

Nahtod-Erfahrungen in Therapie und Beratung

Dr. phil. Joachim Nicolay

(veröffentlicht in Report Psychologie 1, 2005, S. 14-20)

Der Beitrag gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu Nahtod-Erfahrungen. Er zeigt auf, wie solche Erlebnisse in Beratung und Therapie einbezogen werden können. Außerdem werden Ansätze vorgestellt, die darauf abzielen, Berichte über Nahtod-Erfahrungen für die Arbeit mit suizidgefährdeten Personen zu nutzen.

Nahtod-Erfahrungen (near-death experiences, NDE) können in sehr unterschiedlichen Situationen auftreten: bei einem Herzstillstand, im Koma, nach einem Suizidversuch, aber auch bei schweren Krankheiten wie z.B. Depressionen (Lommel, 2001). Frauen berichten über NDE, die bei Komplikationen im Verlauf einer Entbindung auftraten. Solche Erlebnisse können sich auch einstellen, wenn eine lebensbedrohende Situation nur erwartet wird, sich dann aber objektiv nicht ereignet. Die ersten Berichte stammen von Bergsteigern, die Abstürze überlebten. Der Schweizer Geologieprofessor A. Heim, der selbst einen Sturz überlebt hatte, sammelte jahrzehntelang Berichte über NDE bei Abstürzen und veröffentlichte sie 1892 im „Jahrbuch des schweizerischen Alpenclubs“.

Nahtod-Erfahrungen sind nicht selten. Eine Untersuchung des renommierten Gallup-Poll-Instituts in den USA ergab, dass 5% der Befragten eine NDE erlebt hatten (Ring, 1982, S.28). In Deutschland wurden 1997 in einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage 2044 Personen aus Ost- und Westdeutschland mittels standardisierter mündlicher Interviews befragt (Schmied,Knoblauch, Schnettler,1999). 4,3 Prozent der Befragten gaben an, bereits einmal in ihrem Leben eine NDE gehabt zu haben. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung wären das etwa 3,3 Millionen Deutsche mit entsprechenden Erfahrungen. Die Zahlen lassen erwarten, dass uns auch in Therapie und Beratung Menschen begegnen, die eine Nahtod-Erfahrung hatten.

In Todesnähe-Situationen treten NDE mit einer Häufigkeit von ca. 20 % auf (Sabom, 1982; Lommel, 2001). Daher ist der Gedanke an ein solches Erlebnis immer dann in Erwägung zu ziehen, wenn ein Klient einen Herzstillstand, eine Reanimation oder ein Koma erwähnt. Beratern / Therapeuten ist in der Regel nicht klar, welcher Stellenwert diesen Erlebnissen zukommen kann. Nicht selten bezeichnen Menschen eine NDE als die wichtigste Erfahrung in ihrem Leben. Die Bedeutung, die sie für die Person hat, ist vor allem von ihrer Tiefe abhängig, für deren Bestimmung die Greyson-Skala zur Verfügung steht (Greyson, 1983). Liegt eine „Kern-Erfahrung“ (Ring,1980) vor, ist nicht davon auszugehen, dass eine Beratung/Therapie nach einem solchen Erlebnis noch den gleichen Verlauf nimmt wie zuvor. „Auch wenn sich an der Persönlichkeit und den zugrundeliegenden Problemen nichts geändert hat, können sich seine oder ihre Lebensziele und Prioritäten durch die NDE dramatisch geändert haben“, meint der amerikanische Psychiater und langjährige Vorsitzende der Internationalen Gesellschaft für Nahtod-Studien (IANDS) Bruce Greyson (1987, S.47) .

Gewinnt der Therapeut/ Berater keinen Zugang zu dieser Erlebenswirklichkeit, so bleibt ihm mehr als nur ein Einzelerlebnis seines Klienten vorenthalten. NDE stellen eine starke Motivation zur Veränderung dar. Sie haben weitreichende Nachwirkungen, wie in Untersuchungen gezeigt wurde. Damit einher gehen Konflikte zwischen dem NDEr (near-death experiencer) und seinem Umfeld. Veränderte Einstellungen und Verhaltensweisen können von Angehörigen und Freunden nicht immer nachvollzogen werden. Man kann die Familienprozesse durchaus mit der Situation von Klienten vergleichen, deren Entwicklung auf Grund einer (Einzel-)Therapie eine neue Richtung und Dynamik gewinnt, die vom Rest der Familie nicht nachvollzogen werden kann.

Die Reaktion des Beraters/Therapeuten auf das Erlebnis hat Einfluss darauf, ob es dem Klienten gelingt, die Erfahrung zu integrieren und für sein persönliches Wachstum zu nutzen oder ob er sie aus der Kommunikation ausschließt und evtl. als Zeichen seelischer Instabilität wertet.

Zum Stand der Forschung

Während die Beschäftigung mit Nahtod-Erfahrungen früher eher belustigt zur Kenntnis genommen wurde, hat die Häufigkeit, in der solche Berichte begegnen, aber auch die wissenschaftliche Reputation der NDE-Forscher bewirkt, dass Nahtod-Erfahrungen inzwischen als Gegenstand der Forschung ernst genommen werden. Umfangreiche Studien wurden nicht nur in den USA, sondern auch in Europa durchgeführt. Zu den wichtigen europäischen Untersuchungen zählen vor allem die Arbeiten des englischen Neuropsychiaters Peter Fenwick (1995) und des holländischen Kardiologen Pim van Lommel (2001). In Deutschland hat Michael Schröter-Kunhardt eine Auswertung von 100 NDE-Berichten vorgelegt (2002).

Im Zentrum wissenschaftlicher Untersuchungen stehen meist die sogenannten außerkörperlichen Erfahrungen, mit denen NDE häufig beginnen. Von einer außerkörperlichen Erfahrung (out-of-body experiences oder kurz OBE) spricht man, weil die Betroffenen den Eindruck haben, sich aus ihrem Körper entfernt zu haben. Dieser Eindruck beruht vor allem darauf, dass man bei klarem Bewusstsein zu sein scheint und gleichzeitig seinen Körper von einem Punkt im Raum aus sehen kann. Die Menschen schildern die Geschehnisse in der Regel aus einer bestimmten Perspektive, und zwar so, als hätten sie alles von oben, z.B. von einem Punkt an der Decke des OP-Saales wahrgenommen.

Sie setzen sich damit auseinander, dass sie einerseits eine klare Wahrnehmung und ein klares Bewusstsein besitzen und andererseits feststellen, dass sie sich außerhalb ihres Körpers befinden. G. Bubulka beschreibt diese Situation in folgender Weise: „Ich empfand gegenüber meinem im Bett liegenden Körper keine besonders starken Gefühle. Er war mir fast unvertraut...Ich war mir bewusst, dass ich von meinem Körper getrennt war und dennoch irgendwie weiter existierte. Der Teil von mir, der existierte, hatte mit meinem Körper gar nichts zu tun“ (1994, S.18f).

Die Betroffenen merken, dass eine Kommunikation zwischen ihnen und den Umstehenden nicht möglich ist. Ihren Gemütszustand beschreiben sie unterschiedlich. Manche fühlen sich so gut, dass sie am liebsten die Ärzte und Sanitäter an der Fortsetzung der Reanimationsmaßnahmen hindern würden. Im Gegensatz dazu berichtete mir eine alleinerziehende Mutter, die ich bei einem Vortrag über NDE kennen gelernt hatte, sie habe sich von der Decke aus im OP-Saal liegen sehen. Sie habe auch die Ärzte und Schwestern gesehen und gehört, wie ein Arzt rief: „Schnell, Sauerstoff her!“ Sie erzählte weiter: „Das Bewusstsein war da: Beeilt euch! Als wollte ich den Ärzten einen Anstoß geben. Denn ich wollte wieder in meinen Körper. Ich habe nur an die Kinder gedacht, an sonst niemanden. Die Kinder waren das A und O. Die kleinste war zwei Jahre alt. Die wären ins Heim gekommen. Ich wusste: Die Kinder brauchen mich.“

In neueren medizinischen Handbüchern zieht man aus der Fülle ähnlicher Berichte erste Konsequenzen wie z.B. den Hinweis: „Reanimierte Patienten können oft die Reanimation und die Gespräche während dieser Zeit bis ins kleinste Detail wiedergeben. Bei bewussten Patienten oder Reanimationen mit unbedachten Äußerungen vorsichtig sein!“ (Lutomsky, Flake, 2003).

An den Berichten über OBE beeindruckt, dass detailliert situationspezifische Wahrnehmungen, aber auch differenzierte Denkprozesse geschildert werden. Es sind Berichte, wie sie Augenzeugen einer Szene liefern. Die Personen müssen den Eindruck haben, sie hätten ihrer eigenen Reanimation zugeschaut. Aus wissenschaftlicher Sicht wird man vermuten, dass es sich um realitätsnahe Täuschungen handelt. Das Gehirn könnte sich aus akustisch Wahrgenommenem ein szenisches Bild der Situation zusammensetzen.

Die Betroffenen selbst sind stets überzeugt, dass ihr Erlebnis real war und sie nicht geträumt haben oder das Opfer einer Halluzination geworden sind. Allerdings findet sich eine ähnliche „Realitätsmeinung“ auch bei den sogenannten Oneiroiden. Oneiroide treten ebenfalls bei schweren bzw. lebensbedrohlichen Erkrankungen, z.B. im Koma auf. Es sind Zustände zwischen Traum und Wachheit, die für den Kranken den Charakter einer geschlossenen imaginären Welt besitzen und als absolut real empfunden werden.

Der Vergleich mit Oneiroiden macht deutlich, dass der Realitätseindruck, der mit einer NDE verbunden ist, für sich genommen kein Argument für die Wirklichkeit des Erlebten darstellt. NDE unterscheiden sich allerdings durch ihren Inhalt von Oneiroiden, die meist alptraumhaft-bedrohlicher Natur sind (vgl. Schröter-Kunhardt, 1999). In dieser Hinsicht läge der Gedanke nahe, NDE als positiv getönte Oneiroide - also Halluzinationen - einzustufen. Dagegen sprechen jedoch zwei Argumente.

1. Während Oneiroide – ähnlich wie Träume - individuell stark divergierende Vorstellungen beinhalten, folgen NDE einem konsistenten Muster. Auch wenn interkulturellen Vergleichen zur Zeit noch eine oft dürftige Datenbasis zu Grunde liegt, besteht Einigkeit darüber, dass die Erfahrungen einen gemeinsamen Kern besitzen (Fox, 2003, S.99 ff.)

2. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal ergibt sich aus der Qualität der während einer NDE/OBE gemachten Wahrnehmungen. Die außerkörperlichen Erfahrungen (OBE) werden ebenso wie bestimmte Erlebnisse während eines Oneiroids im Nachhinein häufig einer Realitätsprüfung unterzogen. Das ist immer dann der Fall, wenn die Menschen später ihre Erlebnisse und Eindrücke mit anderen am Geschehen Beteiligten abklären.

Im Fall des Oneiroids ergibt sich aus der Konfrontation mit der Realität nach und nach die Erkenntnis des imaginären Charakters der Erlebnisse. Oneiroide treten z.B. bei Menschen auf, die an Polyartikulitis (Guillain - Barre' - Syndrom) erkranken. Dabei handelt es sich um eine fortschreitende Lähmung, die schließlich auch die Atmung erfasst, so dass die Betroffenen künstlich beatmet (intubiert) werden müssen. Dadurch verlieren sie ihre letzte verbliebene Möglichkeit, (verbal) Kontakt zu ihrer Umwelt aufzunehmen.

Schmidt-Degenhard (1992) hat insgesamt 13 Personen, die an Polyartikulitis erkrankt und intubiert worden waren, nach ihrer Genesung interviewt. Beispielsweise sprach er mit einem Herrn S. nach der Extubation: „In einem ersten noch auf der Intensivstation stattfindenden Gespräch wurde deutlich, dass V.S. so gut wie keine Erinnerung an die konkreten Geschehnisse auf der Intensivstation während der Beatmungszeit besaß. Statt dessen schilderte er, immer wieder von heftigem Weinen unterbrochen, größtenteils dramatische Ereignisfolgen, die im Modus unbezweifelbarer Erlebniswirklichkeit erfahren wurden. Er betonte mehrfach, dass die geschilderten Erfahrungen nicht dem üblichen Traumerleben vergleichbar seien. Ungeachtet der Dramatik der Erfahrungen habe er alles wie sonst im Alltag erlebt.“ (S.131)

Auf Grund der Realitätsnähe der Erlebnisse muss also ein Prozess der Irrealisierung stattfinden, bis die Betroffenen sich von der Irrealität der Erlebnisse überzeugen lassen. U.a.

erzählte Herr S., er habe miterlebt, wie ihm freundschaftlich verbundene Nachbarn von vagabundierenden Soldaten in ihrem eigenen Haus erschossen worden seien. Erst seine Frau, die ihn besucht, kann ihn davon überzeugen, dass diese Nachbarn noch leben und alles ein schrecklicher Alptraum war.

Eine andere Erkrankte, die in oneiroiden Phantasien den Tod des Sohnes erlebt zu haben glaubte, begrüßte diesen, als er sie im Krankenhaus besuchte, mit ungläubigem Erstaunen: „Du lebst ja noch!“

Auch im Fall von NDE bzw. OBE müsste man damit rechnen, dass der Kontakt mit der Realität rasch die Seifenblase eines bloßen Phantasiekonstruktes zum Platzen bringen würde.

In Wirklichkeit erwähnen Berichte über OBEs jedoch regelmäßig eine nachträgliche Verifizierung des Erlebten durch die Bestätigung anderer beteiligter Personen, also von Ärzten, Rettungssanitätern, OP-Schwestern oder Angehörigen. Ein OP-Pfleger erzählte mir eine Begebenheit mit einem Patienten, der nach einem Motorradunfall reanimiert worden war. Dieser habe ihm zu einem späteren Zeitpunkt detailliert Einzelheiten der Reanimation geschildert. U.a. habe er ihm gesagt, er sei derjenige gewesen, der den Wagen mit dem Gerät herbeigefahren habe, mit dem man ihm Stromstöße „verpasst“ habe.

Michael Sabom (1982) fand eine systematische Methode, den Realitätsgehalt solcher Berichte zu prüfen. Er verglich die Schilderungen von Patienten, die über eine OBE im Zusammenhang mit einer Operation oder Reanimation berichteten, mit den Operationsprotokollen und konnte eine bis in die Einzelheiten reichende Übereinstimmung belegen. Eine ähnliche Untersuchung, an der sich 25 Krankenhäuser beteiligen, wird zur Zeit in England von dem Neuropsychiater Peter Fenwick durchgeführt.

Vor kurzem erregte die Nachricht Aufsehen, Forscher der Uni Genf (vgl. Linke, 2003) hätten eine OBE künstlich ausgelöst. Auf der Suche nach dem Ursprungsort der Epilepsie einer Frau hatte das Operationsteam einen Strom im Gyrus angularis angelegt und dadurch angeblich eine OBE künstlich erzeugt.

Allerdings nahm die Schweizer Patientin ihren Körper nur fragmentarisch und verzerrt wahr, während in Berichten über spontane außerkörperliche Erfahrungen solche Störungen des Körperbildes nicht auftauchen. In spontan sich einstellenden OBEs wird der eigene Körper und die Umgebung völlig realistisch gesehen. Diese künstlich ausgelöste OBE stimmt daher mit spontanen OBEs nicht überein. Das schränkt die Aussagekraft des Befundes ein (Holden, Long, MacLurg, 2002).

Nahtod-Erfahrungen sind Phänomene, die noch einmal die Frage nach dem Verhältnis von Gehirn und Geist aufwerfen. Das erklärt, warum die Auseinandersetzung um ihren wissenschaftlichen Status mit einer gewissen Heftigkeit geführt wird. Zur Debatte steht nicht mehr und nicht weniger als das medizinische Paradigma, wonach der Geist eine Funktion des Gehirns ist.

Unabhängig vom Stand der wissenschaftlichen Diskussion sind NDE für die Betroffenen selbst „real“ im Sinne einer subjektiven, Außenstehenden nicht vermittelbaren Evidenz. Die Betroffenen empfinden jedoch weniger die außerkörperliche Erfahrung als bedeutsam. Als unvergleichliche Erfahrung beschreiben sie vielmehr das, was evtl. im Anschluss an die OBE geschah. Dieser sogenannte transzendente Teil einer NDE lässt sich am besten als Prozess beschreiben. Er beginnt mit einem starken Gefühl, von einer fernen Macht angezogen zu werden – „wie von einem Magneten“, wie es häufig heißt. In anderen Berichten wird mehr das Gefühl einer Vorfriede betont, die mit der Annäherung an das Licht immer mehr zunimmt. Die Reise endet nicht bei der Ankunft in der Welt des Lichtes bzw. in den himmlischen Landschaften, die gesehen werden. Die Menschen wollen weiter, tiefer in diese wunderbare Welt eindringen. Aber ihr Weg wird gestoppt. Die Personen werden

zurückgeschickt mit kulturübergreifend gleichlautenden Bemerkungen: Deine Zeit ist noch nicht gekommen. Du hast noch eine Aufgabe zu erledigen usw.

Der Versuch, NDE als eine Wirkung von Beta-Endorphinen, sogenannten Glückshormonen zu erklären, wird dem transzendenten, ja mystischen Charakter der Erfahrung zu wenig gerecht. Die Menschen sind überzeugt, eine andere Wirklichkeit kennen gelernt zu haben. Ein 45-jähriger Mann, der als Controller in einer Firma tätig ist, beschrieb mir die diesbezüglichen Empfindungen während seiner NDE (nach einem Unfall): „Es ist wie das Gefühl eines Orgasmus, wenn man wirklich aus einer Zweisamkeit, und nicht nur aus sexuellem Antrieb heraus zusammenkommt, eine Art von Liebe, wie ich sie bisher noch nie erlebt habe. Auf dieser Ebene sehe ich dieses Gefühl. Es ist wie eine Vereinigung, eine grenzenlose Geborgenheit.“

Die Herkunft mystischer Gefühle wird von der Hirnforschung im rechten Temporallappen lokalisiert. Werden tiefer gelegene Teile dieser Region elektrisch stimuliert, können Schwebegerühle und mystisch religiöse Erlebnisse ausgelöst werden. Zur Interpretation dieser Befunde äußern sich Schröter-Kunhardt (1999) und Morse (1994).

Manche NDER empfinden nach der Wiedererlangung des Bewusstseins Schuldgefühle. Ihnen macht zu schaffen, dass sie ohne einen Gedanken an ihre Angehörigen zu verschwinden, in der anderen Welt bleiben wollten. „Es war ein schrecklicher Gedanke, dass ich mein eigenes Wohl beinahe über das von anderen gestellt hätte. Trotzdem hätte ich riesig gerne weggewollt.“ (Sabom, 1982, S.181)

NDE haben langfristig andauernde Nachwirkungen. Der Glaube an ein Leben nach dem Tod nimmt signifikant zu. In der Untersuchung von Schröter-Kunhardt waren es 73 % der Befragten, die angaben, dass ihr Glaube an ein Leben nach dem Tod auf Grund ihres Erlebnisses zugenommen habe (2002).

Als herausragende Wirkung einer NDE wird dementsprechend von Nahtod-Erfahrenen regelmäßig versichert, dass sie infolge dieses Erlebnisses keine Angst mehr vor dem Tod hätten. Sabom (1982) befragte 61 Personen, die eine NDE hatten, ob die lebensbedrohende Krise ihre Furcht vor dem Tod beeinflusst habe, und falls ja, in welchem Ausmaß. Die Antworten wurden in drei Kategorien unterteilt: deutliche Zunahme, deutliche Abnahme und keinerlei Wandel. Gleichzeitig wurde eine Kontrollgruppe von Personen befragt, die eine lebensbedrohliche Krise ohne NDE durchgemacht hatten. Die von ihm befragten Personen gaben zu 82 % an, die Angst vor dem Tod habe durch die NDE abgenommen. Bei den restlichen 18 % hatte keine Veränderung stattgefunden. Dagegen hatte bei den Menschen, die eine lebensbedrohliche Krise ohne Sterbeerlebnis durchgemacht hatten, in 11% der Fälle die Angst vor dem Tod noch zugenommen. Zusätzliche Informationen wurden durch den Einsatz der „Death Anxiety Scale“ (DAS) von Templer (1970) und der „Death Concern Scale“ von Dickstein (1972) gewonnen. Die Gruppe mit NDE lag sowohl auf der Skala von Templer als auch auf der von Dickstein signifikant niedriger (hatte also weniger Angst vor dem Tod) als die Gruppe ohne NDE.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam Morse, ein Kinderarzt, der eine Untersuchung an Erwachsenen durchführte, die als Kinder eine Nahtod-Erfahrung hatten: „Wir fanden (an 100 Patienten mit NDE und je 50 in 4 Kontrollgruppen) heraus, dass Erwachsene mit einer Nahtod-Erfahrung wesentlich geringere Angst vor dem Tod haben als Leute ohne eine solche Erfahrung.“ Das traf hingegen nicht auf Personen zu, die nur eine außerkörperliche Erfahrung hatten (1992, S.97 und 318)!

Der Umgang mit NDE in Beratung und Therapie

Für NDER ist das Sprechen über ihr Erlebnis mit vielen Schwierigkeiten verknüpft. Sie stoßen, wenn sie beispielsweise noch im Krankenhaus über ihre Erfahrung zu sprechen versuchen, meist auf Unverständnis. „Die Ärzte, erzählte mir eine 65-jährige Frau, haben mir nicht geglaubt. Das merkt man ja an den Blicken und Äußerungen, dass sie dachten, ich bilde mir

etwas ein. Dadurch hatte ich eine Sperre, dass ich das niemand erzählen kann. Ich habe gedacht: Wenn die Ärzte mir nicht glauben, wie können mir andere Menschen glauben?“ Die meisten Menschen behalten aus ähnlichen Gründen ihr Erlebnis für sich. Berichte Betroffener über ihr Leben nach einer NDE lassen darauf schließen, dass manche auch an der eigenen psychischen Gesundheit zu zweifeln beginnen.

In Beratung und Therapie spielt noch ein anderer Aspekt eine Rolle. Während der wissenschaftliche Zugang die objektivierbaren Aspekte der NDE thematisiert – Berichte über außerkörperliche Erfahrungen, hirnorganische Erklärungsansätze - erleben die Betroffenen (siehe oben) eine NDE häufig als intime spirituelle Erfahrung, die sie nur preisgeben, wenn sie sicher sind, auf Akzeptanz und Wertschätzung zu stoßen.

Im Beratungs-/Therapiekontext kommt es manchmal zu vorsichtigen Andeutungen, die man als „Testballon“ betrachten kann. Ein 46-jähriger Mann, der wegen einer Trunkenheitsfahrt zu einer Verkehrstherapie kam, erwähnte bei der Besprechung seiner Trinkbiographie einige Tage, die er infolge einer Hirnblutung im Koma lag. Dabei fiel die Äußerung „wenn man schon mal im Tunnel gesteckt hat...“, woraufhin ich ihn fragte, ob er während des Komas „ein besonderes Erlebnis“ gehabt habe. Er bejahte und berichtete, dass er einen Lebensrückblick erlebt hatte, in dem er sein Leben nicht nur nacherlebt, sondern auch beurteilt habe. Dabei sei ihm bewusst geworden, wie sehr er seine Familie vernachlässigt habe. Als er erwachte und Frau und Kinder um ihn standen, habe er deshalb angefangen „zu heulen wie noch nie in meinem Leben“. Es versteht sich von selbst, dass die Mitteilung dieses Erlebnisses den Fortgang der Verkehrstherapie nicht nur inhaltlich bereicherte, sondern auch die Beziehungsbasis vertiefte.

Als Berater/Therapeut muss man sich darauf einstellen, einer fremden Erlebens- und Gefühlswelt zu begegnen. Betroffene haben z.B. Probleme – auch als reentry problem bezeichnet - , die Rückkehr ins Leben zu akzeptieren. Sie empfinden oft eine starke Sehnsucht nach der anderen Welt, die sie kennen gelernt haben. Eine Frau sagte, die Erinnerung an die Begegnung im Licht sei so stark, dass sie manchmal eine Art Todessehnsucht empfinde. Was dem unkundigen Berater/Therapeuten als „übertrieben“, wenn nicht „auffällig“ erscheinen mag, ist für NDEr „normal“. Die „Todessehnsucht“ ist die Sehnsucht nach einer Rückkehr in die Welt des Lichtes.

Manche NDEr entwickeln ein Gefühl der Besonderheit, das ihr Selbstwertgefühl einerseits erhöht, sie jedoch gleichzeitig von anderen Menschen zu isolieren droht.

Ein Hauptaspekt der Veränderungen in Folge einer NDE liegt in der Verschiebung der Wertprioritäten. Vor allem die soziale Einstellung, d.h. die Bereitschaft, anderen zu helfen, Mitgefühl sowie Akzeptanz und Toleranz gegenüber anderen Menschen nehmen zu, während das Streben nach Prestige und materiellen Dingen eine Minderung erfährt. Das ergab eine Befragung, die der amerikanische Psychologieprofessor Kenneth Ring mit Hilfe des Life Changes Questionnaires (LCQ) an 111 Personen durchführte. Dieser Untersuchung zu Folge sind Menschen mit Nahtod-Erfahrung sehr an persönlichem Wachstum und spirituellen Werten interessiert (1982; vgl. auch Schröter-Kunhardt, 2002).

Der holländische Kardiologe Pim van Lommel führte eine Langzeit-Studie an 344 Patienten durch, die alle klinisch tot waren und reanimiert worden waren (2001). Von ihnen berichteten 18 % über eine NDE. Sie wurden unmittelbar nach ihrer Genesung und danach zwei bzw. 8 Jahre später erneut interviewt. Bei dem standardisierten Interview wurde auch ein „life-change inventory“ einbezogen. Das Ziel der Untersuchung bestand darin, den Einfluss der Zeit auf den Veränderungsprozess zu beurteilen. Positive Veränderungen waren nach 8 Jahren stärker ausgeprägt als nach zwei Jahren. „Das verweist auf einen kontinuierlichen Veränderungsprozess. Verglichen mit Menschen ohne NDE ergab sich eine signifikante Zunahme des Selbstwertgefühls und des Vertrauens in die Zukunft. Die Meinung, die andere von einem haben, war weniger wichtig geworden. Der Stellenwert eines hohen

Lebensstandards hatte sich stark vermindert. Das Interesse an Religion und Kirche hatte abgenommen, während die Spiritualität gewachsen war.“ Lommel zieht daraus den Schluss, dass es mindestens diese Zeit braucht, um eine NDE in das Alltagsleben zu integrieren.

NDEr verstehen oft die Veränderungen nicht, die sich bei ihnen vollziehen. Vor dem Hintergrund neuer Wertprioritäten fällt es ihnen schwer, die gewohnten Alltagsrollen, die nicht mehr den gleichen Stellenwert wie früher besitzen, und den bisherigen Lebensstil fortzusetzen. Sie brauchen daher den Berater oder Therapeuten als Gesprächspartner, der ihnen hilft, frühere und aktuelle Wertvorstellungen und Lebensziele zu reflektieren. Die familiären Prozesse müssen mitberücksichtigt werden.. Denn „oft führen die mit diesem Erlebnis einhergehenden ausgeprägten Persönlichkeitsveränderungen zu Spannungen in der Familie. So werden manche Menschen, die ihre Gefühle in der Ehe jahrelang unterdrückt hatten, nach einem Todesnähe-Erlebnis auf einmal sehr offen. Dies kann die Ehepartner in große Verlegenheit bringen. Ihnen scheint es fast, als wären sie mit jemand ganz anderem verheiratet.“ (Moody, 1989, S. 62) Scheidungen kommen häufiger vor als im Bevölkerungsdurchschnitt. Das spricht dafür, nach Möglichkeit Partner bzw. Familie in den Beratungs-/Therapieprozess einzubeziehen.

Inzwischen existiert in Deutschland ein „Netzwerk Nahtoderfahrung“, das Auskunft über bestehende und im Aufbau begriffene Gruppen Betroffener geben kann (www.netzwerk-nahtoderfahrung.de).

Die Einbeziehung von NDE in der Beratung/Therapie suizidgefährdeter Menschen

Als Berater/Therapeut ist man, wenn es um Tod, Trauer, Suizidgedanken geht, immer wieder mit letzten Fragen des Lebens konfrontiert. Nahtod-Erfahrungen können ein Mittel darstellen, die eigene Sprachlosigkeit gegenüber Grenzerfahrungen des Lebens zu überwinden. Sie sind nicht Glaubensbekenntnisse, sondern Erlebnisberichte - Geschichten, die Tod und Sterben in einem anderen Licht erscheinen lassen. Auf NDE zurückzugreifen, ist m.E. nicht willkürlich, da ihnen kulturübergreifende Erlebensmuster zugrunde liegen.

Die amerikanische Psychologin Catherine Burton beschreibt, wie sie NDE unter diesem Aspekt in die Beratung einbezieht. Als besonders hilfreich erlebt sie die Einbeziehung von NDE, wenn ein Klient sich mit Suizidgedanken trägt. „Diese Menschen haben sich vom Leben abgewandt und stellen sich den Suizid als Weg vor, ihre Not zu beenden. In empathischer Weise teile ich ihnen die Erfahrungen von Personen mit, die einen Suizid versucht haben und überlebten. Wenn meine Klienten hören, dass andere, die versuchten sich zu töten, weiter bei Bewusstsein waren, obwohl ihr Körper für tot erklärt worden war, erkennen sie, dass es die Möglichkeit sich selbst zu töten, vielleicht gar nicht gibt. Hinzu kommt, dass Menschen, bei denen es während eines Suizidversuches zu einer NDE kam, sich zunächst oft in Dunkelheit und Verzweiflung wiederfinden – ein Zustand, der dem gleicht, was sie vor dem Suizidversuch empfanden. Sie stellen fest, dass ein Suizid ihrer emotionalen Not kein Ende setzt. Denjenigen, die danach während ihrer Erfahrung ins Licht gelangten, wurde von Lichtwesen mitgeteilt, dass Suizid keine Lösung ist. Ihnen wurde gesagt, dass sie zurückkehren müssten und sich der gleichen Situation und den gleichen Gefühlen erneut stellen und andere Entscheidungen treffen müssten“ (Burton, 2002, S.5).

Wie in NDE Suizidversuche thematisiert werden, zeigt sich z.B. im Bericht einer 16-Jährigen, die versucht hatte, sich mit Tabletten umzubringen. Während Freunde sie in die Notaufnahme eines Krankenhauses bringen, nimmt sie in einer NDE die Gegenwart eines anderen Wesens wahr. „Da war noch jemand da, ein Schutzengel oder so was.“ Alle Anspannung und aller Frust ihres jungen Lebens fallen von ihr ab. Sie spürt Liebe und Frieden. Das Wesen, das sie begleitet, teilt ihr etwas mit. „Ich bekam gezeigt, wie schön mein Körper war, und überhaupt jeder Körper. Ich bekam gesagt, dass mein Körper ein Geschenk war und dass ich darauf aufpassen und ihn nicht umbringen sollte. Als ich das hörte, schämte ich mich sehr für das, was ich getan hatte, und hoffte, dass ich weiterleben würde“ (Morse, 1992, S.218).

Der österreichische Psychotherapeut Engelbert Winkler schildert den Fall des neunjährigen Patrick, dessen Vater sich erhängt hatte. Der Junge zeigte verschiedene Verhaltensauffälligkeiten und äußerte über Monate hinweg die Absicht, sich ebenfalls zu töten. Winkler führte eine Familientherapie durch. Parallel dazu versuchte er, im Sinne einer Krisenintervention mit Patrick an den Themen Tod und Sterben zu arbeiten. Das erwies sich als schwierig, weil Patrick sich nicht auf den üblichen kind-orientierten Zugang einließ. Winkler – Verfasser mehrerer Bücher über NDE – entschloss sich schließlich, eine Geschichte zu verfassen. Er gab ihr den Titel „Der Tag, an dem Elias starb“. In dieser Geschichte verarbeitete er die Erfahrungen von Menschen, die eine NDE erlebt hatten. Er trug sie Patrick und seiner Familie vor. Patrick zeigte großes Interesse an der Geschichte. Er und seine Geschwister malten Bilder dazu und sprachen zum erstenmal mit ihrer Mutter über den Tod ihres Vaters. Patrick äußerte seine Suizidgedanken seltener und gab sie schließlich ganz auf. Gleichzeitig verbesserte sich sein Sozialverhalten deutlich (Winkler, 2003, S.81). Die Beispiele lassen erkennen, dass Berichte über NDE in Beratung und Therapie dazu dienen können, eine Art Metaposition zu gewinnen, von der aus die Selbsttötungsabsicht hinterfragt und eine evtl. neue Perspektive auf die Aufgabe und den Sinn des Lebens gefunden werden kann. Die Chancen eines solchen Vorgehens müssten weiter untersucht werden. Falls ein entsprechendes Interesse besteht, würde ich gerne eine Arbeitsgruppe zu diesem Thema ins Leben rufen.

Literatur:

- Bubulka, G.** (1994). Beyond this Reality. Fresno.
- Burton, C.** (2002). Counseling from a Near-Death Perspective. Vital Signs, 21,4.
- Dickstein, L.** (1972) Death concern: Measurement and correlates. Psychological Reports, 30, S. 563-571.
- Fenwick, E., Fenwick, P.** (1995). The Truth in the Light. New York: Berkley Books.
- Fox, M.** (2003). Religion, Spirituality and the Near-Death Experience. London: Routledge.
- Greyson, B.** (1983). The Near-Death Experience Scale: Construction, reliability, and validity. Journal of Nervous and Mental Disease, 171, S. 369-375.
- Greyson, B., Harris, B.** (1987). Clinical Approaches to the Near-Death Experiencer. Journal of Near-Death Studies, 6,1, S. 41-51.
- Heim, A.** (1892). Notizen über den Tod durch Absturz. In: Jahrbuch des Schweizer Alpenvereins, 27, S.327-337.
- Holden, J., Long, J., MacLurg, J.** (2002). Out-of-Body-Experiences: All in the brain? Vital Signs 21,3.
- Schmied, I., Knoblauch, H., Schnettler, B.** (1999). Todesnäherfahrungen in Ost- und Westdeutschland – Eine empirische Untersuchung. In: H. Knoblauch/ H.-G. Soeffner (Hrsg.), Todesnähe. Interdisziplinäre Zugänge zu einem außergewöhnlichen Phänomen. (S.217-250). Konstanz: Universitätsverlag.
- Linke, D. B.** (2003). An der Schwelle zum Tod. Gehirn und Geist 3.
- Lommel, P., Wees, R., Meyers, V., Elfferich, I.** (2001). Cardiac arrest – a prospective study in the Netherlands. The Lancet, 358, S. 2039-45.
- Lutomsky, B., Flake, F.**(2003). Leitfaden Rettungsdienst. München –Jena: Urban&Fischer Verlag.
- Moody, R. A.**(1989). Das Licht von drüben. Neue Fragen und Antworten. Hamburg: Bechtermünz.
- Morse, M., Perry, P.** (1992). Zum Licht. Was wir von Kindern lernen können, die dem Tod nahe waren. München: Droemersch Verlag.
- Morse, M., Perry, P.**(1994). Parting Visions. New York: Harper.
- Ring, K.** (1982). Den Tod erfahren –das Leben gewinnen. (2. Aufl.). Bern: Scherz Verlag.
- Sabom, M. A.** (1982). Erinnerung an den Tod. Eine medizinische Untersuchung. (2.

Aufl.). Berlin: Goldmann.

Schmidt-Degenhard, M. (1992). Die oneiroide Erlebnisform. Heidelberg:

Schröter-Kunhardt, M. (1999). Nah-Todeserfahrungen aus psychiatrisch-neurologischer Sicht. In: H. Knoblauch / H.-G. Soeffner (Hrsg.), Todesnähe. Interdisziplinäre Zugänge zu einem außergewöhnlichen Phänomen. (S. 65-100). Konstanz: Universitätsverlag.

Schröter-Kunhardt, M. (2002). Nah-Todeserfahrung – Grundlage neuer Sinnfindung.

In: Hermes, A. Kick (Hrsg.), Ethisches Handeln in den Grenzbereichen von Medizin und Psychologie. Münster: LIT Verlag.

Templer, D.I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. Journal of General Psychology, 82, S.165-172.

Winkler, E.(2003). The Elias Project: Using the Near-Death Experience Potential in Therapy. Journal of Near-Death Studies, 22,2, S. 79-82.

Zusammenfassung

Die Häufigkeit, mit der Nahtod-Erfahrungen (Near-Death Experiences, NDE) auftreten, lässt erwarten, dass auch Berater und Therapeuten mit diesem Phänomen konfrontiert sind.

NDE beinhalten- abhängig von ihrer „Tiefe“ – eine starke Motivation zur Veränderung, die eine Chance für die persönliche Entwicklung des Betreffenden darstellt, aber auch zu Konflikten mit seinem Umfeld führen kann. Der Berater/Therapeut sollte über Basisinformationen verfügen, um das Erleben von Menschen mit NDE nachvollziehen und ihnen bei der Integration ihrer Erfahrung in den Alltag behilflich sein zu können.

Bei suizidgefährdeten Klienten können Berichte über NDE dazu dienen, eine Metaposition zu gewinnen, von der aus Sinnfragen in Bezug auf Leben und Tod thematisiert werden können.

Joachim Nicolay

Karlstr.10, 66969 Lemberg, Tel.: 06331-40008;

e-mail jo-nicolay@t-online.de