege zu sensibilisieren, ist es für die Pflege von Bedeutung, Trauer als einer Emotionen zu kennen. Was ist die Emotion? In der Literatur finden sich viele Wörter, die das Feld der Emotionen besetzen, wie: Gefühl, Affekt, Empfindung, Trieb, Instinkt, Leidenschaft, Stimmung, Laune, Motivation, Temperament.

Eine Definition von Emotionen ist in dem Lehrbuch für Psychologie so beschrieben: Emotionen sind „(...) eine Mischung aus 1. physiologischer Aktivität (Herzrasen), 2. Ausdrucksverhalten (beschleunigter Schritt) und 3. bewusster Erfahrung, die aus Gedanken (...) und Gefühlen (Angst, später Freude) besteht.“ (Myers 2005, 530)

Die ersten Überlegungen in diese Richtung machte schon Charles Darwin, als er die Gemeinsamkeiten im emotionalen und biologischen Bereich zwischen Menschen und Tieren beobachtete. Die erste systematische Klassifikation von Emotionen brachte Charles Darwin in seinem „Ausdruck der Gemütsbewegungen“ wie folgt:

- Leiden und Weinen
- Gedrücktsein, Sorge, Kummer, Niedergeschlagenheit, Verzweiflung
- Freude, Liebe, Andacht
- Überlegung, üble Laune, Entschlossenheit
- Hass und Zorn
- Verachtung, Abscheu, Schuld, Hilfslosigkeit
- Überraschung, Furcht, Entsetzen
- Selbstaufmerksamkeit, Schüchternheit, Scham. (vgl. Rost 2001, 51)

Die Pflegewissenschaftlerin Schrems betont bezüglich Emotionen, „... dass diese mit ziemlich großer Wahrscheinlichkeit eine Rolle im Gesundheits- oder auch Krankheitsprozess spielen.“ (Schrems 2003, 159) Emotionen, so Schrems, können einerseits Auslöser für Krankheiten sein und andererseits auch zu ihrer Veränderung führen, genau wie in der Trauer.

Die Emotion Trauer deckt ein sehr großes und subjektives Feld von Begriffen ab. Viele Autoren und Forscher haben versucht, die richtigen Begriffe für Trauer zu finden und diese zu benennen. Die Autoren Moody und Arcangel haben davon eine Auswahl von 25 Begriffen gesammelt, wie folgt: „(...) abgespalten, abnormal, anhaltend, atypisch, aufgestaut, bedrückend, belastend, chronisch, desorganisiert, dysfunktional, gestört, komplex, kompliziert, konflikthaft, kontinuierlich, krankhaft, maladaptiv, neurotisch, pathologisch, problematisch, unabgeschlossen, ungesund, ungelöst, verselbstständigt und

widersprüchlich“ (Moody & Arcangel 2003, 163), mit denen man das Trauerverhalten eines Menschen beschreiben kann.

In der Pflege werden in der International Council of Nurses (*Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis 2003, 211f*) Definitionen von Trauer als Emotion, Trauer unter der Klassifikation der Pflegephänomene 1A.1.1.2.1.1.5.14 wie folgt beschrieben:

„Trauer ist eine Art von Emotion mit den spezifischen Merkmalen: Gefühle von Kummer verbunden mit antizipatorischem (vorwegnehmendem – d. Ü.) oder aktuell bedeutsamem Verlust und Tod, Schock und Unglauben, Druck in der Kehle und in der Brust, kurzer Atem, abdominale Störungen (Stadium des Schocks), Erschöpfung, extreme Ermattung und Lethargie, mentale Qual, Reaktionen auf einen Trauerfall und Trauern, Schreien oder Schluchzen, beunruhigt sein, Unglauben, Ablehnung und Ärger (Stadium der Reaktion), Akzeptanz, Änderung, Neuorientierung, Ausdruck der Gefühle von Verlust, Akzeptanz der Realität des Verlustes, Abwesenheit des somatischen Stresses, Ausdrücken von positiven Erwartungen an die Zukunft (Stadium der Akzeptanz).“ (International Council of Nurses 2003, 211f)

Trauer wird oft mit einer anderen Emotion, der Angst, in Verbindung gebracht.

In der POP – PraxisOrientierte Pflegediagnostik wird die Angst als „Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch Gefühle der Bedrohung und Unsicherheit erlebt, deren Ursachen ihm unklar oder unbekannt sind“, vorgestellt. (POP 2009, 746)

Die Angst gewinnt eine zentrale Position in der Psychotherapie. Verlust und Trauer sind mit Angst verbunden, vor allem wenn frühere Verluste (im Kindesalter) nicht bewältigt worden sind. Die Angst begleitet uns lebenslang, da sie ein gespeichertes Gefühlsmuster ist, das jederzeit abrufbar ist. Bei der sogenannten *sicheren Bindung* äußern sich die Kinder mit Angst und Schreien und sie verwenden aktive Techniken in der Bewältigung der Trennung von der Mutter. (vgl. Rehberger 2004)

2.4 Reaktionen der Trauer

Welche Reaktionen ruft Trauer hervor? Das ist eine der Fragestellungen der Arbeit, und es ist wichtig, die Trauerreaktionen eines trauernden Patienten und Angehörigen zu kennen, um ihm entsprechende Hilfe anbieten zu können. Ein trauernder Mensch verspürt sowohl physische als auch psychische Empfindungen und Symptome.

Erich Lindemann, der Pionier der empirischen Trauerforschung, hat im Jahr 1944, als das Thema Trauer aufgrund des Zweiten Weltkrieges in den USA besonders aktuell war, die erste Studie zu Trauersymptomen durchgeführt. Auf diese Studien beziehen sich die meisten Autoren und Trauerforscher. Nach Lindemann haben auch andere Forscher Studien an Trauernden oder Verwitweten durchgeführt, wodurch die Zahl und Arten von Trauersymptomen erweitert wurde. (vgl. Lammer 2004)

Erich Lindemann hat Beobachtungen und psychiatrische Gespräche mit 101 Patienten durchgeführt. Darunter waren psychoneurotische Patienten, die während der Behandlung einen Verwandten verloren haben, Verwandte von Patienten, die im Spital starben, Katastrophenopfer (Coconut-Grove-Brand 1940 in Boston), die bei dem Feuer verletzt worden sind und Angehörige verloren haben, und Verwandte von Mitgliedern der Streitkräfte. (vgl. Lindemann 1985, 44)

Die Symptome, die Lindemann im Fall einer normalen Trauer erwähnt, sind:

- wellenartig auftretende Gefühle körperlichen Unwohlseins von 20 Minuten bis zu einer Stunde
- das Gefühl, die Kehle zugeschnürt zu haben

- ein Würgen im Hals
- Kurzatmigkeit
- das Bedürfnis zu seufzen
- ein Gefühl der Leere im Bauch
- Kraftlosigkeit der Muskeln
- tiefe Niedergeschlagenheit, die als Spannungsgefühl oder psychischer Schmerz beschrieben wurden (Lindemann 1985, 44).

Diese Vielfalt von Gefühlen wurde von den Patienten vermieden und auch die Erwähnung des Verstorbenen wurde mit Angst verbunden, dass verschiedene Symptome und Reaktionen, die oben erwähnt worden sind, hervortreten können.

Die Sinneswahrnehmung des Patienten ist auch verändert, es tritt das Gefühl der Unwirklichkeit und emotionale Distanz zu anderen Menschen ein. Sie haben mit starken Schuldgefühlen und Vorwürfen zu kämpfen. Sie sind bei alltäglichen Aufgaben sehr beeinträchtigt und auch das Verhalten und die Sprechweise sind verlangsamt und beeinträchtigt. Sie sind ratlos, können nicht still sitzen, sind lustlos, erledigen alles mechanisch, gehen ziellos durch die Gegend und suchen ständig eine Beschäftigung.

Lindemann erwähnt hier fünf Faktoren, die die oben genannten Symptome zusammenfasst:

- körperliche Beschwerden
- übermäßige Beschäftigung mit dem Verstorbenen
- Schuldgefühle
- feindselige Reaktionen
- der Verlust von gewohnten Verhaltensmustern. (vgl. Lindemann 1985, 45f)

Kerstin Lammer stellt Lindemanns Studie und der beschriebenen Symptomatik der Trauer eine andere Sichtweise entgegen, indem sie schreibt: „Trauer ist keineswegs, wie man seit Lindemann annahm, ein Syndrom mit klar umrissenem Symptombild. Sie verläuft nicht uniform oder immer ähnlich, sondern im Gegenteil individuell äußerst verschieden, und dabei können Betroffene auf allen Ebenen ihres Person-Seins tief greifende Veränderungen erleben: körperlich, psychisch und auf der Ebene des Verhaltens.“ (Lammer 2004, 30)

Die Studie von Maddison und Walker (1967) und von Parkes (1969) zum Thema lassen erkennen, dass die meisten Frauen viel Zeit brauchen, um den Verlust des Ehemannes zu überwinden und darüber hinwegzukommen. Als Trauersymptome wurden hier Schlaflosigkeit und auch eine Serie an belanglosen Beschwerden und Krankheiten aufgezählt, die sehr häufig bei den Probanden vorkamen. Nicht außer Acht zu lassen ist, dass ein Fünftel der Witwen nach einem Jahr immer noch bei sehr schlechter Gesundheit war und sich in einem sehr labilen und gestörten emotionalen Zustand befand. Der Psychoanalytiker Bowlby ist der Meinung, dass in so einem Fall die Kliniker oftmals gegenüber der Geschwindigkeit, mit der jemand über einen Verlust einer nahe stehenden Person hinwegkommen sollte, unrealistische und utopische Erwartungen haben. (vgl. Bowlby 1982, 113)

Bezugnehmend auf die oben genannten Studien von Lindemann (1944¹; 1985) und Walker (1967) und Parkes (1969) schrieb der Pionier der Bindungsforschung Bowlby, dass von den Trauernden die Frauen eine lange Zeit brauchten, um den Tod des Ehemannes zu verkraften. Sie hatten neben den physischen auch physische Leiden zu verkraften, wie

¹ Alle Autoren beruhen sich auf Lindemann 1944, leider konnte das Original von 1944 nicht ausfindig gemacht werden und wurde das Buch von 1985 zitiert.

Schlaflosigkeit (die global ist), Spannung, Kopfschmerzen, Angst und Erschöpfung. Das waren die am häufigsten vorkommenden Symptome. Die positive Nachricht, die Bowlby dazu mitgeteilt hat, ist, dass am Ende des ersten Jahres die Frauen wieder zu sich selbst gefunden haben. (Bowlby 1982, 112f)

„Trauer hat viele Gesichter. Sie kann lähmen, zu schweren psychischen und physischen Problemen führen (...)“, schrieb der Palliativmediziner Husebø (2005, 71).

Er weist darauf hin, dass es einige „gängige Zeichen“ der Trauer gibt, wie:

- affektive Symptome: Angst, Depression, oft mit Wut und Einsamkeit kombiniert
- Verhaltensauffälligkeiten: veränderter Umgang mit den Mitmenschen, Apathie, emotionale Labilität, Hyperaktivität
- Veränderung des Selbstbildes: Unsicherheit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Erinnerungen werden verherrlicht, idealisiert
- kognitive Beeinträchtigungen: Konzentrations- und Bearbeitungsschwierigkeiten der eigenen Gedanken
- psychologische Symptome: psychosomatische Symptome, Appetit-, Antriebslosigkeit, Gewichtsverlust, Schlafstörungen, Stress
- Reaktionen innerhalb der Familie: das Familiensystem gerät durcheinander, unterschiedliche Reaktionen der einzelnen Mitglieder der Familie, Auftreten von Krisen bis Trennungen in Partnerschaften, die aufgrund der physischen und psychischen Belastungen entstehen (vgl. Husebø 2005, 115f)

2.4.1 Das Weinen

Das Weinen ist ein Symptom, das bei Trauer vorkommt und deshalb als ganz normales Phänomen zu betrachten ist. Erleiden Erwachsene einen tragischen Verlust und weinen als Folge, wird diese als „Regression“ bezeichnet, eine Art Schwäche. Das Verlangen nach der Gesellschaft eines Menschen, eines Freundes, einer Angehörigen, die einem Verständnis entgegenbringt, entsteht.

Die Psychologie bezeichnet das Weinen als Drang, sich an jemanden klammern zu wollen. Bowlby bezeichnet das Weinen auch als „infantile Abhängigkeit“. Dieses Verhalten wird außerdem in seiner Bindungstheorie erklärt (Bowlby 1982, 128). Selbst die Begründerin der Sterbeforschung, Elisabeth Kübler-Ross, weist darauf hin, dass das Weinen und das Zeigen von Gefühlen gegenüber Sterbenden als ein normales Verhalten angesehen werden kann. (Kübler-Ross 2003, 128)

2.4.2 Das Trauern

In der International Council of Nurses (*Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis* 2003, 212) wird das Trauern/die Trauerarbeit unter 1A.1.1.2.1.1.5.14.1. Pflegephänomen wie folgt beschrieben: „(...) ist eine Art von Trauer mit den spezifischen Merkmalen: Prozess des Bewältigens von Trauer, emotionale Reaktion zur Unterstützung des Überwindens eines großen persönlichen Verlustes, Gefühle von extremer Trauer oder Verlust, verarbeitet durch Trauer und Hinterbliebensein, bewusstes Arbeiten mit Trauerreaktionen und Emotionen“. (International Council of Nurses 2003, 12)

Manche Trauerforscher behaupten, dass ein Trauerprozess eineinhalb bis zwei Jahre dauern kann. Die Trauerarbeit bei einem Menschen, der schon über längere Zeit krank war, kann kürzer sein, weil schon vieles in der Fantasie vorgespielt wurde. Diese Fantasien ersetzen nicht die eigentliche Trauerarbeit, sondern nehmen von der Trauer was weg, die sogenannte vorweggenommene oder antizipatorische Trauer. Im realen Leben kann der Verlust eines geliebten Menschen nicht in der Fantasie erlebt werden. Daher kann Trauer nicht vorweggenommen werden. (vgl. Sinzinger 1997, 965)

2.5 Faktoren, die die Trauer beeinflussen

Abgesehen von „normalen“ Trauerreaktionen oder Symptomen wurden speziell die Einflussfaktoren, die einen normalen Trauerprozess stören, erforscht. Um Kummer und Trauer diagnostizieren zu können, ist es laut Rando wichtig, die Faktoren zu kennen, die die Trauer beeinflussen. Eine Antwort, die in einer bestimmten Situation normal für eine Person erscheint, kann für eine andere Person, in anderen Umständen pathologisch wirken. (vgl. Wittkowski 2003, 183f) Die Liste der Faktoren nach Theresa Rando wird nachstehend beschrieben:

Psychologische Faktoren

- „Merkmale, die sich auf die Art und die Bedeutung des spezifischen Verlusts beziehen (Art der Beziehung, Merkmale des Verstorbenen, Anzahl und Qualität sekundärer Verluste ...)
- Charakteristika des Trauernden (Bewältigungsstrategien, Intelligenzniveau, frühere Lebenserfahrungen, kultureller, religiöser/spiritueller Hintergrund, Lebensalter, Krisen)
- Merkmale des Sterbens (Länge der Krankheit vor Eintritt des Todes, Ausmaß, Art und Qualität antizipatorischen Trauerns, Anwesenheit des Trauernden)

Soziale Faktoren

- sozioökonomischer Status des Trauernden
- Art und Ausmaß sozialer Unterstützung
- Begräbnis- oder Gedächtnisriten

Physiologische Faktoren

- Drogen (Koffein, Nikotin, Alkohol)
- Ernährung
- Ruhe und Schlaf
- körperliche Ertüchtigung
- physischer Gesundheitszustand“
(Rando 1984, zit. n: Wittkowski 2003, 184)

Unter der Berücksichtigung des Schemas von Worden (1987), das in der Abbildung 1 eingeführt ist, wird den trauernden Angehörigen gezeigt, dass Menschen ganz individuell und spezifisch auf einen Verlust reagieren können. (vgl. Boschert & Kotz 2002, 289)

Abb. 1: Zusammenfassung der normalen Trauerreaktionen nach Worden

NORMALE TRAUERREAKTIONEN

(Zusammenfassung nach J. W. Worden, 1987, S. 28–39)

All diese Reaktionen sind als normal einzustufen und nicht als pathologisch!

Gefühle

- Traurigkeit
- Zorn
- Schuld und Selbstbeschuldigung
- Angst
- Verlassenheit, Einsamkeit
- Müdigkeit
- Hilflosigkeit
- Schock
- Sehnsucht
- Befreiung
- Erleichterung
- Betäubung, Abgestumpftheit

Körperliche Empfindungen

1. Leeregefühl im Magen
2. Beklemmungen in der Brust
3. Zugeschnürtsein der Kehle
4. Überempfindlichkeit gegen Lärm
5. Ein Gefühl der Depersonalisation:
„Ich gehe die Straße entlang, und alles kommt mir unwirklich vor, auch meine eigene Person.“
6. Atemlosigkeit, Gefühl von Kurzatmigkeit
7. Muskelschwäche
8. Energiemangel
9. Mundtrockenheit

Verhaltensweisen

- Schlafstörungen
- Appetitstörungen
- Geistesabwesendes Verhalten
- Soziales „Sich-Zurückziehen“
- Träumen von dem verstorbenen Menschen
- Das Meiden von Erinnerungen an den verstorbenen Menschen
- Suchen und Rufen
- Seufzen
- Ratlose Überaktivität
- Weinen
- Aufsuchen von Orten oder Bei-sich-Tragen von Gegenständen, die an den Verstorbenen erinnern.
- Kult mit Objekten aus dem Besitz des Toten

Gedanken

- Unglaube, Nichtwahrhabenwollen
- Verwirrung
- Intensive Beschäftigung mit dem Toten
- Gefühl der Anwesenheit der verstorbenen Person
- Gesichts- und Gehörshalluzinationen

Quelle: Worden (1987, 28–39)

2.5.1 Für die Pflege relevante Faktoren, die die Trauer beeinflussen

Christina Sievert zeigt ebenfalls eine Reihe von äußeren und inneren Faktoren, die den Verlauf der Trauer beeinflussen können. Sie unterscheiden sich je nach: Kulturkreis

(Rituale), Nationalität (maskulin geprägte Gesellschaften – die keine Anzeichen der Schwäche zeigen, sie reißen sich zusammen), Religion (einerseits Hilfe, Halt und Unterstützung, andererseits Gefühle wie Zorn nicht zulassen dürfen) und Persönlichkeit.

Folgende Faktoren sind laut Christina Sievert für die Pflege von Bedeutung:

- Tendenz, Gefühlsbeziehungen gegensätzlicher Art anzufertigen, wie Angstbindung
 - ängstliche, überfürsorgliche und nervöse Personen
 - emotionale Unabhängigkeit, die simuliert wird, wie:
 - Beziehungsqualität (zu enge oder ambivalente Beziehung)
 - frühere Verluste (die nicht verarbeitet worden sind)
 - aktueller Gesundheitszustand
 - soziales Umfeld
 - parallellaufende Krisen (Kindererziehung, finanzielle Probleme, Krankheit etc.)
 - Alter und Geschlecht
 - beruflicher Status
 - Art des Todes
- (vgl. Sievert 1999, 254f)

2.6 Arten von Trauer – die Vielseitigkeit der Trauer

Trauer „hat viele Gesichter“ (Husebø 2005, 71). Es werden hier einige Formen der Trauer vorgestellt:

- Normale, unkomplizierte Trauer (Gruber 2002, 139; Katschnig 2001, 20; Volkan & Zintl 2000, 17ff; Lammer 2004, 35f)
- Pathologische, komplizierte Trauer (Worden 1999, 75; Freud 1917; Bowlby 1982, 82; Sievert 1999, 254; „pathologische Reaktionen“ (Kast 1982, 82; Pschyrembel 2004, 1839; Gruber 2002; Volkan & Zintl 2000, 49f)
- Pathologisch krankhafte Trauer (Lammer 2004, 35f)
- Unbewältigte Trauer (Worden 1999, 75)
- Chronische Trauer (Worden 1999, 75)
- Verzögerte Trauer (Worden 1999, 75; Sievert 1999, 254)
- Übertriebene Trauer (Worden 1999, 75)
- Antizipatorische Trauer, vorweggenommene Trauer (Kast 1982, 92; Sievert 1999 254; Gruber 2002, 140)
- Vorweggenommene Trauer, „Besorgnisarbeit“ (Parkes 1978, 91: zit. n: Kast 1982, 92)
- Nicht gelebte Trauer (Gruber 2002, 139)
- Erstarrte Trauer (Gruber 2002, 139f)
- Fixierte Trauer (Moody & Arcangel 2003, 163f)
- Gesunde Trauer (Moody & Arcangel 2003, 164)
- Ungesunde oder dysfunktionale Trauer (Moody & Arcangel 2003, 163f)
- Abnorme Trauer (Katschnig 2001, 20)
- Fehlende Trauer (Volkan & Zintl 2000, 72)

Zwei der Trauerarten werden in dieser Arbeit ausführlicher beschrieben, die normale, weil sie sehr oft und bei fast allen Menschen auftritt, und die pathologische Trauer, weil einige Menschen davon betroffen sind.

2.6.1 Normale, unkomplizierte Trauer

Die normale Trauer oder „gesunde“ Trauer ist jene, die ohne Komplikationen verläuft. (Moody & Arcangel 2003, 164)

Psychiater und Trauerforscher sind sich einig, dass Menschen beim Erleben eines

Verlustes ihre Gefühle früher oder später ausdrücken, sie zeigen, sie ausleben müssen. (vgl. Bowlby 1982) Die Länge der Trauer ist schwer festzustellen, denn jeder trauert mit unterschiedlicher Geschwindigkeit und Intensität. In der Regel dauert die Trauer ein bis zwei Jahre. (vgl. Volkan & Zintl 2000, 20) Die Reaktionen und Manifestationen der normalen Trauer können in der Abbildung 2 unter der Zusammenfassung der normalen Trauerreaktionen nach Worden entnommen werden. Er betont, dass die Merkmale nicht bei jedem Trauernden auftreten müssen. (vgl. Worden 1999, 39)

2.6.2 Pathologische, komplizierte Trauer

Die abnorme Trauer tritt in mehreren Formen auf, z. B. als pathologische Trauer, unbewältigte Trauer, komplizierte Trauer, chronische Trauer, übertriebene Trauer. (Worden 1999, 75) Eine andere Variante des gestörten Trauerns ist die Euphorie. (vgl. Bowlby 1983, 181) Laut Lindemann sind krankhafte Trauerreaktionen Zerrbilder der normalen Trauer. (vgl. Lindemann 1985, 49)

Die pathologische Trauer wird aufgrund zweier Störfaktoren erkannt. Zunächst dadurch, dass die emotionale Reaktion auf den Verlust wesentlich lang anhaltend und intensiv ist. Wutausbrüche und Selbstvorwürfe sind sehr dominant. Es findet keine weitere Planung des alltäglichen Lebens statt. Depression, kombiniert mit Angst und Hypochondrie, ist das Hauptsymptom. Der zweite Störfaktor umfasst ein dauerhaftes Fehlen des bewussten Kammers und eine hohe Anfälligkeit für psychologische oder physiologische Erkrankungen (vgl. Bowlby 1983, 179f).

Risikofaktoren, die einen Menschen für eine komplizierte Trauer prädisponieren können, sind innere Faktoren, wie unerledigte Dinge zwischen Verlierer und Verlorenem oder äußere Faktoren, wie ungelöste Verluste in der Gegenwart oder eine psychische Veranlagung, die das Trauern schwer möglich macht. (vgl. Volkan & Zintl 2000, 49)

Spezielle Todesumstände können auf Hinterbliebene sehr belastend wirken, z. B., wenn

- der Tod auf einen Selbstmord zurückgeht – Suizid,
- eine starke Ambivalenz zwischen den Trauernden und dem Verstorbenen bestand,
- ein besonderes Ausmaß an Abhängigkeit von dem Verstorbenen bestand.

(vgl. Spiegel 1989, 85f)

Derselben Meinung ist die Psychotherapeutin Kast, betreffend die Bindung zwischen Trauernden und Verstorbenen. „Es gibt keine Richtlinien, wie lange wir um wen zu trauern hätten: Je mehr wir emotional jemandem oder etwas verbunden sind, desto mehr werden wir trauern müssen.“ (Kast 1982, 87)

2.7 Pflegediagnosen – Definition

Die Definition einer Pflegediagnose nach NANDA International lautet: „Pflegediagnose (engl.: nursing diagnosis). Ein klinisches Urteil über die Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf tatsächliche aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme bzw. Lebensprozesse. Eine Pflegediagnose liefert die Grundlage für die Auswahl von Pflegeinterventionen, um Ergebnisse zu erzielen, für die die Pflegeperson verantwortlich ist.“ (NANDA – International 2005, 335)

Die Pflegewissenschaftlerin Schrems beschreibt die Pflegediagnosen wie folgt: „Pflegediagnosen sind das Ergebnis eines Kommunikationsprozesses, das heißt, bevor Pflegediagnosen als Kommunikationsinstrument wirksam werden, muss kommuniziert werden.“ (Schrems 2003, 295)

Pflegediagnose 80272 – Trauern, komplizierter Verlauf

Definition

„Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch den Schmerz über einen erlittenen Verlust lang anhaltend nicht in eine funktionierende Alltags- und Lebensbewältigung integrieren kann und dadurch gesundheitliche Probleme erlebt.“

Ätiologie (mögliche Ursachen)

- „Tod von nahestehenden Menschen (z. B. Partner, Eltern, Kinder, Freunde)
- Trennung bzw. Scheidung
- Art der Beziehung zum verlorenen Menschen (spezifizieren, z. B. Abhängigkeitsverhältnis, gegenseitige Ergänzung)
- Traumatisierende Ereignisse (z. B. Unfall, operative Eingriffe, Mitteilung über eine lebensbedrohliche Erkrankung)
- Art und Weise der Todesumstände (z. B. Suizid, Mord, leidvoller Tod, nicht auffindbarer Leichnam, plötzlicher und unerwarteter Verlust)
- Mangelnde soziale Unterstützung bzw. Netzwerke
- Mehrfache Verluste
- Verlusterfahrung und/oder Traumatisierung in der Vorgeschichte
- Erlerntes Coping, z. B. Vermeidungsverhalten
- Veränderte körperliche Prozesse (z. B. aufgrund einer körperlichen Erkrankung)

Symptome (Merkmale, Kennzeichen)

aus der Sicht des Patienten

- „Quälende wiederkehrende Erinnerung an die verstorbene Person oder den Verlust
- Sehr intensives Verlangen nach der Anwesenheit der verlorenen Person
- Vermeiden von Aktivitäten und Situationen, die an die verlorene Person bzw. an den Verlust erinnern
- Starke Gefühle von Wut, Zorn, Hass, Angst, Schuld, Panik
- Hoffnungslosigkeit
- Gefühlsüberflutung
- Gedankenleere
- Gedankenrasen
- Kreisende Gedanken, die nicht nachlassen
- Aufleben zurückliegender Erinnerungen mit unvermindertem Erleben von Trauer
- Ausdruck von Schuldzuweisungen
- Will den Verlust nicht wahrhaben
- Äußert Schwierigkeiten beim Aufbau neuer Beziehungen
- Äußert Schwierigkeiten beim Finden neuer Interessen
- Äußert Probleme nach dem Verlust, das eigene Leben neu zu gestalten
- Niedergeschlagenheit über einen langen Zeitraum
- Ausgeprägte Reizbarkeit
- Schlafstörungen
- Innere Leere
- Empfundene allgemeine Sinnlosigkeit
- Sozialer Rückzug bzw. Isolation
- Veränderungen der Gewohnheiten beim Essen, Schlafen und Träumen, des Aktivitätsgrades, der Libido, der Konzentration und/oder im Erfüllen der täglichen Pflichten

aus der Sicht der Pflegeperson

- Apathie
- Hysterie
- Suche nach Betäubung (z. B. durch Alkohol, Suchtmittel, Medikamente)
- Suche nach extensiven Reizen
- Psychosomatische Beschwerden (z. B. Verstopfung, Durchfall, Schmerzen)
- Selbstschädigendes Verhalten
- Essstörungen
- Motorische Unruhe
- Erhöhte Anfälligkeit für Infektionskrankheiten
- Verzögerte emotionale Reaktionen
- Vernachlässigung von sozialen Beziehungen
- Soziale Isolation
- Vernachlässigung von beruflichen und privaten Verpflichtungen
- Anhaltende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Unwirksame Verhaltensweisen zum Aufbau einer neu ausgerichteten stabilen Lebenssituation“ (POP 2009, 717ff)

Die Autoren machen eine Anmerkung, indem sie behaupten, dass die oben aufgeführten Symptome auch bei einem ganz normalen Trauerprozess zu finden sind und nicht als Zeichen für eine komplizierte Trauer zu werten sind. (vgl. POP 2009, 718)

Des Weiteren wird über einer aktuelle Studie berichtet, die auch die oben genannten Reaktionen bestätigen.

2.8 Reaktionen der Trauer in einer Studie: Informing the Symptom Profile of Complicated Grief (2012)

Die Studie „Informing the Symptom Profile of Complicated Grief“ (Simon M. Naomi; Wall, M. D.; Melanie, M. et al. 2012), die bei der Columbia Universität in New York, General Hospital Boston Massachusetts durchgeführt wurde, erläutert die pathologische Trauer. 782 Personen, bei denen die komplizierte Trauer festgestellt wurde, nahmen teil. Die Resultate der Studie zeigen, dass sechs Symptome von besonderer Wichtigkeit sind:

1. Sehnsucht & Beschäftigung mit dem Verlust
2. Zorn & Verbitterung
3. Schock & Unglaube
4. Entfremdung von anderen
5. Halluzinationen von Verstorbenen
6. Verändertes Verhalten; Vermeiden & Nähe suchend

Von all diesen Symptomen hat mindestens ein Symptom von drei eine hohe Spezifität (94,8%) und eine Sensibilität von 98,1%. (vgl. Simon et al. 2012)

Für einen besseren Überblick wurden die bisher angeführten Reaktionen und Symptome der Trauer in einer Tabelle zusammengefasst, wie in der Abbildung 2 zu sehen ist.

Abb. 2: Untersuchungen zu Reaktionen und Symptomen der Trauer

Autoren	Forschungs- gebiet	Befragte	Methode	Reaktionen, Symptome	Ergebnisse
Lindemann 1944	Psychiatrie	101 Patienten	Beobachtun- gen	Körperliche Beschwerden; übermäßige Beschäftigung mit Verstorbenen; Schuldgefühle; der Verlust von gewohnten Verhaltensmustern	Feindselige Reaktionen
Bowlby 1982	Bindung/ Reaktionen bei Trennung	Kinder	Beobachtun- gen	Ambivalente Gefühle: Wut und Hoffnung	Sichere Bindung, ambivalente Bindung, unsichere Bindung
Heinicke 1956 (zit. in Bowlby 1982, 66ff)	Bindung/ Reaktionen bei Trennung	Kinder	Beobachtun- gen	Wut, Weinen, Verzweiflung, Kummer, Hoffnung Ambivalenz der Gefühle	Verhalten: Phase der Auflehnung Phase der Verzweiflung Phase der Loslösung
Anna Freud; Burlingham 1942/1943	Bindung/ Kinder	Klein- kinder Hamp- stead Nurseries Hospital	Beobachtun- gen	Trauern, Schreien, Weinen, Hoffnung, Vermissten Ambivalenz der Gefühle	kleine Kinder leiden unter der Trennung von ihrer Mutter, sehnen sich nach ihr, erwarten ihre Rückkehr
Freud 1917	Psycho- analyse		Hypothese Arbeit: Trauer und Melancholie	Hysterie, Melancholie, Störung des Selbstgefühls, krankhafte Disposition, Selbst- beschimpfungen	Manifestationen pathologischer Trauer
Maddison; Walker 1967 (zit. in Bowlby 1982, 126ff)	Einfluss von Freunden und Verwandten auf das Ergebnis des Trauer- prozesses	40 Witwen	Gesundheits- berichte	Emotionale Probleme, Schwierigkeiten, ihre Gefühle auszudrücken, darüber zu sprechen, Wut, Weinen	Pathologische Verhaltensweisen/ „Chronisches Trauer-syndrom“ (Bowlby 1982, 128)
Bowlby; Parkes 1969/1971	Phasen- modelle des Trauerns	22 Witwen im Alter zwischen 26 und 65 Jahren	Interviews	Schlaflosigkeit, belanglose Beschwerden und Krankheiten	Am Ende eines Jahres umso stärker/gestörter Gesundheitszustand, umso jünger sie ist, wenn ihr Ehemann verstorben ist
Kübler- Ross/ Worden 1971		5.000 Gesund- heits- fachleute	Befragungen	Phasenmodell des Sterbens (5 Phasen)	
Kübler- Ross 2001	Tanatologie	Sterben- de Patienten	Interviews	Erzählungen von Sterbenden	Qualitative Ergebnisse

Kast 1982	Traum- material (10 Jahre)	Trauern- de Patienten	Interviews	Phasenmodell im Trauerprozess	
Rando 1984			Trauer- symptome und Reaktionen	Psychologische Faktoren: Bewältigungs- strategien; soziale Faktoren: Status des Trauernden, Begräbnis- und Gedächtnisriten; physiologische Faktoren: Drogen, Ernährung, Ruhe und Schlaf	
Worden 1999	Psychologie	Normale Trauer- reak- tionen		Gefühle: Traurigkeit, Zorn, Angst, Schock; Körperliche Empfindungen: Brustbeklemmungen, zugeschnürte Kehle	Wahrnehmungen: Unglaube, Nicht-wahrhaben-Wollen, Verwirrung; Verhaltensweisen: Schlaf- und Appetitstörungen, Weinen, Träume von Verstorbenen
Pubmed- central January 2012 Simon et al.	Informing the Symptom Profile of Complicated Grief	782 Test- personen	Test und Interviews	Sehnsucht und Beschäftigung mit den Verstorbenen, Zorn und Verbitterung, Schock und Ungläubigkeit	Entfremdung von anderen, verändertes Verhalten, Vermeiden und Nähe suchend, Halluzinationen

Quelle: eigene Darstellung

Bisher wurden die Reaktionen der Trauernden ausführlich beschrieben, und im Folgenden werden Trauertheorien von bekannten Psychoanalytikern und Psychologen vorgestellt. Es wurden diese Theorien ausgewählt, weil sie sich mit verschiedenen Arten von Verlusten befassen, soweit sie in der Arbeit erwähnt worden sind.

3 Trauertheorien

Trauertheorien befassen sich mit der Bedeutung eines Verlustes und beschreiben und erklären, warum eine Verlusterfahrung mehr oder weniger intensive Trauerreaktionen hervorrufen kann.

Von vielen Trauertheorien werden hier einige erwähnt:

- Freud (1916): Trauer um verlorene Liebe (Psychoanalyse)
- Bowlby (1969) (Deutsche Ausgabe. 1982. Das Glück und die Trauer): Trauer um verlorene Bindung, Bindungstheorie (Ethologie)
- Ramsay (1977): Trauer um verlorene Streicheleinheiten (Behaviorismus)
- Littlefield; Rushton (1986): Trauer um verlorene Erbmasse (Soziobiologismus)
- Marris (1986): Trauer um verlorenen Sinn (Kognitionspsychologie)
- Stroebe & Stroebe (1987): Trauer um verlorene Unterstützung und Identität (Kognitive Stresstheorie) (vgl. Lammer 2004, 43ff)

Zwei von den Trauertheorien werden ausführlicher beschrieben: die Theorien von Sigmund Freud und John Bowlby.

Die Arbeit *Trauer und Melancholie* von Freud ist eine wichtige Arbeit und wird immer wieder in der Literatur zitiert. Die *Bindungstheorie* von Bowlby ist auch eine bedeutungsvolle Arbeit, da Bindung immer mit Loslassen und Verlust in Verbindung steht. Bindung ruft früher oder später immer Trennung hervor.

3.1 Sigmund Freuds Trauertheorie – Trauer und Melancholie

Einer der wichtigsten und beeindruckendsten Aufsätze über Trauer wurde von Sigmund Freud in „Trauer und Melancholie“ (1917) geschrieben, in der zum ersten Mal die Trauer als Objekt wissenschaftlicher Untersuchung gemacht wurde. Es ist wichtig für die Pflege, zu wissen, wie Trauer im Subjekt sich ereignet und wie sie gegen Melancholie abgegrenzt werden kann. Es werden hier die Struktur und die Ursache der Melancholie gezeigt. Trauer ist etwas Normales, Notwendiges und Unvermeidliches. „Trauer ist die Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder einer an ihre Stelle gerückten Abstraktion wie Vaterland, Freiheit, ein Ideal usw.“ (Freud 1975, 194f)

Die Trauer zeigt dieselben Züge und Äußerungen wie die Melancholie, mit dem Unterschied, dass bei der Melancholie noch die Störung des Selbstgefühls auftritt.

Aus der psychoanalytischen Sicht Freuds muss nach einem Verlust einer geliebten Person/eines Objekts die emotionale Bindung an diese Person/dieses Objekt erst gelockert und schließlich losgelassen werden. Es ist wichtig, dass die Libido schrittweise getrennt wird, damit eine neue Libido an eine neue Person/Objekt aufgebaut werden kann. Der Prozess des Loslassens, der Lösung vom geliebten Objekt, ist ein aktiver Prozess, in dem das Individuum die Erinnerungen an das verlorene Objekt Schritt für Schritt durcharbeiten muss, um sich so aus der emotionalen Bindung lösen zu können. Die Funktion der Trauer zeigt sich für den Trauernden als ein massiver Zeit- und Energieressourcenverbrauch.

Beim Verlust einer geliebten Person tritt bei manchen Hinterbliebenen anstelle der Trauer die Melancholie. Die Melancholie ist seelisch gekennzeichnet durch eine tiefschmerzliche Verstimmung, eine Aufhebung des Interesses für die Außenwelt und die Herabsetzung des Selbstgefühls. (vgl. Schmidt-Hellerau 2006, 335)

Manchmal ist der Verlust irrealer Natur. In diesem Fall ist das Objekt oder die Person nicht real gestorben, sondern als Liebesobjekt nicht mehr vorhanden. Der Melancholiker kann

nicht bewusst erfassen, was es verloren hat, nur dass er etwas verloren hat. Er ist gekennzeichnet von einer großartigen Ichverarmung. Bei der Trauer ist die Welt arm und leer geworden, bei der Melancholie ist es das Ich-Selbst. (Schmidt-Hellerau 2006, 337) Dem Melancholiker gelingt es nicht, Gefühle wie Wut und Zorn gegenüber der verlorenen Person zu zeigen, und er lehnt aggressive Impulse gegen sich selbst ab. Das Ablehnen führt zu einem Konflikt zwischen Ich und Objekt, zu einem veränderten Ich, zu Selbstanklagen und gesteigerter Selbstkritik und Selbsterniedrigung. Die Wahl des Objektes muss eine narzisstische gewesen sein, wo die Liebe zum Objekt nicht aufgegeben wird, aber das Objekt schon. Das führt dazu, dass die libidinöse Bindung auch verlorenggeht. (vgl. Freud 1971, zit. n.: Schmidt-Hellerau 2006, 335ff)

Ähnlichkeit der Trauertheorie von Freud mit der Pflegediagnose *Trauern, komplizierter Verlauf* finden sich in folgenden Aspekten:

1. Freud: Hysterie – POP: Hysterie
2. Freud: Melancholie – POP: Gedankenleere, Apathie
3. Freud: Manifestationen pathologischer Trauer – POP: Panik, Hoffnungslosigkeit
4. Freud: Störung des Selbstgefühls und Selbstbeschimpfungen – POP: Selbstschädigendes Verhalten

Diese Ähnlichkeiten, die oben erwähnt worden sind, bestätigen, dass der PflegeOrientierte Pflegediagnostik (POP 2009) fundierte Erkenntnisse aus der Psychologie, Psychoanalyse bekannt sind und dass die Arbeit von Freud der Pflege bekannt ist und dort angewendet wird.

3.2 Theorie der Trauer nach John Bowlby – Bindungstheorie

John Bowlby hat sehr viel zur Forschung über Bindung, Trennung, Verlust, menschliche Erziehung und Trauer geschrieben. Mit seinen Untersuchungen hat er versucht, die biologische Grundlage für das Trauerverhalten zu erforschen.

Wenn Trauer die Reaktion auf einen Verlust ist, muss nach Bowlby (1982) eine bestehende Bindung da gewesen sein. Sein Werk über die Bindungstheorie und über das Erleben und die Dynamiken der Trauer aufgrund eines Verlustes haben unmittelbar mit der Bindung im Kindesalter zu tun. Eine der Fragen, die er zu beantworten versuchte, war, welche Auswirkungen es nach sich zieht, wenn Kinder von ihren Müttern getrennt werden, wenn schon eine emotionale Beziehung da ist. (vgl. Bowlby 1982, 22) Zur Entwicklung seiner Theorie hat der britische Psychiater Daten und Informationen aus mehreren Gebieten wie der Neurophysiologie, der kognitiven Psychologie, Ethnologie, Kybernetik, Biologie und nicht zuletzt aus der Entwicklungsbiologie herangezogen. Er konnte nachweisen, dass Bindung auch dann entsteht, wenn nicht bestimmte biologische Triebe zu befriedigen sind (z. B. Nahrungstrieb, Fürsorge), das heißt auch wenn sie nicht durch diese Primärbedürfnisse gestillt werden müssen.

Es gibt biologische Gründe dafür, warum nach einer Trennung instinktiv mit einem aggressiven Verhalten zu rechnen ist. Die Trennung eines kleinen Kindes von seiner Mutter kann sehr negativ für das Kind und die weitere Entwicklung seiner Persönlichkeit sein. Der Grund dafür ist, dass durch die Trennung von der Bindungsfigur, wenn schon eine emotionale Beziehung existierte, ein intensives libidinöses Verlangen und ein intensiver Hass erwecken werden können. (vgl. Bowlby 1982, 23)

Anna Freud und Dorothy Burlingham haben während des Krieges viele Berichte über die

Zeit in Hampstead Nurseries² geschrieben, z. B. von der Feindseligkeit gegen die am meisten geliebten Personen nach einer Trennung. Die Beobachtungen haben gezeigt, dass solche Erfahrungen, die entweder einzeln oder vermehrt auftreten, ein Gefühl der Ungeliebtheit, des Verlassenseins und/oder des Ausgestoßenseins hervorrufen können. (vgl. Bowlby 1982)

Die Studie von Christoph Heinicke (1956) zeigt, dass bei der Trennung des Kindes von seiner Mutter sowohl ein libidinöses Bedürfnis als auch Hass erzeugt wurde. Dabei wurden zwei Gruppen von Kindern im Alter von fünfzehn und dreißig Monaten getestet. Die Kinder einer Gruppe lebten in einem Kinderheim, die anderen in einer Kindertagesstätte. Der Forscher kam zu dem Ergebnis, dass bei der „Wiedergewinnung“ der verlorenen Bindungsfigur die Kinder, die im Kinderheim lebten, ihre Wünsche mit viel Geschrei, Wut und heftigem Wortausdruck zum Ausdruck gebracht haben, im Gegensatz zu den Kindern, die in der Kindertagesstätte lebten.

Die Ergebnisse dieser Studie, die Bowlby unter anderem erwähnt, stimmen mit seinen eigenen Erkenntnissen überein, dass eine der wichtigsten Auswirkungen der Mutter-Kind-Trennung eine starke Intensivierung des Ambivalenzkonfliktes ist. Je nachdem, welche Beziehung das Kind zu seiner Bindungsfigur hat, kann dieser Ablauf in drei Phasen gegliedert werden: (Bowlby 1982, 67)

- Phase der Auflehnung
- Phase der Verzweiflung
- Phase der Loslösung

So wie bei Freud, ist auch bei Bowlby eine Ähnlichkeit der Trauersymptome und Reaktionen mit der Pflegediagnose *Trauern komplizierter Verlauf* zu sehen, wie folgt:

- Bowlby: Gefühle wie Hass, Wut und Hoffnung
- POP: Wut, Zorn, Hass.

Das zeigt, so wie bei Freud, dass die Arbeit von Bowlby und seine Bindungstheorie der Pflege bekannt sind und dass in der Pflege fundierte Arbeiten von bekannten Psychologen angewendet worden sind.

Im Weiteren wird über einen großer Teil der Arbeit, die Phasenmodelle des Trauerns und im Trauerprozess, geschrieben. Damit soll eine Grundlage zur Beantwortung der Fragestellungen der Arbeit geschaffen werden. Was muss die Pflege über Trauermodelle und Traueraufgaben wissen? Am Beginn des Abschnitts werden die Sterbephasen von Kübler-Ross (1969) behandelt, daran anschließend werden sechs weitere Phasenmodelle der Trauer vorgestellt.

² Institution für Kriegskinder- und waisen, gegründet 1938 in London

4 Phasenmodelle des Trauerns, Phasenlehren der Trauer und deren Entstehung

Die Schwierigkeiten der Trauerreaktionen bei Menschen, die sich im Trauerprozess befinden, hatten dazu geführt, dass aus den empirischen Erkenntnissen verschiedene theoretische Modelle, die psychologisch und medizinisch geprägt sind, entwickelt wurden. (vgl. Paul & Müller 2007)

Die schweizerische US-amerikanische Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross beschrieb erstmals 1969 anhand von Interviews mit Sterbenden, die sie betreut hat, die fünf Phasen des Sterbens. Später wurde ihr traditionelles Phasenmodell in der Trauerbegleitung angewendet. Ein Jahr später stellten John Bowlby und Collin Murray Parkes (1970) ein Vierphasenmodell vor (1983 Bowlbys endgültiges Phasenmodell der Trauer), das auch von Verena Kast 1982 verarbeitet wurde, das den Sterbephasen von Kübler-Ross sehr ähnlich ist. 1972 hatte Yorick Spiegel ein psychoanalytisch orientiertes Trauermodell präsentiert, das ebenfalls vier Phasen hat. 1991 und 1996 entwickelte Worden ein Phasenmodell der Trauer, wo eine fünfte Aufgabe der Trauer präsentiert worden ist.

Die Natur der Trauer und die Trauerphasen sind so vielseitig, dass der Versuch den Trauerprozess der Trauer in Phasen zu unterscheiden, als ein Weg zu einer Differenzierung dieses komplizierten Phänomens gesehen wird. (vgl. Spiegel 1989, 57)

4.1 Was sind Trauermodelle und was sie für die Pflege bedeuten

Pflegepersonen sind mit trauernden Patienten und Angehörigen konfrontiert und sollen auch damit umgehen können. Um die Worte von Adelheid van Minnen-Buser wiederzugeben: „Doch sie [Pflegerinnen] können durch Kenntnisse über Bewältigungsstrategien, über die verschiedenen Trauerphasen und in Gesprächsführung die Reaktionen der Angehörigen besser verstehen und sie dadurch gezielter unterstützen und begleiten.“ (Minnen-Buser van 2000, 10) Die Reaktion und das Verhalten des Angehörigen wird oft gewertet und verurteilt, ohne zu fragen, wieso sie so reagieren. Das kann zu Problemen führen bis hin zum Vermeiden des Patientenzimmers, was für die Patienten als sehr unangenehm empfunden wird. Dadurch bekommen Patienten oder trauernde Angehörige den Eindruck, dass die Pflegenden unprofessionell handeln. Es ist daher von Vorteil, wenn die Pflegenden die Reaktionen und Phasen der Trauer von Patienten und Angehörigen verstehen. (vgl. Minnen-Buser van 2000)

Um Trauermodelle und Trauerphasen verstehen zu können, ist es von Bedeutung, die Definition des Trauerprozesses zu kennen, „(engl.) *grieving*; Modell zur Darstellung und Erklärung des Verlaufs von Trauer; der Prozess des Trauerns (sog. Trauerarbeit) verläuft (individuell unterschiedlich ausgeprägt) in Phasen, die nicht unbedingt nacheinander (linear) stattfinden, sondern sich abwechseln und durchdringen können.“ (Pschyrembel 2007, 747)

Weiters werden hier die allgemeinen Kennzeichen des Trauerprozesses in drei Phasen gegliedert:

1. Phase: Schock mit ausgeprägter Gefühlsreaktionen
 2. Phase: Rückzug (Regression)
 3. Phase: Anpassung an die Realität (Adaptation)
- (Pschyrembel 2007, 747)

Diese Phasen werden später noch ausführlich beschrieben.

Die Trauer wurde in den letzten dreißig Jahren wissenschaftlich erforscht, da es so wenig

traditionelles Wissen über Trauer gibt. Doch dreißig Jahre Trauerforschung hat noch nicht endgültig die Tiefe der Trauer erforscht. Das mehrstufige Phasenmodell der Trauer wurde entwickelt, um zu erfahren, was Trauer für psychische Störungen auslösen kann. (vgl. Paul 2000, 13)

4.2 Elisabeth Kübler-Ross' Sterbephasen

Das Modell der Phasenlehre von Kübler-Ross hat bis heute eine große Resonanz gefunden. (vgl. Kübler-Ross 1973 zit. n. Wittowski 2004, 2f)

Die Sterbephasen nach Kübler-Ross (1969) sind:

- Nicht-wahrhaben-Wollen
- Zorn
- Verhandeln
- Depression
- Zustimmung

1. Die erste Phase – Nicht-wahrhaben-Wollen

Es ist die „Nein, nicht ich“-Stufe (Kübler-Ross 2000, 36), die Phase des Leugnens.

Bei den über 200 befragten Patienten hat Kübler-Ross festgestellt, dass fast alle, die mit der Erkenntnis ihrer bösartigen Erkrankung konfrontiert worden sind, mit Unglauben reagiert haben. Patienten reagieren mit derartigen schmerzlichen **Nicht-wahrhaben-Wollen**. Gerade das **Nicht-wahrhaben-Wollen** schiebt sich wie ein Puffer zwischen den Kranken und sein Entsetzen über seine Diagnose. Dem Patienten gegenüber offen und ehrlich zu sein, als Pflege und Ärzteteam liegt ihr sehr nahe. (vgl. Kübler-Ross 2000, 48, 63)

2. Die zweite Phase – Zorn

Auf das Nicht-wahrhaben-Wollen folgen vorwiegend Zorn, Groll, Wut und Neid. Die Frage, die diese Phase kennzeichnet, ist: „Warum denn gerade ich?“ (Kübler-Ross 2000, 76), die „Warum ich“-Stufe. (Kübler-Ross 2000, 49) Gerade jetzt haben es das Krankenhauspersonal und auch die Familie des Kranken nicht leicht, denn der Zorn des Patienten „ergießt“ sich in alle Richtungen.

3. Die dritte Phase – Verhandeln

Diese Phase ist nur „flüchtig“ und wenig bekannt, aber von sehr großer Bedeutung für den Patienten. Die Kranken versuchen, ihr Sterben durch einen Handel zu verschieben, eine freundliche Bitte zu Gott haben. Es ist die Rede von Wünschen nach längerer Lebensspanne oder schmerzfreien Tagen. Als Gegenleistung für ihre Wünsche versprechen die Patienten, sich brav zu verhalten und keine Ansprüche mehr zu stellen.

4. Die vierte Phase – Depression

Der Patient kann seine Krankheit nicht mehr leugnen, und anstelle der Erstarrung, des Zorns oder der Wut tritt bald ein Gefühl des grauenhaften Verlustes ein. Der Todkranke muss sich mit dem unendlich großen Schmerz auseinandersetzen, auf die Vorbereitung für seinen endgültigen und irreversiblen Abschied von der Welt. Diese Erkenntnis löst zwei Arten von Depressionen aus: erst eine reaktive und dann eine vorbereitende Depression. Die Untersuchungen von Kübler-Ross zeigen, dass die Depression der Patienten sich bessert, wenn solche essenzielle Fragen, wie finanzielle Sorgen, Schulbahn der Kinder, Begräbnis, erledigt werden. Die Patienten brauchen in dieser Phase kaum noch Worte, jedoch aber die empathische Anteilnahme derjenigen, der bei ihm sind; sei es von Pflegepersonal oder Angehörigen. Die Forscherin betitelt diese Phase der Depression als

notwendig und heilsam, damit der Patient in Frieden sterben kann. (vgl. Kübler-Ross 2001, 127)

5. Die fünfte Phase – Zustimmung

Todkranke werden ruhiger und nehmen ihren Tod gelassener an. Sie sind müde, die Stunden des Schlafens werden ausgedehnt wie bei den Neugeborenen, nur mit umgekehrtem Sinn. Sterbende in dieser Phase werden nicht als glücklich beschrieben, aber sie sind frei von Gefühlen. Einige Jahre später schrieb die Sterbeforscherin in „Was können wir noch tun?“, als sie gefragt wurde, ob die Menschen, die eine getreuliche Beziehung zu Gott haben, den Tod leichter ertragen, Folgendes: „Wahrhaft gläubige Menschen mit einer tiefen und beständigen Beziehung zu Gott haben es viel leichter, dem Tod gelassen entgegen zugehen. Da sie aber kaum unsere Hilfe brauchen, sind wir ihnen nur selten begegnet.“ (Kübler-Ross 2003, 192) In dieser Zeit brauchen die Angehörigen mehr Unterstützung und Verständnis als die Sterbenden. Ihm genügt es, wenn jemand schweigend bei ihm sitzt. Sie ist überzeugt, dass auf jeden Fall die Anwesenheit des Pflorgeteams dem Kranken sagt, dass sie ihm bis zum Ende zur Verfügung stehen werden.

Das Sterbephasenmodell von Kübler-Ross basiert auf Untersuchungen und Gesprächen und Interviews mit Sterbenden und unheilbar kranken Menschen im Krankenhaus. In der Auswertung wurden die Arten vom plötzlichen Tod oder schnell verlaufenden Krankheiten, Unfällen, Suiziden etc. nicht berücksichtigt. Trotzdem bietet die Funktion des Phasenmodells des Sterbens ein nachvollziehbares Schema oder Verteidigungsmechanismen im psychiatrischen Verständnis, die dem Menschen zu Bewältigung einer extrem schwierigen Situation verhelfen soll.

Das Phasenmodell der Trauer leitet sich aus den Sterbephasen von Kübler-Ross aus. Da die Sterbephasen eine große Resonanz in der ganzen Welt haben, beziehen sich viele Autoren und Sterbeforscher auf ihr Modell, indem sie die Phasenmodelle der Trauer entwickelt haben.

4.3 Phasenmodelle der Trauer und des Trauerprozesses

In Analogie zu den Sterbephasen von Elisabeth Kübler-Ross wurden auch verschiedene Phasenmodelle der Trauer entwickelt. Um zu einem besseren Verständnis und Akzeptanz zu kommen, ist es wichtig zu wissen, was in den einzelnen Trauerphasen mit dem trauernden Mensch geschieht.

4.3.1 Phasenmodell der Trauer nach John Bowlby

In einem früheren Aufsatz von Bowlby (1961, 317f) wurde der Trauerprozess in drei Hauptphasen unterteilt. Zu einem späteren Zeitpunkt (1982, 106f) wurde dem Psychoanalytiker bewusst, dass er eine kurze erste Phase nicht berücksichtigt hatte. Das aktuelle Vierphasenmodell, das unten angeführt worden ist, entspricht der späteren Überzeugung des Autors. Er beruft sich in seinem Trauermodell auf eine Anzahl von Quellen und Berichten von Lindemann (1944) und einer unveröffentlichten Untersuchung von Bowlby und Parkes (1969; 1971). Es war eine Studie mit einer Stichprobe von 22 Witwen, die im Alter zwischen 26 und 65 Jahren waren. Sie wurden in Zeitabständen von circa drei Monaten auf den Verlust des Ehemannes mittels klinischer Interviews befragt. Insgesamt wurden pro Person fünf Interviews geführt (nach einem Monat, nach drei, sechs, neun und zwölf Monaten).

Die Phasen der Trauer und des Trauerprozesses, laut der Ergebnissen der Untersuchung, nach John Bowlby (1982) sind:

- Phase der Betäubung
- Phase der Sehnsucht und der Suche nach der verlorenen Bindefigur
- Phase der Desorganisation und Verzweiflung
- Phase der (mehr oder weniger) erfolgreichen Reorganisation

1. Die Phase der Betäubung

Diese Phase stellt die unmittelbare Reaktion eines Menschen auf die Nachricht vom Tod eines für sie nahestehenden Menschen dar. Sie dauert gewöhnlich zwischen einigen Stunden bis zu einer Woche und ist von äußerst starken Schmerzen und Wutausbrüchen gekennzeichnet. Die erste Phase wurde von Witwe zu Witwe unterschiedlich erlebt und veränderte sich von Zeit zu Zeit. Gefühle wie Wut, Betäubung, Unfähigkeit, die Nachricht zu akzeptieren, die Angst, verrückt zu werden, sind nur einige von den Beschreibungen der Witwen.

2. Die Phase der Sehnsucht und der Suche nach der verlorenen Bindefigur

Die Phase der Sehnsucht tritt nach einer oder zwei Wochen nach dem Verlust auf, wo der Angehörige langsam beginnt, auch wenn nur episodisch, die Realität des Verlustes zu verwirklichen und zu realisieren. Das geschieht nicht ohne Anfälle von großen Schmerzen, Weinkrämpfen und die Beschäftigung mit den Gedanken an die verlorene Person. Man kann hier eine auffällige Tendenz beobachten, wie verschiedene Geräusche oder Signale, die die Hinterbliebenen wahrnehmen, die als Andeutungen zu interpretieren sind, dass die verlorene Person zurückgekehrt sei. Man glaubt, wenn man die Türriegel hört, dass der Ehemann nach Hause gekommen ist, wie immer, ihn auf der Straße zu sehen oder mit einer anderen Person zu verwechseln. Diese Reaktionen wurden bei den meisten interviewten Witwen festgestellt, die als ein normales Merkmal der Trauer gelten und in keiner Weise anormal sind. Weitere Merkmale des Trauerns sind nach dem britischen Psychoanalytiker Bowlby das Suchen und Wiedergewinnen der verlorenen geliebten Person, Weinen, Wut und Selbstvorwürfe. An dieser Stelle greift er auf die Bindungstheorie zurück, nach der das Kind mit Weinen und Schreien die abwesende Mutter heran zurufen versucht. Bei den Kindern geschieht das unbewusst, bei den Trauernden bewusst. In der Studie von Parkes (1969; 1971) war Wut bei 18 von den 22 untersuchten Witwen, auch wenn es bei manchen nur episodisch war, deutlich erkennbar, und bei sieben Interviewten war Wut zur Zeit des ersten Interviews sehr präsent und ausgeprägt. (vgl. Bowlby 1982, 108ff)

3. Phase der Desorganisation und Verzweiflung und 4. Phase der Reorganisation

Damit die Trauer einen günstigen Ausgang nehmen kann, ist es notwendig, dass der trauernde Mensch diese emotionalen „Schläge“ zu ertragen versucht. Dadurch wird er stärker und kann, nach all der Wut, Zorn, Gram und Suchen nach der verlorenen Figur, das endlose Fragen und Examinieren, wie der Verlust geschah, soweit gelangen, es zu registrieren und zu akzeptieren, dass der Verlust endgültig ist und dass er sein Leben neu einrichten muss. Es ist wichtig, dass das alte Muster des Denkens, Fühlens und Handelns abzulegen ist. Bevor andere Muster sich neu bilden können, kann es leicht sein, dass der Trauernde mitunter von Verzweiflung geprägt wird und in Depression und Apathie endet. Üblicherweise findet eine Art Phasenwechsel statt, in einer Phase beginnt der Trauernde über Wege nachzudenken, wie er die Situation bewältigen könnte. Es wird eine Bewältigungsstrategie von dem Trauernden selbst entwickelt, mit der er eine Neudefinition auf zwei Ebenen erlebt: Die erste Ebene ist die Neudefinition seiner Selbst und die zweite ist die Neudefinition der Situation.

Aus den Untersuchungen von Bowlby und Parkes (1969; 1971) und die von Maddison und Walker (1967), die genderspezifisch auf Frauen ausgerichtet sind, geht hervor, dass eine

Witwe am Ende des ersten Jahres umso stärker beeinträchtigt ist, je jünger sie ist, zum Zeitpunkt als, sie Witwe wurde. (vgl. Bowlby 1982, 113f)

4.3.2 Trauermodell nach Volkan und Zintl

Die Autoren haben in ihrem Phasenmodell der Trauer nur zwei Phasen entwickelt, jedoch umfasst jede der zwei Phasen viele Unterpunkte und Unterteilungen.

1. Phase – Krisentrauer
2. Phase – Akzeptieren des Todes

1. Die erste Phase – Die Krisentrauer beginnt unmittelbar nach dem Verlust, ist „die Stunde aus Blei“. (Volkan & Zintl 2000, 16) Bei einem Verlust werden automatisch und unbewusst die primitiven Instinkte eines Menschen aktiviert, wie einst bei der Trennung von der Bindungsfigur. In den ersten Minuten wird der Trauernde in die Panik der Krisentrauer katapultiert, in der Hinterbliebene von der ersten Reaktion des Leugnens des Verlustes bis zu der Angst alle Phasen erlebt.

Die Autoren unterteilen die Phase der Krisentrauer wie folgt:

- **Leugnen** – saugt den Schock auf und hilft dem Menschen, die Wahrheit und die reale Dimension des Verlustes aufzunehmen
- **Spalten** – eine Abwandlung des Leugnens
- **Feilschen** – Handel zur Umdrehung des Schicksals
- **Angst** – wird durch die Gefühle der Machtlosigkeit ausgelöst
- **Wut** – als ein gesundes Zeichen in dieser Situation
- **Träume in der Krisentrauer** – bringen Gedanken ans Licht, die wir im Realleben als inakzeptabel betrachten.

2. Die zweite Phase – Die Trauerarbeit

Die Trauerarbeit ist gekennzeichnet von:

- **Bewertung der Beziehung und Loslassen** – zwingt den Trauernden, eine neue Beziehung auszuhandeln
- **Psychische Doubles** – der Mensch gibt seine emotionalen Bindungen nie freiwillig auf, von allen Menschen und Dingen, die unsere Welt „bevölkern“, psychische Doubles mit uns zu tragen. Zur Erklärung des Wortes „Psychische Doubles“: ein Begriff, der von Volkan und Zintl für dieses Buch *Wege der Trauer* geprägt wurde. In der Psychoanalyse ist das Denkmodell als mentale Repräsentation bekannt.
- **Durchgehen und Rekapitulieren: Taxieren der Beziehung** – Durchgehen aller Ereignisse und hundert von Elementen, die die Beziehung ausmachten.
- **Was die Trauer von uns verlangt** – gesunde Trennungen sind normal und notwendig und bauen nach und nach auf.
- **Äußere Zeichen der Auseinandersetzung** – psychologische Kämpfe werden oft auf Objekte projiziert, die dem Verstorbenen gehört haben und an ihn erinnern.
- **Träume während der Trauerarbeit** – enthalten in der Regel Elemente von der gerade ablaufenden Trauerarbeit (Phase).
- **Ende der Trauer** – Jemand, der uns wichtig war, können wir nie loslassen. Wenn die Trauer abgeschlossen ist, kann der Schmerz an bestimmten Anlässen wie Jahrestagen oder Meilensteinen in unserem Leben wiederkehren. Das ist die Reaktivierung des psychischen Doubles, was normal bei einer unkomplizierten Trauer ist. Sie verblasst und verschwindet mit den Jahren. (Volkan & Zintl 2000, 25ff, 42f)

4.3.3 Phasenmodell der Trauer nach Therese Rando (2003)

Die Phasen der Trauer nach Therese Rando sind:

- Phase der Vermeidung
- Phase der Konfrontation
- Phase der Anpassung

1. Phase der Vermeidung

Das Hauptmerkmal dieser Phase ist, dass der Hinterbliebene das starke Bedürfnis hat, die schreckliche Erkenntnis zu vermeiden. Die Negation hat sogar eine therapeutische Wirksamkeit, sie ist wie ein „emotionales Anästhetikum“. (Rando 2003,185)

2. Phase der Konfrontation

Das ist die schmerzhafteste Phase, in der sich der Trauernde der Realität des Verlustes stellt und das wahre Ausmaß und die Bedeutung des Verlustes begreift. Der Trauernde wird in einen Alarmzustand mit einem intensiven Erregungsniveau, Ungläubigkeit, Negation, Depression, Desorganisation und Verzweiflung geschleudert.

3. Phase der Anpassung

In dieser Phase reduzieren sich die Reaktionen der Negation, Desorganisation und depressiven Momente und setzt ein Prozess der Rückkehr ins Alltagslebens des Trauernden ohne den Verstorbenen ein. (vgl. Rando 2003)

Die sechs R-Prozesse der Trauer (Rando 1993)

Die sogenannten R-Prozesse entsprechen dem Durchlaufen der drei Phasen. Um den Verlust in einer gesunden Weise verarbeiten zu können, muss der Trauernde die R-Prozesse mit Erfolg abschließen. Die R-Prozesse sind:

Den Verlust erkennen („Recognize the Loss“)

- Anerkennung des Todes
- Akzeptieren der Realität des Todes
- Emotionales Akzeptieren des Todes
- Spezifische Gründe für den speziellen Tod finden

Auf die Trennung reagieren („React to the Separation“)

- Das Erleben des Schmerzes
- Das Spüren, Identifizieren, Akzeptieren und Ausdrücken aller psychischen Reaktionen auf den Verlust
- Das Identifizieren und Betrauern sekundärer Verluste

Rückbesinnung auf den Verstorbenen und Nachempfinden der Beziehung („Recollect and Reexperience the Deceased and the Relationship“)

- Rückblick und realistische Erinnerung an die verstorbene Person (negative Aspekte inbegriffen)
- Beleben und Nachempfinden aller Gefühle, die mit der verlorenen Person verbunden sind

Die alten Bindungen an den Verstorbenen und an die alte angenommene Welt preisgeben („Relinquish the Old Attachments to the Deceased and the Old Assumptive Word“)

- Loslassen erweckt auch sekundäre Verluste, die den Trauernden allein und ängstlich in eine Welt ohne den Geliebten lässt.

Sich neu ordnen, um sich anpassungsfähig in die neue Welt zu begeben, ohne die alte zu vergessen („Readjust To Move Adaptively into the New World Without Forgetting the Old“)

Die Anpassung muss sich auf vier Ebenen ereignen:

- Die alte Welt muss revidiert werden, notwendige Veränderungen vornehmen, um die kognitive Dissonanz zu reduzieren
- Eine neue Beziehung zum Verstorbenen entwickeln
- Neue Daseinsstrategien entwickeln, neue Rollen einnehmen
- Eigenes Selbstbild entsprechend der veränderten Realität entwickeln; eine persönliche Neuorientierung ist obligat. Das alte und neue Selbst müssen integriert werden.

Neu investieren („Reinvest“)

- Die Neuinvestition muss nicht unbedingt in eine neue Person mit der gleichen Rolle erfolgen, es kann eine Sache oder auch etwas anderes sein. (vgl. Rando 2003, 187 zit. n: Rando 1993)

4.3.4 Das Phasenmodell der Trauer nach Verena Kast

„Vielleicht ist Trauer die Emotion, die im Leben des erschütterten Menschen eine neue Ordnung, ein neues Selbst- und Welterleben schaffen kann.“ (Kast 1982, 20)

Die Psychotherapeutin hat zu diesem Thema zehn Jahre lang Traummaterial gesammelt und erforscht, wie der Mensch mit Trauer umgeht und welchen Einfluss sie auf ihn hat. (vgl. Kast 1982, 7)

Ausgehend von den Erfahrungen von Lindemann (1944), Bolby (1980) und Parkes (1970) hat Kast ein Vierphasenmodell der Trauer (1982) entwickelt.

- Die Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens
- Die Phase der aufbrechenden Emotionen
- Die Phase des Suchens und Sich-Trennens
- Die Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs

1. Die Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens

Diese Phase kann von einige Stunden bis Wochen dauern. Der Trauernde erlebt ein starker Gefühlsschock, obwohl er eine bestimmte Empfindungslosigkeit und Unglaube erfährt.

2. Die Phase der aufbrechenden Emotionen

Gefühle wie Wut, Zorn, Reaktionen der Angst, der Ohnmacht und die aufbrechenden Schuldgefühle gehören in diese Phase, so wie bei viele anderen Autoren auch. Ein Ausbruch von Emotionen ist für die Helfer erwünscht. Mit dieser Aussage wird die zweite Frage der Arbeit Bezug genommen: „Worum geht es bei der Trauer?“ In diesem Fall geht es darum, dass dem Helfer bewusst wird, dass aufbrechende Gefühle erwünscht und normal sind, genau wie in anderen Phasen auch.

3. Die Phase des Suchens und Sich-Trennens

Das Suchen wird nicht als Verdrängung verstanden, sondern als ein Versuch, die Erinnerungen an den Verstorbenen, die Vergangenheit in das neue Leben zu integrieren. Das Suchen ist bei vielen Trauernden sehr real und geschieht unwillkürlich und hat mit Örtlichkeiten, die der Verstorbene geliebt hat, und mit seinem Lebensstil zu tun. (vgl. Kast 1982, 67f) Die Helfer sollten Trauernde nicht drängen, sondern ihnen genug Zeit lassen, um zu suchen und zu akzeptieren.

4. Die Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs

Jetzt entwickelt der Trauernde eine Art inneren Begleiter, der sehr präsent ist, so wie einst bei den Autoren Volkan und Zintl (2000) „psychische doubles“. Damit ist ein Teil der Trauerarbeit abgeschlossen. Rückfälle in eine andere Phase sind möglich, man muss aber trotzdem nicht den ganzen Trauerprozess nochmal durchmachen. Bei jedem neuen

Verlust, scheint es, als würde man den Menschen nochmals verlieren, den man ja schon verloren hat. Kast bezieht sich, wie schon am Anfang angeführt, auf Träume von Patienten und ist überzeugt, dass manche Traumserien die wesentlichen Trauerphasen eines Trauernden eingeleitet haben. Hier ist, im Gegensatz zu den Träumen von Volkan und Zintl (2000) die Rede von klaren und verständlichen Träumen.

4.3.5 Phasenmodell des Trauerprozesses nach Yorick Spiegel

Yorick Spiegel hat 1989 ein Modell vorgestellt, dass vier Phasen der Trauer enthält, wie:

- Die Schockphase
- Die kontrollierte Phase
- Die Phase der Regression
- Die Phase der Adaption

1. Die Schockphase

Auch wenn der psychische Zusammenbruch des Betroffenen nicht unbedingt in einer sichtbaren Form zustande kommt, kann sich ein Gefühlsausbruch mit Tränen zeigen, der mit Selbstbeschuldigungen verbunden ist. Die erste Phase ist sehr wichtig für das Auslösen und die Aufnahme des Trauerprozesses.

2. Die kontrollierte Phase

Während der zweiten Phase wird eine doppelte Form der Kontrolle ausgeübt. Zum einen die Kontrolle, die der Trauernde sich selbst gegenüber ausübt, indem er versucht, seine Gefühle und Affekte zu beherrschen, und zum zweiten die korrespondierte Kontrolle, wie sie Familienangehörige, Freunde, Nachbarn, die „transition technicians“ (Spiegel 1989, 63), fördern. Der Anteil der gesellschaftlichen Aktivität durch die Familie und Freunde ist in dieser Phase sehr hoch, auch weil der Trauernde kaum in der Lage ist, Entscheidungen selbst zu treffen. In diesem Zeitraum sind Phänomene der Derealisation und Depersonalisation präsent, wo der Trauernde in einer unwirklichen Welt lebt und Abstand von allem nimmt. Der Trauernde sieht sich als entfernter Beobachter in seinem Leben. Das Ende der kontrollierten Phase ist angezeigt durch die Abreise der Verwandten und Freunde.

3. Die Phase der Regression

Der Trauernde weint und klagt, dass alles verloren ist, und wünscht sich von der Umklammerung des Toten zu befreien, um zu einer Reorganisation des eigenen Ichs zu kommen. Es bleibt in dieser Phase offen, in welchen Bereich der Trauernde zuzuordnen ist: zu den Lebenden oder zu den Gestorbenen. In diesem aufgelösten Zustand versucht der Trauernde, sich an die neuen Umstände und die daraus resultierenden Folgen zu gewöhnen. Dadurch wird letztendlich die adaptive Phase eingeleitet.

4. Die Phase der Adaption

Es gibt weder einen normalen Trauerverlauf noch eine adäquate Readaption. Die Trauerbewältigung läuft in dieser Phase nicht kontinuierlich ab. Mögliche Rückschritte in vorherige Phasen des Trauerprozesses sind nicht auszuschließen. (vgl. Spiegel 1989, 63f, 73ff)

4.3.6 Dreiphasiges zirkuläres Modell des Trauerns nach Corr & Nabe & Corr (1997)

Joachim Wittkowski präsentiert in der Pflegezeitschrift *Modell der Trauer/Pflege* ein

dreiphasiges zirkuläres Modell des Trauerns nach Corr; Nabe; Corr 1997.(Wittkowski 2004, 4)

Das Modell des Trauerns nach Corr beinhaltet folgende Phasen:

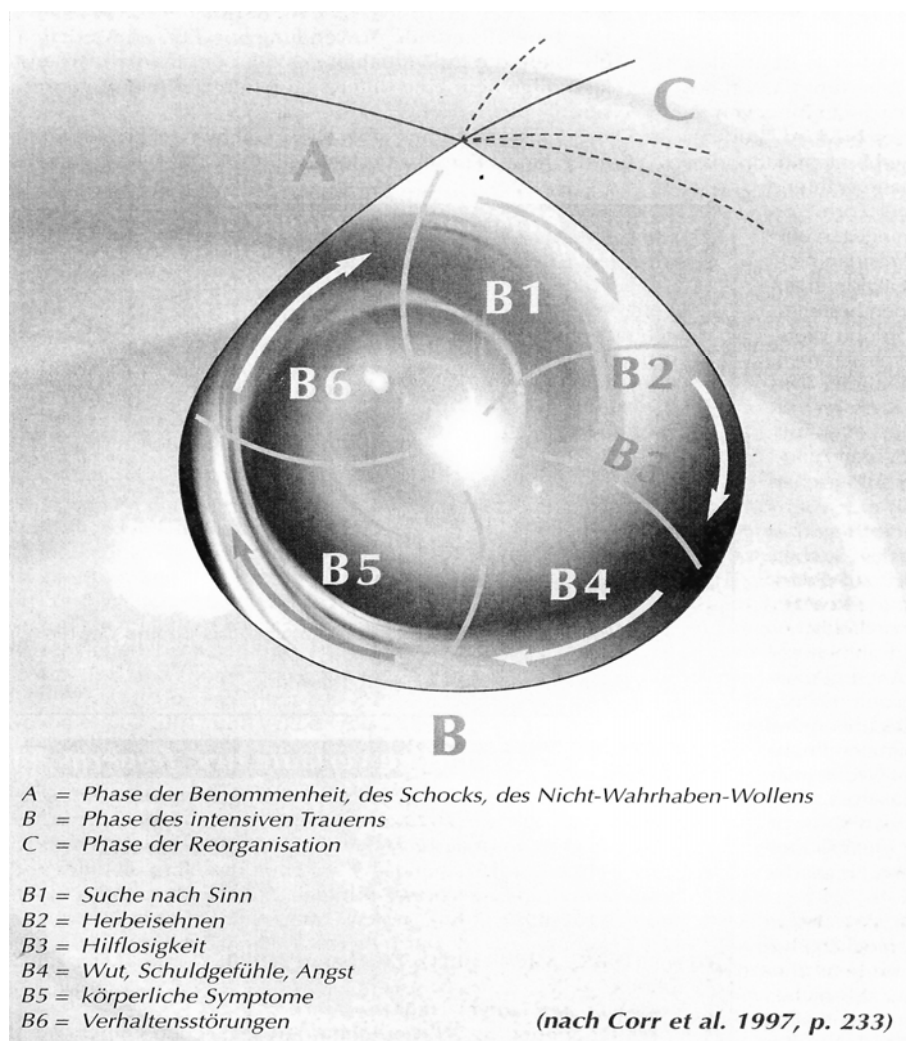
A – Phase der Benommenheit, des Schocks, des Nicht-wahrhaben-Wollens

B – Phase des intensiven Trauerns: Suche nach Sinn, Herbeisehnen, Hilflosigkeit, Wut, Schuldgefühle, Angst, körperliche Symptome, Verhaltensstörungen

C – Phase der Reorganisation

Es ist wie in der Abbildung 3 zu erkennen, dass die zweite Phase des intensiven Trauerns, die die Form einer Träne hat. Die Phase der Trauer verlaufen nicht linear, einfach durch und erledigt, sondern ein anhaltendes Wiederkehren von Gedanken und Gefühlen ist, dies steht im Gegensatz zu den traditionellen linearen Phasenlehren.

Abb. 3: Dreiphasiges zirkuläres Modell des Trauerns nach Corr & Nabe & Corr (1997)



Quelle: Corr & Nabe & Corr 1997, 233, zit. n. Wittkowski 2004, 4

4.4 Überblick der erfassten Phasenmodelle der Trauer und des Trauerprozesses

In Abbildung 4 werden die Trauermodelle und ihre Phasen, oben angeführten Autoren für einen besseren Überblick zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden zusammengefasst.

Abb. 4: Überblick der erfassten Trauermodelle

Trauerphasen/ Autoren	1. Phase	2. Phase	3. Phase	4. Phase	5. Phase
Kübler-Ross Sterbephase (1969)	Phase des Nicht- wahrhaben- Wollens	Zorn	Verhandeln	Depression	Zustimmung
Bowlby (1983)	Phase der Betäubung	Phase der Sehnsucht und der Suche nach der verlorenen Bindefigur	Phase der Desorgani- sation und Verzweiflung	Phase der erfolgreichen Reorganisation	
Volkan/Zintl (2000)	Phase der Krisentrauer: Leugnen Spalten Feilschen Angst Wut Träume	Trauerarbeit: Bewertung der Beziehung und Loslassen, Psychische Doubles, Rekapitulieren, Zeichen der Auseinander- setzung, Träume			
Rando (1993)	Phase der Vermeidung	Phase der Konfrontation	Phase der Anpassung		+ 6 R-Prozesse
Spiegel (1972)	Schockphase	Kontrollierte Phase	Phase der Regression	Phase der Adaptation	
Kast (1982)	Phase des Nicht- wahrhaben- Wollens	Phase der aufbrechenden Emotionen	Phase des Suchens und Sich-Trennens		
Corr; Nabe; Corr (1997)	Phase der Benommenheit, des Schocks, des Nicht-wahrhaben- Wollens	Phase des intensiven Trauerns	Phase der Reorganisation		

Quelle: eigene Darstellung

Allen Phasenmodellen gemeinsam ist die Linearität, es gibt nur ein Vorwärtsgen. Doch im Trauerprozess gibt es auch immer ein Vor und Zurück, ein Zurückfallen in überwinden geglaubten Schmerz oder Phase. Es gibt nur ein Durchgehen-Müssen. Auch neue Verluste – verschiedener Natur – lassen Trauer über zurückliegende Verluste wieder aufkommen. (vgl. Boschert & Kotz 2002, 279ff) Die Trauerphasen beinhalten eine bestimmte Passivität dadurch, dass der Trauernde die Phasen durchstehen muss. Die Traueraufgaben besagen dagegen, dass der Trauernde aktiv werden muss, etwas tun kann im Trauerprozess. Das stimmt mit Freuds Konzept der Trauerarbeit überein. Die Trauer stellt Aufgaben, die von den Trauernden gemeistert werden müssen. So können sie etwas gegen das Gefühl der Hilfslosigkeit tun. (vgl. Worden 1999, 45)

Nach dem heutigen Stand der Erkenntnisse gibt es kein einheitliches Bild des Trauerprozesses, wie es in den Phasenmodellen beschrieben wird. Diese Diversität ist der wichtigste Befund in der empirischen Trauerforschung. Weil der Trauerprozess individuell ist, werden manchmal die Phasen nicht oder kaum merklich durchlaufen. Die Phasenmodelle sind somit nicht als statische Gegebenheiten anzusehen, sondern als Stütze für die Betroffenen, ihren persönlichen Trauerprozess zu durchlaufen. (vgl. Lammer 2004, 31f)

Der Münchener Theologe Michael Schibilsky stellt eine spiralförmige Entwicklung des Trauerprozesses vor. Er lehnt sich an das Phasenmodell von Spiegel (1989) an. Wie so oft im Leben, müsste man sich auch im Trauerprozess auf alle Koordinaten des Lebens bewegen: nach innen, nach außen, in die Vergangenheit und in die Zukunft. Der Theologe orientiert sich an die Typenlehre des Psychologen Fritz Rieman an, indem er die Persönlichkeitstypen im Falle eines Todes bestimmen kann. Schibilsky akzentuiert, wie wichtig es ist für die Pflege ist, die Phasenmodelle der Trauer gut zu kennen, weil die oberflächliche Kenntnis der Phasenmodelle oft genug Unheil anrichten könne. Er ist gegenüber den Phasenmodellen kritisch und möchte mit einem Erklärungsmodell entgegenwirken; das Modell soll dem Begleiter eine Orientierungshilfe anbieten. Daher präsentiert er kein Phasenmodell, sondern das Modell eines Weges mit vielen Krümmungen, ein Weg wie eine Spirale, ein Bild von Wachstum und Entwicklung. (vgl. Schibilsky 1996, 17f)

Kerstin Lammer sieht in Schibilskys Modell der Trauer eine ganz besondere Aufgabe, eine Integrationsaufgabe. Sie findet den Spiralweg besonders treffend und tröstlich, weil es deutlich zeigt, dass bei allem Hin und Her, Vor und Zurück scheinbare Rückfälle oder Wiederholungen zugleich als Entwicklung und Fortschritt zu sehen sind. (vgl. Lammer 2004, 106)

Die „Schulung“ der Phasen- und Stufenmodelle aus den 60er- und 70er-Jahren sind für die Praxis teilweise wenig hilfreich und können unter Umständen zu einer „Pathologisierung“ der trauernden Person führen. Sinnvoller dagegen ist es, die Trauernden mittels Aufgaben zu unterstützen.

Welche Bedeutung haben die Phasenmodelle für die Pflege und für die trauernden Angehörigen?

Für die Pflege sind die Phasenmodelle der Trauer wichtig, damit sie das Verhalten der Patienten, Sterbenden oder trauernden Angehörigen kennen, sie richtig einzuschätzen, ihre Reaktionen und Symptome erkennen (siehe auch Pflegediagnosen), ohne sie zu fragen, wieso sie so reagieren. Wenn die Pflegenden die Phasenmodelle der Trauer kennen, darüber Bescheid wissen, können sie auch richtig und schnell erkennen, in welcher Phase der Trauer der Trauernde sich befindet, um sie möglichst nicht zu werten oder zu verurteilen. Durch die Kenntnisse, die sie sich durch das Wissen über die Phasenmodelle angeeignet haben, können die Pflegenden über Bewältigungsstrategien und im Gespräch die Reaktionen der Angehörigen besser verstehen, und sie können die Angehörigen so besser begleiten und unterstützen.

Für die Trauernden sind die Phasenmodelle der Trauer wichtig, damit sie wissen, dass es normal ist, wenn sie z. B. wütend und zornig oder schockiert sind, wieso sie keinen Appetit mehr haben, wieso sie Schlafstörungen usw. haben. Jeder Mensch, der einen normalen Trauerprozess durchmacht, erlebt mehr oder weniger diese Phasen in der beschriebenen Reihenfolge oder verwoben. Wenn aber der Trauernde weiß oder ihm erklärt wird, dass diese Reaktionen normal sind, ihm Zeit und Raum lässt, wird er sich gut betreut und aufgehoben fühlen.

5 Traueraufgaben

Das Konzept der Traueraufgaben wurde vom amerikanischen Psychologen William Worden entwickelt und ist in den USA sehr anerkannt, weil es kostbare Hilfestellung für verschiedene Berufsgruppen im Gesundheitswesen und Sozialbereich beinhaltet (vgl. Boschert & Kotz 2002, 283)

Traueraufgaben sind Lernprozesse, die den Trauernden beeinflussen und bewegen können. Das ist ein Vorgang, der nicht immer oder unbedingt abgeschlossen werden kann. Die Traueraufgaben können viel mehr helfen und sind besser einsetzbar, da der Trauernde aktiv mitwirken soll. Bei den Traueraufgaben wird nicht mehr über Phasen und Schritte gesprochen als chronologische Abläufe, die der Trauernde nacheinander zu gehen hat. Stattdessen wird Trauer von der psychologischen Seite erfasst, und es werden Absichten für den Trauerprozess formuliert. Diese Aufgaben geben dem Trauerprozess einen bestimmten Rahmen, in dem der Trauernde seinen Trauerweg gehen kann.

Interessant ist, dass nicht alle Autoren, Psychologen, Therapeuten und Sterbeforscher, die ein Phasenmodell der Trauer entwickelt haben, auch Traueraufgaben präsentieren. Es besteht jedoch ein essenzieller Unterschied zwischen den Phasenmodelle des Trauerns und den Aufgaben der Trauer. Bei den Modellen „passiert“ der Trauernde die Phasen nacheinander oder gemischt, oder kehrt immer wieder in bestimmten Phasen ein; es ist ihm dadurch bewusst, dass das Durchgehen einer Phase normal ist und alle anderen Menschen, die einen Verlust erlebt haben, dasselbe erleben. Bei den Aufgaben der Trauer muss der Trauernde aktiv mitwirken, um die Aufgaben zufriedenstellend zu bewältigen.

Von allen Autoren, die in der Arbeit genannt wurden, hat nur Yorick Spiegel sowohl ein Phasenmodell der Trauer (1972) als auch Traueraufgaben (1989) entwickelt. Alle anderen Autoren haben entweder Modelle oder Aufgaben gezeigt, wobei eine steigende Tendenz bei den Traueraufgaben beobachtet werden kann.

5.1 Traueraufgaben nach James William Worden (1999)

Nach **James William Worden** sollten Phasenmodelle der Trauer prinzipiell mit der Bezeichnung Traueraufgaben ergänzt werden.

Die Traueraufgaben sind:

- Aufgabe I: Den Verlust als Realität akzeptieren
- Aufgabe II: Den Trauerschmerz erfahren
- Aufgabe III: Sich anpassen an eine Umwelt, in der der Verstorbene fehlt
- Aufgabe IV: Emotionale Energie abziehen und in eine andere Beziehung investieren

Aufgabe I: Den Verlust als Realität akzeptieren

Wenn der Verlust nicht als Realität akzeptiert wird, ähnelt das dem Nicht-wahrhaben-Wollen von den Trauerphasen mancher Trauerforscher wie Kübler-Ross 1969 und Kast 1982. Der Verlust wird geleugnet und man bleibt damit im Trauerprozess stecken.

Aufgabe II: Den Trauerschmerz erfahren

Der Begriff *Schmerz* hat ein breites Bedeutungsspektrum und beinhaltet sowohl den physischen Schmerz als auch das emotionale Leid, das ein Verlust mit sich bringt. Dieser Schmerz, der zwei Komponenten beinhaltet, muss anerkannt und durchgearbeitet werden, damit er nicht zu einer Form von abweichendem Verhalten führt. Es gibt noch die Möglichkeit des Negierens der Aufgabe, wie der Psychologe zeigt, durch die „Flucht in die Empfindungslosigkeit.“ (Worden 1999, 22)

Man kann diese Aufgabe verkürzen: die Gefühle werden abgewürgt und die momentanen Schmerzen werden geleugnet.

Aufgabe III: Sich anpassen an eine Umwelt, in der der Verstorbene fehlt

Viele Hinterbliebene sind nicht bereit, neue Rollen zu übernehmen (z. B. wenn der Ehemann gestorben ist; wie in der Studie von Parkes 1969; 1971 zu sehen ist) oder neue Fertigkeiten und Geschicklichkeiten zu erlernen. Die dritte Aufgabe bleibt unerledigt, solange keine Anpassung an den Verlust erfolgt.

Aufgabe IV: Emotionale Energie abziehen und in eine andere Beziehung investieren

Diese Aufgabe ist für viele Menschen die schwierigste. Es besteht die Gefahr des „Nichtliebens“, wenn diese Aufgabe nicht erfüllt wird. Viele haben Angst, neue Beziehungen einzugehen, um sie auch nicht wieder verlieren zu müssen (Angst vor neuen Verlusten). Das Trauern hat ein Ende, wenn die Traueraufgaben bewältigt sind und wenn Gedanken an den Verstorbenen keinen Schmerz mehr bereiten. (vgl. Worden 1999, 22ff)

Dieses Aufgabenmodell von Worden wurde in der Zwischenzeit auch durch andere Autoren erweitert, wie z. B. das Modell von Yorick Spiegel, das im Weiteren beschrieben wird.

5.2 Traueraufgaben nach Yorick Spiegel (1989)

Weil die Trauerarbeit kein passiver Prozess ist, muss der Trauernde aktiv werden und eine Reihe von Aufgaben lösen, wie:

1. Auslösung der Trauer – seinem Schmerz und seiner Trauer freien Raum geben
2. Strukturierung – sich neu orientieren, Aufgabe der Reorientierung
3. Anmerkung der Realität – Anerkennung des eingetretenen Todes; Erreichen, Durchziehen des Realitätsprinzips
4. Entscheidung zum Leben – Durchsetzen des Lebenswillens
5. Expression unakzeptabler Gefühle und Wünsche – Lernen, mit negativen Gefühlen fertig zu werden
6. Bewertung des Verlustes – Prioritäten setzen
7. Inkorporation des Verstorbenen – den Verstorbenen in seiner vollen und realen Menschlichkeit annehmen
8. Chance der Neuorientierung (vgl. Spiegel 1989, 86ff)

Es lassen sich übrigens keine eindeutigen Aussagen darüber machen, zu welchem Zeitpunkt welche Aufgaben vom Trauernden in Angriff genommen werden sollen. Teilweise überschneiden sich die Bereiche und müssen gleichzeitig angegangen werden, aber der Trauernde kann ebenso eine ganze Zeit lang auf die Lösung nur einer bestimmten Aufgabe fixiert sein.

5.3 Traueraufgaben nach Stein Husebø (2005)

Für den norwegischen Schmerztherapeut Husebø ist Trauer „ein Schutz, der die Möglichkeit schafft, sich auf ein Leben nach dem Verlust des geliebten Menschen vorzubereiten.“ (Husebø 2005, 117)

Die wichtigsten Aufgaben der Trauer sind:

- „Begreifen, dass jemand nicht mehr da ist.
- Erlauben, sich Zeit dafür zu nehmen, den schmerzhaften Verlust zu verarbeiten.
- Sich in einer Umgebung zurechtfinden, in der jemand fehlt.

- Kräfte sammeln für neue emotionale Bindungen“ (Husebø 2005, 117)

Das Zeitschema für alle, die trauern, ist sehr individuell und verschieden. Um es mehr zu verdeutlichen, was Trauer für einen bedeutet, vergleicht der Mediziner die Trauer mit einem Erdbeben. Dieses Erdbeben führt einerseits zu einer Katastrophe für den Einzelnen oder für die ganze Familie, andererseits hat man die Möglichkeit, durch die Katastrophe das Leben anderer besser zu verstehen. Oder wie er selbst formuliert: „(...) dass der Verlust eines nahen Angehörigen entweder zur Vernichtung oder zur Reifung und Entwicklung führen wird“. (Husebø 2005, 118)

5.4 Traueraufgaben nach Kerstin Lammer (2004)

Die Seelsorgerin Kerstin Lammer hat sehr kurz und direkt auf den Punkt gebracht, was Traueraufgaben sind und bedeuten. In der unten angeführten Abbildung 6 ist das Schema des Aufgabenmodells der Trauerbegleitung dargestellt.

Die Aufgaben beinhalten die Buchstaben vom Wort TRAUER und entsprechende Aufgaben, die es zu bewältigen gibt, wie:

- Tod begreifen helfen
- Reaktionen Raum geben
- Anerkennung des Verlusts äußern
- Übergänge unterstützen
- Erinnern und Erzählen ermutigen
- Risiken und Ressourcen einschätzen. (vgl. Lammer 2004, 107)

Abb. 5: Aufgaben der Trauerbegleitung nach Kerstin Lammer (2004)

Aufgaben der Trauerbegleitung nach Kerstin Lammer	
T	od begreifen helfen (Realisation)
R	eaktionen Raum geben (Initiation)
A	nerkennung des Verlusts äußern (Validation)
U	ebergänge unterstützen (Progression)
E	rinnern und Erzählen ermutigen (Rekonstruktion)
R	isiken und Ressourcen einschätzen (Evaluation)

Quelle: Lammer 2004, 107

5.5 Aufgaben von und für die Pflegepersonen im Umgang mit Trauernden

Pflegepersonen werden unausweichlich mit der Trauer anderer Menschen konfrontiert, wie z. B. trauernde Angehörige im Falle eines Todes, Trauer nach Totgeburten, Trauer bei Diagnosestellungen, bei terminalen Krankheiten etc. Das Konzept der Pflege sieht den Menschen als Ganzes, dadurch steht die Betreuung des Patienten, die über die körperliche und medizinische Pflege hinausgeht, im Mittelpunkt. Im Pflegemodell nach

Hildegard Peplau (1952) wird die Pflege als Beziehungsarbeit verstanden, in der die Pflegepersonen Wege finden sollten, mit dieser „berufsbedingten“ eigenen Trauer umgehen zu lernen, um persönliche Belastungen zu vermeiden.

Zuerst wird bei einem Patienten, Trauernden festgestellt, dass ein Trauerprozess stattfindet. Das wird mittels Pflegediagnose Trauern, komplizierter Verlauf durchgeführt, denn Feststellen bedeutet Diagnostizieren.

Pflegediagnose Trauern, komplizierter Verlauf

„Maßnahmen

I. Ermitteln der beeinflussenden Faktoren

Ermitteln ...

- der Ressourcen
- der Art des erlittenen Verlust
- der Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen
- von sozialen, kulturellen und religiösen Werte und Normen hinsichtlich des Trauerprozesses
- des individuellen Ausdrucks der Trauer (z. B. Gefühle, Verhaltensweisen, körperliche Empfindungen, Gedanken)
- des Umgangs mit früheren Verlustereignissen, insbesondere in Hinblick auf hilfreiche Bewältigungsformen
- von bestehender Unterstützung durch das soziale Umfeld (z. B. Familie, Freunde)
- des aktuellen Kraft-/Energiezustandes
- von spirituellen bzw. religiösen Bedürfnissen
- von zusätzlichen Belastungen/Konflikten, die die Trauer verstärken können
- von Bedürfnissen der Bezugspersonen“ (POP 2009, 721f)

II. Unterstützen, mit dem Verlust angemessen umzugehen

Damit die verletzte Person besser mit dem Verlust umgehen kann, werden folgende Handlungen empfohlen:

- „Respektieren des Wunsches nach Stille, Privatsphäre und/oder Gesprächen
- Respektieren von Vermeidungsstrategien (z. B. Verleugnung, Nicht-darüber-sprechen-Wollen), sie können als Selbstschutz beispielsweise bei traumatisierten Menschen dienen
- Ermutigen, über das zu sprechen, worauf der Patient Lust hat
- Führen eines offenen Gesprächs ohne zwingende Konfrontation mit der Realität
- Unterstützen, die positiven Eigenschaften der verlorenen Person zu erinnern
- Aktiv zuhören bei Gefühlsäußerungen
- Zeigen von einfühlsamem Verständnis
- Anerkennen von bestehenden negativen Gefühlen (z. B. Zorn, Wut, Schuldgefühle)
- Akzeptieren, wenn anfängliche Wut auf das Betreuungspersonal übertragen wird
- Ermutigen, Angst und Furcht auszudrücken (vgl. PD Angst, PD Furcht)
- Anerkennen und Bestärken von bestehenden positiven Ressourcen (z. B. Humor, Freude an bestimmten Dingen)
- Vermitteln, dass das Betreuungsteam für den Patienten da ist
- Setzen von Grenzen bei destruktiven Verhalten
- Informieren, dass Trauerprozesse individuell unterschiedlich verlaufen
- Informieren, dass soziale, kulturelle und religiöse Faktoren das Trauern beeinflussen
- Unterstützen von Bewältigungsformen, die bei früheren Verlusten geholfen haben

- Unterstützen des Kontakts mit Bezugspersonen (z. B. Familie, Freunde)
- Informieren über verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Beratung, Psychotherapie, Seelsorge, Hilfsgruppen, Kriseninterventionen)
- Ermöglichen der Teilnahme an religiösen Ritualen
- Überlegen, inwieweit Berührungen therapeutisch und angemessen sind (unter Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes und eventueller Traumatisierungen)
- Anbieten von wohltuenden Maßnahmen (z. B. warmes Bad, Rückenmassage, Aromapflege, Entspannungsmusik)
- Unterstützen der Bezugspersonen, mit den Reaktionen umzugehen
- Anbieten von Hilfestellungen bei der Alltagsbewältigung
- Nach Abstimmung mit dem Patienten zur selbstständigen Übernahme der Alltagsbewältigung anleiten und dabei unterstützen

III. Fördern der Kommunikation und der Beziehung

- Informieren über die getroffene Einschätzung und Anbieten von Beratung
- Besprechen der angestrebten Pflegeziele
- Informieren und Beraten über die zu planenden Maßnahmen
- Erklären der Pflegemaßnahmen bei der Durchführung
- Anleiten während der Durchführung der Maßnahmen (bei Bedarf)
- Dokumentieren aller Pflegeprozessschritte

IV. Fördern des Wohlbefindens

- Vermitteln des Gefühls von Sicherheit
- Ermutigen zur Teilnahme an Aktivitäten (z. B. Sport, Spiele, Kulturveranstaltungen, religiöse Rituale)
- Fördern des Kontakts zu anderen, entsprechend den individuellen Fähigkeiten
- Unterstützen beim Planen der Zukunft, wenn dies vom Patienten ausdrücklich gewünscht wird
- vgl.: *PD Angst*,
PD Denkprozess verändert
PD Soziale Interaktion, beeinträchtigt (POP 2009, 722f)

Zur Aufgabe der Pflegenden gehört die Vermittlung der trauernden Angehörigen an spezialisierte Personen, um Unterstützung und Hilfe in der Trauer finden zu können. Es können in manchen Situationen Schuldgefühle seitens der Pflegenden auftreten. Bei jungen oder gleichaltrigen Patient/Innen, die sterben, darf auch die Trauer der „beruflich Pflegenden“ nicht vergessen werden. Eigene Tränen zulassen sind menschliche und vertrauensvolle Gesten, die Trauernde verstehen. (vgl. Boschert & Kotz 2002, 291) Kübler-Ross ist ebenfalls der Meinung, dass den Hinterbliebenen erlaubt werden sollte, zu weinen und zu trauern. (vgl. Kübler-Ross 2000, 60)

Um nur einige Beispiele zu erwähnen, die dem Trauernden das Gefühl geben, dass sie sich, mit ihren sozialen, kulturellen und religiösen Faktoren akzeptiert fühlen, sind:

- Angehörigen Besuchszeiten rund um die Uhr anbieten;
- Angehörige in den Pflegeprozess integrieren;
- Angehörigen entlastende Gespräche sowie alltagspraktische Unterstützung (z. B. durch Ehrenamtliche) anzubieten;
- Schaffung eines geeigneten Raumes, einer geeigneten Atmosphäre für Gespräche mit Angehörigen. (vgl. Boschert & Kotz 2002, 289)

Auf den letzten Punkt, Schaffung eines Raumes, wird später darauf gekommen im zweiten Teil der Arbeit, im Kapitel „Reaktionen Raum geben“.

Da das Sterben institutionalisiert wurde – immer mehr Menschen sterben in Institutionen wie Pflegeheimen, Krankenhäusern oder Hospizen –, ist das Thema Trauer für die Pflegepersonen mehr und mehr in den Vordergrund getreten.

Christine Sinzinger (1997) stellt einige Aufgaben für die Pflegepersonen im Umgang mit Trauer dar:

A) Schaffung günstiger Bedingungen für Trauer

Um Trauer empfinden zu können, muss ein Verlust realisiert werden. Es soll den hinterbliebenen Angehörigen die Möglichkeit gegeben werden, die verlorene Person noch einmal zu sehen, um Abschied nehmen zu können.

Auch wenn es manche Angehörige im ersten Moment des Schocks ablehnen, die verstorbene Person zu sehen, sollten sie später von dieser Möglichkeit Gebrauch machen können. Sehr hilfreich und tröstend für die Angehörigen sind Auskünfte von Pflegepersonen über die Umstände des Todes und letzten Stunden des Verstorbenen. Man sollte Kinder davon nicht ausschließen, wenn sie den Wunsch äußern, mehr über die verstorbene Person zu erfahren. Es passiert oft, dass sie „Horrorfantasien“ erleben, die oft schlimmer sein können als die Realität. (vgl. Sinzinger 1997, 966)

B) Möglichkeiten zur Erinnerung schaffen

Hier geht es um Erinnerungsstücke von verstorbenen Menschen. Es sollte darauf geachtet werden, dass den Trauernden mehr Zeit gelassen wird, um diese Erinnerungsstücke abzuholen. Oftmals werden manche Erinnerungsstücke erst nach Jahren abgeholt.

C) Begleitung im Trauerprozess

Die Aufgabe der Pflegepersonen ist es, mit den Angehörigen zu kommunizieren, sie zu begleiten, über seine Gefühle und Trauer zu sprechen, wenn es erwünscht ist oder einfach nur für sie da sein, zuhören, den Schmerz anderen aushalten. Das sind die höchsten Qualitäten der Pflegepersonen, die die Angehörigen empathisch begleiten können.

D) Modell sein im Umgang mit dem Tod

Man könnte hier eine Parallele zwischen „Lernen am Modell“ (Albert Bandura) ziehen, dadurch, dass Angehörige oft Angst und Hemmung zeigen, einen Toten zu berühren. Wenn die Pflegeperson mit dem Toten umgeht, ihn berührt, tut sie es, damit den Angehörigen die Scheu und Angst genommen werden. Damit wird bezweckt, dass die Angehörigen dasselbe tun.

E) Erkennen physiologischer und pathologischer Trauerverläufe

Es geht darum, dass eine Pflegeperson das Wissen besitzt, eine normale Trauerreaktion und einen normalen Trauerprozess bei Angehörigen zu erkennen. Einige Informationen bezüglich der Vorgeschichte, Krankheiten und Verluste in der Vergangenheit können im Rahmen eines Aufnahmegesprächs oder von der Krankengeschichte genommen werden.

F) Informationen über Selbsthilfegruppen und Therapiemöglichkeiten

Diese Aufgabe beinhaltet von der Seite der Pflegepersonen eine Mittlerfunktion zu übernehmen. Angehörigen werden Adressen von Selbsthilfegruppen oder Trauerbegleitern gegeben.

G) Vorsichtiger Umgang mit Beruhigungsmitteln

Obwohl es nicht zu den Aufgaben der Pflegepersonen zählt, Medikamente zu verschreiben, ist es doch sehr hilfreich zu wissen, dass Medikamente oder Tranquilizer den Trauerprozess nicht vereinfachen, sondern nur verschleiern und bei abklingender Wirkung der Medikamente die Realität wieder wahrgenommen werden muss. (vgl. Sinzinger 1997, 966f)

In der Abbildung 6 wurden alle erfassten Traueraufgaben und ihre Autoren für einen besseren Überblick zusammengefasst.

Abb. 6: Zusammenfassung der erfassten Traueraufgaben

Trauer- aufgaben								
Spiegel 1989	Auslösung der Trauer	Struktu- rierung	An- merkung der Realität	Ent- scheidung zum Leben	Expres- sion unakzep- tabler Gefühle und Wünsche	Be- wertung des Verlustes	Inkorpora- tion des Verstor- benen	Chance der Neu- orientie- rung
Worden 1999	Den Verlust als Realität akzep- tieren	Den Trauer- schmerz erfahren	Sich an- passen an eine Um- welt, in der der Ver- storbene fehlt	Emotio- nale Energie abziehen und in eine andere Beziehung investieren				
Husebø 2005	Begreifen, dass jemand nicht mehr da ist	Erlauben, sich Zeit zu nehmen, den schmerz- lichen Verlust zu verarbeite n	Sich in einer Um- gebung zurecht- finden, in der jemand fehlt	Kräfte sammeln für neue emotio- nale Bindungen				
Lammer 2004	Tod begreifen helfen	Reaktio- nen Raum geben	Anerken- nung des Verlustes äußern	Erinnern und erzählen ermutigen	Risiken und Ressour- cen ein- schätzen			
Pflege Sinzinger 1997	Schaffung günstiger Be- dingungen für Trauer	Möglich- keiten zu Erinne- rung schaffen	Begleitung im Trauer- prozess	Modell sein im Umgang mit dem Tod	Erkennen physio- logischer und patho- logischer Trauer- verläufe	Informa- tionen über Selbst- hilfe- gruppen und Therapie- möglich- keiten	Vor- sichtiger Umgang mit Beruhi- gungs- mitteln	
POP 2009, 720f	Ermitteln der beein- flussenden Faktoren	Unter- stützen, mit dem Verlust ange- messens umzu- gehen	Fördern der Kommu- nikation und der Beziehung	Fördern des Wohl- befindens				

Quelle: eigene Darstellung

5.5.1 Umgang mit der Trauer – Herausforderungen für die Pflege

„Wer pflegt, der kommt ohne Rettungsboote nicht aus. Sie sind zum Überleben unerlässlich. Der Festlandbewohner braucht das vernünftige Wort, die Resonanz eines anderen Festlandbewohners, die Logik, die Berechenbarkeit, die Nützlichkeit wie die Luft zum Atmen. Er kann sich nicht ständig im Meer der Angst, des Jammerns, der Wiederholung, des Forderns, des Weinens, der Erregung aufhalten. Er braucht in diesen Elementen einen Haltepunkt“. (Schützendorf 2006, 18)

Die professionelle Trauerbegleitung mit Sterbenden und Angehörigen stellt eine starke psychische Belastung dar. Die Pflegenden erleben was Patienten auch erleben; das Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit. Der definitive Abschied von Patienten ist sehr emotional. Es werden dadurch eigene schmerzhaft Erfahrungen und Ängste aktiviert. Deshalb sind Rituale im Team, Supervision, Balintgruppenarbeit etc. hilfreich und helfen bei der eigenen Psychohygiene und führen zur Entlastung. (vgl. Gruber 2002, 142)

Hier werden einige mögliche Reaktionen der Begleiter auf „so viel Tod“ gezeigt.

- „Abwehrstrategien in Form kühl-professioneller Zugewandtheit, d. h. sich nicht auf eine Beziehung einzulassen, aber das Notwendige an Pflege, Behandlung und Beratung zu leisten
- Schuldgefühle wegen emotionaler Distanz
- Verbrüderung und Verschwesterung mit Patienten (alles für sie tun)
- Ideologisierung der Hospiz- und Palliativarbeit
- Liebäugeln mit Euthanasiegedanken
- Spiritualisierung der Erlebnisse (krampfhaft Überhöhung von Sterbeerfahrungen in einen übergeordneten Kontext)
- Extremes Sich-Versichern der eigenen Lebendigkeit als Gegenbewegung (Sexualisierung des Privatlebens, Suchtverhalten, Gewalt)
- Ohnmacht und Überforderung
- Schwärzester Humor
- Verlassen des Arbeitsplatzes“. (Müller 2007, 421)

Zu dem Thema Betreuung bei sterbenden Patienten sowohl deren Angehörigen schlagen die Autorinnen Chris Paul und Monika Müller folgendes Schema vor:

„Palliative Betreuungskonzepte bei Sterbenden und Angehörigen

Palliative Betreuungskonzepte unterstützen die Trauerprozesse der *Sterbenden*, indem sie:

- dem Gespräch über z. B. früher verstorbene Familienmitglieder und Lebenspartner und die Trauer um sie Raum geben und bei Bedarf Unterstützung bei noch zu lösenden Trauerthemen/Traueraufgaben geben
- Trauerprozesse um das eigene Leben, um Hoffnungen und Bindungen ernst nehmen und unterstützen
- bei Wunsch ritualisierte Form des Abschiedsnehmens anbieten.

Palliative Betreuungskonzepte unterstützen die Trauerprozesse der *Angehörigen*, indem sie:

- Angehörige/Zugehörige von Sterbenden nicht allein als funktionierende Mitglieder des multiprofessionellen Teams betrachten
- Gespräche über die Situation und die Gefühle der Angehörigen/Zugehörigen ermöglichen
- alle potenziellen Trauernden im Blick behalten und insbesondere Kinder, Jugendliche,

Alte und Kranke sowie Menschen, die in enger, aber nicht familiärer Bindung zum Sterbenden stehen/standen einbeziehen und akzeptieren (...)

- Informationen über den stattfindenden und/oder bevorstehenden Trauerprozess vermitteln
- Risikofaktoren des bevorstehenden Trauerprozesses erkennen und den Trauernden angemessene Begleitangebote vermitteln
- eine selbstbestimmte, würdevolle, auf Wunsch ritualisierte Form des Abschiednehmens ermöglichen (...)
- ein Netzwerk von Begleitangeboten für Trauernde kennen und vermitteln.“ (Paul & Müller 2007, 412)

Das Sterben hat viele Gesichter. „Und der Tod ist grausam und erschreckend, er macht Angst. Der Tod ist ein Feind des Lebens. Sterben und Tod sind zutiefst ambivalente Erfahrungen.“ (Heller 2000, 20) Daher resultieren auch die Schwierigkeiten für die Menschen, die beruflich damit konfrontiert werden, diese Zwiespältigkeit und Vielgesichtigkeit des Sterbens auszuhalten. Ein wichtiges Element in der Arbeit mit Sterbenden ist das Verdrängen. Das Pflegepersonal und die Begleiter müssen verdrängen lernen. In der Regel sind es die vielen Toten und Tode, die sie zur Kenntnis zu nehmen gelernt haben. Es wird dann weiter zur Tagesordnung übergegangen. Ein kurzes Betroffensein ist das Maximum, das sich das Pflegepersonal emotional leisten kann. Die persönlichen Mitleidressourcen sind nicht unerschöpft, sie sind nur begrenzt. Als ganz normaler Mensch oder als Pflegenden kann man nicht grenzenlos mitleiden. Jeder hat seine Grenzen, und es ist gut, einen Rahmen zu haben, um die Gefühle, das Mitleiden, das Dasein, die Empathie, zu Sterbenden Grenzen zu ziehen, einen Halt zu finden. Der Soziologe Heller fragt sich mit Blick auf die Pflegenden: Wer schaut auf die Mitarbeitenden? Wem ist ihre Gesundheit wichtig? „Wer achtet darauf, dass die berufsgrenzenüberschreitenden Kooperationen zugunsten der Sterbenden gelingen? Wer richtet den Blick auf die Bedingungen menschlicheren Sterbens und darauf, wie sie gestaltet werden, damit Sterbebegleitung möglicher wird?“ (Heller 2000, 21) Die Begründerin der Sterbeforschung Kübler-Ross findet, dass es ein Geschenk sei, Sterbende zu begleiten und dass das Sterben fast identisch mit der Geburt ist, nur dass es eine Geburt in eine andere Existenz ist. (vgl. Kübler-Ross 1996, 22)

William Worden (1999) hat in seinem Buch *Beratung und Therapie in Trauerfällen* unter dem Kapitel „Persönliche Trauererfahrung des Beraters“ über die Studie mit der Forscherin Kübler-Ross (Worden & Kübler-Ross 1977) berichtet. Sie haben 5.000 Gesundheitsfachleute über Probleme der Pflege bei der Betreuung von Patienten im letzten Stadium befragt. Die Fragestellung der Studie war, welche Schwierigkeiten die Betreuungspersonen haben, die Sterbende pflegen. Dabei konnte festgestellt werden, dass nicht jeder mit schwer Kranken und Sterbenden angemessen arbeiten kann. Dabei sei aber sehr wichtig, dass der Betreuer oder die Pflegeperson seine oder ihre eigenen Grenzen kennt. Worden betont, wie wichtig es ist, sich bewusst zu sein, dass man manchmal nicht allen Situationen gewachsen ist. (vgl. Worden 1999, 138)

Von allen Professionen, die mit Sterbenden oder trauernden Angehörigen zu tun haben, hat die Gruppe der Pflegepersonen bisher die stärkste Sensibilität für die Dimension der Interkulturalität und Interreligiosität entwickelt.

Die Helfenden, die in der Geburtshilfe arbeiten, sollten nach der Betreuung einer Totgeburt einen freien Tag bekommen. Man sollte Zeit haben, als Hebamme auch mit eigenen Gefühlen umgehen zu können, und Zeit, nachzudenken. Das kann eine gute Regel sein, Burn-out zu verhindern. Es sollte die Möglichkeit gegeben werden, dass die

Hebammen während ihrer Dienstzeit auch zur Beerdigung des Kindes gehen können. (vgl. Nijs 1999, 148)

Sehr beeindruckend und originell ist ein Auszug aus einem Brief, den eine Gruppe von trauernden Eltern in Kempten an die professionellen Helfer geschrieben haben:

*„Liebe Ärzte, Hebammen, Schwestern, Pfleger und Arzthelferinnen!
Euer Beruf bringt Euch in eine Extremsituation, wenn Geburt und Tod so nahe beieinander liegen. Es wird Euch nicht nur professionelle, sondern vor allem menschliche Größe und Reife abverlangt. Auch wenn wir in unserem eigenen Schmerz dies oft nicht so zum Ausdruck bringen – wir sind Euch sehr dankbar dafür! Habt Dank für Eure Nähe in den schwersten Stunden unseres Lebens! Eure verwaisten Eltern.“* (zusammengetragen von Eltern in Kempten, zit. n. Nijs 1999, 146f)

Eine Schülerin der Fachhochschule für Altenpflege Heimerer in Schongau, Vlasta Matejka, hat die Rolle der Pflege und der Pflegenden im Zusammenhang mit „so viel Tod“ folgendermaßen zum Ausdruck gebracht: „Ich weiß genau, daß er geht, und er weiß, daß ich bleibe. Und gleichzeitig wissen wir beide, daß ich für ein paar Sekunden das Unbegreifbare begriffen habe, daß ich mit ihm mitgehe und er mit mir hierbleibt. Er schaut mir ruhig in die Augen, und wir wissen beide, daß wir wissen. Und ich weiß noch eines – dieser Augenblick wird mich für den Rest meines Lebens begleiten.“ (Matejka 1997, 29)

Die Pflege ist mit Berührung verbunden, der als gegenseitiger Prozess verstanden werden könnte. Man berührt jemanden und ist dabei auch selbst berührt, Pflegenden und Sterbenden. Dieser Prozess ist eine großartige Brücke, um mit dem Sterbenden zu kommunizieren, speziell und nicht nur dann, wenn eine verbale Kommunikation nicht mehr stattfinden kann. (vgl. Reyle 1997, 28)

Die Ärzte sehen normalerweise ihren Erfolg in der Heilung eines Patienten oder in seiner Lebenserhaltung, daher wird das Sterben eines Patienten manchmal als Fehlschlag erlebt. Im Gegenteil dazu kann für die Pflegenden die Begleitung eines chronisch progredient (fortschreitend) oder infaust (unheilbar) Kranken als Erfolg gesehen werden.

5.5.2 Der Blick auf die Angehörigen im Trauerprozess und ihre Bedürfnisse gegenüber den Pflegenden

Was erwarten sich trauernde Angehörige vom Pflegepersonal?

Die Bedürfnisse der Trauernden sind, dass sie einen Menschen brauchen, der ihnen zuhört, um über ihre Gefühle sprechen zu können, der ihnen auf dem individuellen Weg der Trauer Respekt erweist und der ihre Fähigkeiten und Strategien der Bewältigung des Verlustes unterstützt und ermutigt, und nicht zuletzt brauchen sie einen Menschen, der keine Angst vor Gefühlen anderer hat. (vgl. Nijs 1999, 146)

Es ist keine leichte Aufgabe für die Helfenden, trauernde Menschen zu begleiten. Die Idee der Helfenden und der Beschützer betont Nijs, indem sie eine Aussage einer Krankenschwester wiedergibt: „Als Pflegende wollen wir den Schmerz wegwaschen und ein Pflaster auf die Trauer kleben.“ (Poetsch 1987, 12 (Übersetzung des Verfassers) zit. n. Nijs 1999, 147) Die Autorin teilt nicht die Meinung der oben genannten Krankenschwester, sondern meint, dass der Schmerz zuzulassen ist, das er erlebt und durchlebt werden muss, damit ein heilsamer Trauerprozess möglich wird. Trauer und Gefühle der Trauer dürfen nicht mit einem Pflaster verdeckt werden, sie muss offen gezeigt werden können. (vgl. Nijs 1999, 147)

Die Betreuung Sterbender schließt auch das Beistehen und die Unterstützung der

Angehörigen mit ein, im Trauerprozess und über den Verlust hinaus. (vgl. Paul; Müller 2007, 410) Für manche Pflegende³ gehört ein Todesfall zum Alltag. Anders ist es für die Angehörigen, die durch diese äußerst schwierige Zeit gehen müssen. Da ist es wichtig, wie die Autorin Minnen-Buser betont: „Es obliegt uns nicht zu urteilen (...) Verurteilen und bewerten kann nur, wer nie in einer Grenzsituation gestanden hat. Es gibt nicht die Wahl zwischen entweder und oder. Sondern es gibt Versuche, in diesem oder jenem Fall menschlich zu handeln.“ (Minnen-Buser van 2000, 13f) Die Autorin Minnen-Buser hat Auszüge aus dem Buch „Gelebte Trauer“ von Fässler-Weibel (2002, 24) zitiert.

Hier sind einige Möglichkeiten der Unterstützung für die trauernden Angehörigen durch das Pflegepersonal aufgelistet, wie folgt:

- Information – kompetent sein, um Erklärungen abgeben zu können, Fragen zu beantworten, Wissen über Trauermodelle, Reaktionen und Rituale der Trauer. Das deutet auch die Fragestellung der Arbeit: Wissen über spezifische Trauerkulturen zu schaffen
- Grenzen wahrnehmen – sich selbst nicht überfordern, um sich selbst Sorge tragen (Selbstpflege)
- Hinweisen auf Hilfsangebote – Psychologe, Seelsorger, die zur Verfügung stehen

Des Weiteren werden einige Aspekte vorgeschlagen, die im Gespräch mit Angehörigen zu vermeiden sind: Dirigieren – Beraten und Lösungen geben, Debattieren – Streitgespräche führen, Interpretieren, Bagatellisieren, Rationalisieren und Examinieren. (vgl. Minnen-Buser van 2000, 12)

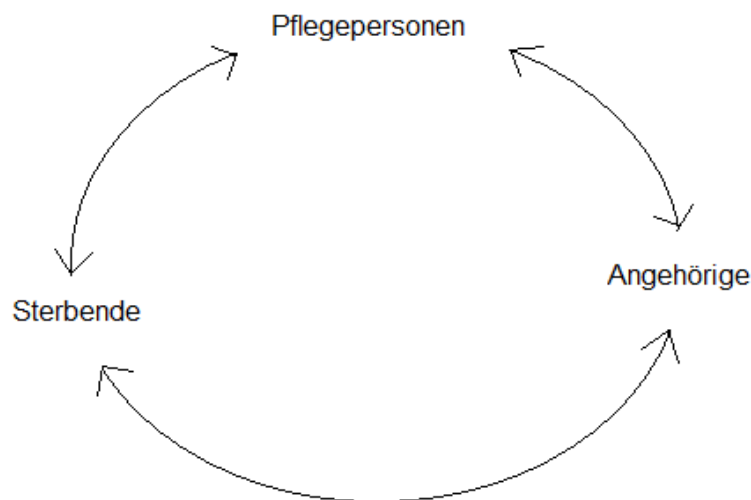
5.5.3 Kommunikation und Sprache zwischen Angehörigen und Pflegenden

Die Kommunikation und Interaktion während der Krankheit eines Patienten findet auf der Ebene Patient und Sterbender, Pflegepersonen und Angehörige statt. So wie in der unten dargestellten Abbildung findet eine Kommunikation und ein Informationswechsel statt. Man kann das in einer Kreisform darstellen. Pflegende liefern Informationen sowohl dem Patienten über den Verlauf der Krankheit und Methoden und Pflegeziele als auch den Angehörigen. Die Pflege steht in diesem Fall als „Vermittler“ da, zwischen Patient und Arzt und zwischen Angehörigen und Arzt und Patient. Die Kommunikation ist eine der wichtigsten Aufgaben in der Pflege zwischen Pflegendem und zu pflegendem Patienten. Gerade in der Pflege ist es wichtig, den Patienten richtig, korrekt und deutlich zu verstehen, um auch auf seine Bedürfnisse näher eingehen zu können.

In der Abbildung 7 wird skizziert, wie der Kreis der Kommunikation zwischen Pflege, Patienten und Angehörigen stattfinden kann.

³ Mit „Pflegende“ sind sowohl männliche als auch weibliche Pflegepersonen und MitarbeiterInnen eines Krankenanstalten gemeint.

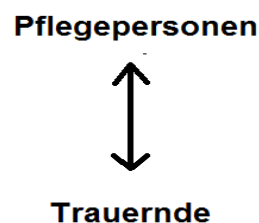
Abb. 7: Kommunikationsebene zwischen Pflegenden, Patienten/Sterbenden und Angehörigen



Quelle: eigene Darstellung

Nach dem Tod des Patienten wird der Kreis der Kommunikation zerstört und inkomplett. Es bleiben nur noch die Pflegenden und Angehörigen über. Die Interaktion findet nur auf der Ebene von Pflegenden und Angehörigen statt, wie in der Abbildung 8 zu sehen ist. Die Pflegenden geben Information zu Krankheit und/oder Umstände des Sterbens eines Patienten und sind nicht zuletzt auch als Vermittler für Adressen von Gruppen von trauernden Angehörigen oder das Stattfinden eines Rituals. Damit wird der Angehörige ein Stück in seinem Trauerprozess weiter begleitet.

Abb. 8: Kommunikationsebene nach dem Tod eines Patienten



Quelle: eigene Darstellung

Die Pflegewissenschaftlerin Schrems fragt sich bezüglich des Kommunizierens und Verstehens Folgendes: „Wie kommen wir zu Urteilen wie richtig und falsch, wahr und unwahr? Und warum können wir trotz allem doch mit Menschen kommunizieren, gemeinsam Dinge erleben und uns verstanden fühlen?“ (Schrems 2006, 28)

Wenn der Patient sich nicht mehr äußern kann, kann man auch mit der Körpersprache kommunizieren; der Patient gestikuliert, wenn er essen oder schlafen will oder etwas anderes. Das ist ebenso eindeutig, als würde man das sagen oder schreiben. Die Pflegenden greifen auf ihr Reservoir an eigener Körpersprache, Worte, Gesten oder Begriffen zurück, um die Patienten und seine Mimik zu verstehen.

Die Pflegewissenschaftlerin Schrems schreibt so schön, wenn sie über Kommunikation und Verstehen spricht: „Wir können verstehen, weil wir ähnlich sind. Weil wir aber nicht gleich sind, müssen wir über das Gleiche und das Verschiedene kommunizieren, wir müssen uns verständigen.“ (Schrems 2006, 32)

6 Trauerkultur

Der zweite Teil der Arbeit handelt über Trauerkultur und Trauerrituale. Es gibt mehrere Arten von Kulturen, unter anderen die Esskultur, die Trink-, die Jugend-, die Körper-, die Sterbe- und die Trauerkultur. Jedes Volk oder Ethnie hat seine eigene Kultur und auch seine Trauerkultur. Der antike Philosoph Perikles schrieb: „Die Kultur eines Volkes erkennt man daran, wie es mit seinen Toten umgeht.“

6.1 Kultur

Die Kultur wird in Österreichischen Wörterbuch so beschrieben: „die Kultur eines Volkes: seine geistige Errungenschaften, seine Sitten“ (...) (Österreichisches Wörterbuch 347)

Im Pschyrembel Pflege ist Kultur: „(engl.) *culture*; Gesamtheit der Einstellungen, Regeln und Leistungen einer menschlichen Gesellschaft; umfasst z. B. Sprache, Kunst, Wissenschaft, moralische Werte, Religion.“ (Pschyrembel Pflege 2007, 469)

In der International Council of Nurses wird Kultur wie folgt beschrieben: „Kultur ist eine Art von Normen und Einstellungen mit den spezifischen Merkmalen: was immer jemand wissen oder glauben muss, um in einer akzeptablen Art handeln zu können“. (International Council of Nurses 2003, 252)

Der Begriff Kultur ist einem ständigen Wandel unterworfen, so wie dies auch bei den Ritualen in der Trauer der Fall ist, bei denen hinzu kommt, dass sie weniger werden. Es hat daher einer Entritualisierung stattgefunden. Weil beide in einem ständigen Wandel sind, passt daher die „Beziehung“ und das Wort Trauerkultur zusammen.

Die Verwendung des Begriffes Kultur in der Pflege ist vielseitig. Die Theorie der transkulturellen Pflege (Leininger 1991) zeigt sich in der Pflegepraxis, indem sie eine kultursensible Pflege als Fertigkeit zu einer zufriedenstellenden und zielorientierten Kommunikation in der Pflege manifestiert. (vgl. Pschyrembel Pflege 2007, 470)

Andreas Heller schreibt, was die Sterbekultur und der Sterbekult für die Gesellschaft bedeuten: „Möglicherweise stehen wir in den modernen, ausdifferenzierten Gesellschaften an einem Übergang von einem erstarrten Sterbekult zu einer lebendigeren Sterbekultur, von einer Kultur des Sterbens zu einer wesentlichen und zentrierten Lebenskultur. Übergänge werden häufig von gegenläufigen und paradoxen Realitäten begleitet. Eindeutige Beschreibungen verlieren ihre Relevanz. Das Leben ist kompliziert geworden, aber auch das Sterben.“ (Heller 2000, 18)

6.2 Die Bedeutung von Kultur für die Pflege

Der Begriff Kultur ist ein „gedankliches Konstrukt, das keine Entsprechung in der empirischen Realität besitzt.“ (Uzarewicz 1999, 113) Im Wortfeld Kultur finden sich Begriffe wie: Ethnie, Rasse und Fremdheit. Es gibt einen Zusammenhang dieser Begriffe. Der liegt darin, dass der Mensch sich in bestimmten historischen oder Notlagen befindet.

Wie wichtig und sinnvoll die Einführung des Kulturbegriffes für die Pflege ist, schreibt Uzarewicz: „Die Einführung des Kulturbegriffs in die Pflege und Pflegewissenschaft ist notwendig und sinnvoll, um überhaupt andere relevante als die diskutierten und problematisierten Dimensionen des menschlichen Handelns und Verhaltens in der Pflege zu thematisieren und zu verstehen.“ (Uzarewicz 1999, 114) Der Begriff Kultur ist ganz genau zu definieren, um nicht in andere Extreme zu geraten (wie positiver oder negativer Rassismus). Die Kultur wird als rein gedankliches Konstrukt entziffert, welches in der empirischen Realität keine Entsprechung findet: es gibt nicht „die Kultur“ oder „die

Kulturen“. Vielmehr wird „das Kulturelle“ als Basis des Sozialen erörtert. (Uzarewicz 1999, 114)

Gerade in Extrem- und Notsituationen wie Leid, Krankheit, Tod oder Trauer spielt das Kulturelle eine große Rolle im Leben eines Menschen. Die großen Städte und moderne Gesellschaften sind polykulturell, und jedes Medizinsystem steht in seinem speziellen soziokulturellen Kontext, daher die große Relevanz der Kultur für die Pflege. Pflege ist kulturübergreifend, in einer globalen Welt sind viele Kulturen und Ethnien präsent.

Wenn Uzarewicz über Menschen mit Migrationshintergrund spricht, sei es über ihre Behandlung oder ihr Verhalten, schreibt sie Folgendes: „Unser Handeln und Verhalten geschieht zwar auf einem kulturellen Hintergrund, aber die Aussage, ein Türke oder ein Deutscher verhielte sich so und so, oder: die sei typisch deutsch, amerikanisch etc., ist falsch. Will man derartige Aussagen nicht als Vorurteile und Stereotypen verstehen, kann wohlwollend bestenfalls von Idealtypen, modalen Typen oder statischen Größen gesprochen werden.“(Uzarewicz 1999, 114)

Für die Pflege ist es wichtig, Verständnis, Geduld und Sensibilität zu zeigen, was auch den Zielen der Arbeit entspricht: Wissen über spezifische Trauerkulturen zu schaffen und sensibilisieren, dass Trauer ein zentrales Kulturelement ist. Die kulturellen Unterschiede können zwar nicht geleugnet werden, vor allem da sie sich auf soziale Interaktion beziehen, z. B. zwischen Pflegepersonen und zu Pflegenden, als auch in Institutionen wie Krankenhäuser und Heime. (vgl. Uzarewicz 1999, 123)

Nicht außer Acht zu lassen ist der Beitrag von Madeleine Leininger, der Begründerin der Theorie der transkulturellen Pflege. Die Theorie der transkulturellen Pflege und der Bewahrung der Fürsorge (care) als zentrales Element der Pflege entstand Mitte der 50er und Anfang der 60er Jahre. Sie initiierte die Gründung der *Transcultural Nursing Society*, einer weltweiten Organisation, die sich mit dem Studium und der Praxis der transkulturellen Pflege befasst. Das Ziel der Theorie der transkulturellen Pflege ist, die Vielfalt und Universalität menschlicher Fürsorge aufzuzeigen. Es wird nach Möglichkeiten gesucht, wie Menschen aus unterschiedlichen Kulturen eine ihrer spezifischen Kultur angemessene Pflege erhalten können. Sie sollten dadurch ihre Gesundheit erhalten oder auf eine mit ihrer Kultur zu vereinbarende Art und Weise dem Tod begegnen können. (vgl. Fawcett 1999, 52) Ihre Theorie bezieht sich auf einzelne Kulturen und ist für alle Kulturen, unabhängig von Raum und Zeit, anzuwenden. Sie beruht auf ihre eigenen praktisch-beruflichen Erfahrungen. Leininger hat ihre Theorie der kulturspezifischen Fürsorge-diversität und -universalität entwickelt, um die Merkmale der Fürsorge zu erforschen, die in verschiedenen Kulturen übereinstimmen oder eben in unterschiedliche Formen vorzufinden sind. Diese Theorie stellt einen wichtigen Versuch dar, für die wissenschaftliche Disziplin Pflege angemessenes Wissen bereitzustellen.

Die Pflegenden werden dadurch gefordert, Wissen über Werte, Überzeugungen und Praktiken kulturspezifischer Fürsorge zu erwerben und diese zu kennen und verstehen, damit sie mit den Menschen effektiv arbeiten können. (vgl. Leininger 1998, 25ff) Der Kulturbegriff hat für Leininger (1991) mehrere Dimensionen und ist von folgenden Faktoren bestimmt: technologische, religiöse und philosophische Verwandtschaftsstrukturen und soziale Faktoren, politische und rechtliche Faktoren, ökonomische, erzieherische Faktoren und kulturelle Werte und Lebensformen.

Die Annahmen der Theorie der transkulturellen Pflege sind:

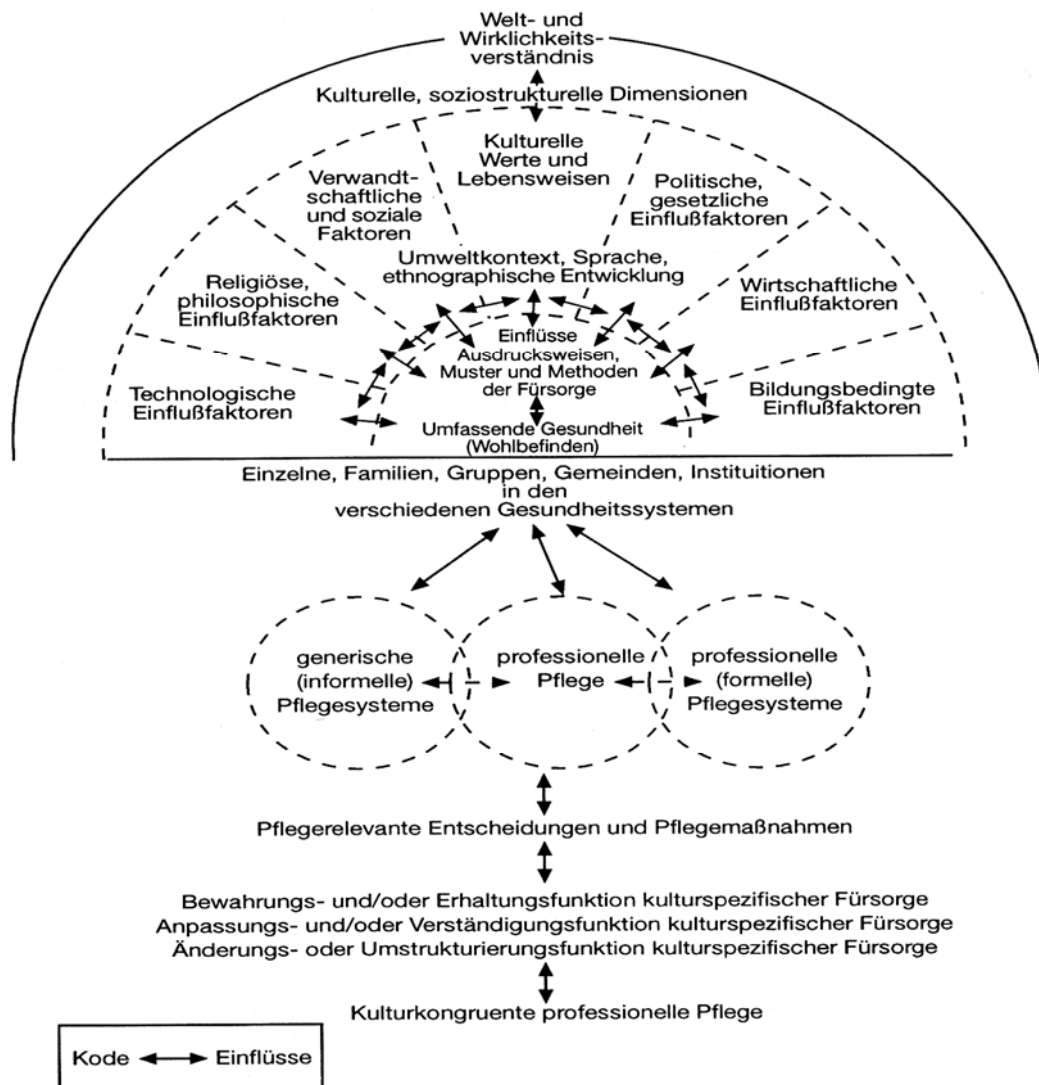
- die Menschen verlassen sich auf eine kulturell geprägte Pflege und Fürsorge
- die Konzepte und Muster der strukturellen Formen und Prozesse der Fürsorge sind in

den Kulturen unterschiedlich in Vielfalt als auch ähnlich in Universalität

- jede Kultur besitzt laienhafte und professionelles Wissen und professionelle Praktiken (vgl. Fawcett 1999, 58ff)

Diese verknüpfenden Annahmen der Theorie von der transkulturellen Pflege/Fürsorge von Leininger sind in dem Modell „Sunrise“ abgebildet und zusammengefasst, wie in der Abbildung 9 zu sehen ist.

Abb. 9: Leiningers „Sunrise“- Modell zur Darstellung der Theorie der kulturspezifischen Fürsorge



Quelle: Leininger 1998, 69

Nach Leininger (1985) symbolisiert die aufgehende Sonne im „Sunrise“-Modell die zwischenmenschliche Zuwendung und Fürsorge von Patienten in der Pflege. Der untere Teil des „Sunrise“-Modells enthält Modalitäten und Pflegesysteme einer kulturell angemessenen oder kongruenten Pflege, wie Leininger das nennt. Die beiden Teile des Modells stellen eine volle Sonne dar, das Universum, dass Pflegenden die Bedeutung verstehen müssen, wenn sie den Kern der Gesundheit und der pflegerischen Zuwendung

erreichen wollen. Die zwei Richtungen der Pfeile symbolisieren einander beeinflussende Faktoren, die auf verschiedene Bereiche verweisen. Sie zeigen Querverbindungen zwischen den wichtigsten Faktoren im Sinne von ineinander übergehenden Abstufungen. Die gestrichelten Linien stehen für eine offene Welt, für ein offenes Bild vom Leben. Das „Sunrise“-Modell hebt die vielen reziproken Beziehungen zwischen den Konzepten der Theorie der transkulturellen Pflege hervor.

Das Modell bietet einen Gesamtüberblick über die verschiedenen Dimensionen ihrer kulturspezifische Pflege oder Fürsorge, wie die Autorin einige Jahre später das nennt. Das Modell soll den Lesern helfen, die Dimensionen ihrer Theorie und die Zusammenhänge zu verstehen. Die Dimensionen und Zusammenhänge kulturspezifischer Fürsorge dürfen nicht isoliert, vereinzelt oder ohne Zusammenhang betrachtet werden, denn sie stehen in enger Beziehung zueinander. Der wichtigste Aspekt der kulturspezifischen Pflege besteht darin, den Forschern und Pflegenden zu helfen, die kulturelle Welt und seine Lebensäußerungen auf die Menschen zu verstehen und in einer guten Pflege erforscht und eingearbeitet sein sollten. (vgl. Leininger 1998, 76f)

Als Schlussfolgerung stellt Leininger (1991) Fertigkeiten zur Bewältigung der Herausforderungen für die Pflege, die eine transkulturelle Pflege erfordern, vor:

- ein interessierter Freund des Patienten zu werden, der an Teilen seiner Vergangenheit und gegenwärtigen kulturellen Überzeugungen teilnimmt; die Bedürfnisse des Patienten in Bezug auf die pflegerische und menschliche Zuwendung, Wohlbefinden und nicht zuletzt Gesundheit zusammen entdecken
- ungewisse oder subjektive Ideen zu tolerieren
- Zeit, Geduld und echtes Interesse an anderen Menschen mitzubringen
- sich in die vertraute Umgebung des Menschen zu begeben
- ausreichende Sprachkenntnisse haben, um mit den Menschen direkt kommunizieren zu können, um seine Äußerungen korrekt interpretieren zu können
- aktiv zuhören, aktiv neugierig sein
- das „Warum“ des Geschehens hinterfragen und wertschätzen
- die gewonnenen Informationen gewissenhaft zu dokumentieren und zu protokollieren
- persönliche Meinungen oder Vorurteile und Interpretationen vermeiden
- sich auf den kulturellen Kontext des Patienten oder auf die Phänomene, die analysiert werden, konzentrieren (vgl. Fawcett 1999, 68f)

Es kann resümiert werden, dass „(...) Kultur überwiegend dann thematisiert wird, wenn es um Phänomene des oder der Anderen bzw. des Fremden geht.“ (Uzarewicz 1999, 116)

7 Trauer in der heutigen Gesellschaft

In diesem Kapitel wird über Trauer in der Gesellschaft und vor allem Trauerrituale in unserer Gesellschaft geschrieben. Wie wird heutzutage getrauert? Wie viel Trauer wird zugelassen? Das Verhalten der heutigen Gesellschaft wird gegenüber den Trauerritualen analysiert. Die soziale Akzeptanz des Trauerns hängt vom familiären Hintergrund, vom Sozialstatus, von kulturellen und nicht zuletzt von religiösen Faktoren ab.

Es hilft im Trauerprozess eines Menschen, wenn es ein strukturiertes Ritual hat, unabhängig von der Religion, weil es ein anerkanntes Verhaltensmuster ist und für die seelische Tröstung sorgt. (Cook & Phillips 1995, 4) Der amerikanische Trauerforscher William Worden (1999) schrieb: „Verlustleid gibt es seit Jahrtausenden, viel länger als die professionelle Psychohygiene. Nichtsdestoweniger ist es heute eine Erfahrungstatsache, daß Menschen zum Psychotherapeuten gehen, wenn sie Hilfe in ihrem Kummer brauchen.“ (Worden 1999, 12)

Früher hätten die Menschen sich an religiöse Institutionen gewandt, heute wollen manche Menschen nur professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, vor allem diejenigen, die keiner religiösen Organisation oder Kirche angehören, um Trost zu erfahren. Das hat mit der Mobilität innerhalb unserer Gesellschaft zu tun, die mittlerweile Inexistenz der Großfamilien und dem Gemeinschaftsgefühl, das damit verbunden war, weil die Kernfamilie nicht mehr zur Verfügung steht, wie es früher der Fall war.

Der Mediziner Stein Husebø (2005) ist in Hinblick auf die Bedeutung der Kernfamilie früher und heute derselben Ansicht. Doktor Husebø schrieb: „Der Tod ist in allen Zeiten die größte Quelle und Korrektur für Kultur, Wertevorstellungen und Lebensanschauungen. Vielleicht wäre vieles in unseren gesellschaftlichen Debatten, in unseren Vorstellungen von materieller Selbsterfüllung und Lebensprioritäten anders, wenn wir beim Sterben unserer Mutter, Großmutter oder Urgroßmutter dabei sein dürften und mitbetreuen könnten.“ (Husebø 2005, 105)

Die Psychotherapeutin Carola Leppin stimmt bezüglich der Familien in modernen Industriestaaten den beiden Autoren Worden und Husebø zu, dass es durch die gesellschaftlichen Entwicklungen zu einer Veränderung der Familienstrukturen, durch viele Alleinerzieher/Innen, Patchworkfamilien und der großen Distanzen zwischen den Generationen (dadurch, dass die Menschen immer älter sind, wenn sie Kinder bekommen) gekommen sei, die eine familiäre Stützung des Familiensystems kompliziert machen. (vgl. Leppin 2007, 404)

In der modernen Gesellschaft wurde der Umgang mit Sterben und Tod mehr oder weniger auf die Institution Krankenhaus delegiert. Diese Übertragung erleichtert die kollektive Verdrängung des Todes in der heutigen Gesellschaft. Das Sterben ist eine höchstpersönliche Situation menschlichen Lebens, die ähnlich mit der Geburt, die intimste Situation darstellt. Diese Situation wird an Großorganisationen delegiert und muss dort als Routinefall behandelt werden. Im Umgang mit Sterbenden steht das Krankenhaus vor der anspruchsvollen Aufgabe, diesen Routinefall wieder in eine persönliche Situation umzuwandeln. Das ist eine Aufgabe, die von anderen Systemen (Familie) nicht mehr realisiert werden kann. Das Krankenpflegepersonal ist wiederum besonders gefordert, einen intimen und individuellen Rahmen für den Abschluss des Lebens eines Menschen zu schaffen. Dies birgt für die einzelnen Professionellen ein sehr belastender Widerspruch. Der Widerspruch besteht zwischen persönlichem Engagement der Pflegenden und der notwendigen Distanz, Routine zum Selbstschutz. (Grossmann 2000, 82ff)

Die Erfahrungen eines Trauernden haben auf jeden Fall Auswirkung auf die Gesellschaft. Wie der Theologe Schibilsky schreibt: „Niemand trauert im luftleeren Raum. Trauer geschieht immer in Beziehungen und Bezügen – und verändert Beziehungen und Bezüge.“ (Schibilsky 1996, 16)

Das Verhalten der Menschen wird von der kulturellen Umgebung, der Gesellschaft beeinflusst. Dabei schreibt Giddens: „Es könnte den Anschein haben, als würden wir einfach in Formen gegossen, die die Gesellschaft für uns bereithält.“ (Giddens 1995, 95) Und trotz allem ist Trauer durch die Gruppe gegebene Pflicht.

Das Trauerverhalten eines Menschen ist soziokulturell stark geprägt. Dafür stehen dem Trauernden vorgefertigte Verhaltensmuster zur Verfügung, die ihm eine adäquate Form der Trauer vorgeben. Er muss nicht selbst eine Form der Trauer entwickeln oder erforschen. Das sind die Folgen und Erscheinungen der nachindustriellen Gesellschaft, die von der Unfähigkeit zu trauern gekennzeichnet sind. Trauer wurde so immer mehr in den Privatraum des Einzelnen abgedrängt. (vgl. Bärenz 1983, 43) Die Studie von Kalish und Reynolds (1976) zum Thema Trauer und Trost in den USA zeigt, dass 60% der Befragten Trost in der Familie und bei Verwandten suchten. (vgl. Schmied 2003, 140)

Die Geburt und das Sterben sind Ereignisse, die die ganze Gesellschaft betreffen (auch wenn es in unserer modernen Gesellschaft nicht immer der Fall ist). Genau wie das Neugeborene öffentlich in die Gemeinschaft eingeführt wird, so sollte der Verstorbene aus ihr verabschiedet werden. Also die Trauerrituale, Bestattungsrituale betreffen die ganze Gesellschaft und finden nicht einzeln oder nur in manchen Kulturen statt. (Thiel 2004b, 105f)

Was die Trauerrituale und Bräuche in Österreich betrifft, schreibt Barbara Müller in ihrer Arbeit „Bestattungen und Friedhöfe in Österreich im 21. Jahrhundert“, dass in ländlichen Regionen in Österreich solche Bräuche noch sehr ernst genommen werden. Vor allem im Bereich der Bestattungen schreibt sie, dass alles nach fixen Regeln ablaufen soll, die seit Langem so gehalten worden sind. Solche Rituale haben heilende Kräfte auf die Trauernden. (vgl. Müller 2011, 21)

7.1 Traditionsabbruch, Forschungsstand

In der heutigen Zeit, in den großen Städten der Welt, werden die Rituale, besonders Trauerrituale, immer mehr auf ein Minimum verkürzt oder verschwinden überhaupt. (vgl. Cook & Phillips 1995, 5) In den Bereichen der Trauerriten hat ein „Traditionsschwund“ eingesetzt, wie die Autorin Kerstin Lammer es nennt. Beispiele für den Traditionsschwund sind- die offene Aufbahrung des Leichnams im Trauerhaus oder,- in der Kapelle, das Einkleiden, das Einsargen der Toten durch enge Familienangehörige, das Sargtragen durch Nachbarn, sie werden kaum noch praktiziert. Sie werden eher an professionelle Helfer delegiert, seien es Bestattungsunternehmer oder Kirchen. Obwohl in der letzten Zeit auch die Zahl der Bestattungen durch die Kirche stark zurückgehen und immer mehr anonyme Bestattungen, ohne Trauerfeier oder Teilnahme der Angehörigen, stattfinden. (vgl. Lammer 2004, 13f)

Zum Fehlen von Ritualen kann gesagt werden, dass die moderne Gesellschaft an sich a-rituell ist oder daraufhin tendiert. (vgl. Erdheim 2001, 165)

Die Riten der Trauer sind Akte des zeremoniellen Lebens. „Zunächst nehmen wir in ihnen natürlich ihren religiösen Charakter wahr: es sind Pietätsakte gegenüber den Verstorbenen, verursacht durch Angst oder Liebe oder Besorgnis um den Geist des

Dahingegangenen. Als rituelle und öffentliche Schaustellungen von Gemütsbewegungen sind sie auch Bestandteile des zeremoniellen Gemeinschaftslebens.“ (Malinowski 1949, 35)

Der Pastoraltheologe Schibilsky unterstützt und erklärt das Verschwinden von Ritualen, indem er schreibt: „Wir können nicht so trauern, wie manche ‚Naturvölker‘ es wohl noch können. Wir leben in der Neuzeit, in der Zeit nach der Aufklärung, oft genug in einem nachchristlichen Zeitalter.“ (Schibilsky 1996, 15)

Chris Paul (2000) hat eine Erklärung dafür, warum die Trauerrituale und Traditionen in der heutigen Gesellschaft immer weniger von Bedeutung sind. „Die wissenschaftliche Beschäftigung mit Trauer hat die Lücke gefüllt, die das Schwinden von Traditionen und Volksbräuchen hinterlassen hat. Traditionell überlieferte und dadurch selbst-verständliche Umgangsweisen mit einem toten Körper und den trauernden Angehörigen gibt es heute in Deutschland nur noch ansatzweise in ländlichen Gegenden.“ (Paul 2000, 12) Paul vermisst bei einem Todesfall, das Verständigen der Nachbarn, der Freunde, der Verwandten und Angehörigen, dass sie zusammen am „Beerdigungskaffee“ teilnehmen. Man könnte gemeinsam Teile der Beerdigung durchführen wie das Tragen des Sarges, das Übernehmen des ewiges Lichtes, das Aufbahren im oder vor dem Haus, das Kennzeichnen des Totenhauses mittels eines Kranzes oder einer Schleife, das Verdecken der Spiegel im ganzen Haus, das Wegschütten des Wassers, Trauergewand oder Trauerflor tragen. (vgl. Paul 2000)

Julia Schäfer findet die verschiedenen Trauerpraktiken wie Trauerkleidung, Trauerbemalung, Haarwuchs, Bartwuchs, Trauerfasten etc. zum Großteil überholt. Als das am häufigsten und bedeutendste Ritual erscheint das Tragen von Trauerkleidung, ein Signal für den besonderen Status der eingeschränkten Belastbarkeit, das auch mittlerweile zur einer „seltenen Praxis“ (Schäfer 2002, 71) geworden ist und oft nur mehr zum Anlass der Bestattungsfeier getragen wird. Die Kondolenzbesuche von Nachbarn sind noch üblich.

Auch Axel Michaels schreibt: „Die westliche Moderne sieht Trauer denn auch meist als Privatsache. Das Totenritual ist oft auf den engsten Familienkreis beschränkt, Kondolenzbesuche finden kaum noch statt, die Friedhöfe verwaisen, Schwarz trägt man nur kurze Zeit, ein für alle sichtbares Trauerjahr gibt es nicht mehr, das 6-Wochen-Amt ebenfalls immer weniger. Tod und Trauer sind keine öffentlichen Ereignisse mehr.“ (Michaels 2005, 9)

Derselben Meinung ist auch der Autor Ariés (1991) wenn er schreibt: „Die Gesellschaft legt [beim Tod] keine Pause mehr ein. Das Verschwinden eines Einzelnen unterbricht nicht mehr ihren kontinuierlichen Gang. Das Leben der Großstädte wirkt so, als ob niemand mehr stirbe.“ (Ariés 1991, 716)

Mit Michaels Worten kann gesagt werden: „Die Unterschiede in der Trauer zwischen modernen und vormodernen Kulturen liegen auf der Hand. Sie bestehen in der Individualisierung, Privatisierung, Verinnerlichung und Entritualisierung, vielleicht auch Professionalisierung und Technisierung. Trauer im modernen Westen ist einsam, innen, psychisch, privat und ohne Form. Ist sie deshalb, wie man immer wieder hört und liest, schwerer, verzweifelter, ohne Ende, traumatischer? Ganz anders sei dies, so heißt es, in anderen Kulturen, von denen folglich zu lernen sei, vor allem hinsichtlich der Formgebung der Ritualisierung.“ (Michaels 2005, 13)

8 Ritual, Ritus

Im folgenden Kapitel wird das Ritual erst allgemein, dann die Trauerrituale beschrieben. Definition: Ritual (lat. Ritus, Brauch), „allg. feierlicher Brauch mit religiöser oder gesellschaftlicher Bedeutung ... Jedes stereotype Verhalten, das nicht situationsangepasst zu sein braucht und weitgehend sinnentleert sein kann, aber eine stabilisierende Funktion zu erfüllen scheint, z. B. ritualisiertes Handeln bei Gefahr ...“ (Dorsch Psychologisches Wörterbuch 2004, 967f)

Der Autor Thiel hat das Motto seines Buches zum Thema Rituale in den Religionen so intituliert: „Das Leben ist ein Ritus“. Und im wahrsten Sinne des Wortes ist unser Leben von Riten und Bräuchen gekennzeichnet, sei es bewusst oder unbewusst, gewollt oder ungewollt. Das Problem besteht nicht darin, dass der Mensch eine Reihe von Riten hat und dass das Leben selbst ein Ritus ist, sondern dass sie für die Menschen sinnentleert sind. Oft wissen die Menschen nicht mehr, was gefeiert oder zelebriert wird, und viele machen sich nicht einmal die Mühe zu fragen oder zu verstehen, worum es sich dabei handelt, z. B. wie: im Frühling werden Maibäume gesetzt oder aufgestellt, am Ausgang des Winters wird den Karneval gefeiert, die Adventfeier, das Schmücken von Häusern, Gärten oder Städten, Weihnachtsbäume schmücken und Geschenke darunter stellen, ohne oft zu wissen, was im Grunde gefeiert wird. (Thiel 2004a, 65f)

Susanna Schaffer zeigt, was Rituale für die Pflege bedeuten können: „Traditionen' verlieren im Zuge der Pflegeübernahme an Bedeutung, möglicherweise entwickeln Pflegende aus Traditionen verstärkt Rituale, die mehr Sicherheit bieten und einen größeren Ordnungscharakter haben als Traditionen. Die stärkere Bedeutung der Rituale für das Individuum stellt eine Erklärung für die Veränderung dieser Ritualsequenz dar. Verdrängungsrituale sind wahrscheinlich als ein wichtiger Abwehrmechanismus notwendig, damit die Pflegenden ihre schwierige Situation -,Pflege' bewältigen können.“ (Schaffer 2004, 134f)

Rituale stammen aus den Religionen und sind daher eng mit den Religionen verbunden. In der Pflege wurde das Durchführen von Ritualen lange von Angehörigen der Kirche getragen. Die Rituale in der Pflege, aufgrund der Assoziation mit Tradition, Religion und Mythologie, etwas Altes, eher Negatives zugeschrieben wird, obwohl das Wort Ritual selbst wertfrei ist. (vgl. Kühne-Ponesch 1998, 24)

Die Charakteristika eines Rituals, laut Autorinnen Kaes und Kühne-Ponesch, sind.

- „Rituale haben Handlungscharakter
- Rituale haben dramaturgischen Charakter
- Rituale unterliegen Standardisierungen
- Rituale unterliegen Wiederholungen
- Die Einhaltung bzw. Nichteinhaltung eines Rituals wird über Sanktionierung sichergestellt
- Rituale sind Symbolisierungen
- Rituale verbinden“. (Kaes & Kühne-Ponesch 2000, 3)

Axel Michaels zeigt bezüglich der Handlungsmuster der Rituale (siehe Ritualhandlungen in Bezug auf den, Körper, Verkleidung, Schleier, Schmuck, Kopfbedeckung, Haare, Körperverletzungen etc.), dass sie als starres Handlungsmuster gesehen werden, und dass es Möglichkeiten gibt, um Rituale von anderen ritualisierten oder nicht-ritualisierten Handlungen unterscheiden zu können. (vgl. Michaels 2001, 29) Es ist wichtig, bestimmte habituelle Handlungen, wie Händeschütteln, Zähne putzen, Gute-Nacht-Rituale oder alltäglichen Spaziergänge, als ritualisierte Handlung oder Ritualisierung zu bezeichnen.

Trotzdem dürfen nicht die gleichen Begriffe bei den oben genannten Handlungen verwendet werden, wie für Initiationen oder richtige Rituale. Daher erscheint Michaels wichtig, die Rituale allgemein von ritualisierten Gewohnheiten durch fünf Komponenten zu unterscheiden.

Die fünf Komponenten von Ritualen nach Axel Michaels

Die fünf Komponenten von Ritualen sind:

- „Ursächliche Veränderung (causa transitionis)
- Förmlicher Beschluss (solemnis intentio)
- Formale Handlungskriterien (actions formaliter ritorum), Förmlichkeit (Repetitivität), Öffentlichkeit, Unwiderrufbarkeit, ‚Liminalität‘
- Modale Handlungskriterien (actiones modaliter ritorum), Vergemeinschaftung (societas), Transzendenz (religio), subjektive Wirkung (impressio)
- Veränderungen von Identität, Rolle, Status, Kompetenz (novae classificationes; transitio vitae)“ (Michaels 2001, 29)

Michaels schreibt dann konkret: „Wo keine Grenzüberschreitung, keine Veränderung, kein Wechsel stattfindet, gibt es keine Rituale.“ (Michaels 2001, 30)

Eine Grundvoraussetzung für Rituale sind Veränderungen und Ritualhandlungen, die mit adaptivem Verhalten zu tun haben, mit Anpassungen und Herausforderungen auf Krisen sind.“⁴ Die *solemnis intentio* macht es möglich, aus einer ganz gewöhnlichen Handlung wie Schuhe ausziehen, die kein Ritual ist, zu einer Ritualhandlung zu werden, wenn es mit förmlichem Beschluss verbunden ist, wenn man z. B. einen Tempel betritt oder das Betreten eines heiligen Ortes; wie in 2 Mose Kapitel 3 Vers 5 steht: „Gott sprach: Tritt nicht herzu, zieh deine Schuhe von deinen Füßen; denn der Ort, darauf du stehst, ist heiliges Land!“ (Die Bibel, Das Alte Testament 1999, 59)

Michaels schreibt, dass mit diesen fünf Komponenten das Ritual von Zeremonie, Spiel, Routine, Brauchtum oder Theater abgrenzen lässt, ohne dass dabei der Religionsbegriff zu leiden hat. (vgl. Michaels 2001, 39)

8.1 Übergangsriten, Rite de passage

Die Überführung der Trauer in fortgesetzte ritualisierte Trauerprozesse wird in traditionellen Kulturen als ein ritueller Prozess gesehen, als Übergang in unterschiedliche Formen. Der Tod wird als Passage gesehen, für den es Riten braucht, wie die *rite de passage* von van Gennep. Trennung, Umwandlung und Angliederung. Diese Passage gelten als Reisen, Wege und Schritte im Leben eines Trauernden. (vgl. Michaels 2005, 9)

In der Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis wird der Übergangsritus wie folgt dargestellt: „Übergangsritus ist eine Art von Tradition mit den spezifischen Merkmalen: zeremonielle Handlungen, die üblicherweise durchgeführt werden, um den Fortgang von einer Phase des Lebens zu einer anderen zu bestätigen.“ (International Council of Nurses 2003, 252)

Die Urgemeinde und die Alte Kirche haben im Laufe der Zeit sowohl jüdische als auch heidnische Bräuche im Laufe der Zeit übernommen. (vgl. Schibilsky 1996, 98)

Eine Tradition für die erste Phase der Trauerarbeit in Form eines Rituals zeigt uns die Bibel in den Apostolischen Konstitutionen: am dritten Tag findet ein Gottesdienst für die Toten statt, weil „(...) Christus am dritten Tag auferstanden ist; am neunten Tag findet eine

⁴ Hier ist eine Analogie zu Traueraufgaben zu sehen, Herausforderungen wo die Trauernde aktiv teilhaben am Trauerprozess und Vorbereitung auf Krisen. (I. Teil)

Gedächtnisfeier statt, ebenso am vierzigsten Tag, weil Mose vierzig Tage betrauert wurde (Deuteronomium) 5 Mose 34: 8. „Und die Israeliten beweinten Mose im Jordantal der Moabiter dreißig Tage, bis die Zeit des Weinens und Klagens über Mose vollendet war.“ (Die Bibel, Das Alte Testament 1999, 218)

Das Trauerritual zeigt im modernen Westen zwei Richtungen auf, nicht loslassen können, den Toten ein Eigenleben zubilligen und Abschied nehmen, Tote ehren. Michaels erklärt, dass die Toten endgültig tot sind, wenn die Hinterbliebenen sie „sterben“ lassen. Das erfolgt auf zwei Wegen, und zwar durch Vergessen und durch das Ritual. Manche sind unfähig zu trauern. Das hat mit dem Unbehagen gegenüber dem Tod zu tun, jenseits aller Zeiten und Kulturen. Nur der Gedanke, dass den Tod durch eine gelingende Trauer bewältigen könnte, wäre unmodern, nicht passend für die aktuelle Zeit, und hat mit der aktuellen Verdrängung des Sterbens des Menschen zu tun. Die Ambivalenz, die Tabuisierung und die Sprachlosigkeit, die Unsicherheit im Falle des Todes gibt es auch in anderen Kulturen mit ihren Trauerritualen. Gerade diese Spannung und Dissonanz bringen eine Aktivität und einen Aufschwung der Rituale, die wiederum zu neuen Ritualen, Wandlungen und Wanderungen führen. (vgl. Michaels 2005, 11ff) Im Gegenteil zu Michaels nennt Jan Assman diese Wandlung oder Wanderung der Rituale, als gemeinsamen Nenner der Rituale, Gedanken der Umwandlung oder Transformation. (vgl. Assmann 2005, 22)

Alle Übergangsriten (Trauerriten) nach van Gennep verfolgen die räumlichen, zeitlichen, Zustands-, Positions-, Status- und Altersgruppenwechsel das gleiche Ziel: das Individuum von einer genau definierten Situation in eine ebenso klar definierte und strukturierte Situation zu überführen. Hier ist eine Ähnlichkeit zu Phasenmodellen der Trauer ist hier zu sehen, eine analoge Abfolgeordnung. Die verschiedenen Phasen dieses rituellen Komplexes stehen dabei in direkter Interrelation, in einer Sequenz zueinander. Die von Victor Turner (Heller 2007b, 10) aufgenommene und weiterentwickelte Dreiphasenstruktur von Übergangsritualen besteht dabei aus:

- Trennungsriten (rites de separation)
- Übergangs- bzw. Schwellenriten (rites de marge)
- Angliederungsriten – den rituellen Zyklus abschließende Riten, „rites d'agrégation“ (Heller 2007b, 10)

Birgit Heller nennt die Rituale und seine Einteilungen ritualisierte Reaktionsformen, die nach dem klassischen Schema von Gennep van in drei Phasen unterteilt sind:

- Die Trennung von den Toten – eine Umwandlungsphase
- Die eigentliche Trauerzeit – von einige Tagen bis mehreren Jahren
- Die Wiedereingliederung der Trauernden in die Gesellschaft und Gemeinde (vgl. Heller 2007b, 10)

Der Autor Rehberger (2002) ist derselben Ansicht wie die Theologin Birgit Heller und bestätigt die *Dreiphasigkeit der Trauerprozesse* und alle Übergangsriten wie:

- Trennungsriten – mit Ausschluss der Hinterbliebenen aus der sozialen Gemeinschaft
- Marginalitätsriten – räumliche und/oder zeitliche Separation
- Aggregationsriten – die Rückkehr der Ausgeschlossenen in das soziale Leben, Gesellschaft (vgl. Rehberger 2002, 22)

John Bowlby (1994) zeigt ebenfalls die Dreiphasigkeit der Trauerrituale, wie folgt:

- Rituale, die die Beziehung zu Verstorbenen bestimmen und gestalten
- Rituale, die Beschuldigungen wie Wut und Trauer vorschreiben
- Rituale, die die Länge der Trauerzeit festlegen

Hannes Stubbe (1985) schreibt, dass es sich bei den meisten rituellen Anlässen um das Überschreiten eines sozialen Status zum nächsten handelt; z. B. von den Lebenden zum Toten, vom Zustand der Gesundheit in den Zustand der Krankheit.

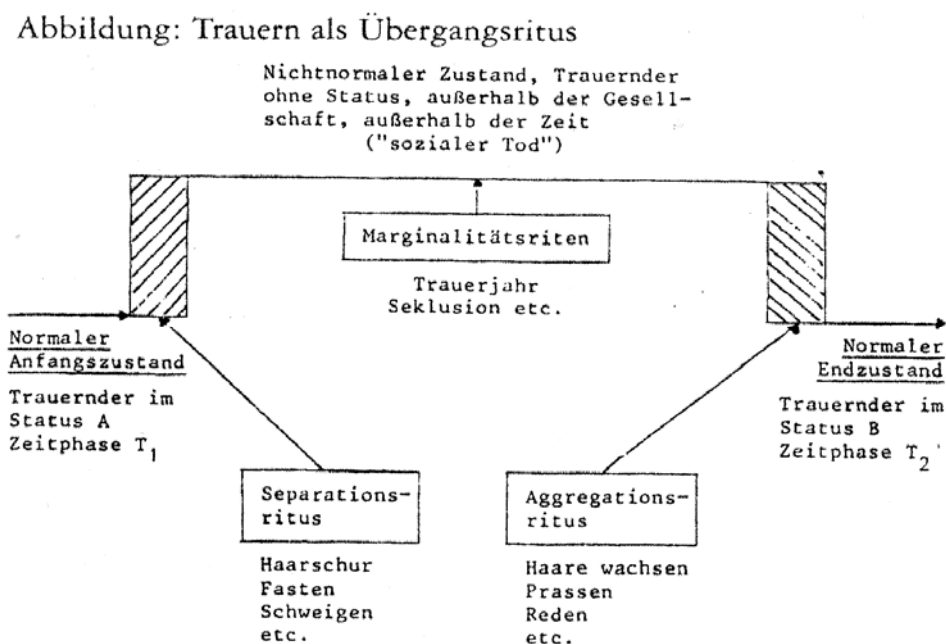
Wenn Stubbe über Trauerrituale spricht, präzisiert er nicht immer, welche Kultur oder Religion er meint. In der Arbeit werden Trauerrituale im Christentum behandelt, daher kann sein, dass nicht alle Trauerrituale, die Stubbe in seiner Arbeit erwähnt, auch im Christentum wieder zu finden sind.

Bei Stubbe (1985) sind die Trauerrituale dreiphasig, wie folgt:

- Trennungsritus (Separationsritus) – der Trauernde muss sich einer Statusveränderung unterziehen, wobei er seine bisherige Rolle, seine Kleidung, Haarschur etc. ablegen muss
- Marginalitätsritus (Rite de marge) – eine Phase sozialer Zeitlosigkeit, die einige Wochen, Monate oder ein Jahr dauern kann. Der Alltag sieht nicht mehr so aus wie früher; es findet eine physische Unterbrechung der gewohnten Abläufe des Tages statt oder er wird aus seiner Umgebung weggebracht oder er hält sich in anderen Räumlichkeiten auf (Trauerisolation)
- Aggregationsritus – der Trauernde wird wieder in der Gesellschaft integriert und übernimmt seine neue Rolle (Trauerkleidung wird abgelegt, Vorschriften oder Verbote werden aufgehoben, die Haare dürfen wieder wachsen etc.). Es findet eine Rollenumkehrung in dieser Phase statt. (vgl. Stubbe 1985, 330f)

Dieses Dreiphasenschema der Trauerrituale von Stubbe wird in Abbildung 10 dargestellt.

Abb. 10: Trauern als Übergangsritus



Quelle: Stubbe 1985, 332

In der Abbildung 11 werden Ähnlichkeiten der Trauerrituale zu den Traueraufgaben dargestellt. Die erste Trauerphase ist die Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens, das passt in Analogie zu der ersten Trauerritualphase – die Trennung von dem Toten. Die zweite Trauerphase ist die Phase der aufbrechenden Emotionen, dies wird gleichgestellt mit der eigentlichen Trauerzeit eines Menschen. Die dritte Trauerphase ist die Anpassung (Rando

1993), sie wird mit der Phase eines Trauerrituals die Wiedereingliederung in die Gesellschaft gleichgestellt. Der Trauernde passt sich an die „neue“ Gesellschaft ohne den Verstorbenen an.

Abb. 11: Analogie zu Phasenmodellen der Trauer und Rituale

Trauerphasen	Trauerrituale/Etappen
Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens (Kast 1982) Phase der Vermeidung (Rando 1993)	Die Trennung von den Toten (Heller 2007a) Trennungsriten, Separationsriten (Stubbe 1985; Rehberger 2002)
Phase der aufbrechenden Emotionen (Kast 1982) Phase der Konfrontation (Rando 1993)	Die eigentliche Trauerzeit (Heller 2007a) Marginalitätsriten (Stubbe 1985; Rehberger 2002)
Phase des Suchens und Sich-Trennens (Kast 1982) Phase der Anpassung (Rando 1993)	Die Wiedereingliederung in die Gesellschaft (Heller 2007a) Aggregationsriten (Stubbe 1985; Rehberger 2002)

Quelle: eigene Darstellung

Weiter oben wurden die Charakteristika oder Komponente eines Rituals behandelt, von den Autoren Hannes Stubbe (1985), Axel Michaels (2001) und Kaes & Kühne Ponesch (2000) ausführlich behandelt. In der unten dargestellten Abbildung 12 wurden die Charakteristika eines Rituals, für einen besseren Überblick zusammengefasst.

Abb. 12: Zusammenfassung von Komponenten eines Rituals

	Komponente/Charakteristika eines Rituals						
Autor/Jahr							
Kaes; Kühne- Ponesch 2000 Allgemeine Rituale	Rituale haben Handlungs- charakter	Rituale haben dra- matischen Charakter	Rituale unter- liegen Standardi- sierungen	Rituale unterliegen Wieder- holungen	Einhaltung oder Nicht- einhaltung der Rituale	Rituale sind Symboli- sierungen	Rituale verbinden
Michaels 2001 Allgemeine Rituale	Ursäch- liche Verände- rung (causa transitions)	Förmlicher Beschluss (solemnis intentio)	Formale Hand- lungs- kriterien, Förmlich- keit (Repe- tivität), Öffentlich- keit, Unwieder- rufbarkeit (actions formaliter ritorium, Liminali- tät)	Modale Handlungs- kriterien (actiones modaliter ritorium), Vergemein- schaftung (societas), Transzen- denz (religio), subjektive Wirkung (impressio)	Verände- rungen von Identität, Rolle, Status, Kompetenz (novae classifica- tiones; transitio vitae)		

Stubbe 1985	Erhaltung einer Gruppe dienen (Men- schen, Tiere)	Auswerten stell- vertretender Handlungen	Das Schaffen besonde- rer „Gestimmt -heiten“, wo unbe- wusste Erregun- gen eine Rolle spielen	Verdrän- gung gruppen- spezifische, gefährliche Rivalität und Aggressivi- tät durch geordnete, entlastende ableitende Handlungs- wesen			
----------------	---	---	--	---	--	--	--

Quelle: eigene Darstellung

8.2 Rituale der kirchlichen Trauerfeier

Trauerkulte haben in der westlichen Kultur immer mit Religiösem zu tun, daher erscheint wichtig, über Religion und Rituale der kirchlichen Trauerfeier zu schreiben. Die Seelsorgerin Kerstin Lammer (2004, 15) meint, dass die Zuständigkeit im Todes- und Trauerfall in die Kernkompetenz der Kirchen fällt. Gerade in solchen Momenten und Situationen fragt sich der Mensch, was er ist. Was ist das Leben? Wo kommt der Mensch her? Wo geht der Mensch hin? In Analogie fragt sich der König David im Alten Testament in Psalm 8, Vers 5: „Was ist der Mensch, dass du seiner gedenkst, und des Menschen Kind, dass du dich seiner annimmst?“ (Die Bibel, Das Alte Testament 1999, 540)

Die Sterblichkeit des Menschen ist nicht nur das fundamentale Thema des Lebens, sondern auch das zentrale Thema des Glaubens. Auch wenn in der heutigen modernen Gesellschaft nicht alle der Meinung sind, dass spezielle Ausprägungen der religiösen Einstellung zum Tod bestehen, so haben doch die Religionsgemeinschaften die gesellschaftliche Aufgabe, die Interaktion zwischen Leben und Tod aufrechtzuerhalten. In Zeiten der Not und der Verzweiflung sucht der Mensch vielfach die Verbindung zu Gott, die Religion wird stärker und präsenter. Im evangelischen Bereich suchen selbst ausgetretene bei der Kirche Begleitung und Trost in Krisensituationen. (vgl. Lammer 2004, 16ff)

8.2.1 Die Funktion der Kirche im Trauerfall

Im Folgenden werden einige Kompetenzen der Kirche für die Trauerbegleitung angeführt.

Dogmatische Kompetenz, d. h. Deutungskompetenz – bei Bedarf auf die Fragen der Betroffenen eingehen, behilflich zu sein, sich ein eigenes, persönlichkeits- und situationsspezifisches Credo aneignen

Seelsorgliche und hermeneutische, d. h. Auslegungs- und Sinnstiftungs-Kompetenz – den Betroffenen dabei helfen, sich selbst und ihre aktuelle Situation besser zu verstehen

Liturgisch-rituelle Kompetenz – den Betroffenen helfen, ihre Erlebnisinhalte zum Ausdruck zu bringen durch traditionelle gottesdienstliche oder auch durch mit den Betroffenen entwickelte Formen von Sprache und Ritualen. (Lammer 2004, 19)

Aus der Sicht der Kirche können diese individuelle Gestaltungsmöglichkeit der Trauer- und Abschiedsformen und die Durchführung und Kombination dieser Kompetenzen , keine andere Berufsgruppe oder gesellschaftliche Institution übernehmen. (vgl. Lammer 2004, 20)

Das Ritual der Trauerfeier wird von William Worden (1999) als Trauerhilfe gesehen, obwohl an Trauergottesdiensten oft Kritik geübt wird. Diese Trauerfeier wird als sehr unterstützend bei der Bewältigung der Trauer empfunden. Worden zeigt des Weiteren, was so eine Totenfeier zu leisten vermag und wie sie einem hilft:

- Sie kann dazu beitragen, dass die Realität des Verlustes und die Endgültigkeit des Todes erfasst wird; je nach Religionszugehörigkeit, Kultur oder Volksgruppe, ob Totenwache gehalten wird oder nicht, ob der Sarg offen oder geschlossen ist, ob der Abschied in einer Leichenhalle, in einem Krankenhaus oder an anderen Orten stattfindet, normale Bestattung oder Einäscherung, sind alles positive Faktoren, die gemeinsam mit dem Trauergottesdienst dazu beitragen, dass die erste Traueraufgabe durchgearbeitet wird (siehe auch die Erste Traueraufgabe von Worden, 1999, Den Verlust als Realität zu akzeptieren).
- Die Totenfeier kann Gedanken und Gefühle, die gegenüber dem verstorbenen Menschen empfunden werden, zum Ausdruck bringen, sie verbalisieren, sie auszusprechen helfen. Obwohl es sein kann, dass der Verstorbene idealisiert wird, fördert der Trauergottesdienst den Trauerprozess, über den verstorbenen Menschen zu reden.
- Teilnehmer der Trauerfeier können dadurch Auszüge aus persönlichen Schriften/der Geschichte des Verstorbenen erfahren, die die Pfarrer lesen.
- Der Trauergottesdienst sorgt auch für ein soziales Stützungsgefüge, damit wird der trauernden Familie geholfen, wenn Freunde, Angehörige und Bekannte da sind, Mitgefühl zeigen, Hilfe anbieten. B.für die notwendigen Formalitäten. (vgl. Worden 1999, 66f)

Sievert schreibt, dass Jesus ewiges Leben verspricht, für denen die an ein Leben nach dem Tod glauben. Das ist ein Trost für die Hinterbliebenen. So wie im Evangelium nach Johannes Kapitel 11 Vers 25, 26 steht: „Jesus spricht zu ihr: Ich bin die Auferstehung und das Leben. Wer an mich glaubt, der wird leben, auch wenn er stirbt, und wer da lebt und glaubt an mich, der wird nimmermehr sterben.“ (Die Bibel, Das Neue Testament 1999, 122)

9 Gegenüberstellung von Trauerverhalten und Trauerritten nach Hannes Stubbe

Als Erstes werden in diesem Kapitel einer Gegenüberstellung von Trauerverhalten und Trauerritten, wie das Standardwerk von Stubbe (1985) zeigt, vorgestellt. Die menschlichen Trauerverhaltensweisen und Traueruniversalien, zusammengefasst von Stubbe, können basierend auf einem human-ethnologischen Kulturvergleichs als universell angesehen werden. Es sind dies:

- „Trauerweinen
- Wehklagen (Klagerufe)
- Haare raufen
- Bart raufen
- Mimik des Klagenden (Trauernden)
- Trauerhaltung mit hängenden Schultern
- sich selbst umklammern
- das Ausdrucksverständnis der Trauer
- das Wechselspiel von Trauer und Trösten
- die Kopfschutzreaktion (-haltung)
- das Sich-am-Boden-Wälzen (?)
- die Schaffung besonderer ‚Gestimmtheiten in der Gruppe und Stimmungsübertragung
- Greifbewegung in die Luft (?)
- Beschmieren mit Asche und Lehm“ (Stubbe 1985, 220)

Der Anthropologe Hannes Stubbe (1985) bietet eine Gegenüberstellung von Trauerverhalten und -erleben und Trauerritten wie dies weiter unten veranschaulicht wird. Dabei werden Trauerritten einem Verhalten oder umgekehrt zugeordnet. Viele Trauerbräuche gehen aus einem Spontaneffekt hervor.

Gegenüberstellung von Trauerverhalten und Trauerritten

Trauererleben und -verhalten	Trauerritten und -praktiken (Traueruniversalien)
Lähmung der Vitalfunktionen:	
Anorexie	Speisetabus, Fasten
Schlafstörungen	Schlafverbote, Totenwache
Nachlassen der Libido	sexuelle Tabus, Heiratsverbote
Verminderung (Hemmung) aller Tatenlust (Aktivität), Arbeitsruhe	Tätigkeitsverbote
Konzentrations-, Gedächtnisstörungen	{ Namentabus
Weinen	Tränenopfer, Tränendekoration, Tränenkrug
Klagen	{ Klagepersonal
Rufen nach dem Verstorbenen	Klagegesänge
Hang zur Einsamkeit und Rückzug	Geselligkeitsverluste, Isolation, Seklusion
Trauerschweigen	Trauerkleidung (-tracht)
Trauerstarre	„Verhüllung“, Redeverbote, „Trauerstille“
Selbstvernachlässigung	Trauerbeschmutzung (Asche, Staub)
Unlust, sich zu schmücken	Trauerbemalung, -farben (sz, we)
Bleiche Hautfarbe	Schmuckverbote, Verbote der Kosmetika, Weißen des Gesichts/Körpers, ungeordnetes, aufgelöstes Haar, Bartwuchs
Selbstaggression, „Unfälle“, Suizidtendenzen	Trauermutilation, Fingerverstümmelung, Trauertätowierung, Blutopfer, Haareraufen, Haarschur, Bartraufen, Kleiderzerreißen, Selbstopfer, Witwenselbstmord

Fremdaggression, „raptus melancholicus“	{ Trauerdestruktion, Zerstörungsbräuche, Fremdopfer, „Sündenbock“
Abnahme der Besitzfreude	{ Verschenken von Besitz
Gefühl der Anwesenheit des Verstorbenen, Angst	{ Abwehrreiten, „Lärm“
Trauerprozess	{ „Abtrauern“, Trauerzeit, Trauerlösung, Trauerreinigung“

Quelle: Stubbe 1985, 337

Zur Beantwortung der Frage welche Trauerrituale gibt es, werden des Weiteren die Trauerrituale näher beschrieben. Die Basis dazu stellt das Standardwerk von Stubbe (1985) dar, in dem er die Trauerrituale als Traueruniversalien bezeichnet. Im folgenden werden diese in einer Tabelle zusammengefasst und nach dem Grad der Bekanntheit unterteilt, wie in der Abbildung 13 zu sehen ist.

Abb. 13: Trauerrituale, erfasst nach Bekanntheitsgrad von sehr bis weniger bekannt – eigene Einteilung

Sehr bekannte Trauerrituale		Weniger bekannte Trauerrituale	
Heute noch anzutreffen	In bestimmten Kulturen noch anzutreffen	Heute noch anzutreffen	In bestimmten Kulturen noch anzutreffen
Trauerort: Friedhof, symbolisch die Familie Sterbezimmer	Schlafverbot, Totenwache	Das Verhüllen des Hauptes, des Bartes	Trauerfasten, das Verbot zu essen
Abschiednehmen: Sterbezimmer Verabschiedungsraum: Aufbahrung: Zone Alpine, protestantische Zone	Heiratsvorschriften Heiratsverbote	Behandlung der Haare	Trauernacktheit und Barfußgehen
Bestattungsritual	Trauerklagen, Trauergesänge, österreichische und rumänische Totenklage	Abgestufte Trauer nach Verwandtschaftsgrad	Das Haupt mit Asche oder Erde bestreuen
Weinen: natürliches und zeremonielles Weinen	Grabbeigaben	Trauerlärm, Trauerschweigen	Trauerbemalung
Trauerkleidung, Trauertracht, Trauerflor		Schlafverbot	Trauerisolation, Geselligkeitsverbote
Trauerfarbe			
Trauerschleier, Trauerhaube			
Trauerlärm, Trauerglocken, Trauerschweigen			Trauerzerstörung, Traueraggression
6-Wochen-Amt			
Riten, die die Trauer beenden			Riten, die die Trauer beenden

Quelle: eigene Darstellung

Weiter unten werden die in der Tabelle genannten Trauerrituale ausführlich behandelt. Die Rituale haben immer schon mit Religiösem zu tun, sie leiten sich aus der Bibel ab. Deshalb wurden in der Arbeit viele Beispiele von Trauerritualen aus der Bibel vorgestellt.

9.1 Sehr bekannte Trauerrituale – heute noch anzutreffen

Ort der Trauer– Abschiedsraum – Abschiednehmen

Orte der Trauer:

- der symbolische Ort – die Familie
- der reale Ort – Sterbezimmer, Verabschiedungsraum und der Friedhof

Gerhard Schmied (2003) meint, dass die Familie im symbolischen Sinn als geeigneter Ort der Trauer zu sehen ist, weil der Tod die Privatsphäre berührt, in der getrauert werden muss. Er bezieht sich in seiner Aussage auf eine Umfrage aus den USA, die von Richard Kalish und David Reynolds analysiert wurde. Die Umfrage zeigt, dass 60% der interviewten Einwohner von Los Angeles im Fall eines Trauerfalls lieber Trost und Unterstützung bei der Familie und Verwandten suchen. (vgl. Schmied 2003, 140)

Sterbeort

Das Sterben gehört schon zu der Sterbekultur eines Volkes und auch der Sterbeort. Genauso wie alle werdenden Mütter den Ort der Geburt ihres Kindes aussuchen, wird in der heutigen Zeit immer wichtiger das Ort sich auszusuchen, wo gestorben wird. Sei es, der Sterbende entscheidet es so oder die Angehörigen. Obwohl es oft den Wunsch gibt, zu Hause zu sterben, zeigen Aufzeichnungen der österreichischen Todesursachenstatistik 2010 in der Abbildung 14 Statistik Austria, dass jedoch immer mehr Menschen in Institutionen sterben. Auch der Soziologe Feldmann teilt die gleiche Meinung, dass die meisten Menschen zu Hause sterben wollen, weil das für sie etwas Privates und Intimes ist. (vgl. Feldmann 2004, 163)

Abb. 14: Gestorbene nach ausgewählten Merkmalen, Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit seit 2000

Gestorbene*) nach ausgewählten Merkmalen, Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit seit 2000

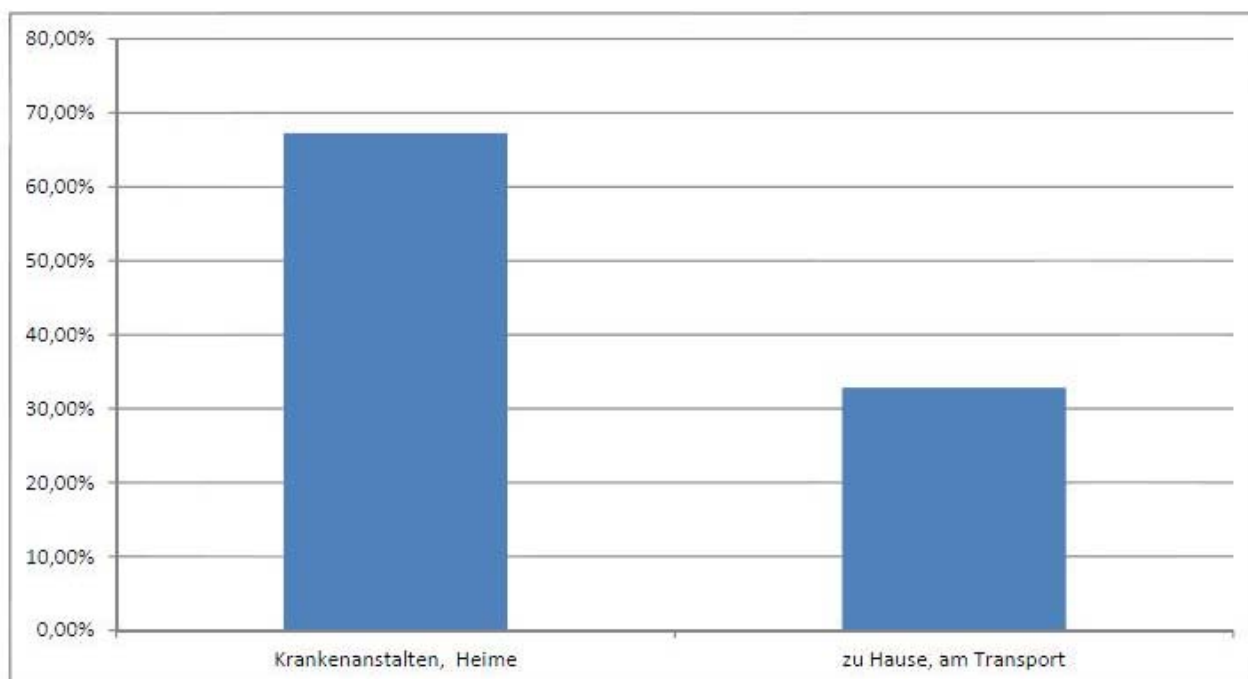
Merkmale	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gestorbene insgesamt	76.780	74.767	76.131	77.209	74.292	75.189	74.295	74.625	75.083	77.381	77.199
auf 1.000 der Bevölkerung	9,6	9,3	9,4	9,5	9,1	9,1	9,0	9,0	9,0	9,3	9,2
In Krankenanstalten u. Heimen in %	67,0	66,9	66,8	67,8	67,4	67,6	67,3	67,6	68,4	67,5	67,2

Quelle: Statistik Austria http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html
Wien/Niederösterreich 7.11.2011

Die oben angeführte Tabelle zeigt, dass von den insgesamt 77.199 Todesfällen im Jahre 2010 verstarben 51.877 Personen in diversen Krankenanstalten und Heimen (das sind 67,2% aller Sterbefälle) und 25.322 Personen zu Hause, am Transport oder woanders (32,8% aller Todesfälle).

Zur besseren Übersicht stehen die Säulen im Diagramm in der Abbildung 15, wo die Gesamtsterbefälle in Österreich noch einmal dargestellt worden sind.

Abb. 15: Gesamtsterbefälle in Österreich



Quelle: eigene Darstellung, nach Statistik Austria 2011

Der reale Ort der Trauer – der Friedhof

Ein anderer Ort der Trauer ist der Friedhof. Die Bedeutung des Friedhofes für die Trauernden kündigt einen Tabu charakter an. Am Grab empfinden Trauernde die Nähe zu Menschen, die sie geliebt haben und die sie vermissen. Ebenso ist die Gestaltung und das Pflegen des Grabes als eine wichtige Handlung zu sehen, wie auch die Auswahl des Grabsteins, die rein symbolische Bedeutung hat. Damit wird ein sichtbares Zeichen in der Welt gesetzt. (vgl. Paul 2000, 106)

Für Schmied ist der Friedhof „der legitime öffentliche Ort der Trauer“ (Schmied 2003, 181). Es ist eine Art memento mori im Trauerprozess.

Der Friedhof als Ort der Trauer ist etwas Normales, aber immer mehr nehmen in Europa die anonymen Bestattungen zu es geht in die Richtung der Ortslosigkeit, der Anonymität. In diesem Fall wird z. B. das Ritual der Bestattung gelöst, und auch der religiöse Zugang geht zurück. Um es mit Hellers Worte zu sagen: „Da für viele Menschen im modernen Westen christlicher Prägung unklar geworden ist, wo die Toten hingehen, verliert auch der konkrete Ort des Gedächtnisses, der stets mit einer bestimmten Erinnerungskultur verbunden war, seine Bedeutung.“ (Heller 2007b, 15)

Abschied nehmen – Reaktionen Raum geben

Ein sehr bekanntes und häufiges Trauerritual, das in allen Kulturen zu finden ist, ist das Abschiednehmen. Das passiert im Sterbezimmer, im Aufbahrungsraum oder Verabschiedungsraum einer Krankenanstalt oder zu Hause. Das ist das wichtigste Trauerritual und hilft Angehörigen, sich mit der Wirklichkeit des Todes auseinanderzusetzen – siehe Analogie zu Phasenmodelle der Trauer – Nicht-wahrhaben-Wollen. (vgl. Görke-Sauer 2008, 22f) In diesem Fall sind Abschiedsräume von großer Bedeutung. Bei den Abschiedsräumen handelt es sich um Räume, die für die bewusste und persönliche Abschiednahme konzipiert wurden und ausschließlich dafür zur Verfügung stehen. Andere Bezeichnungen für den Abschiedsraum stellt Holzschuh vor, wie: Verabschiedungsraum, Aufbahrungsraum, Aussegnungsraum. (vgl. Holzschuh 2006, 17)

Laut Kübler-Ross (2003) ist die Möglichkeit, Abschied zu nehmen, wichtig und notwendig für die Familie, die sich aufgrund eines abrupten Todes nicht darauf vorbereiten konnte. Wie etwa den Körper des Verstorbenen vor der Bestattung noch einmal zu sehen, um Abschied nehmen zu können, um den realen Verlust zu realisieren, wirken sich sehr positiv im Trauerprozess eines Trauernden aus.

In so einem Verabschiedungsraum sollten die Familien ihren Gefühlen freien Lauf lassen können, wo sie ungestört Abschied nehmen. Das sollte als ein sogenanntes ‚Schreizimmer‘ verwendet werden. Sogar Schwestern und Ärzte bräuchten dringend manchmal auch ein Schreizimmer. (vgl. Kübler-Ross 2000, 177)

Bruder Paulus Terwite, der Geschäftsführer der Hospizbewegung Ostthüringen in Gera, meint, dass sie den Toten etwas Gutes tun können, indem sie ihn waschen und anziehen; dass die Angehörigen aktiv teilnehmen an den Vorbereitungen und Anziehen des Verstorbenen. Das hilft den Hinterbliebenen im Trauerprozess, etwas loszulassen und Hingabe zu schenken. Auch das Schmücken des Toten ist symbolträchtig, mit Blumen als Symbol über das Leben, was den Blumen „genommen“ wurde und den Toten geben wollte. (vgl. Wylegalla 1998, 612)

Im Rahmen der zweiten Traueraufgabe wird Reaktionen Raum gegeben, über Hilfen zur Trauerauflösung gesprochen. Es sollte dafür gesorgt werden, dass die Zeit, der Ort und die Gelegenheiten geschaffen werden, also im konkreten und im übertragenen Sinne, einen Raum zur Verfügung zu stellen, in dem Trauernde „(...) ungestört *das Ihre* tun können.“ (Lammer 2004, 110) Was die Trauernden da drinnen tun oder lassen, kann sehr verschieden und individuell sein. Kübler-Ross betont, dass die BegleiterInnen den trauernden Personen überlassen, wie man trauere. Wichtig ist dabei, dass sie das möglichst frei machen und keine Erwartungen oder eigene Vorstellungen haben.

Dabei erscheint hier beachtlich, ein Zitat aus ihrem Buch *Trauer verstehen* (2004) zu erwähnen, das mehr spricht als viele Worte:

„Ein zehnjähriger Junge ist in einen Straßenkampf zwischen zwei Gangs geraten und versehentlich angeschossen worden. Als die Mutter eine halbe Stunde nach der Einlieferung ins Krankenhaus erfährt, dass die Notoperation gescheitert und ihr Sohn gestorben ist, läuft sie laut schreiend die Krankenhausflure hinunter, stürzt sich auf alle Blumenkübel, die sie unterwegs sieht, und reißt sie um. Schnell wird sie von Krankenhauspersonal umringt und daran gehindert; man ordnet ihr Verhalten als ‚unangemessen‘ und ‚verrückt‘ ein und gibt ihr eine Beruhigungsspritze. Dabei ist aus Sicht der Trauerbegleitung nicht das Verhalten der Frau verrückt, sondern dessen Unterbindung. Denn sie hat nur adäquat symbolisch ausgedrückt, was ihr gerade geschehen ist: Ihre Welt ist soeben eingestürzt, eine verrückte Welt ist in die Normalität ihres Lebens eingebrochen und hat ihr das Liebste weggerissen.(...) Wenn das Personal materiellen Schaden, Aufsehen und evtl. Verletzungen in den Krankenhausfluren vermeiden will, ist das im Rahmen seiner Systemregeln berechtigt, aber es geschieht im Interesse der Institution und nicht im Interesse der Frau und ihrer Trauerverarbeitung. Es täte gut daran, das zu verdeutlichen, anstatt die Frau zu betäuben.“ (Lammer 2004, 110)

Es wurde dieser Frau definitiv keinen Raum für Reaktionen gegeben, schreibt die Pastoralpsychologin Lammer. Aus der Sicht der Trauerbegleitung ist das Verhalten der Frau nicht „verrückt“ oder unangemessen, sondern die Unterbindung dessen. Lammer nennt so einen Raum ein „Erlebnis- und Erlaubnis-Raum“ (Lammer 2004, 111), wo der Trauernde seinen Gefühlen freien Lauf lassen kann. Dabei gibt es einige Dinge zu berücksichtigen, wie:

- Die Gefühle können, neben der psychohygienischen Funktion, auch Wegweiser zu den jeweils individuellen wichtigsten Bereichen der Verlusterfahrung sein.
- Die Ambivalenzkonflikte (siehe Bowlbys Bindungstheorie) spielen bei der Verlustbewältigung eine wichtige Rolle; mit dem „dritten Ohr“ auf die latenten und ambivalenten Gefühle zu hören und ihnen Raum zu geben.
- Die Unterstützung des Krankenhauspersonals, die Gefühle der Trauernden am „expressivsten“ äußern können. (vgl. Lammer 2004, 111f)

Von der Seite der Pflegenden ist Zurückhaltung aufzubringen. Die Devise lautet: „Trauerreaktionen fördern, nicht fordern!“ (Lammer 2004, 111) Wenn jemand aber keine Gefühle in der Öffentlichkeit zeigen kann oder will, ist das auch in Ordnung und sollte akzeptiert werden. Von der Seite der Pflegenden wird Empathie erwartet, sie sollen Signale senden, Gefühle zeigen, das Gehörte bestätigen und bekräftigen. (vgl. Lammer 2004, 111f)

Bezüglich des Abschiedsraumes schreibt Andreas Heller: „Nachdem jahrelang das Sterben unter der Perspektive der Unmenschlichkeit, des kalten, abgeschobenen isolierten Verendens in den Badezimmern und Abstellkammern von anonymen Großkliniken kritisiert worden ist, scheint sich derzeit ein dazu gegenläufiges Leitbild auszuprägen. Sterben wird ideologisiert, mythologisiert, relativiert und eingeebnet.“ (Heller 2000b, 29)

Grossmann spricht von Abschiedsraum als „Rooming-in“, nämlich in Altenheimen, wo es dafür ein „Extrazimmer“ gibt. Die Zustimmung zum „Rooming-in“ wird von Fall zu Fall gegeben, wo der Primarius und der Oberarzt in jedem Fall entscheiden. Vor allem am Wochenende, wenn viele Besucher in das Altenheim kommen, bei moribunden Personen, wird vom Oberarzt entschieden, ob die Angehörigen in diesem Extrazimmer und über die Nacht bleiben können. (vgl. Grossmann 2000, 90)

Wenn Sabine Holzschuh (2006) über den Abschiedsraum und seine Verwendung schreibt, streicht sie heraus, dass Angehörige das gerne und oft besuchen. Manche brauchen nur ein paar Minuten, manche bleiben 10–15 Minuten beim Verstorbenen, und sie kommen öfter in den Raum und an mehreren Tagen. Es kommt vor, dass manche Hinterbliebene im Vorraum des Abschiedszimmers skeptisch sind, überfüllt von Ambivalenzgefühlen; einerseits der Wille, bewusst Abschied zu nehmen, und andererseits herrscht auch eine große Furcht und Angst vor der unmittelbaren Konfrontation mit dem Verstorbenen und die Wirkung dessen auf die eigene Person und das Leben. Beim Betreten des Abschiedsraumes stehen viele Angehörige erst in der Wandnähe, also ziemlich abwärts, und erst mit der Zeit verringert sich die Distanz zwischen ihnen und dem Verstorbenen. Der Abschied verläuft in Stille oder bei manchen kommt die Sprache auch zum Einsatz, indem sie eher einen Monolog mit dem Verstorbenen führen. Dabei weinen oder schluchzen sie leise.

Die Sozialpädagogin Holzschuh spricht von zwei Abschieden:

- der erste Abschied ist im Kranken-/Sterbezimmer, wenn der Körper des Verstorbenen noch warm ist und der Angehörige noch Zeichen der Zärtlichkeit zeigt, indem er/sie ihn auf Wange, Haaren oder Händen etc. berührt,
- der zweite Abschied geschieht im Abschiedsraum, wo der Verstorbene schon kalt und äußerlich verändert ist; dabei empfinden Angehörige ein Gefühl von Erschrecken und Befremden angesichts der Veränderungen des Verstorbenen.
(vgl. Holzschuh 2006, 167f)

Die Autorin Görke-Sauer stimmt der Autorin Holzschuh zu und fügt zwei weitere Abschiede dazu: der Abschied bei der Trauerfeier oder beim Trauergottesdienst und der Abschied bei der Beerdigung am Tag der Trauerfeier oder an einem anderen Tag. (vgl. Görke-Sauer 2008, 28)

Hier werden einige Abschiedsrituale nach dem Eintritt des Todes präsentiert, wie die hygienischen Vorkehrungen, die zu treffen sind für die Reinigung und Bestattung. Das bildet die Grundlage für eine Reihe von rituellen Gestaltungsformen. Zuerst wird der Körper des Verstorbenen gewaschen und angekleidet, entweder von Mitarbeitern vom Bestattungsinstitut, Angehörigen oder Hospizdiensten, für die würdevolle Aufbahrung des Verstorbenen. Die Aufbahrung wird im Zimmer des Verstorbenen, in der Friedhofshalle oder anderen Räumen stattfinden. Im Zentrum der ganzen rituellen Handlungen und Rituale in der Sterbebegleitung steht der Abschied. Abschied nehmen zu können ist ein sehr wichtiges Element für den Trauerprozess, wie schon im 1. Teil der Arbeit beschrieben worden ist. Abschied nehmen können außer den Angehörigen auch Mitarbeiter des Hospiz oder des Krankenhauses in individueller Form.

Im Hospiz können außerdem die Mitarbeiter und Pflegenden im Zimmer des Patienten feiern, sei es nach der traditionellen Art oder eine liturgisch gestaltete Feier. Die Feier wird vor allen von den Mitarbeitern der Station und nicht von Pfarrer oder Pfarrerin gestaltet. Dabei wird eine Biografie des Verstorbenen, Bilder von ihm, Lieblingsmusik, Lieblingsduft, Kerzen als Symbol der Hoffnung in dunklen Zeiten, Blumen als Zeichen für das sprossende Leben in Anbetracht der Vergänglichkeit des Menschen oder ein Kreuz als Ausdruck des von Gott besiegteten Todes hineingestellt. Dabei können und werden auch Angehörige eingeladen. An der klassischen Trauerfeier am Friedhof können auch Pflegenden teilnehmen, damit eröffnet sich die Möglichkeit, auch die Angehörigen in ihrer Trauer ein Stück zu begleiten, indem sie dem verstorbenen Patienten auf dem letzten Weg begleiten. In der römisch-katholischen Tradition gibt es das Sechswochen- oder Jahresamt, dazu werden wieder die Angehörigen ins Hospiz oder in eine nahegelegene Kirche eingeladen. (vgl. Gerstenkorn & Schibilsky 2004, 14ff)

Bezüglich der Versorgung des Verstorbenen und Abschiednehmen, schreibt der Mediziner Stein Husebø in seinem Buch „Liebe und Trauer“ (2005): „Wir bekamen Solveig⁵ zu sehen, wie sie nach ihrem Auffinden ausgesehen hatte. Wir durften sie waschen, wir holten ihr schönsten Kleid und schmückten sie. Solveig kam wirklich nach Hause. Mutter, Vater, Geschwister, Freunde, Angehörige durften kommen, sich niedersetzen, ihr über die Wange streicheln, lachen und weinen. Einige brauchten viel Zeit und saßen Tag und Nacht dort. Im Nachhinein wüssten wir nicht, wie wir ohne diese eigene, individuelle Art und Weise, ihr ‚auf Wiedersehen‘ sagen zu können, überlebt hätten.“ (Husebø 2005, 52)

Im Folgenden werden am Beispiel des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern und des Rudolfinerhauses Wien und des Krankenhauses Herdecke in Deutschland drei Beispiele von Verabschiedungsräumen vorgestellt. Die drei Einrichtungen präsentieren auch drei Orientierungen, ein christliches Haus, ein weltliches Privatspital und ein anthroposophisch orientiertes Krankenhaus.

Abschiedsraum bei den Barmherzigen Schwestern in Wien

In der Darstellung des Abschiedsraumes im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern der Vinzent Gruppe wird auf das Handbuch der Krankenseelsorge Bezug genommen.

Handbuch Krankenseelsorge Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien

Die Hauptaufgaben der Krankenhausseelsorge sind:

- Begleitung von Patienten mit regelmäßigen oder gezielten Besuchen
- Begleitung von Trauernden, Angehörigen
- Begleitung von Mitarbeitenden in schwerwiegenden Verhältnissen und Zuständen
- Gestaltung von religiösen Ritualen und Feiern (vgl. Handbuch der Krankenhausseelsorge Krankenhaus Barmherzige Schwestern 2011, 4)

Die seelsorgliche Begleitung von Patienten wird unter folgenden Punkten vorgefunden:

- regelmäßige Besuche bei Schwerkranken und Sterbenden
- Trost und Halt durch stärkende Rituale
- Sakrament der Versöhnung und der Krankensalbung
- Krankenkommunion bzw. Abendmahl
- Gebet, Segen
- stilles Dasein am Krankenbett (vgl. Handbuch der Krankenhausseelsorge Krankenhaus Barmherzige Schwestern 2011, 29)

Die Räume und Ausstattung des Krankenhauses Barmherzige Schwestern, die in solchen Fällen zur Verfügung stehen, sind die Räume der Krankenseelsorge wie das Beichtzimmer, der Gesprächsraum für Seelsorgegespräche, Rituale und Teamsitzungen und der Verabschiedungsraum. Im Verabschiedungsraum werden die Verstorbenen drei bis fünf Stunden aufgebahrt, so dass die Angehörigen Abschied nehmen können, auch in Begleitung von Stationspersonal oder von dem Seelsorgepersonal des Krankenhauses.

Der Verabschiedungsraum

Im Verabschiedungsraum befindet sich das christliche Kreuz, das bei Bedarf auch mit einem Vorhang verdeckt werden kann. Bei der Begleitung von trauernden Angehörigen oder Sterbenden gibt es intern im Krankenhaus Leitlinien zum Umgang mit Patienten aus anderen Religionen (Hinduisten, Buddhisten, Muslime, Zeugen Jehovas usw.) und Richtlinien im Todesfall eines Patienten muslimischer, jüdischer und christlicher

⁵ Solveig war die Tochter von Stein Husebø, sie beging am 26. Februar 1999 Selbstmord. (Ich habe Dr. Husebø persönlich in einem Seminar im IFF Wien gehört und wie wichtig das für seine Familie war.)

Verstorbenen. (vgl. Handbuch der Krankenhausseelsorge Krankenhaus Barmherzige Schwestern 2011, 27)

Je nach Lebenssituation werden folgende Rituale und Handlungen angeboten:

- Rituale für Krankensalbungsfeier
- Beichten
- Trauergottesdienste/Gedenkgottesdienste für Angehörige (vier Mal im Jahr)
- Verabschiedungsritual für Sterbende mit oder ohne Angehörige
- Verabschiedungsritual für Verstorbene mit oder ohne Angehörige
- Trauergespräche
- Weiterleiten der Angehörigen an Trauergruppen
- Verabschiedungsfeiern am Sterbebett bzw. im Verabschiedungsraum (vgl. Handbuch der Krankenhausseelsorge Krankenhaus Barmherzige Schwestern 2011, 33ff)

Diese Rituale finden je nach Bedarf und Möglichkeit im Krankenzimmer, Gesprächszimmer, Beichtzimmer, Abschiedsraum, in der Sakristei oder im Verabschiedungsraum statt.

Abschiednehmen, Rituale vor und nach dem Tod im Rudolfinerhaus Wien

Im Rudolfinerhaus werden persönliche, kulturelle und religiöse Wünsche der Verstorbenen oder Angehörigen respektiert und dabei natürlich auch die gesetzlichen und hygienischen Bestimmungen eingehalten.

Die zu setzenden Maßnahmen beim Todesfall sind: die Pflegeperson verständigt den diensthabenden Arzt im Haus, der auch den Tod feststellt. Der Arzt verständigt dann den behandelnden Arzt und die Angehörigen des Verstorbenen. Dabei werden die Angehörigen gebeten, innerhalb von zehn Stunden eine Bekleidung für die/den Verstorbene/n zu bringen und einen Bestatter zu beauftragen.

Beim Versorgen des Verstorbenen, die durch zwei Pflegepersonen erfolgt, werden die kulturellen und religiösen Hintergründe des Verstorbenen oder Angehörigen berücksichtigt. Das geschieht folgendermaßen:

- Raum schaffen für Privatsphäre
- das Ausziehen aller Kleidungsstücke
- das Entfernen von Venenzugängen, Drains etc., Schmuck und Zahnprothesen
- als Unterlage nur Leintuch und kleinen Polster belassen
- ein offenes Hemd anziehen
- Augen schließen
- gerolltes Handtuch unters Kinn legen, wenn der Mund offen geblieben ist
- mit Leintuch zudecken
- ausgefüllte Handpässe an Hand oder Fuß locker einbringen
- der Verstorbene bleibt mindestens drei Stunden (bis sechs) auf der Station, wird dann vom Hausarbeiter abgeholt und mit dem Bett in den Totenraum gebracht (im Totenraum müssen ein blauer Schutzmantel und Handschuhe getragen werden, die beim Verlassen des Totenraumes abzulegen und zu entsorgen sind)
- die Angehörigen können, wenn dies gewünscht wird, im Totenraum vom Verstorbenen Abschied nehmen, dabei werden sie in Begleitung einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester oder Krankenpfleger betreut

Neben den Maßnahmen der Versorgung des Verstorbenen werden auch eine Reihe organisatorischer und administrativer Maßnahmen durchgeführt. (vgl. Internes Standard von Privatspital Rudolfinerhaus Wien Thema Todesfall 2011, 1f)

Die Autorin Christina Pazdera (2008) hat in ihrer Diplomarbeit für Gesundheits- und Krankenpflege am Rudolfinerhaus Wien einige wichtige Rituale, die vor und nach dem Tod auf der Station anzutreffen sind, beigefügt. Sie hat dabei die römisch-katholische, die evangelische und die russisch-orthodoxe Kirche behandelt.

Rituale vor und nach dem Tod in der römisch-katholischen Kirche

Bei einer Zustandsverschlechterung des Patienten wird mit seiner oder der Absprache mit den Angehörigen die Seelsorge verständigt. Dabei kann der Geistliche die Krankensalbung, ein Sakrament der Stärkung im Todeskampf vollziehen. Bei der Krankensalbung berührt der Priester die Stirn des Kranken, wobei die Hände mit geweihtem Öl gesalbt sind, und es wird für den Patienten gebetet. Nach der Salbung entfernt der Priester das Öl von der Stirn des Kranken mit Watte. Für die Krankenkommunion sollte ein Tisch mit weißem Tischtuch gedeckt werden, darauf ein Kreuz und links und rechts davon eine brennende Kerze stehen. Es gibt noch ein Gefäß mit Weihwasser und eines mit normalem Wasser, etwas Blumenschmuck und ein Handtuch. Es ist oft der Fall, dass die Krankensalbung gleichzeitig mit der Krankenkommunion stattfindet. Der Kranke kann davor mit dem Priester reden, und auf Wunsch wird ihm die Beichte abgenommen. Im Rudolfinerhaus werden die oben erwähnten Utensilien in Boxen aufbewahrt, über deren Inhalt es auch eigene Richtlinien gibt. Es wird ein gemeinsames Gebet, wobei die Pflegeperson mitbeten kann, zur Unterstützung des Sterbenden durchgeführt.

Nach dem Versterben des Patienten werden folgende Maßnahmen unternommen:

- das Zimmer wird von allen medizinischen Geräten und pflegerischen Materialien weggeräumt
- den Angehörigen wird ein würdevoller Rahmen zum Abschiednehmen gegeben
- am Nachtkästchen sind ein Kreuz und eine brennende Kerze als Symbol für den Glauben an die Auferstehung
- wenn es von Angehörigen gewünscht wird, werden dem Leichnam die Hände wie zum Gebet gefaltet und ihm ein Kruzifix oder ein Rosenkranz in die Hände gelegt (vgl. Pazdera 2008, 4ff)

Rituale vor und nach dem Tod in der evangelischen Kirche

In der evangelischen Kirche gibt es nur zwei Sakramente: die Taufe und das Abendmahl. Wenn das Bedürfnis besteht, das Abendmahl zu feiern, wird die Seelsorge oder einen Priester des Krankenhauses verständigt, um dem Kranken dieses Bedürfnis zu erfüllen. Nach dem Eintritt des Todes wird im Zimmer eine würdevolle Atmosphäre geschaffen (das Entfernen aller medizinischen und pflegerischen Geräte und Materialien), die ein liebevolles Abschiednehmen ermöglicht. Es wird ein Kreuz aufgestellt und eine Kerze angezündet. (vgl. Pazdera 2008, 10)

Rituale vor und nach dem Tod in der russisch-orthodoxen Kirche

Es wird ein Rahmen geschaffen, so wie bei den anderen Konfessionen, der ein würdevolles Abschiednehmen ermöglicht. Die gläubigen Patienten und Angehörigen erwarten von den Pflegenden die sieben Gaben des Heiligen Geistes, das heißt, sie sollen mit Liebe, Freude, Güte und Geduld, mit Freundlichkeit und in Frieden die Patienten betreuen und ihren Glauben respektieren.

Die Krankensalbung ist im russisch-orthodoxen Glauben ein sehr umfangreiches Ritual, das nur am Lebenden durchgeführt werden kann. Es wird nicht nur bei Todesgefahr, sondern auch zur Genesung des Leibes, der Seele und des Geistes gespendet. Die Zahl sieben spielt dabei eine große Rolle. Die Krankensalbung muss von sieben Priestern

vollzogen werden oder kann auch im Namen der Priesterschaft von einem Priester übernommen werden. Die Priester von der russisch-orthodoxen Gemeinde in Wien sind bereit, die Krankensalbungen von Patienten im Rudolfinerhaus zu übernehmen, dabei wird aus praktischen Gründen nur ein Priester geschickt. (vgl. Pazdera 2008, 11ff)

Aufbahrungsraum im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke in Deutschland

Am Beispiel des Krankenhauses Herdecke in Deutschland wird ein weiterer Aufbahrungsraum vorgestellt. Die Auswahl wurde durch den Bekanntheitsgrad, der langjährigen Tradition sowie der anthroposophischen Orientierung der Einrichtung bestimmt.

Das Abschiedszimmer oder der Aufbahrungsraum des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke ist in Abbildung 16 zu sehen.

Abb. 16: Ausschnitt eines Aufbahrungsraumes im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke



Quelle: Teigeler 2008, 220

Brigitte Teigeler (2008) zitiert die Aussage von Marly Joosten vom Krankenhaus Herdecke⁶ und schreibt, dass das, was heutzutage in deutschen Krankenhäusern/Kliniken im Umgang mit Verstorbenen geschieht, als Unkultur zu bezeichnen ist. Joosten meint dass die schnelle „Versorgung“ des Verstorbenen rasch und hektisch stattfindet, bevor er in den Kühlraum geschoben wird. Daher besteht oftmals für die Angehörigen keine richtige Möglichkeit, Abschied zu nehmen. Wenn eine letzte Begegnung gewünscht wird, findet sie „im gleißenden Licht des Kühlraumes, zwischen Putzutensilien und Metallbahnen, statt.“ (Joosten 2008 zit. n. Teigeler 2008, 219) So eine letzte Begegnung und Abschied von den geliebten Menschen kann für viele Angehörige ein Trauma auslösen, was den Trauerprozess negativ beeinflussen kann.

⁶ Marly Joosten ist seit 25 Jahren im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke tätig und Gründerin des Modellprojekts Pflegeüberleitung (1992) und langjähriges Mitglied des Aufbahrungskreises.

Im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gibt es eine Tradition, die sich seit mehr als 30 Jahren bewährt hat, indem die Verstorbenen für drei Tage aufgebahrt werden. Nach der anthroposophischen Lehre⁷ brauchen die Seele, der Geist und der Lebensleib circa drei Tage, bis sie von Körper gelöst werden. Im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gibt es die Möglichkeit, dass sich Angehörige beim Waschen und Ankleiden des Verstorbenen beteiligen. Das Zimmer des Verstorbenen wird schön hergerichtet, Blumen und eine brennende Kerze⁸ werden aufgestellt sowie Bilder oder private Sachen des Verstorbenen. Dabei bleibt der Verstorbene auf seinem Bett aufgebahrt liegen, die Hände und das Gesicht sind frei. So bleibt alles vier bis sechs Stunden lang, dabei können Angehörige, Mitpatienten und Pflegende Abschied nehmen. Der Name des Patienten wird nicht von der Patiententafel gelöscht, sondern wird mit einem Kreuzzeichen vermerkt. Danach wird der Verstorbene von den Pflegenden in einen von drei kapellenähnlichen Aufbahrungsräume gebracht, wo er bis zu drei Tage auf einem Katafalk aufgebahrt wird. Links und rechts vom Kopf brennen Tag und Nacht Kerzen, zwischen den Händen des Verstorbenen ist eine Blume, deren Blätter langsam verwelken. Im Vorraum der Aufbahrungsräume gibt es ein Abschiedsbuch, darin können sich Angehörige, Freunde und Bekannte eintragen. Das volle Abschiedsbuch mit den Eintragungen zeigt, wie wichtig, im Trauerprozess so ein Abschieds- und Aufbahrungsraum für alle Beteiligten ist. „Eine besondere Stille ist im Raum, eine Ruhe, die zwischen den Welten zu liegen scheint, eine Aura der Zeitlosigkeit.“ (Teigeler 2008, 220)

Eine Studie von Bienstein; Priller (1997) zeigt, dass aufgrund von schlecht zugänglichen oder nicht ausgerichteten Abschiedsräumen den Angehörigen die Möglichkeit sich zu verabschieden fehlt. Für die Pflegenden sind diese Mängel auf struktureller und inhaltlicher Ebene ein zusätzlicher Faktor, die die gespannte Situation noch mehr erschweren können. Die Studie zeigt, dass die Pflegenden „ihrem Anspruch auf würdevollen Umgang mit Verstorbenen gerecht werden können“ (Plenter & Uhlmann 2000, 82f) allein durch die veränderte Gestaltungsmöglichkeit im Rahmen des Krankenhauses, wo sie tätig sind.

In der Neuregelung des Landeskrankenhausgesetzes NRW vom 22.12.1998 steht einer Erweiterung der Perspektive im Umgang mit Verstorbenen. In § 3 (3) steht: „Die Würde sterbender Patientinnen und Patienten ist besonders zu beachten. Sie ist über den Tod hinaus zu wahren. Hinterbliebene sollen angemessen Abschied nehmen können“. (Plenter & Uhlmann 2000, 83)

Das Trauerritual der Aufbahrungspraxis im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke⁹

Die Aufbahrung findet im Zeitraum vom Eintritt des Todes bis zur Abholung durch den Bestatter statt. Es gibt hier konkrete Aufgaben, die von Pflegenden zu erfüllen sind:

- „Aufbahren von Verstorbenen im Patientenzimmer und in den Aufbahrungsräumen
- Begleitung der Angehörigen bei Besuchen in den Aufbahrungsräumen
- Betreuung der Verstorbenen bei der Abholung durch den Bestatter
- Beratung über Aufbahrung und damit verbundene Angebote zur Gestaltung
- Betreuung der Angehörigen“ (Plenter & Uhlmann 2000, 83)

⁷ Anthroposophie – eine von Rudolf Steiner begründete, weltweit vertretene spirituelle Weltanschauung; das Ziel der Lehre ist es, den Menschen in seiner Beziehung zum Übersinnlichen zu betrachten.

⁸ Hier ist das Anzünden einer Kerze erlaubt, im Gegensatz zu Wiener Spitälern, wie z. B. im AKH oder Donauespital, wo das wegen der Brandgefahr nicht erlaubt ist. Das haben mir zwei Pflegepersonen von der Onkologie und IS geschildert.

⁹ Das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke ist mit dem Projekt „Förderung der Aufbahrung und Verabschiedung von Verstorbenen“ seit 1997 Mitglied im Projektverbund „Gesundes Land NRW“.

Die Studie von Bienstein und Priller (1997) hatte als Evaluationsfrage: „Wie bewerten Angehörige von verstorbenen Patienten die bestehende Aufbahrungspraxis im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke?“ Die Methode der Studie war die schriftliche Befragung. Dabei wurden 144 Angehörige von Patienten, die zwischen September 1997 und August 1998 im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke verstorben sind, befragt. Neben den quantitativen Daten wurden Angaben zur Person, Nutzungsgrad der Aufbahrungsräume, subjektive Einstellungen, Erfahrungen und Bewertungen in Erfahrung gebracht. Die Rücklaufquote der Fragebögen war 52,1% (75 ausgefüllte Fragebögen). Der Gesamteindruck der Aufbahrungsräume wurde positiv bewertet und wurde als sehr friedlich und würdevoll für mehr als 80% der Angehörigen empfunden und wirkte auf sie beruhigend. Die Angehörigen fühlten sich dadurch sicherer. Auch der Besuch der Angehörigen im Aufbahrungsraum in Begleitung der Pflegenden wurde mit einem sicheren Gefühl und Erleichterung empfunden. Ein Prozentsatz von 86,2% der Hinterbliebenen hatten den Besuch im Abschiedsraum als hilfreich empfunden. Dadurch, dass sie die Möglichkeit hatten, ihren Gefühlen freien Lauf zu lassen, ihren Schmerz zu spüren, war ein Loslassen „leichter“. Das aktiv im Trauerprozess sein führt zur Bewältigung der Trauer im Leben eines Angehörigen (siehe Trauerphasen und Aufgaben). (vgl. Plenter & Uhlmann 2000, 83f)

Die Bestattung

Die Bestattung ist mehr den Bedürfnissen der Familie und Verwandten entsprechen und ein einfaches Ritual ist empfehlenswert, damit die Realität des Todes real und öffentlich erfasst werden kann. Gegen eine kunstvoll arrangierte Beerdigung mit seinen kommerziellen Aspekten spricht, dass es nicht nur den qualvollen Schmerz der Angehörigen verlängert, sondern auch zusätzliche Kosten für die Hinterbliebenen bereitet. (vgl. Kübler-Ross 2003, 121f)

Wenn der Bestattungsritus gepflegt wird, findet er heutzutage viel später statt als das früher der Fall war. Gründe sind z. B. die Entfernung vom Sterbeort und die zeitliche Distanz von Tod und Bestattung, das heißt, dass diese heutzutage oft zeitlich und räumlich auseinandertreten. (vgl. Lammer 2004, 14)

Manchmal sind Bestattungen, wie die Praxis zeigt, „kurz und schmerzlos“, damit verfolgen die Bestattungen eventuelle Gefühlsausbrüche zu vermeiden und sie auf den privaten Raum zu verweisen. Gerade diese Unterdrückung der Gefühle erschwert den Trauerprozess, schreibt Schäfer in Anlehnung an Spiegel (vgl. Schäfer 2002, 107) Bestattungen im engsten Kreis der Familie treten in den Vordergrund, damit verringert sich die Möglichkeit der Bewältigung des Verlustes durch die Gemeinschaft. Auch durch die Feuerbestattung und Einäscherung wird die Realität des Verlustes nicht so präsent, wie z. B. durch das Herablassen des Sargs. (vgl. Schmied 2003, 170f) Schmied (2003) weist auf die Zahlen der christlichen Bestattungen in Deutschland hin: 1973 wurden 89,05% der Verstorbenen in katholischen oder evangelischen Gemeinden beigesetzt. 1980 waren es 89,01%, die christlich bestattet worden sind. Also neun von zehn Deutschen wurden in der Bundesrepublik christlich bestattet. In Österreich sind es 91% der Katholiken, die kirchliche Bestattungen für wichtig halten. (vgl. Schmied 2003, 173)

Es ist immer wieder umstritten, ob Kinder an Bestattungen teilnehmen sollen oder nicht. Man will sie schützen vor bösen oder schlimmen Erlebnissen. Das Thema Trauer der Kinder wird nicht behandelt, sondern nur kurz angeschnitten, was die Teilnahme an Bestattungen angeht. Kinder sollten immer gefragt werden, ob sie an der Trauerfeier oder Bestattung teilnehmen wollen oder nicht. Sie sollen selbst bestimmen können. Die

Einbeziehung der Angehörigen (Kinder) in den Sterbeprozess oder des Trauerns spielt eine große Rolle im Trauerprozess und der Trauerbewältigung sowohl des Kindes als auch der Angehörigen. (vgl. Leppin 2007)

Nachstehen werden einige Faktoren erwähnt, die dabei nicht außer Acht zu lassen sind, wie

- Fotos sollten gemacht werden, wenn das Kind nicht teilnimmt, um spätere Fragen beantworten oder die Feier zeigen zu können.
- Das Gestalten einer „Trauerecke“ mit Bildern des Verstorbenen, Sachen von ihm, um eine Alternative als Ergänzung zur Teilnahme an der Trauerfeier zu haben.
- Die Möglichkeit einer Annäherung und Umgang mit dem Leichnam sollte gewährleistet werden.
- Eine spätere und natürliche Annäherung an das Thema und im Umgang mit dem Leichnam, es sollte möglich sein, darüber zu sprechen
- Gemeinsames Suchen von Grabbeigaben (Motto, Inskription etc.)
- Die Möglichkeit von Gesprächen über das Leben nach dem Tod schaffen.
- Informationen vermitteln über den genauen Ablauf der Trauerfeier (vgl. Leppin 2007, 408)

Schmied (2003) berichtet, in Anlehnung an Gorer (1977) über die Trauerriten von orthodoxen Juden in Großbritannien. Im jüdischen Glauben gibt es eine Trauerwoche (shiva), in denen die Trauernden sich ganz auf den Verlust konzentrieren. Sie dürfen dabei nichts arbeiten und sie werden gepflegt, um so die Unterstützung und Trost in der Gemeinschaft ganz zu genießen. Es wird auch die therapeutische Wirkung dieser Trauerwoche gezeigt. (Schmied 2003, 144)

Es werden sogar Ritualdesigner engagiert, um dem Verstorbenen eine besondere Ehre erweisen zu können, um eine besondere ausgefallene Bestattungszeremonie zu gestalten. (vgl. Müller, 2011, 38)

Das Teilnehmen an einer Trauerfeier, im Rahmen einer Bestattung, hat große Auswirkungen im realen und weiteren Leben eines Angehörigen. Eine Trauerfeier bietet folgende Handlungen:

- sich zu verabschieden
- einen (geliebten) Menschen zu ehren
- dem Verstorbenen gute Wünsche mit auf den Weg zu geben
- Trost zu geben und selbst zu bekommen (empfangen)
- Unterstützung zu geben und zu erleben
- einander beizustehen (vgl. Paul 2000, 65ff)

Das sind eigentlich mehrere Riten, die gleichzeitig oder nacheinander ablaufen, die sowohl für den Einzelnen als auch für die ganze Gruppe gelten, wie die Autorin Paul bemerkt.

Traditionell und bekannt ist der „**Beerdigungskaffee**“ nicht nur im deutschsprachigen Raum, sondern auch in anderen Kulturen, der ein Zusammenkommen und Zusammensein in einem entspannten Rahmen und einer entsprechenden Atmosphäre für die Beteiligten ermöglichen soll. Paul schreibt: „Das gemeinsame Essen und Trinken bindet an das Leben, die Gespräche ermöglichen ein erstes Ordnen der Gedanken und Gefühle.“ (Paul 2000, 69)

Der Beerdigungskaffee oder den Totenmahl findet entweder zu Hause oder in einem Gasthaus statt. (vgl. Döring 1999, 176) In Österreich heißt dieses Totenmahl auch Leichenschmaus.

Das Weinen

Ein wesentliches Merkmal der Trauer, das sich in allen Kulturen finden lässt, ist nach Stubbe (1985) das **Trauerweinen**. Es können dabei das natürliche Weinen und das zeremonielle Trauerweinen unterschieden werden.

Das natürliche Weinen

Das natürliche Weinen kann als erste Ausdrucksweise laut Stubbe (1985) angeboren oder kann erworben sein. Gründe für das Weinen sind Trauer, Zorn, Sympathie, Furcht oder Schmerz. Beim Weinen herrscht ein Zustand der Hilflosigkeit und der Verzweiflung vor. Das Weinen wirkt stimmungsübertragend, ist ansteckend und ruft eine Erleichterung des Kammers hervor, es wirkt wie ein Sicherheitsventil. Obwohl Weinen ein ganz normales Phänomen ist, kann es, wie die Trauer, pathologisch werden. (vgl. Stubbe 1985, 14)

Tränen sind der Ausdruck des Schmerzes, der überall auf der Welt verstanden wird. (vgl. Rehberger 2004, 21)

Das zeremonielle (kulturell determinierte) Trauerweinen

Das zeremonielle Weinen geht von dem natürlichen Weinen aus, hat aber folgende Merkmale:

- Künstlichkeit – künstlich und absichtlich (Klageweiber)
- Übermaß – es wird die Dauer und die Stärke übertrieben
- Ostentation – es ist demonstrativ, soll von der Gesellschaft gesehen werden

Das zeremonielle Trauerweinen kann in bestimmten Augenblicken, die mit der Trauerfeier oder dem Begräbnis zu tun haben, auftreten, wie beim Austragen der Leiche aus dem Haus, im Leichenzug oder beim Herablassen des Sarges. Das zeremonielle Trauerweinen ist zeitlich begrenzt (z. B. nur jeden Morgen, zur Sterbestunde, am Sterbetag etc.) und an bestimmte Orte gebunden (Krankenhaus, am Grab etc.) (vgl. Stubbe 1985, 18ff) Bei dem zeremoniellen Trauerweinen sollte die Möglichkeit der Kunst nicht außer Acht gelassen werden. Das Weinen wird künstlich ausgelöst, mittels verschiedener Hilfsmittel wie Kalk in die Augen schmieren, Essig trinken, Reiben und Kratzen der Nase, Zwiebel riechen oder indischen Pfeffer riechen oder einatmen.

Im Hinblick auf das Trauerverhalten der alten Israeliten, die Gefühle zeigen, schreibt Heinisch (1931), dass der aus dem Orient stammende Mensch seine Gefühle eher offen zeigt und nicht zu beherrschen oder zu verstecken versucht wie der Abendländer. Daher lassen sie ihren Gefühlen freien Lauf, am Grab eines nahen Verstorbenen geben sie sich ganz dem Schmerz hin, lassen die Tränen fließen.

Heinisch (1931) greift auf die Bibel zurück, wie die folgenden Beispiele zeigen:

- Abraham weinte am Grab seiner Frau Sarah. In 1 Mose (Genesis) 23: 2b steht: „Da kam Abraham, dass er sie beklagte und beweinte“. (Die Bibel, Das Alte Testament 1999, 23)
- Jakob beweinte seinen Sohn Josef, da er ihn als tot glaubte. In 1 Mose (Genesis) 37: 35 steht: „Und alle Söhne und Töchter kamen zu ihm, ihn zu trösten; aber er wollte sich nicht trösten lassen und sprach: Ich werde mit Leid hinunterfahren zu den Toten, zu meinem Sohn. Und sein Vater beweinte ihn.“ (Die Bibel, Das Alte Testament 1999, 42)
- Josef beweinte seinen toten Vater und warf sich über ihn; 1 Mose (Genesis) 50: 1 „Da warf sich Josef über seines Vaters Angesicht und weinte über ihm und küsste ihn.“ (Die Bibel, Das Alte Testament 1999, 56)
- Ägypter beweinen auf Anordnung von Josef ihren Großwesir; 1 Mose (Genesis) 50: 3b:

„Und die Ägypter beweinten ihn siebenzig Tage.“ (Die Bibel, Das Alte Testament 1999, 56) (vgl. Stubbe 1985, 20)

Diese Zitatstellen aus der Bibel, zeigen, dass die Beweinung von Toten ein sicherer, beständiger Brauch ist. Die Beweinung war mit der Totenklage eng verbunden, wie aus dem unten angeführten Zitat zu sehen ist. Die Trauernden äußerten und zeigten ihren Schmerz, laut und sichtbar, daher auch die Redensart „Weinen erheben“ (Stubbe 1985, 20)

Diese Trauerbräuche, wie Weinen und Wehklagen, sind in den meisten Ethnien und Kulturen als ganz normale Empfindungen des Schmerzes zu finden. Diese Rituale sind bei folgenden Völkern zu finden, wie

- bei den alten Ägyptern: dort brachen die Frauen in lautes Weinen und Jammern aus, Rufe wie: „Wehe über das Unglück!“, „O süßer Vater, mein Herr!“ (Stubbe 1985, 21)
- im neuzeitlichen Ägypten: dort sind die Klagen der Frauen, Verwandten oder Besucher, lautes Weinen, Schreien und Schluchzen zu hören, Klagelieder sind zu hören, wie: „O mein Unglück!“ (Stubbe 1985, 21)
- bei anderen Völkern: dort wird z. B. viel Wert darauf gelegt, dass laut geweint und geschrien wird, bis die Klagenden heiser sind
- in der heutigen westlichen Kultur: dort gilt Weinen als unmännlich und das Weinen in der Öffentlichkeit – in der amerikanischen Gesellschaft – wird als pathologisch bewertet, das eine entsprechende Therapie benötigt (vgl. Stubbe 1985, 21f)

In vielen Kulturen werden Tränen mit Symbolen verbunden, sie sind der Beweis für seelische Reinheit, himmlische Barmherzigkeit und oft ein Zeichen der Erlösung, sie machen das Herz des Trauernden leichter. (vgl. Stubbe 1985, 25)

Das Weinen gilt in der Öffentlichkeit der westlichen industriellen Gesellschaften als unmännlich oder sogar pathologisch. Sowohl das Weinen als auch die Totenklage haben keinen Platz mehr in unseren kirchlichen Bestattungen. Die Rumäninnen verstecken ihre Tränen nicht. Wenn sie weinen, können sie sich dem Leben zuwenden, aber nicht so, als wäre der Schmerz nicht mehr da. Eben weil der Schmerz zugelassen wird und weil die Tränen fließen, bleibt hier eine bestimmte Lebendigkeit. „Die weinenden Frauen Rumäniens sind der lebendige Kontrast zu den versteinerten Witwen unserer Welt, die sich um Haltung und Tapferkeit bemühen.“ (Sperl; Sulițeanu 1998, 204)

Trauerkleidung, Trauertracht

Die nahen Angehörigen tragen ein Jahr lang schwarze Trauerkleidung, dann im zweiten Jahr wird Schwarz mit Grau kombiniert und dann kommen auch weitere Farben dazu, schreibt die deutsche Autorin Göre-Sauer, (vgl. Görke-Sauer 2008, 18)

Bei den alten Israelis ist die zerrissene Kleidung, der „Saq“¹⁰, die Trauertracht. Der Saq war ein grobes Stück Stoff in dunkler Farbe, der der nahestehenden Personen des Verstorbenen um den Leib gegurtet wurde. Eine Jungfrau hat auch den Saq anlegen müssen, wenn ihr Bräutigam gestorben ist, wie im Alten Testament in Joel 1: 8 zu sehen ist: „Heule wie eine Jungfrau, die Trauer anlegt um ihres Bräutigams willen!“ (Die Bibel, Das Alte Testament 1999, 871)

Die Untersuchung von Kalish und Reynolds (1976) zeigte, dass mehr als die Hälfte der befragten US-Amerikaner (über 50%) es für nicht angebracht halten, auch nach dem Tag

¹⁰ Im Alten Testament steht das Wort Sack, Stubbe (1985) verwendet das Wort Saq, wie es wahrscheinlich in manche Regionen noch verwendet wird.

der Beisetzung Schwarz zu tragen; 20% hielten es für normal und angemessen, dass sie noch eine Woche oder einen Monat Schwarz tragen. Im Gegensatz zu Los Angeles zeigte die Untersuchung in Großbritannien, dass 20% der Befragten ihren neuen Status als Witwer/Witwe über drei Monate durch die Kleidung gezeigt haben. (vgl. Schmied 2003, 140f)

Trauerbemalung und Trauerfarben

Als Farbe wird schwarz als die „allein richtige“ (Stubbe 1985, 31) Trauerfarbe gesehen. Schwarz als Trauerfarbe im abendländischen Kulturkreis ist schon seit der Antike bekannt. Neben dem schwarzen Trauergewand gab es auch das Schwärzen des Gesichts. Diese Trauerfarbe war früher eine Farbe der Identifikation der Angehörigen mit dem Toten.

Neben dem bekannten Schwarz als Trauerfarbe gibt es aus der Ethnographie Beispiele des Gebrauchs der weißen Farbe als Trauerfarbe, so wie in Ungarn zu finden ist. (vgl. Stubbe 1985, 32)

Trauerschleier, Trauerhaube

Der Schleier ist in der heutigen Zeit besser bekannt als die Trauerhaube und diente auch zur Abwehr von bösen Einflüssen und dem Totengeist. Er wurde als Zeichen der Trauer von der Gemeinschaft erkannt, schreibt die deutsche Autorin Martina Görke-Sauer. (vgl. Görke-Sauer 2008, 19)

Riten, die die Trauer beenden

Hier gehören folgende Rituale:

Rituale im ersten Jahr

In manchen katholischen Gegenden in Deutschland ist es Sitte, zum ersten Jahrestag des Todes einen Trauergottesdienst bzw. Gedenkgottesdienst zu feiern. Das wird mit dem zweiten Begräbnis verglichen. Die zweite Bestattung wird hier als ein abschließender Ritus der Trauer gesehen und kündigt das Ende der Trauerzeit an. (vgl. Schmied 2003, 145)

Seelenamt, Gedenkgottesdienst und Erinnerungsfeier

In den christlichen Kirchen (katholisch, orthodox) wird traditionell nach sechs Wochen noch einmal offiziell an den Verstorbenen gedacht, wie Seelenämter, wie das 6-Wochen-Amt oder das Jahresamt. Bei der Gedenkmesse werden die Namen der Verstorbenen verlesen und ein Gebet für sie gesprochen und somit werden sie in der Gemeinde erneut gewürdigt. (vgl. Görke-Sauer 2008, 42)

Die Seelenmessen gelten dem Gedenken der Toten und der Fürbitten für sein jenseitiges Leben. Die Reihenfolge der Seelenmessen ist schon seit dem Mittelalter in bestimmter Ordnung nachweisbar. Die Gedenktage sind der „Dritte“, „Siebte“, „Dreißigste“ und das Jahresgedächtnis. Sie können aus biblischer Tradition begründet werden: der „Dritte“ hat den Bezug zur Grabesmesse Christi, die mit der Auferstehung am dritten Tag endete; die siebentägige Trauerfeier zum Tode des Patriarchen Jakob und die Totenfeier der Israeliten beim Tode Moses für den „Dreißigsten“. Auch das 6-Wochen-Amt gehörte zum Totengedenkgottesdienst, der das Totengedenken am 30. Tag ersetzt hat. Manchmal wurde das 6-Wochen-Amt nach der Beerdigung gehalten. (vgl. Döring 1999, 177f)

Allerheiligen – Allerseelen

„Dem Totengedenken und dem Arme-Seelen-Kult gilt insbesondere das Doppelfest Allerheiligen und Allerseelen. Der Tote wurde in Familie und Dorf nicht vergessen.“ (Döring 1999, 180) Zu Allerheiligen beteiligt sich die ganze Dorfgemeinschaft an der

Prozession, die über den Kirchhof. Allerseelen ist am Spätnachmittag, die Andacht für die Armen Seelen.

9.2 Sehr bekannte Trauerrituale – in bestimmten Kulturen noch anzutreffen

Bei den sehr bekannten Trauerritualen, die heutzutage noch in bestimmten Kulturen anzutreffen sind, werden folgende vorgestellt:

Schlafverbot oder Totenwache

Huber (1998) zeigt mögliche Motive für die Abhaltung von Totenwache, die mit folgenden Tatsachen zu tun haben:

- „in einem allgemeinen Schlafverbot
- im Bedürfnis, den Begräbnistermin hinauszuschieben
- in der Angst vor dem Scheintod“ (Huber 1998, 152)

Diese Angst vor dem Scheintod belegen auch alte Vorschriften, wie das Wiener Hofdekret von 25. Februar 1784. (vgl. Pröbsting 1967, zit. n. Huber 1998, 153) Die Angst, lebendig begraben zu werden, gab es schon im 18. und 19. Jahrhundert und bedrückte die Menschen. Deshalb wurden ausgeklügelte Apparaturen für den Aufbewahrungsraum eingesetzt, die bei der kleinsten Bewegung oder Berührung Alarm schlagen sollten. Es wurde eine Frist von 48 Stunden eingesetzt, in der der Leichnam nicht bestattet werden durfte. In der heutigen Zeit wird die Totenwache ausnahmslos als Verpflichtung angeführt, wie der Autor Huber schreibt. (vgl. Huber 1998, 152f)

„Die Totenwache und die Gebete der Klagefrauen hatten immer auch eine soziale Funktion: Trauernde wurden nicht allein gelassen, Nachbarn kümmerten sich um Haushalt und Kinder und um all die Dinge, die notwendig waren, um die Bestattung in die Wege zu leiten.“ (Görke-Sauer 2008, 20)

Der Autor Huber (1998, 158ff) hat exemplarisch die Totenwache bei den Katholiken der alpinen Zone und in einem protestantischen Gebiet desselben untersuchten Bereichs gezeigt.

Ablauf der häuslichen Totenwache bei den Katholiken der alpinen Zone zwischen Enns und Traisen

Um sieben Uhr am Abend treffen die Nachtwärter im Trauerhaus ein. Es kommt aus jedem Haushalt jemand, der festlich gekleidet ist. Im Aufbewahrungsraum wird zu Füßen des Leichnams ein stummes Gebet gesprochen. Danach begeben sich die Hinterbliebenen und trauernden Angehörigen oder Nachbarn in eine Stube, wo die eigentliche Nachtwache gehalten wird. Dann zündet der Vorbeter eine Kerze an und leitet dann die Nachtwache mit einigen belehrten Worten ein. Dann folgt der Rosenkranz, das Glaubensbekenntnis, ein Vaterunsergebet und drei Ave Maria. Dann ist Jausenzeit, wo einen Laib Brot und einen Krug Most bekommt. Dabei singen die Sängerinnen aus handgeschriebenen Liederbüchern. Es werden drei bis sechs Lieder gesungen, nach jedem kommt ein Vaterunser. (vgl. Huber 1998, 153f)

Die Totenwache in einem protestantischen Gebiet

Der Verstorbene wird in seinem besten Gewand – Brautgewand – aufgebahrt, mit gefalteten Händen auf der Brust. Da gibt es kein Sterbekreuz, keinen Rosenkranz und auch der Aufbewahrungsraum ist viel schlichter und einfacher eingerichtet als bei den Katholiken. Auf dem Bahrtisch brennt links und rechts eine Kerze, und es gibt auch noch eventuell ein Andachtsbild vom Verstorbenen. Zwei Nächte bleibt der Leichnam im Hause

und in beiden Nächten findet die Totenwache statt. Es versammeln sich alle Totenwacheteilnehmer erst im Sterbezimmer, wo sie ein stummes Gebet sprechen. Dann begeben sie sich in die Stube zur gemeinsamen Andacht. Da werden Lieder aus den Gesangsbüchern der evangelischen Kirche gesungen, die jeder Teilnehmer kennt. Nach jedem Lied liest der Leiter der Wache einen geeigneten Psalm aus der Bibel vor und beendet alles mit einem gemeinsamen Gebet. Zwischendurch oder am Schluss findet die Jause statt (Brot, Most, Obst). (vgl. Huber 1998, 155f)

In den oben angeführten Feldstudien um den Ötscher waren Pfarrgemeinden, die nicht ausschließlich katholisch oder protestantisch sind, sondern duokonfessionell. Die Totenwache wird gemeinsam gestaltet, aber es wird besondere Rücksicht auf das Bekenntnis des Verstorbenen genommen. (vgl. Huber 1998, 155f)

Heiratsvorschriften und Heiratsverbote

Ein universales Merkmal der Verwitwung bezieht sich auf Heiratsvorschriften und -verbote nach dem Verlust des Partners/der Partnerin für eine bestimmte Zeit.

Heiratsverbote sind in vielen Kulturen in der Trauerzeit üblich. Bei den alten Römern war das eine gesetzliche Vorschrift, dass eine Witwe während des „annus luctus“¹¹ ihren Mann zu betrauern hat und nicht heiraten darf. Dieses Trauerjahr wurde erst von Theodosius I (379–395) auf ein Jahr festgelegt. Es wird geglaubt, dass wenn man in diesem ersten Trauerjahr heiratet, kann der Geist des Verstorbenen nicht ruhen und muss herumirren, er könnte sogar zornig werden auf das neue Ehepaar. Solche Heiratsverbote haben eine große Bedeutung bis in die heutige Zeit, auch im europäischen Raum. Wie z. B. in Süditalien, wo die Witwe von der Familie ihres verstorbenen Ehemanns am Heiraten gehindert wird. (vgl. Stubbe 1985, 68f) Auch in deutschsprachigen Raum ist der Glaube verbreitet, dass Hochzeiten im Trauerjahr Unglück bringen und daher zu vermeiden sind. (vgl. Görke-Sauer 2008, 33)

Trauerklagen und -gesänge, Klagepersonal

Die Erwartungen in der Gesellschaft bezüglich des Trauerns und des Klagens sind, dass der Mensch die Pflicht hat, zu klagen. Die Klage wird als Norm, als etwas, was von einem Trauernden erwartet wird, dargestellt. (vgl. Durkheim 1981, 532)

Frauen spielen in der rituellen Totenklage in der Fürsorge für den Leichnam in vielen Ländern in Europa, Asien und Afrika eine herausragende Rolle. Es gibt in vielen Kulturen die Vorstellung, dass Frauen die Schuld am Tod mit sich tragen oder den Tod verschuldet haben, oder die Bürde der Sterblichkeit tragen. In Anlehnung an Bloch (1982, 225ff) schreibt Birgit Heller Folgendes: „Die Struktur von Totenriten in vielen traditionellen Kulturen weist Frauen die erniedrigende Aufgabe zu, das Leid und die Unreinheit des Todes auf sich zu nehmen.“ (Heller 2007b, 18) Trauer und Klage gilt als Domäne der Frauen.

Im Rahmen der Totenlage, werden folgende Rituale erwähnt:

- Rufen nach dem Verstorbenen: Ausrufe nach dem Toten sind schon bei den alten Israeliten vorgekommen, wie „Ach Bruder!“¹ Könige 13: 30 (Die Bibel, Das Alte Testament 1999, 361)
- Trauerklagen und -gesänge werden meist schreiend und klagend, als monotone Gesänge mit trauriger Stimme und Mienen, geäußert. Sie beinhalten den Ausdruck des Schmerzes, den sie damit zum Ausdruck bringen. Sie können wie folgt geführt werden:

¹¹ Trauerjahr

formale Lobpreisung des Verstorbenen und kollektives Wehklagen, zu festgesetzten Tageszeiten, wie Morgendämmerung Totenklage und Sonnenuntergang Totenklage.

Ihren Höhepunkt erreicht die Totenklage kurz vor und nach dem Begräbnis. So wie in viele Kulturen klagen Frauen weit mehr als Männer, daher haben sich die Begriffe Klageweiber und Klagefrauen eingebürgert.

Trauerklage in Österreich

Trauernormen sind für Geschlechter unterschiedlich formuliert. Das Trauergefühl wird auch hier durch eine typisierte Weiblichkeit repräsentiert. (vgl. Schäfer 2002, 72) Was die Totenklage in Österreich angeht, findet sich leider nicht viel Literatur bis auf ein Buch, das sehr alt ist. Das Schwinden der Rituale, die Entritualisierung, lässt sich hier spürbar machen. Das Buch über die Gebete und Sprüche zum Totenbrauch in Niederösterreich ist von 1981. Neuere Ausgaben zu Trauerritualen, Totenklage in Österreich wurden nicht ausfindig gemacht, was schon einiges über das Praktizieren dieser Rituale aussagt.

Der Autor Helmut Huber (1981) hat die Gebete, Formeln und Sprüche zum Totenbrauchtum im Wege einer Feldforschung innerhalb eines Jahres (1972–1973) zusammengeschrieben. Eine primordiale Stellung unter den Gebeten nimmt die 5-Wunden-Andacht ein. Eine große Beachtung haben die sogenannten Beurlaubungen oder Abbitten („Sprüche“) vom Inhalt und von der Form her. Für das Amt eines Vorbeters kommen nur christliche verheiratete Männer in Frage, die eine kräftige Stimme haben. Im Folgenden wird ein Beispiel von ein Totenlied gegeben.

Abschied von Kindern und Jugendlichen

„Nunmehr ist die Stund’ gekommen,
die mir so viel Schmerz gemacht.

Von euch tu ich Abschied nehmen,
liebste Eltern, gute Nacht!

O ihr bitt’ren Todesstunden,
wie sehr habt ihr mich gequält!

(...) Josef Scharner, St. Georgen/Leys (Huber 1981, 21)

Im Aufbahrungsraum trägt der Vorbeter seinen Spruch vor, wie: „Gelobt sei Jesus Christus! Der liebe Gott hat unsere christliche Mitschwester aus dieser Welt abberufen. Wir, die wir nun als Hinterbliebene an ihre Bahre stehen, wollen für sie beten, damit ihr Gott, der Herr, die ewige Ruhe und Glückseligkeit verleihen wolle (...).“ (Huber 1981, 21) Danach wir das Sarg über die Türschwelle gehalten. Der Vorbeter sagt: „Meine Lieben! Jetzt geh i fort von euch, für immer in Gottes Namen, und nimm a Abschied von euch allen mitsammen. Pfiat di Gott, mei liaber Ehemann, ich danke dir für deine Liab, für deine Treu, für deine Müh und deinen Fleiß. Du bist in schönen, aber auch harten und schweren Tagen treu an meiner Seite gestanden. (...)“ Peter Riegler, Kirchberg/Wechsel (Huber 1981, 45f) Das ist so, als würde die Tote ein letztes Mal mit den Lebenden, mit der Familie Kontakt aufnehmen, um sich bei dem Ehemann zu bedanken und um Abschied zu nehmen. Beim Eingang in den Friedhof lautet der Spruch: „Seid begrüßt, o ihr christgläubigen Seelen, deren Leiber allhier vergraben liegen. Gott, der Allmächtige, wird euch einst eine fröhliche Auferstehung verleihen durch Jesum Christum, unseren Herrn. Amen.“ Leopold Maierhofer, Schwarzenbach (Huber 1981, 55f) Der Vorbeter spricht noch einige Sprüche zur Grablegung: „Mensch gedenke, daß du aus Staub bist und wieder zu Staub wirst. So rufen uns hier an diesem Orte tausend Stimmen zu und heißen uns stillestehn, um von den Toten Weisheit und Leben zu lernen (...)“ Leopold Maierhofer, Schwarzenbach (Huber 1981, 57f) Eine Reihe von Sprüchen und Wörtern werden von

dem Vorbeter noch bei der Einladung zum Totenmahl oder Leichenschmaus ausgesprochen. (vgl. Huber 1981)

Einblick in die rumänische Totenklage

Das Schreiben über die rumänische Totenklage hat nicht nur für mich selbst eine große Bedeutung, sondern auch für die Autoren Sperl Ingo und Sulițeanu Gisela, die das Buch *Die Totenklage in Rumänien* (1998) geschrieben haben. Diese Beschäftigung mit der rumänischen Totenklage hat mit einer Hospizinitiative zu tun, die 1989 als *Sitzwachgruppe* ins Leben gerufen wurde. Das Abschiednehmen im Falle eines Verlustes hat dazu geführt, dass die Autoren auch mit anderen Initiativen, z. B. der Hospiz-Arbeitsgemeinschaft Region Reutlingen-Tübingen, zusammenarbeiten. Diese Arbeitsgemeinschaft hat es sich zum Ziel gesetzt, ambulante Hospizdienste aufzubauen. Da begleiten ehrenamtliche MitarbeiterInnen sterbende Menschen in Alten- und Pflegeheimen. Eine Richtung der Arbeit ist die Trauerbegleitung im Bereich der Hospizarbeit, wo sie den Trauerbegleiter Jorgos Canacakis zu Rat gezogen haben. Die Arbeit von Canacakis ist der zweite Impuls für die Auseinandersetzung der Autoren mit den rumänischen Totenklagen. (vgl. Sperl & Sulițeanu 1998)

Die Autoren Sperl und Sulițeanu (1998) haben entdeckt, dass noch in bäuerlichen Gemeinschaften über Totenklagen eine kreative Bewältigung des Schmerzes und Abschieds erreichbar ist. Hier ist zu bemerken, dass die Gefühle, die gezeigt werden, von Wut, Hass, Schuld etc. eine Analogie mit den Phasen der Trauer.

Der Gegenstand der Untersuchung der oben genannten Autoren Sperl und Sulițeanu richtet sich auf das Weinen und Klagen um die Toten. Die Phasenmodelle des Trauerprozesses brauchen einen gesellschaftlichen Rahmen, den in den modernen Kulturen leider verloren gegangen ist. Das, was moderne Psychologen beschreiben und in der Hospizbewegung als Basis der Trauerbegleitung zu finden ist, gibt es schon lange in den alten Totenklagen. Das Weinen und Klagen im Leben eines Trauernden gehören zusammen und sind grundlegende menschliche Äußerungen. (vgl. Sperl, Sulițeanu 1998, 192f)

Die Trauernden tragen ihre Klage mit Instrumenten vor und sprechen alle Wut und Schmerz laut aus. Die Gruppe wiederholt die einzelnen Klagen, und dadurch werden die Gefühle der Trauer verstärkt. Diese Art der Trauer und des Schmerzes hat eine befreiende Wirkung auf die Trauernden, auch wenn sie nur an Seminaren teilnehmen, alles theoretisch nacherleben. Wenn die unausgesprochenen Gefühle, Vorwürfe und Wut blockiert sind, bleibt die trauernde Person, wie im 1. Teil der Arbeit erwähnt, in einer Phase im Trauerprozess stecken. (vgl. Sperl; Sulițeanu 1998, 196)

Trotz der Übersetzungsschwierigkeiten geben die Autoren einige Beispiele von der Totenklage, wobei im Mittelpunkt einige Funktionen gesucht werden, die für den Trauerprozess der Trauernden hilfreich sind. Des Weiteren wird hier ein Beispiel Klage um eine Mutter exemplarisch eingeführt.

„Mutter, Mutter, Mutter, mein gutes Mütterchen, Mutter!

Mit wem hast du uns zurückgelassen,

werte Mutter, unser Mütterlein, Mutter,

(...)

Mutter, Mutter!

Was hast du gedacht Mutter,

uns allein zu lassen,

daß wir Fremde auf der Welt sind, Mutter?

(...) (Sperl; Sulițeanu 1998, 198f)

Die verstorbene Mutter wird sehr oft im Diminutiv gerufen, was im Rumänischen eine vielfältige und malerische Form hat. Durch das Anrufen der Mutter wird sie wieder in die Mitte geholt und ist da, präsent. „Der Verlust wird spürbar. Er schmerzt. Die Mutter kommt noch einmal in all ihrer Güte vor Augen, Tränen können fließen. Und die Tränen dürfen in diesem Vollzug der Klage auch reichlich fließen. Das Weinen steckt an. Jeder wird angerührt.“ (Sperl; Sulițeanu 1998, 199) Die Mutter fehlt den Kindern. Die Mutter ist unersetzlich. Die Klagefrau klagt stellvertretend für die Kinder. Jetzt ist die Gemeinschaft gefragt, wie sie reagiert und die Kinder in dieser Situation unterstützt. Die Autoren fragen sich, was diejenigen machen, denen kein Rahmen zur Klage zur Verfügung steht? Wie tun sie den empfundenen Schmerz und die Wut und Verzweiflung kund? Wenn die Totenklage nicht mehr praktiziert wird, bleibt einem nur das Schweigen; die Gefühle und der Schmerz sind aber da. Diese unausgedrückten Gefühle werden auch ihren Tribut holen und werden Spuren im Leben des Trauernden hinterlassen. (vgl. Sperl; Sulițeanu 1998, 199ff)

Die Autoren geben einen Bericht über die „Abreise“ eines Sterbenden, den Ioana-Maria Ionescu aus Oltenien im Süden Rumäniens von den Dorfbewohnern bekommen hat. Sie schreiben:

„Keiner darf im Zimmer eines Sterbenden heulen. So lange er noch imstande ist, zu hören und zu sprechen, spricht man mit ihm über alles, was er will. Die meisten Sterbenden sprechen sehr ruhig über ihren baldigen Tod und sagen den anderen ihren letzten Willen. Man darf ihn nicht anlügen, man darf ihm nicht sagen ‚Sprich nicht solche Dummheiten! Du wirst nicht sterben!‘ Er weiß genau, daß er sterben wird, und wenn er sein Kind oder seine Frau so sprechen hört, wird er aus Liebe ihnen nicht mehr sagen, was er noch auf dem Herzen hat. Und dann, wenn die Agonie kommt, wird er nicht ruhig sterben können, weil er nicht alles gesagt hat, was er sagen wollte. Und nachdem er gestorben ist, wird seine Seele mit allen diesen nicht mehr ausgesprochenen Gedanken belastet sein. Das ist sehr schlimm, weil seine Seele auf diese Weise an die irdischen Probleme und Sorgen gebunden bleibt, gebunden an die Erde und die Familie. Die Seele jedes Menschen muß von allen Bindungen an das Diesseits frei werden; das bedeutet wirklich ‚ruhig‘ zu sterben. Deshalb müssen die Angehörigen und andere Freunde und Nachbarn ihm beistehen und ihm helfen, daß er diese so schwere Trennung vollziehen kann. Er muß ihre Liebe fühlen, aber diese Liebe muß sich nicht durch überflüssige Worte und Klagen ausdrücken, sondern durch Taten. Und in solchen Fällen gibt es nur ein vernünftiges Verhalten: deinen eigenen Schmerz zu erdulden, damit er in Ruhe ‚abreisen‘ kann. Nachdem er gestorben ist, werden alle sowieso genügend Zeit haben, um zu klagen.“ (Ionescu 1987, 397, zit. n. Sperl; Sulițeanu 1998, 254f)

In der heutigen Gesellschaft müssen die Sterbebegleiter oder Seelsorger wieder lernen, dem Sterbenden zu einem menschenwürdigen Sterben zu helfen und auch selbst Abschied zu nehmen und die Gefühle der Trauer zuzulassen.

„Mögen wir auch aus dem alten Wissen und Tun der Menschen in den rumänischen Dörfern wieder neu lernen, daß wir unsere Abschiede nicht vermeiden und schmerzlos zur Tagesordnung übergehen können. Sie werden uns immer weh tun. Aber wir sind auch ausgestattet mit allem, was das Trauern braucht. Es ist ein kreativer Prozeß und ein Weg zum Leben.“ (Sperl; Sulițeanu 1998, 257)

Grabbeigaben

Dieses Ritual wird heutzutage wiederentdeckt. Der Verstorbene soll auch nach seinem Tod von Lieblingsgegenständen umgeben sein, als Abschiedsgeschenke, Erinnerungsstücke, Bilder des Verstorbenen, die ihnen von den Hinterbliebenen auf dem Weg mitgegeben werden. (vgl. Görke-Sauer 2008, 55)

9.3 Weniger bekannte Trauerrituale – heute noch anzutreffen

Unter diese Kategorie gehören folgende Rituale.

Das Verhüllen des Hauptes und die Behandlung des Haupthaars und des Bartes

Bezüglich der Haare und des Bartes gibt es folgende Trauerriten:

- Ungeordnetes, aufgelöstes Haar – bei den alten Israeliten und auch bei vielen anderen Völkern¹², z. B. Ägypten und im alten Rom. Alles, was verknotet oder gebunden war, hatte eine schädliche Wirkung und raubte den Frieden des Verstorbenen.
- Raufen der Haare – ein psychologisch ursprünglicher Ausdruck der Verzweiflung, siehe Abbildung 17
- Wachsen lassen der Haare – wurde als eine Verbrüderung mit dem Toten verstanden, als die biologische Besonderheit bekannt wurde, dass nach dem Tode eine gewisse Zeit die Haare noch wachsen.
- Haarschur und Haaropfer – das Abschneiden der Haare als (Haar-)Opfer gesehen
- Barttrauer – bei den Juden wurde der Bart als sehr wichtig und heilig gehalten. Diese Tradition ist bekannt, und im Falle eines Todes lässt der Jude das Haar und Bart „verwildern“. (Stubbe 1985, 96)

Auch bei vielen anderen Völkern findet man dieses Trauerritual, wie im alten Rom, Griechenland, Portugal usw. Als der portugiesische König D. Manuel am 13.12.1521 gestorben ist, wurde eine Verordnung erlassen an alle Barbieri der Hauptstadt Lissabon, dass sie niemandem die Haare schneiden oder rasieren sollen als Zeichen der öffentlichen und kollektiven Trauer. (vgl. Stubbe 1985, 90ff)

Abb. 17: Haareraufen (Italien)



Quelle: Stubbe 1985, 91

Auch die Autoren Sperl und Sulișteanu (1998) zeigen, was die rumänische Volkskultur der Trauerrituale angeht, dass das offene Haar ein Zeichen der Trauer ist. Siehe das Klagelied Klage um eine Mutter:

¹² Auch in Rumänien ist das ein alter Trauerbrauch als Zeichen der Trauer; 1985, als meine Oma starb, trugen meine Mutter und alle ihre drei Schwestern die Haare offen und nicht hochgebunden, wie sie sie sonst immer trugen.

*(...) Komm, Mütterchen, im Sommer,
du findest mich auf der Veranda,
mit offenem Haar
und fließenden Tränen.“* (Sperl; Sulițeanu 1998, 202)

Abgestufte Trauer nach Verwandtschaftsgrad

Stubbe schreibt, dass in vielen Gegenden Deutschlands der Verwandtschaftsgrad zum Verstorbenen von Trauernden in der Kleidung (Tracht) zum Ausdruck gebracht wurde. Diese Kleidervorschriften betreffen meistens die Frauen. In Württemberg z. B. tragen die Frauen beim Tod des nächsten Verwandten nur schwarz und bei ferner stehenden Verwandten halb-schwarz, wie ein Halstuch und schwarze Schürze. (vgl. Stubbe 1985, 47)

Trauerlärm und Trauerschweigen

Der Trauerlärm bezieht sich auf bestimmte Momente im Bestattungsritual, die mit dem Schlagen von Gongs oder das Läuten der Glocken verbunden ist, sowohl in Österreich als auch in Rumänien und anderen Ländern.

In Deutschland spielt die Glocke eine große Rolle, da sie bei der Begräbniszeremonie den Toten von zu Hause bis zum Grab begleitet. Wie Stubbe in Anlehnung auf Beitzl (1933) erwähnt, ertönt in manche Regionen Deutschlands die Glocken drei Mal auf dem Weg vom Sterbehaus bis zum Grab. Dadurch wird die Gemeinschaft des Dorfes zum Gebet aufgerufen. Dieses Läuten ist allen Dorfgemeinschaften bekannt und sie sind an die Vorschriften gebunden.

Im Gegenteil zum Trauerlärm steht das Trauerschweigen in voller und tiefer Stille, wie etwa die Staatstrauer oder die sogenannte Schweigeminute für Opfer einer Katastrophe. Als Zeichen des Respekts und der Pietät sollte, solange der Verstorbene im Trauerhaus liegt oder solange er nicht begraben ist, Stille herrschen. Damit will dem Toten nicht seine Ruhe nehmen, sei es durch den Lärm für bestimmte Arbeiten oder Sprechen, „Man stellt die Mühle ab“ (Huber 1998, 152), es werden keine Feldarbeiten erledigt, also wird eine Art Arbeitsverbot vorgeschrieben.

9.4 Weniger bekannte Trauerrituale – in bestimmten Kulturen noch anzutreffen

In diese Kategorie fallen folgende Rituale.

Trauerfasten

Bei dem Trauerfasten wird zwischen dem Nahrungsvermeiden aus Ekel, Abscheu, die sozial, religiös oder psychophysisch bedingt sind (Nahrungstabus z. B. totemistische Speiseverbote) und/oder totaler Nahrungsenthaltung, dem Hungern, unterschieden.

Die Autorin Görke-Sauer (2008, 34) weist auch darauf hin, dass der Verzicht auf üppige Speisen selbstverständlich war und dass schon in der Bibel ein schlichtes Gericht aus Linsen gegessen wurde, als Trauerspeise.

„Es war eine schöne Leich“ (Görke-Sauer 2008, 33) haben die Alten im Dorf früher gesagt, wenn sie von einer Beerdigung und dem darauf folgenden Leichenschmaus nach Hause kamen.

Trauernacktheit und Barfußgehen

Durch die Nacktheit des Körpers oder durch die Entblößung mindestens eines Körperteils, des Hauptes, lösen sich alle Bindungen und kann die bedingungslose Hingabe an das Göttliche geschehen. Der Mensch erscheint in seiner Trauer, so wie er ist, zeigt uns auch

die Bibel im Alten Testament. Hiob 1: 21: „und [Hiob] sprach: Ich bin nackt von meiner Mutter Leibe gekommen, nackt werde ich wieder dahinfahren.“ (Die Bibel, Das Alte Testament 1999, 511)

Das Haupt mit Erde oder mit Asche bestreuen

Sich in Asche und Staub zu wälzen ist bei manchen Völkern zu finden, wie etwa den Babyloniern, bei den alten Ägyptern und auch in der heutigen Zeit streuen sich die Frauen Straßenstaub auf den Kopf. Auch in Nordarabien wird dieses Ritual praktiziert. (vgl. Stubbe 1985, 29f)

Trauerisolation und Geselligkeitsverbote

Ein Verbot der Geselligkeit wird als eine angemessene Reaktion auf den Verlust angesehen. (vgl. Stubbe 1985, 50)

Trauerzerstörung, Selbstaggression

In Alten Testament in 3 Mose (Levitikus) steht, dass sich keine Einschnitte am Körper machen soll wegen eines Toten oder Schriftzeichen einritzen als Zeichen der Trauer, im Gegensatz zu manchen Kulturen oder Ethnien, die Einritze, Tätowierungen, Verstümmelungen als Zeichen der Trauer praktizieren.

10 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Um die erste Fragestellung der Arbeit was Trauer ist zu beantworten, kann gesagt werden, dass Trauer die Reaktion auf einen Verlust und die schmerzhafteste Emotion unter den menschlichen Emotionen ist.

Worum geht es bei der Trauer? Beim Trauern geht es um die Reaktionen der trauernden Patienten und Patientinnen und/oder Angehörigen.

Wie können diese Reaktionen der Trauernden verstanden werden? Die Trauernden ringen mit einer Vielfalt von Gefühlen und Reaktionen, die auf folgenden Ebenen sich entfalten

- physiologische, körperliche Ebene: Kurzatmigkeit, Appetitlosigkeit, Weinen
- psychologische Ebene: Hysterie, Melancholie, Ambivalenz der Gefühle, Hoffnung, Hass, Zorn, Traurigkeit, Schock, Unglaube
- soziale Ebene: soziale Isolation, Gedächtnisriten

Was muss die Pflege über Trauermodelle und Traueraufgaben wissen?

Auf Basis der empirischen Erkenntnisse zur Trauer wurden verschiedene Modelle der Trauer entwickelt. Sie sind sowohl medizinisch als auch psychologisch geprägt. Die Begründerin der Sterbeforschung, Elisabeth Kübler-Ross, hat erstmals, anhand von Interviews mit Sterbenden, die sie betreut hat, die Phasen des Sterbens entwickelt. In Analogie zu den Sterbephasen wurden die Phasenmodelle der Trauer entwickelt. Die bekanntesten Trauermodelle sind:

- das Phasenmodell der Trauer nach John Bowlby
- das Phasenmodell nach Theresa Rando
- das Phasenmodell nach Verena Kast
- das Phasenmodell nach Yorick Spiegel

Das Konzept der Traueraufgaben wurde vom amerikanischen Psychologen William Worden entwickelt und ist nicht nur in den USA sehr anerkannt, weil es kostbare Hilfestellungen für Berufsgruppen im Gesundheitswesen beinhaltet. Traueraufgaben sind Lernprozesse die den Trauernden beeinflussen und bewegen können, da er aktiv mitwirken soll. Die Traueraufgaben geben dem Trauerprozess einen bestimmten Rahmen, indem der Trauernde seinen Trauerprozess erleben kann. Die Traueraufgaben die in der Arbeit näher erläutert worden sind, sind folgende:

- Traueraufgaben nach James William Worden
- Traueraufgaben nach Yorick Spiegel
- Traueraufgaben nach Stein Husebø
- Traueraufgaben nach Kerstin Lammer
- Traueraufgaben von und für die Pflegenden im Umgang mit Trauernden

Eine weitere Fragestellung der Arbeit war, welche Trauerrituale es gibt.

In der Arbeit wurde eine Vielfalt von Trauerritualen beschrieben, die hauptsächlich aus der anthropologischen Arbeit von Hannes Stubbe (1985) stammen. Um eine bessere Übersicht zu erhalten, wurde eine eigene Einteilung nach folgenden Kriterien vorgenommen,

- sehr bekannte Rituale – heute noch anzutreffen (Trauerort, Abschiednehmen, Verabschiedungs-/Aufbahrungsraum, Bestattung, Weinen, Trauerkleidung, Trauerfarbe, Trauerschleier, Trauerlärm, Trauerschweigen, Riten die die Trauer beenden)
- sehr bekannte Rituale – in bestimmten Kulturen noch anzutreffen (Schlafverbot, Totenwache, Heiratsvorschriften, Trauerklagen, Grabbeigaben)

- weniger bekannte Rituale – heute noch anzutreffen (Verhüllen des Hauptes, des Bartes, Behandlung der Haare, abgestufte Trauer nach Verwandtschaftsgrad, Trauerlärm, Schlafverbot)
- weniger bekannte Rituale – in bestimmten Kulturen noch anzutreffen (Trauerfasten, Trauernacktheit und Barfußgehen, Haupt mit Asche oder Erde bestreuen, Trauerbemalung, Trauerisolation, Trauerzerstörung)

Auch die beiden letzten Fragestellungen beschäftigen sich mit den Trauer Ritualen. Zum einen ging es darum, ob Trauer Ritualen in allen Kulturen gleich oder ähnlich sind, oder ob es gravierende Unterschiede zwischen den Kulturen gibt und was Pflegepersonen darüber wissen müssen.

Um die erste der beiden Fragen zu beantworten, wird hier eine Gegenüberstellung der Trauer Ritualen durchgeführt. Des Weiteren wird auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei den Trauer Ritualen eingegangen.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei den Trauer Ritualen

Im Folgenden werden die kulturübergreifende Gemeinsamkeiten der Trauer Ritualen dargestellt.

- Trauerlärm, Glocken die bekannt geben, wenn jemand stirbt. Glockenläuten ist für die Dorfbewohner ein Zeichen, dass z. B. eine kranke Person gestorben ist
- Trauerschweigen oder Schweigeminute
- Totenklage, Totenlieder, vor allem in ländlichen Gegenden
- das Ritual des Abschiednehmens
- das Ritual der Bestattung
- die Aufbahrung der Toten wird in manchen Spitälern und vor allem am Land praktiziert
- das Weinen als Ausdruck der Trauer und des Schmerzes
- Trauerfarben, Trauerflor, vor allem Schwarz wird getragen
- Der Trauerschleier
- Totenmahl, Totenschmaus
- Heiratsverbote
- Grabbeigaben
- Allerheiligen

Im Weiteren werden die Unterschiede der Trauer Ritualen dargestellt.

- Trauerfarbe wird auf jeden Fall getragen, es unterscheidet sich nur in die Farbe des Trauerflors. Schwarz ist als generelle Trauerfarbe bekannt, aber es gibt auch in anderen Kulturen, die weiß oder rot als Trauerfarbe haben
- Riten, die die Trauer beenden, wie z. B. 6-Wochen-Amt
- Das Verhüllen des Hauptes oder des Bartes
- Die abgestufte Trauer nach Verwandtschaftsgrad
- Das Trauerfasten
- Das Haupt mit Erde oder mit Asche bestreuen
- Trauerisolation

Um die Frage was die Pflege über Trauer Ritualen wissen muss, zu beantworten, werden in den folgenden Zeilen die Unterschiede zwischen den einzelnen Trauer Ritualen, die für die Pflege von Relevanz sind, dargestellt. Es ist eine Vielfalt an Trauer Ritualen oder Traueruniversalien, wie der Ethnologe Stubbe (1985) sie nennt. Über alle Trauer Ritualen einmal gelesen oder darüber gehört zu haben, ist gut und hilfreich, aber für die Pflege in Gesundheitseinrichtungen in Österreich – und nicht nur dort – sind nur einige Rituale von Bedeutung.

Unter dem Aspekt von Unterschieden und Gemeinsamkeiten der Trauerrituale, werden hier die Rituale vor dem Hintergrund der Großstadt, der heutigen Gesellschaft, der globalen Welt oder eines multikulturellen Landes und einer ebensolchen Stadt, erläutert.

Am Land, in ländlichen Gebiete

- das Abschiednehmen findet zu Hause oder im Trauerhaus statt

In der Stadt, in urbanen Gebieten, in der Krankenanstalt

Das Ritual des Abschiednehmens erfolgt im Krankenhaus, wenn es nicht die Möglichkeit gibt wie am Land, Trauerhaus und Aufbahrung zu Hause vorzunehmen. Dazu finden sich in verschiedenen Einrichtungen Sterbezimmer, Verabschiedungszimmer oder Aufbahrungsräume, die die Möglichkeit des Abschiednehmens gewährleisten.

- Von Seiten der Pflege ist Verständnis aufzubringen, Sensibilität zu zeigen für jedes individuelle, private oder kollektive Abschiednehmen. Damit wird Bezug zu einem Ziel der Arbeit genommen: Sensibilisieren, dass Trauer ein zentrales Kulturelement ist.
- Wenn von der Seite der Angehörigen das Bedürfnis nach einer Art „Totenwache“ besteht, Verständnis und Möglichkeiten dafür schaffen.
- Wenn sich nahe Angehörige bei der Versorgung des Verstorbenen einbringen wollen, Verständnis zeigen, Informationen vermitteln, in Erwägung ziehen, dass sie sich in bestimmter Weise einbringen wollen.
- Wenn auf Seiten der Angehörigen das Bedürfnis einer Art städtischen Totenwache besteht, ebenfalls Verständnis zeigen, Zeiten und Angebote nach Möglichkeit schaffen; nicht über das Verhalten urteilen, wenn sie ihrem Schmerz Ausdruck verleihen wollen.
- Trauerlärm – wie z.B. lautes Weinen und Schreien von Angehörigen, sei es einzeln oder kollektiv. Wie in allen Fällen ist von Seiten der Pflege Sensibilität und Verständnis aufzubringen und nicht bewerten.
- Trauerschweigen – wenn gewünscht wird, eine Schweigeminute oder Stunden bei den Toten zu verbringen, respektieren und akzeptieren, dass sich in solchen Momenten jeder individuell und einzigartig äußert.

Die Trauerrituale helfen, wie auch die Traueraufgaben, sich zurechtzufinden. Sie geben Orientierung in einer Zeit, die von Unsicherheit und Hilflosigkeit geprägt ist. Rituale stellen durch ihren Charakter eine Art Bewältigungsmechanismus für den Trauernden dar, der ihnen hilft, ihren Pflichten nachzukommen und ihre Gefühle offen zu zeigen oder zu verbergen.

Meine kritische Reflexion zur Arbeit ist, dass aufgrund der Komplexität der Arbeit und der Vielfalt der Trauerrituale, die präsentiert worden sind, nicht in die Tiefe der Trauerrituale im Krankenhaus näher eingegangen werden konnte. Daher sind die Grenzen der Arbeit, dass die präsentierten Erkenntnisse nur einen Teil eines umfassenden Themas abbilden und nicht verallgemeinerbar sind.

Die Schlussfolgerungen für die Pflegepraxis sind, dass den Reaktionen der Trauernden Raum gegeben werden soll und dass das Trauerritual des Abschiednehmens sehr wichtig ist, sowohl für die Hinterbliebenen als auch für die Pflege. Von Seiten der Pflege ist Verständnis, Sensibilität und Bereitschaft gegenüber den verschiedenen Reaktionen und Verhaltensweisen von Angehörigen in einem Trauerprozess aufzubringen.

Diese Arbeit zeigt nicht nur, wie die Trauernden reagieren, welche Phasenmodelle der Trauer und Traueraufgaben und Trauerrituale es gibt, sondern sie soll auch zum Nachdenken anregen. Denn jeder Mensch hat das Recht, Trauerrituale, wie das

Abschiednehmen auf einer Station in einer Krankenanstalt, so zu gestalten, wie es in seiner Kultur üblich ist und wie er/sie es für angebracht hält, besonders in einem Land wie Österreich, das multikulturell ist.

Die Arbeit zeigt keine konkreten Beispiele oder empirischen Ergebnisse von Reaktionen der Trauer oder Rituale der Trauer, die die Pflege durchführt oder in Krankenanstalten in Österreich möglich sind.

Was ist für die Zukunft nötig und welchen Beitrag kann die Pflegeforschung dazu leisten? In das Thema Trauer sollte in Aus- und Weiterbildungen des Pflegepersonals viel mehr investiert werden, um sich das nötige Wissen aneignen zu können, das nötig ist, um in solchen Situationen richtig auf die Trauer der Angehörigen zu reagieren, mit ihnen richtig zu kommunizieren und sie zu begleiten. Vor allem interdisziplinäre Veranstaltungen sollten ein fixer Bestandteil in jeder Gesundheitseinrichtung in Österreich werden.

Literaturverzeichnis

Ariés, Philippe (1991): Geschichte des Todes. 5. Auflage. Stuttgart.

Assmann, Jan (2005): Die Lebenden und die Toten. In: Assmann, Jan; Maciejewski, Franz; Axel, Michaels (Hrsg.). Der Abschied von den Toten. Trauerrituale im Kulturvergleich. Wallstein Verlag. Göttingen. S. 16–36.

Assmann, Jan; Maciejewski, Franz; Axel Michaels (2005): Der Abschied von den Toten. Trauerrituale im Kulturvergleich. Wallstein Verlag. Göttingen.

Bärenz, Reinhold (1983): Die Trauernden trösten: Für eine zeitgemäße Trauerpastoral. Käsel Verlag. München.

Bienstein/Priller (1997): In: Förderung der Trauerarbeit für Angehörige durch Aufbahrung und Verabschiedung von Verstorbenen – ein Ziel professioneller Pflege? Vorstellung einer Evaluationsstudie zur Ermittlung der Auswirkungen von pflegerischer Aufbahrungsarbeit im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. In: Plenter, Cornelia; Uhlmann, Bärbel. *Pflege & Gesellschaft*; 5.Jg., Heft 3, August 2000; S. 82–88.

Boschert, Sigrid; Kotz, Manuela (2002): Tod und Trauer bewältigen. (Seminarkonzept) In: Pleschberger, Sabine; Heimerl, Katharina; Wild, Monika (Hrsg.). Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Facultas Univ.-Verlag. Wien.

Bowlby, John (1982): Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen. Klett-Cotta Verlag. Stuttgart.

Bowlby, John (1994): Verlust, Trauer und Depression. Fischer Taschenbuch Verlag. 11.–12. Tausend. Juli 1994. Frankfurt am Main. (Deutsche Erstausgabe veröffentlicht Juli 1983).

Buhociu, Octavian (1974): Die rumänische Volkskultur und ihre Mythologie: Totenklage – Burschenbünde und Weihnachtslieder – Hirtenphänomen und Heldenlieder. (Schriften zur Geistesgeschichte des östlichen Europa ; 8). Harrassowitz Verlag. Wiesbaden.

Caduff, Corina; Pfaff-Czarnecka, Joanna (Hrsg.) (2001): Rituale heute. Theorien – Kontroversen – Entwürfe. 2. Auflage. Berlin.

Cook, Bridget; Shelagh, G. Phillips (1995): Verlust und Trauer. Bedeutung, Umgang, Bewältigung. Ullstein Mosby GmbH & Co. KG Verlag. Berlin. Wiesbaden.

Der große Brockhaus in einem Band (2003): 1. Auflage. F. A. Brockhaus. Leipzig. S. 1043.

Dorsch Psychologisches Wörterbuch (2004): 14. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Hans Huber Verlag. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Döring, Alois (1999): Der vergessene Tod. Historische Sterbebräuche und Trauerkultur am Beispiel Rheinland. In: Linke, Bernd, Michael (Hrsg.). Rituale in den Religionen. Verlag Otto Lembeck. Frankfurt am Main. S. 157–187.

Durkheim, Emile (1981): Die elementaren Formen des religiösen Lebens. 1 Auflage. Suhrkamp. Frankfurt am Main.

Erdheim, Mario (2001): Ritual und Reflexion. In: Caduff, Corina & Pfaff-Czarnecka,

- Joanna. (Hrsg.). *Rituale heute. Theorien-Kontroverse-Entwürfe*. 2. Auflage. Dietrich Reimer Verlag GmbH. Berlin. S. 165–178.
- Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache (2002): Kluge, Friedrich. 24. durchges. und erw. Auflage von Elmar Seebold. Berlin.
- Fawcett, Jacqueline (1999): *Spezifische Theorien der Pflege im Überblick*. Verlag Hans-Huber. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle.
- Feldmann, Klaus (2004): *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*. 1. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften GWV Fachverlage GmbH. Wiesbaden.
- Freud, Anna (1967): Über Verlieren und Verlorengehen. In *Schriften* (1980). Band IV. München.
- Freud, Sigmund (1909): *Die Traumdeutung*. 2. Auflage. S. 346–678.
- Freud, Sigmund (1912): *Totem und Tabu*. Ges. W. Bd. 9. S. Fischer. Frankfurt/Main.
- Freud, Sigmund (1917): *Trauer und Melancholie*. In: *Gesammelte Werke*. Bd. X. 7. Auflage. 1981. Frankfurt/Main. S. 358-361; S. 428–446.
- Freud, Sigmund (1975): *Trauer und Melancholie*. Studienausgabe. Band III. *Psychologie des Unbewußten*. Frankfurt am Main.
- Freud, Sigmund; Binswanger, L. (1992): *Briefwechsel 1908-1938*. Fischer Verlag. Frankfurt am Main.
- Gennep, van Arnold (1999): *Übergangsriten (Les rites de passage, dt.)*. Camous-Verlag. Frankfurt/Main.
- Gerstenkorn, Uwe; Schibilsky, Michael (2004): *Abschiedsrituale, religiöse Formen*. In: Student, Johann-Christoph (Hrsg.). *Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende*. Verlag Herder. Freiburg im Breisgau. S. 13–19.
- Giddens, Anthony (1995): *Soziologie*. Hrsg. Von Christian Fleck und H. G. Zilian. Nausner & Nausner Verlag. Graz. Wien.
- Görke-Sauer, Martina (2008): *Trauerrituale Abschied gestalten*. Fachverlag des deutschen Bestattungsgewerbes GmbH. Band 3. 1. Auflage. Düsseldorf.
- Grossmann, Ralph (2000): *Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Die Medizin, das Krankenhaus und der Tod*. In: Andreas, Heller; Heimerl Katharina; Metz, Christian (Hrsg.): *Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten*. 2. erweiterte Auflage. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau. S. 80–127.
- Gruber, Ursula (2002): *Palliative Psychoonkologie – Trost und Trauer*. In: *Manual Psychoonkologie*. Tumorzentrum und W. Zuckschwerdt Verlag. München.
- Handbuch der Krankenhausseelsorge (HB) Krankenhaus Barmherzige Schwestern:* (2011): Bearbeitet Mag. Wohlfahrt, Margret. Geprüft Arzberger Beate. Freigegeben am 14.10.2011. Pavek, Thomas; Thomas, Johannes; Czegda, Beate. Wien.
- Harald, Stefan; Franz, Allmer; Josef, Eberl; Renate, Hansmann; Elisabeth, Jedelsky;

Anneliese, Michalek; Ruza, Pandzic: Kurt, Schalek; Dagmar, Tomacek (2009): POP-PraxisOrientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen – Ziele – Maßnahmen. Springer Verlag. Wien.

Heinicke, Christoph (1956): In: John Bowlby. Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen. Stuttgart, 1982.

Heller, Andreas (2000): Ambivalenzen des Sterbens heute – Einschätzungen zum gegenwärtigen Umgang mit dem Sterben und Sterbenden. In: Andreas Heller; Heimerl Katharina; Metz, Christian (Hrsg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. 2. erweiterte Auflage. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau. S. 17–34.

Heller, Andreas; Heimerl Katharina; Metz, Christian (Hrsg.) (2000): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. 2. erweiterte Auflage. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau.

Heller, Birgit (2000): Kulturen des Sterbens. Interreligiosität als Herausforderung für *Palliative Care*. In: Andreas Heller; Heimerl Katharina; Metz, Christian (Hrsg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. 2. erweiterte Auflage. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau. S. 177–192.

Heller, Birgit (2007a): Bedeutung religiös-kulturellen Unterschiede in der Palliative Care. In: Knipping, Cornelia (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. 2. Auflage. Verlag Hans Huber Hogrefe AG. Bern. S. 432–437.

Heller, Birgit (2007b): Abwehr oder Solidarität? Zum Umgang mit Sterbenden, Toten und Trauernden. In: Heller, Birgit; Winter Franz (Hrsg.): Tod und Ritual. Interkulturelle Perspektiven zwischen Tradition und Moderne. LIT Verlag. Wien. S. 9–26.

Heller, Birgit; Winter Franz (Hrsg.) (2007): Tod und Ritual. Interkulturelle Perspektiven zwischen Tradition und Moderne. LIT Verlag. Wien.

Holzschuh, Sabine (2006): Raum und Trauer. Eine praktische theologische Untersuchung zu Abschiedsräumen. Studien zur Theologie und Praxis der Seelsorge, Echter Verlag GmbH. 1. Auflage. Würzburg.

Höhn, H. (1904): Sitte und Brauch bei Tod und Begräbnis. Mitteilungen über volkstümliche Überlieferung in Württemberg. Nr. 7.

Huber, Helmut (Hrsg.) (1981): Gebet- und Liedgut um Tod und Begräbnis aus Niederösterreich. Mit einem Beitrag von Walter Deutsch. (Walter, Deutsch Mitverfasser). Verlag Verband der wissenschaftlichen Gesellschaften Österreichs. Wien.

Huber, Helmut (1998): Der Leichnam im Hause. In: Norbert Stefenelli (Hrsg.): Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten. Böhlen Verlag GmbH. Wien. Köln. Weimar. S. 152–156.

Husebø, Stein (2005): Liebe und Trauer. Was wir von Kindern lernen können. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau.

Internes Standard von Privatspital Rudolfinerhaus Wien (2011): Pflegeethema, Todesfall PB g. 2.04, 14.12.2111. Landesgesetz Wien. S. 480. WLBG 2004.

International Council of Nurses (Hrsg.) (2003): Internationale Klassifikation für die

Pflegepraxis. 1 Auflage. Hans Huber Verlag. Bern.

Ionescu, Ioana-Maria (1987): Rumänische Übergangsriten. Dargestellt am Beispiel der Lebensbräuche in Oltenien. Dissertation. Münster.

Kaes, Maria; Kühne-Ponesch, Silvia (2000): Das Ritual in der Gesundheits- und Krankenpflege, Unterrichtsvorbereitung aus dem Bereich "Soziologie", In *Curriculum*; Nr.1/2000; S. 2–5.

Kast, Verena (1982): Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Kreuz Verlag. Stuttgart.

Katschnig, Heinz; Demal, Ulrike (Hrsg.) (2001): Trauer und Depression. Wo hört das eine auf, wo fängt das andere an? Facultas Universität Verlag. Wien.

Knipping, Cornelia (Hrsg.) (2007): Lehrbuch Palliative Care. 2 Auflage, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG. Bern.

Kollak, Ingrid; Kim, Hesook, Suzie (1999) (Hrsg.): Pflege-theoretische Grundbegriffe. Hans Huber Verlag. Bern.

Körtner, Ulrich, H., J. (2004): Grundkurs Pflegeethik. 1 Auflage. Facultas Verlag. Wien.

Kübler-Ross, Elisabeth (1996): Über den Tod und das Leben danach. Güllenheim.

Kübler-Ross, Elisabeth (2000): Verstehen was Sterbende sagen wollen: Einführung in ihre symbolische Sprache. Taschenbuchausgabe. Droemer Knaur Verlag. München.

Kübler-Ross, Elisabeth (2001): Interviews mit Sterbenden. Vollständige Taschenbuchausgabe. Droemer Knaur Verlag. München.

Kübler-Ross, Elisabeth (2003): Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod. Vollständige Taschenbuchausgabe. Droemer Knaur Verlag. München.

Kühne-Ponesch, Silvia (1998): Ritual und Theorie – zwei unvereinbare Gegensätze? In: *Österreichische Krankenpflegezeitschrift*; 51.Jg., Nr.11, S. 22–26.

Kurtenbach, H. et al (1987): Krankenpflegegesetz Verlag W. Wohlhammer. Köln.

Lammer, Kerstin (2004): Trauer verstehen. Formen-Erklärungen-Hilfe. Neukirchener Verlagshaus. 1. Auflage. Neukirchen-Vluyn.

Leininger, Madeleine, M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau.

Leppin, Carola (2007): Begleitung von Kindern und Jugendlichen als Angehörige schwer kranker Familienmitglieder. In: Knipping, Cornelia (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG. Bern. S. 402–409.

Lindemann, Erich (1985): Jenseits von Trauer, Beiträge zur Krisenbewältigung und Krankheitsvorbeugung. Hrsg. Von Peter Kutter. Verlag für Med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen.

Linke, Bernd Michael (Hrsg.) (2004): Rituale in den Religionen. Otto Lembeck Verlag. Frankfurt am Main.

- Malinowski, Bronislaw (1949): *Sitte und Verbrechen bei den Naturvölkern*. Humboldt Verlag. Sammlung der Universität; 5. Wien.
- Matejka, Vlasta (1997): Begegnung mit dem Tod. Erfahrungen einer Altenpflegeschülerin im ersten Praktikum. In: *Altenpflege*; 22.Jg., Heft 3, 1997; S. 29.
- Michaels, Axel (2001): »Le rituel pour le rituel« oder wie sinnlos sind Rituale? In: Caduff, Corina & Pfaff-Czarnecka, Joanna. (Hrsg.): *Rituale heute. Theorien-Kontroverse-Entwürfe*. 2. Auflage. Dietrich Reimer Verlag GmbH. Berlin. S. 23–47.
- Michaels, Axel (2005): Trauer und rituelle Trauer. In: Assmann, Jan; Maciejewski, Franz; Axel, Michaels (Hrsg.). *Der Abschied von den Toten. Trauerrituale im Kulturvergleich*. Wallstein Verlag. Göttingen. S. 7–15.
- Minnen-Buser, van Adelheid (2000): Neben den Sterbenden gehen sie oft vergessen. Angehörige. In: *Krankenpflege/Soins infirmiers*; 93.Jg., 3/2000; S. 10–14.
- Moody, Raymond, A.; Arcangel, Dianne (2003): *Weiterleben nach dem Tod. Trauer annehmen, Verlust überwinden*. Rowohlt Taschenbuch Verlag. Deutsche 1. Auflage. Reinbek bei Hamburg.
- Müller, Barbara (2011): *Bestattungen und Friedhöfe in Österreich im 21. Jahrhundert: Vom beschaulichen Gedenken zum schrillen Kult*. Diplomarbeit. Universität Wien. Wien.
- Müller, Monika (2007): Vom Umgang mit Abschied und Trauer der Fachkräfte. In: Cornelia, Knipping (Hrsg.). *Lehrbuch Palliative Care*. 2. Auflage. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG. Bern. S. 420–424.
- Myers, David, G. (2005): *Psychologie*. Lehrbuch. Deutsche Bearbeitung Grosser, Chriatiane. Springer Medizin Verlag. Heidelberg.
- NANDA-International (2005): *NANDA Pflegediagnosen Definition und Klassifikation 2005-2006*. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Jürgen Georg. Verlag Hans Huber. 1. Auflage. Bern.
- Nijs, Michaela (1999): *Trauern hat seine Zeit. Abschiedsrituale beim frühen Tod eines Kindes*. Verlag für Angewandte Psychologie (Reihe Psychosoziale Medizin; 7). Göttingen.
- Österreichisches Wörterbuch (2001): 39. überarbeitete Auflage. Verlag Jugend & Volk. Wien. S. 347.
- Paul, Chris (2000): *Wie kann ich mit meiner Trauer leben? Ein Begleitbuch*. Original Ausgabe. Gütersloher Verlag Haus. Gütersloh.
- Paul, Chris; Monika, Müller (2007): Trauerprozesse verstehen und begleiten. In: Cornelia Knipping (Hrsg.) *Lehrbuch Palliative Care*. 2. Auflage. Verlag Hans Huber. Hogrefe AG. Bern. S. 410–419.
- Parkes, Colin, Murray (1978): *Vereinsamung. Die Lebenskrise bei Partnerverlust*. Rowohlt TB 7130. Hamburg.
- Pazdera, Christina (2008): *Glaubengrundsätze, Lebensregeln, Bedeutung von Krankheit und Tod. Christentum, Judentum, Islam, Hinduismus, Buddhismus*. Fachbereitschaftsarbeit. Wien.

- Plenter, Cornelia; Uhlmann, Bärbel (2000): Förderung der Trauerarbeit für Angehörige durch Aufbahrung und Verabschiedung von Verstorbenen – ein Ziel professioneller Pflege? Vorstellung einer Evaluationsstudie zur Ermittlung der Auswirkungen von pflegerischer Aufbahrungsarbeit im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. In: *Pflege & Gesellschaft*; 5.Jg., Heft 3, August 2000; S. 82–88.
- Prütting, Dorothea, Dr. (2000): Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen, Kommentar. Kohlhammer Verlag. 2. überarbeitete Auflage.
- Pschyrembel (2007): Walter de Gruyter: Pflegeotechniken, Pflegehilfsmittel, Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Psychologie, Recht. 2. Auflage. Berlin.
- Rando, Therese, A. (2003): Trauern: Die Anpassung an Verlust. In: Joachim Wittkowski (Hrsg.). Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen Methoden Anwendungsfelder. W. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.
- Rehberger, Rainer (2004): Angst zu trauern. Trauerabwehr in Bindungstheorie und psychotherapeutischer Praxis. Klatt-Cotta Verlag. Stuttgart.
- Reyle, Ulla (1997): Hoffnung für Sterbende und Lebende. In: *Altenpflege*; 22.Jg., Heft 3, 1997; S. 28–31.
- Rost, Wolfgang (2001): Emotionen. Elixire des Lebens. 2 überarbeitete Auflage. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio.
- Schaffer, Susanna (2004): „... und ich tu sie pflegen...“ Die Pflege alternder Angehöriger durch Frauen unter Berücksichtigung der fördernden Wirkung von Ritualen. In: Hanna Mayer (Hrsg.): Thema Pflegeforschung 2004. aktuell – ansprechend – anwendbar. Facultas Verlags- und Buchhandels AG. Wien. S. 119–140.
- Schäfer, Julia (2002): Tod und Trauerrituale in der modernen Gesellschaft. Perspektiven einer alternativen Trauerkultur. ibidem-Verlag. Stuttgart.
- Schibilsky, Michael (1996): Trauerwege. Beratung für helfende Berufe, Patmos Verlag. 5. Auflage. Düsseldorf.
- Schmidt-Heller, Cordelia (2006): Sigmund Freud. Das Lesebuch. Schriften aus vier Jahrzehnten 1892-1932. S. Fischer Verlag GmbH. Frankfurt am Main.
- Schmied, Gerhard (2003): Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft. Leske + Budrich Verlag. Opladen.
- Schrems, Berta (2003): Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Facultas. Wien.
- Schrems, Berta (2006): Beobachten und Beschreiben – Grundlagen der Verständigung und des Verstehens. In: Jedelsky, Elisabeth (Hrsg.). Heimhilfe. Praxisleitfaden für die mobile Betreuung zuhause. Springer Verlag. Wien. New York. S. 23–32.
- Schützendorf, Erich (2006): Wer pflegt, muss sich pflegen. Belastungen in der Altenpflege meistern. Springer Verlag. Wien.
- Sievert, Christina (1999): Die Bedeutung von Trauer und Trauerarbeit. In: *Die Schwester/Der Pfleger* 38 Jahrgang. 3/99. S. 252–256.

Simon, M. Naomi; M.D., Melanie M. Wall, Ph.D., Aparna Keshaviah, Sc. M., M. Taylor Dryman, B.S., and M. Katherine Shear, M.D. (2012): Informing the Symptom Profile of Complicated Grief. (Published in final edited form. *Omega* (Westport). 2010; 62(3): 201-220. PMC 3265 356 NIHMSID. Am 15.03.2012.

Sinzinger, Christine (1997): Trauer – Stiefkind der Pflege. Über die Bedeutung eines psychischen Phänomens für die Pflege. In *PROCARE*; 10/97; S. 13–16.

Sperl, Ingo; Suliteanu, Gisela (1998): Die Totenklage in Rumänien. Musikethnologische und psychologische Studien; Bocetul in Romania: Studii etnomuzicale si psihologice. LIT Verlag. Münster.

Spiegel, Yorick (1989): Der Prozeß des Trauerns. Analyse und Beratung. 7. Auflage. Chr. Kaiser Verlag. München. (Zu diesem Buch ist ein Anmerkungsband in Chr. Kaiser Verlag erschienen. 2. Auflage. 1986).

Stefan, Harald; Allmer, Franz; Eberl, Josef; Hansmann, Renate; Jedelsky, Elisabeth; Michalek, Anneliese; Pandzic, Ruza; Schalek, Kurt; Tomacek, Dagmar (2009): POP – PraxisOrientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen – Ziele – Maßnahmen. Springer Verlag. Wien.

Stefenelli, Norbert (Hrsg.) (1998): Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten. Böhlau Verlag. Wien, Köln, Weimar.

Stubbe, Hannes (1985): Formen der Trauer. Eine kulturanthropologische Untersuchung. Dietrich Reimer Verlag. Berlin.

Student, Johann-Christoph (Hrsg.) (2004): Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende. Herder Verlag. Freiburg im Breisgau. Wien.

Teigeler, Brigitte (2008): Rituale für den Abschied. Umgang mit Verstorbenen im Krankenhaus. In: *Die Schwester – Der Pfleger*; 47.Jg., 03/2008; S. 218–221.

Thiel, Franz, Josef (2004a): Das Leben ist ein Ritus. Bedeutung der Riten in Afrika. In: Bernd, Michael, Linke (Hrsg.). Otto Lembeck Verlag. Frankfurt am Main. S. 65–104.

Thiel, Franz, Josef (2004b): Tod in der Gemeinschaft. Sterben und Leben jenseits des Grabes im Kulturvergleich. In: Bernd, Michael, Linke (Hrsg.). Rituale in den Religionen. Otto Lembeck Verlag. Frankfurt am Main. S. 105–122.

Uzarewicz, Charlotte (1999): Transkulturalität. In: Kollak, Ingrid; Kim, Hesook, Suzie (Hrsg.): *Pflege*theoretische Grundbegriffe. Hans Huber Verlag. Bern. S. 113–128.

Volkan, Vamik, D.; Elizabeth Zintl (2000): Wege der Trauer: Leben mit Tod und Verlust. Psychosozial-Verlag. Gießen.

Wittkowski, Joachim (2003): Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen, Methoden, Anwendungsfelder. Verlag W. Kohlhammer GmbH. Stuttgart.

Wittkowski, Joachim (2004): Sterben und Trauern: Jenseits der Phasen. In: *Pflegefachzeitschrift*; Heft 12; 2004; 57. Jahrgang; W. Kohlhammer Verlag. S. 1–10.

Worden, William, James (1987): Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. Hans Huber Verlag. Bern.

Worden, William, James (1999): Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. 2. erweiterte Auflage. Hans Huber Verlag. Bern.

Wylegalla, Reinhard (1998): Nach dem Eintritt des Todes. Trauerkultur als Ausdruck der Beziehung zum Verstorbenen. In: *Die Schwester – Der Pfleger*; 7/98; S. 611–612.

<http://www.statistik.at/webde/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html>. Wien/Niederoesterreich von 7.11.2011.

www.realitatearomaneasca.ro/content.pfp von 28.03.2005.

http://www.gam.9am.ro/stiri-revista_presei/social/7457/Organele_unui_roman_furate_la_Viena.html; Autor Marian Glitean von 25.03.2005.

Lebenslauf

Name: Florina Daniela Bodea

Geboren in Oradea, Rumänien

Familienstand: verheiratet seit 10.08.1990, Ehegatte Nicolae Bodea

Kinder: Miriam, geboren in Wien, Österreich; Moses, geboren in Wien, Österreich

Staatsangehörigkeit: Österreich

Schul Ausbildung:

1975–1979 Volksschule Oradea, Rumänien

1979–1983 Hauptschule Oradea

1983–1987 Wirtschaftsslyceum Oradea

1987 Maturaabschluss Richtung Industriemechanik Oradea

1987–1988 Buchhalterausbildung UJECOOP Oradea

1993–1994 Ausbildung zur Zahnärztlichen Ordinationshilfe

Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Wien

1994–1995 Zweites Ausbildungsjahr zur Zahnärztlichen Ordinationshilfe

Kieferchirurgie Universitätsklinik, Wien

1997 Prophylaxe-Parodontologie-Blockseminar, Brenner Institut Wien

2000 Diplom für Diplomierte Zahnarzthelferin, Brenner Institut Wien

2004–2008 IDS Pflegewissenschaft, Universität Wien

Berufstätigkeit:

1988–1992 Buchhaltung-Lohnverrechnung Rumänische Wasserwerke,
Oradea, Rumänien

1995–1996 Zahnärztliche Ordinationshilfe, Dr. Ass. Prof. Peter Solar, Wien

1996–2002 Dipl. Zahnarzthelferin, Dr. Max Weber-Unger, 1010 Wien

2002–2012 Dipl. Zahnarzthelferin, Dipl. Med. Bernhard Vaupel, 1010 Wien

2012–2013 Dipl. Zahnarzthelferin, DDr. Istwan Gyanti, 1230 Wien

Sprachen: rumänisch, deutsch

Sonstige Kenntnisse: PC- Anwendungskenntnisse

Führerschein B

Interessen: Sport, Musik, Malerei