



Wagner

Psychotherapie mit Trauernden

Grundlagen und therapeutische Praxis



BELTZ

Leseprobe aus:

Wagner, Psychotherapie mit Trauernden, ISBN 978-3-621-28684-8

© 2019 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28684-8>

Birgit Wagner

Psychotherapie mit Trauernden

Grundlagen und therapeutische Praxis

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

Prof. Dr. phil. Birgit Wagner
Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie – Verhaltenspsychologie
Psychologische Psychotherapeutin
MSB Medical School Berlin
Hochschule für Gesundheit und Medizin
Siemens Villa
Calandrellistraße 1–9
12247 Berlin
E-Mail: birgit.wagner@medicalschoo-berlin.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28684-8 Print
ISBN 978-3-621-28685-5 E-Book (PDF)

1. Auflage 2019

© 2019 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa
Coverbild: © getty images: Felbert + Eickenberg / STOCK4B

Herstellung und Satz: Lelia Rehm
Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

3 Traueranamnese

Die Auswirkungen des Todes einer nahestehenden Person sind komplex und beinhalten verschiedene kognitive, emotionale und behaviorale Symptome. Der anhaltende Trauerprozess bringt es mit sich, dass verschiedene Informationsebenen erfasst und berücksichtigt werden sollten. Die Anamnese der anhaltenden Trauerstörung umfasst nicht nur das Erfragen der typischen Trauersymptome, sondern erfasst in fünf Teilbereichen auch Informationen zu den Todesumständen, zur Beziehung zur verstorbenen Person, der bisherigen Trauerverarbeitung und die bisher wahrgenommene Unterstützung im sozialen Umfeld. Für die Anamnese können zwei bis vier Therapiestunden eingeplant werden. Die trauerspezifische Anamnese erfragt insbesondere Aspekte, die für die spätere Therapieplanung relevant sind und aus der entsprechende Behandlungsimplicationen abgeleitet werden können. Spezifische diagnostische Messinstrumente zur Erfassung von Trauersymptomen sind in Abschnitt 1.4 zu finden. Während sich die ersten drei Teilbereiche der Anamnese insbesondere mit den Todesumständen und der Beziehung zur verstorbenen Person beschäftigt, erfassen die Teilbereiche 4 und 5 vor allem die derzeitigen Trauersymptome und die wahrgenommene soziale Unterstützung. Die trauerspezifische Anamnese und Diagnostik werden in Arbeitsblatt 1 (Trauerspezifische Anamnese) und Arbeitsblatt 2 (Identifikation der Problem-bereiche) dargestellt (s. Anhang).

3.1 Todesumstände

Die Todesumstände können einen wesentlichen Einfluss auf die spätere Trauerverarbeitung haben. So kann ein erwarteter Tod nach einer längeren Krankheitsphase einen anderen Umgang mit der Trauer zur Folge haben als bspw. ein unerwarteter Tod, traumatische oder gewaltsame Todesumstände. Als traumatischer Tod wird in der Literatur ein Tod durch Unfall, Tötungsdelikte oder Suizid beschrieben (Rynearson et al., 2013). Die Hinterbliebenen erleben traumatische Todesfälle meistens unerwartet. Der Tod geschieht durch Verletzung oder Gewalt durch Dritte oder gegen sich selbst. Aus diesem Grund gehören die folgenden Aspekte zu den Risikofaktoren für die Angehörigen, eine anhaltende Trauerstörung zu entwickeln:

- (1) plötzlicher und unerwarteter Tod
- (2) schreckliche Bilder, die im Zusammenhang mit den Todesumständen stehen (z. B. Auffindsituation)
- (3) gewaltsamer Tod durch Fremdeinwirkung
- (4) stigmatisierende Todesumstände (z. B. Suizide, HIV)
- (5) mehrfache Verluste (Green, 2000)

Um die diversen Aspekte der Todesumstände vollständig zu erfassen, empfiehlt es sich, sehr detailliert die Geschehnisse rund um den Tod des betrauten Menschen zu erfragen (s. hierzu auch Arbeitsblatt 1: Trauerspezifische Anamnese).

- ▶ Was war die Todesursache (z. B. Suizid, Erkrankung)?
- ▶ Wo ist die Person verstorben?
- ▶ Was ging dem Tod von _____ voraus? (z. B. Krankheitsgeschichte, Depression? Bei Suiziden sollten insbesondere vorherige Suizidversuche erfasst werden, Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken, sonstige Behandlungs- und Unterstützungsversuche)
- ▶ Kam sein/ihr Tod erwartet oder unerwartet für Sie?
- ▶ Wo waren Sie, als _____ starb?
- ▶ Wann, wie und von wem haben Sie die Todesnachricht bekommen?
- ▶ Wie haben Sie darauf reagiert als Sie die Nachricht erhalten haben?
- ▶ Welches waren Ihre Gedanken und Gefühle in diesem Moment?
- ▶ Haben Sie den Verstorbenen (den Leichnam) noch einmal gesehen?
- ▶ Wie wurde der Leichnam bestattet?
- ▶ Waren Sie bei der Bestattung anwesend?
- ▶ Wer war bei Ihnen in den ersten Tagen nach dem Verlust?

3.2 Beziehung zur verstorbenen Person

Der Tod eines Menschen geht nicht nur mit der Verarbeitung der Todesumstände und möglichen Leiden vor dem Verlust einher, sondern setzt auch eine intensive Auseinandersetzung mit der Beziehung zur verstorbenen Person und dem Menschen, der sie zu Lebzeiten war, in Gange. Der Tod trennt die Menschen zwar in seiner physischen Form, aber die emotionale und gedankliche Bindung zur verstorbenen Person bleibt in einseitiger Form durch den Angehörigen bestehen. Diese fortgeführte Beziehung, in der englischen Literatur *Continuing Bond* genannt, beschreibt die wahrgenommene starke Präsenz der verstorbenen Person, welche durch Erzählungen und Erinnerungen an die verstorbene Person genutzt werden, um die Beziehung zu ihr aktiv aufrechtzuerhalten (Root & Exline, 2014). Manche Trauernden erleben eine starke Sehnsucht nach der verstorbenen Person und ein starkes Vermissen des gemeinsamen Lebens und der zwischenmenschlichen Nähe. In manchen Fällen werden der Mensch und die Beziehung zu ihm idealisiert (z. B. »So gut wie dein Bruder wirst du nie in Mathe sein, er schrieb immer die besten Examensnoten«). Für andere Betroffene stellt der Tod eine Zensur dar, wie bspw. nach einem Suizid. Die Beziehung zur verstorbenen Person wird zwangsläufig nach einem Suizid neu bewertet und die Hinterbliebenen hinterfragen sich, welchen Anteil sie hatten, dass der Verstorbene die gemeinsame Beziehung auf diese Art und Weise beendete. Es wird die vorherige Nähe und das gegenseitige Vertrauen in Frage gestellt und die Hinterbliebenen fühlen sich verletzt und abgelehnt. Für viele steht die Frage im Raum, weshalb ein Mensch, dem sie so nahestanden, zu

solch einer Tat fähig war. Sie fühlen sich mitunter schuldig, den Tod nicht verhindert zu haben.

Andere Verluste rufen bei den Hinterbliebenen ein schmerzliches Bewusstwerden hervor, dass man der verstorbenen Person vielleicht nie richtig nahe sein konnte oder die Hoffnung nach einer vertrauensvollen Beziehung ihnen bis zum Schluss versagt wurde. Das Erkennen, dass der kindliche Wunsch nach Bindung bis zum Ende nicht erfüllt wurde, ist vor allem für erwachsene Kinder, die von ihren Eltern abgelehnt oder vernachlässigt wurden, beim Tod des Elternteils besonders schmerzhaft und beeinflusst den Trauerprozess. Paul (2012) empfiehlt, dass sich Trauernde mit ihrer Beziehung zur verstorbenen Person auseinandersetzen sollten und den Gefühlen, die mit dem Toten in Zusammenhang stehen, offen begegnen und sie sich genau ansehen sollten. Denn nur so kann eine neue ehrliche Sichtweise auf die Beziehung entwickelt werden, die weder idealisiert, noch voller Wut oder Bedauern ist: »Für Trauernde ist es wichtig, die eigene innere Wahrheit über einen Menschen, der nicht mehr lebt, herauszufinden und zu begreifen, dass andere Menschen eine andere innere Wahrheit haben könnten« (Paul, 2012, S. 149).

Unerfüllte Wünsche und ungelöste Konflikte

Noch offene und ungeklärte Angelegenheiten können ebenfalls eine Integration der verstorbenen Person in das Leben der Hinterbliebenen erschweren. So können bspw. Geheimnisse, welche erst nach dem Tod bekannt wurden, die Beziehung noch im Nachhinein maßgeblich beeinträchtigen. Manche Betroffene erfahren bspw. erst nach dem Tod von außerehelichen Beziehungen, hinterlassenen Schulden oder Lebenslügen der verstorbenen Person. Des Weiteren können Schuldgefühle oder das Gefühl von Wut, verlassen worden zu sein, Ursachen für eine erschwerte Integration des Verlusts sein. Holland et al. (2018) konnten in ihrer Studie zeigen, dass noch offene und ungeklärte Angelegenheiten zwischen der verstorbenen Person und dem Hinterbliebenen ein hoher Prädiktor für eine anhaltende Trauerstörung waren. Sie kategorisierten die offenen Angelegenheiten in zwei Hauptfaktoren ein:

- (1) unerfüllte Wünsche und
- (2) ungelöste Konflikte (s. Tab. 3.1).

Die unerfüllten Wünsche beziehen sich vorwiegend auf das Ungesagte, aber auch auf das Bedauern, in den letzten Tagen und Stunden nicht bei der verstorbenen Person dabei gewesen zu sein. Die ungelösten Konflikte hingegen beschreiben, dass Geheimnisse, Streitigkeiten oder Konflikte nicht mehr geklärt oder angesprochen werden konnten. Hinterbliebene nach gewaltsamen Todesumständen (z. B. Suizide) zeigten ein höheres Niveau an ungelösten Konflikten in ihrem Trauerprozess.

	Beispiele
Unerfüllte Wünsche	»Ich wünschte, ich hätte ihr/ihm öfters gesagt, dass ich sie/ihn liebe.«
	»Ich wünschte, wir hätten noch mehr Zeit zusammen verbringen können.«
	»Ich wünschte, wir hätten noch zusammen das Leben führen können, das wir zusammen geplant hatten.«
	»Ich wünschte, ich wäre dabei gewesen, als sie/er gestorben ist.«
	»Ich wünschte, ich hätte in den letzten Tagen mehr für sie/ihn da sein können.«
	»Ich wünschte, ich hätte mich von ihr/ihm verabschieden können.«
Ungelöste Konflikte	»Ich spüre eine große Wut auf sie/ihn und ich weiß nicht, wie ich damit umgehen soll, jetzt wo sie/er nicht mehr da ist.
	»Wir hätten über Geheimnisse in unserer Beziehung miteinander sprechen sollen.«
	»Ich konnte nie meinen Frieden bezüglich eines Konflikts mit ihr/ihm finden.«
	»Wegen eines Konflikts habe ich mich von ihr/ihm distanziert vor ihrem/seinen Tod.«
	»Meine Beziehung zu ihr/ihm war eine große Enttäuschung, die jetzt nicht mehr geändert werden kann.«
	»Ich wünschte, ich hätte die Chance gehabt, ihr/ihm zu sagen, dass ich ihr/ihm vergebe.«

Bedauern über die Beziehung zur verstorbenen Person

Obwohl das Bedauern über bestimmte Aspekte der Beziehung in der Psychotherapie mit Trauernden ein häufiges Thema ist, wurde es bisher in nur wenigen Studien untersucht. Holland et al. (2013) untersuchten aus diesem Grund verwitwete Männer und Frauen (N = 201) aus der *Changing Lives of Older Couples*-Studie in einer vierjährigen Langzeiterhebung. Es wurde zum einen gefragt, ob sie etwas, was zwischen ihnen und dem Partner oder der Partnerin passiert ist, heute bedauern würden oder inwieweit sie etwas an ihrem eigenen Verhalten in Bezug auf die Beziehung bedauern würden. Die Ergebnisse zeigten insgesamt drei Subgruppen auf. Die größte Gruppe (77 %) zeigte nur ein schwaches Erleben von Bedauern, welches auch über die drei Messzeitpunkte (6, 18, und 48 Monate) konstant blieb. Die zweite Gruppe (14 %) zeigte ein häufigeres Gefühl von Bedauern, dieses blieb aber ebenfalls über den Zeitraum von vier Jahren konstant. Die letzte Gruppe (17 %) zeigte relativ hohe Werte bezüglich des Bedauerns, diese verstärkten sich allerdings auch signifikant weiter über den Zeitraum von vier Jahren. Diese Gruppe zeigte auch die höchste Symptomatik der anhaltenden Trauerstörung. Das heißt, Beziehungsthemen (z. B. viele Streitereien in der Beziehung), die bei den Hinterbliebenen ein hohes Maß an Bedauern auslösen, schwächen sich nicht im Laufe der Zeit ab, sondern können sich intensivieren.

Fazit

Offene Angelegenheiten und das Bedauern über nicht gelebte Beziehungsaspekte sind Risikofaktoren für die anhaltende Trauerstörung. Aus diesem Grund ist ein anamnestisches Erfassen dieser Themen von hoher Relevanz für die Therapieplanung.

Beispiel

Geheimnisse in der Beziehung

Ein 27-jähriger Student kommt in die Psychotherapie. Er leidet an Depressionen und Angstzuständen und trinkt phasenweise sehr viel Alkohol und konsumiert Drogen. Mehrfach wurde er deswegen schon in die Notaufnahme mit dem Verdacht auf einen Suizidversuch eingeliefert. Sein Vater ist vor drei Jahren plötzlich an einem Herzinfarkt verstorben. Er ist damals gleich nach Hause geflogen und hatte an der Beerdigung teilgenommen, die er mit organisiert hatte. Die Zeit kurz nach dem Tod hat er emotionslos funktioniert. Er hat seit dem Tod des Vaters nie geweint. Er beschreibt, dass er seitdem das Gefühl von Trauer immer versucht zu unterdrücken, meistens mit Alkohol. Seinen Vater beschreibt der Patient als sehr konservativ. Ein kräftiger Mann mit traditionellen Werten, der die Wochenenden in Vereinen und am Stammtisch verbracht hatte. Dort hatte er häufig auch in seiner Anwesenheit Witze über schwule Männer gemacht und sich abfällig geäußert. Der Patient hatte sich deswegen nie gegenüber seinem Vater als homosexuell geoutet. Das Gefühl, vom Vater abgelehnt worden zu sein, quält ihn heute noch. Der unerfüllte Wunsch nach Anerkennung durch den Vater löst bei ihm schmerzhaft Gefühle aus.

Die Beziehung zur verstorbenen Person spielt deshalb insgesamt eine wichtige Rolle in der Art und Weise, wie eine Trauerverarbeitung durchlebt werden kann. Aus diesem Grund stellen diesbezügliche Fragen einen wesentlichen Bestandteil der Traueranamnese dar, um später Behandlungsimplicationen ableiten zu können. Die folgenden Fragen können das Erfassen von relevanten Beziehungsaspekten unterstützen:

- ▶ Was für ein Mensch war _____? (Die Patienten sollen den Menschen und seine ihm typische Eigenschaften und Verhaltensweisen darstellen, insbesondere in den letzten Monaten vor dem Tod)
- ▶ Wie war es, mit _____ zusammenzuleben/aufzuwachsen?
- ▶ Wie nahe oder distanziert fühlten Sie sich gegenüber _____ in den letzten Jahren bzw. Monaten? Was bedeutet das heute für Sie?
- ▶ Gab es in den letzten Jahren bzw. Monaten Konflikte mit _____? Haben Sie sich vielleicht über _____ aufgeregt oder geärgert?
- ▶ Gab es zwischen Ihnen und _____ Geheimnisse?

- ▶ Gibt es zwischen Ihnen und _____ Dinge, die sie ihr/ihm gerne noch gesagt hätten, bevor er/sie starb?
- ▶ Bedauern Sie heute etwas in der Beziehung zu _____?
- ▶ Welche Bilder und Assoziationen tauchen auf, wenn Sie heute an _____ denken? Was sind bspw. typische Szenen, die bei Ihnen als inneres Bild erscheinen?

3.3 Trauerverarbeitung

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Traueranamnese stellt die Erfassung der Kernsymptome des Trauerprozesses dar. Die verschiedenen Bereiche umfassen

- ▶ das emotionale Erleben,
- ▶ Vermeidungsverhalten,
- ▶ Intrusionen,
- ▶ dysfunktionale Gedanken,
- ▶ Akzeptanz des Verlusts und
- ▶ wahrgenommene soziale Unterstützung.

Hierbei sollten die Teilbereiche so detailliert wie möglich erfasst werden, um ein besseres Verständnis für die Komplexität des individuellen Trauerprozesses der Patienten zu erhalten.

Emotionen

Die Trauer um eine nahestehende Person kann mit sehr unterschiedlichen Gefühlen einhergehen, die sich im Laufe des Trauerprozesses entweder verändern oder überlappend auftreten werden. Der Verlust wird nicht nur als psychischer Schmerz, der durch die unterschiedlichsten Gefühle geprägt ist, von den Trauernden wahrgenommen, sondern auch als körperlicher Schmerz. Der Trennungsstress als Hauptsymptom der Trauer wird von einer großen Sehnsucht und Suchen nach der verstorbenen Person begleitet. Die Gefühle der Hinterbliebenen drehen sich fast ausschließlich um den Verlust. Häufig entsteht bei den Trauernden das Gefühl, dass ein Teil von ihnen ebenfalls gestorben ist.

Während in der ersten Trauerphase je nach Art des Verlusts bspw. Gefühle der Traurigkeit, Sehnsucht, Verzweiflung oder Wut (z. B. bei Suiziden) die dominanten Gefühle darstellen, können im Laufe der Trauer Schuldgefühle oder Liebe hinzukommen bzw. diese ablösen. Die Intensität, mit der diese Gefühle von den Trauernden erfahren werden, macht den Betroffenen und deren nächstem sozialen Umfeld oft Angst. Die Furcht, dass diese starken Gefühle unkontrollierbar sind, führt häufig dazu, dass die trauernde Person versucht, die Gefühle zu unterdrücken, aus Angst, von anderen als instabil bewertet zu werden (Paul, 2012). Dennoch ist es wichtig, dass Trauernde sich ihrer Gefühle bewusst werden und verstehen, weshalb diese Gefühle so intensiv erlebt werden. Das Durchleben dieser Emotionen und des intensiven Trauerschmerzes gehört mit zu einem normalen Trauerprozess dazu.

Vermeidungsverhalten

Trauerspezifisches Vermeidungsverhalten kann sich durch unterschiedliche Ausprägungen zeigen. Trauernde vermeiden zum einen Gegenstände (z. B. Fotos) oder Erinnerungen (z. B. gemeinsam besuchte Orte). Bei traumatischen Todesfällen kommt häufig die Vermeidung von den traumatischen Erinnerungen dazu, welche im Zusammenhang mit dem Tod stehen. Dies können bspw. die Auffindsituation sein oder das Miterleben des vielleicht qualvollen Sterbeprozesses. Das traumabezogene Vermeidungsverhalten steht häufig im Zusammenhang mit ungewollt auftretenden Flashbacks und Erinnerungen an das Ereignis. Diese Erinnerungen können auch bruchstückhaft in Form von Albträumen auftreten. Die Betroffenen versuchen die überflutenden Bilder und Gedanken bezüglich des traumatischen Ereignisses (z. B. Autounfall) zu verdrängen bzw. zu vermeiden.

Darüber hinaus gibt es bei trauernden auch ein Vermeidungsverhalten in Bezug auf den Trauerschmerz. Trauernde haben mitunter katastrophisierende Vorstellungen bezüglich ihres Trauerschmerzes, wenn sie diesen zulassen würden. Die Angst, dass dieser nie wieder aufhören oder sie komplett überwältigen würde, trägt wesentlich zu der Vermeidung bei. Anstelle dessen entwickeln sie mitunter maladaptive Verhaltensweisen (z. B. Alkohol) und dysfunktionale Kognitionen, um den Schmerz der Trauer zu vermeiden. Boelen (2006) spricht hierbei von ängstlichem und depressivem Vermeidungsverhalten bei Trauernden. Unter depressivem Vermeidungsverhalten wird verstanden, dass sich Trauernde von sozialen Aktivitäten zurückziehen, welche sie in ihrer Trauerverarbeitung unterstützen könnten. Das depressive Vermeidungsverhalten verstärkt das Ruminieren über den Verlust und dass ein Leben ohne die verstorbene Person keinen Sinn macht. Ein ängstliches Vermeidungsverhalten bezieht sich hingegen auf das Vermeiden von Trauerreaktionen. Wichtig im Rahmen der Traueranamnese sind daher Fragen, welche das Vermeidungsverhalten der Betroffenen explizit erfassen:

- ▶ Vermeiden Sie Gegenstände oder Orte, welche sie an die verstorbene Person erinnern?
- ▶ Vermeiden Sie Erinnerungen oder Bilder, welche Sie an die Todesumstände erinnern (z. B. Auffindsituation)?
- ▶ Vermeiden Sie typische Trauergefühle, wie z. B. Trennungsschmerz oder die Sehnsucht nach der verstorbenen Person, weil Sie das Gefühl haben, dass Sie diese Gefühle überwältigen?

Intrusionen

Vermeidungsverhalten aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung stehen in Zusammenhang mit ungewollt auftretenden Flashbacks und Erinnerungen an das schreckliche Ereignis. Diese Erinnerungen können auch bruchstückhaft in Form von Albträumen auftreten. Intrusionen können bei Trauernden aber auch positiver Natur sein. Diese positiven Bilder an die verstorbene Person können einerseits tröstlichen Charakter haben, aber auch durch ständige Rumination darüber belastend für die Betroffenen werden. Das regelmäßige Aktivieren von inneren Bildern (z. B. von der

letzten gemeinsamen Reise) kann die Gefühle des Verlusts noch verstärken. Folgende Fragen können trauerspezifische Intrusionen erfassen:

- ▶ Erleben Sie immer wieder Bilder von den Todesumständen von der Person, um die Sie trauern?
- ▶ Erleben Sie positive Bilder von der verstorbenen Person, die immer wieder auch ungewollt auftauchen (z. B. das Kind früher beim Spielen zu Hause)?
- ▶ Welche Bilder sind das, die immer wieder auftauchen?
- ▶ Tauchen diese Bilder auch als Träume oder Flashbacks auf?

Dysfunktionale Gedanken

Häufige dysfunktionale Kognitionen im Kontext einer anhaltenden Trauerstörung beinhalten Themenbereiche der Trauerverarbeitung, die Beziehung zur verstorbenen Person, die eigene Person und die Zukunft ohne die verstorbene Person. Verzerrte Kognitionen in Bezug auf die Trauerverarbeitung sind bspw. »Wenn ich den Trauerschmerz zu lasse, werde ich verrückt.« oder »Meine intensiven Trauergefühle sind nicht normal.«. Ein Beispiel für eine dysfunktionale Interpretation von Beziehungsthemen ist bspw. die Verantwortung am Tod (z. B. »Wenn ich zuhause gewesen wäre, dann wäre das Unglück nicht passiert.«) oder Schuldgefühle (»Ich bin schuld am Tod meines Bruders, ich hätte mich mehr um ihn kümmern müssen.«). Negative Selbstschemata, wie bspw. »Ich bin wertlos ohne sie.« oder »Ich sehe keine Zukunft mehr für mich seit dem Tod meiner Frau.«, erschweren die graduelle Anpassung eines Lebens ohne die verstorbene Person. Im Gegensatz zu Menschen, die einen normalen Trauerprozess durchleben, zeigen Trauernde mit einer anhaltenden Trauerstörung persistierende negative Kognitionen und Überzeugungen, die sowohl für die Aufrechterhaltung als auch für die Verschlechterung der Trauersymptomatik verantwortlich sind (Boelen et al., 2006). Dysfunktionale Trauerkognitionen können nach den folgenden Kategorien erfasst werden:

- ▶ Erfragen von trauerspezifischen Gedanken (z. B. »Wenn ich meine Trauer zulasse, werde ich verrückt.«; »Wenn ich wieder am Leben teilnehme, dann vergesse ich die verstorbene Person.«)
- ▶ Erfassen von Schuldgefühlen und Verantwortungsgefühlen am Tod (z. B. »Ich bin eine schlechte Mutter, sonst hätte sich mein Kind nicht das Leben genommen.«; »Ich hätte den Tod verhindern können.«)
- ▶ Grübeln Sie wiederholt über viele Stunden am Tag über den Tod von der Person, um die Sie trauern?

Akzeptanz

Den Tod einer nahestehenden Person als Realität zu akzeptieren fällt vielen Hinterbliebenen insbesondere in der ersten Trauerphase häufig schwer. Das Akzeptieren des Todes im Verlauf des Trauerprozesses steht in Zusammenhang mit einem geringeren Stresserleben, mehr Gelassenheit und einer wahrgenommenen inneren Ruhe (Mack et al., 2008). Es entwickelt sich zwar bereits in den ersten Wochen nach dem Verlust bei den Trauernden eine kognitive Akzeptanz, dass die verstorbene Person tatsächlich

tot ist und nicht mehr zurückkehrt, allerdings findet diese Form der Akzeptanz vorwiegend auf einer Verstandesebene statt (Prigerson & Maciejewski, 2008). Durch die starke Sehnsucht nach der verstorbenen Person entwickeln die Hinterbliebenen oft einen intensiven Wunsch nach Wiedervereinigung. Deswegen ist das emotionale Akzeptieren des Todes als tatsächliche Wahrheit für die Hinterbliebenen häufig schwierig und benötigt einen längeren Anpassungsprozess. Maciejewski et al. (2007) zeigten in ihrer Langzeitstudie, dass die Akzeptanz des Verlusts im Laufe von 24 Monaten graduell zunahm, während die Trauersymptome (z. B. Sehnsucht nach der verstorbenen Person, Traurigkeit) abnahm. Aus diesem Grund werden die Prozesse der Akzeptanz des Verlusts und Trauer als einander gegensätzliche Pole beschrieben (Prigerson & Maciejewski, 2008). Die Trauerverarbeitung liegt hier in der kognitiven und emotionalen Akzeptanz, dass die verlorenen Menschen nicht mehr zurückkehren werden. Eine fehlende Akzeptanz steht deswegen in Zusammenhang mit der anhaltenden Trauerstörung und sollte im Rahmen der Traueranamnese miteingefasst werden:

- ▶ Suchen Sie noch nach der verstorbenen Person, oder haben Sie das Gefühl, als sei sie noch nicht verstorben?
- ▶ Haben Sie Schwierigkeiten, den Tod von _____ zu akzeptieren?

Suizidalität

Nachsterbewünsche von Hinterbliebenen können unterschiedliche Ursachen haben. Gründe hierfür sind bspw. ein intensiver Wunsch nach Wiedervereinigung mit der verstorbenen Person, Gefühle der Verzweiflung oder das Nachahmungsmodell, das insbesondere bei einem Tod durch Suizid eine wichtige Rolle spielt. Eine britische Studie fand bei jungen Hinterbliebenen nach einem Suizid (N = 3.432) ein erhöhtes Risiko, selbst einen Suizidversuch zu unternehmen, im Vergleich zu anderen natürlichen Todesumständen (Pitman et al., 2016a). Andere Studien zeigten, dass mehr als die Hälfte der Trauernden an einer Depression leiden und 20 % an Alkoholismus, wobei insbesondere die Kombination der verschiedenen Störungsbilder das höchste Suizidrisiko darstellt (Mitchell et al., 2005). Vor allem Suizidtrauernde sind deutlich anfälliger für Rezidive und Krisen (Piper et al., 2001). In einer weiteren dänischen bevölkerungsbasierten Studie (N = 5.005.029) zeigte die Gruppe, welche ein Geschwister durch Suizid in der Kindheit verloren hat, ein deutlich erhöhtes Risiko, ebenfalls durch Suizid zu versterben (Yu et al., 2017). Guldin et al. (2015) untersuchten die Folgen des Todes eines Elternteils in den ersten 18 Lebensjahren in Bezug auf die Suizidalität der erwachsenen Kinder (N = 7.302.033). Die erwachsenen Kinder hatten ein 82 % höheres Risiko, durch einen Suizid zu sterben, wenn ein Elternteil sich ebenfalls durch Suizid das Leben nahm. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Tod durch Suizid langfristige Folgen bis hin zur erhöhten Mortalitätsrate für die Hinterbliebenen haben kann und ein erhöhtes Risiko für Suizidalität vorhersagt. Deswegen ist die Erfassung von Nachsterbewünschen ein wichtiger Bestandteil der Traueranamnese:

- ▶ Denken Sie selbst daran, sich das Leben zu nehmen?
- ▶ Haben Sie den Wunsch, sterben zu wollen, sodass Sie wieder mit der verstorbenen Person vereint sein können?

Soziale Unterstützung

Trauernde können die soziale Unterstützung nach dem Verlust einer nahestehenden Person auf unterschiedliche Art und Weise erleben. Während sich ein Teil der Betroffenen durch den Familien- und Freundeskreis sehr gestützt fühlt, erleben andere wiederum, dass der Tod im sozialen Umfeld ambivalente Gefühle auslöst. Insbesondere der Umgang mit dem Tod durch Suizid oder der Verlust eines Kindes wird in der Kommunikation als erschwert erlebt. Das soziale Umfeld fühlt sich häufig verunsichert, in welcher Form sie mit den Betroffenen in Kontakt treten können, oder ignorieren im Gespräch den Verlust aus dem eigenen Unbehagen heraus, wie sie über den Tod sprechen sollen. Diese Unsicherheit wird dann häufig von den Betroffenen als Ablehnung interpretiert (Jordan, 2001). Parallel erleben auch die Trauernden dieses Gefühl von Unsicherheit und Unbeholfenheit, wie sie mit dem Tod bei ihrem sozialen Umfeld umgehen sollen. Ein offener Umgang in der Kommunikation fällt ihnen häufig schwer, da sie sich vielleicht schuldig fühlen oder der Trauerschmerz noch zu intensiv ist. Manche Betroffene fühlen sich auch überfordert mit ihrer Trauer, sodass sie sich außer Stande sehen, auf andere Menschen offen zuzugehen. Pitman et al. (2017) zeigten in ihrer Querschnittsstudie (N = 3.432), dass 44 % aller Suizidhinterbliebenen nur eine als unzureichend wahrgenommene soziale Unterstützung erhielten. In einer Studie von Range und Calhoun (1990) gaben 76 % der Trauernden nach einem Unfalltod an, dass sie die sozialen Kontakte mit ihrer Umwelt als positiv erleben, wohingegen nur 27 % der Suizidangehörigen von positiven Kontakten berichten. In dieser Studie verheimlichten 44 % der Suizidangehörigen den Tod durch Suizid und gaben andere Todesursachen an. Gründe dafür liegen in der Angst vor Stigmatisierung durch andere und durch Selbststigmatisierung. Aber auch innerhalb des familiären Kontextes kann sich die soziale Unterstützung im Laufe der Zeit verändern. Während in den ersten Wochen nach dem Verlust noch ein sehr enger Familienzusammenhalt erlebt wird, verändert sich das Trauerverhalten und zunehmend trauert jedes Familienmitglied für sich. Die Trauernden ziehen sich zurück und erleben sich zunehmend isoliert. Sie erhalten seltener soziale Unterstützung, aber erfragen gleichzeitig auch seltener Hilfe. Insbesondere wenn die Todesumstände als stigmatisierend erlebt werden, findet ein Rückzug aus Schamerleben statt. Dennoch ist die soziale Unterstützung auch bei Trauernden ein wichtiger Aspekt des Trauerprozesses und intra- sowie interpersonelle Faktoren beeinflussen gegenseitig den Trauerprozess. Hilfreiche Fragen sind:

- ▶ Wer hat Sie in den ersten Tagen und Wochen nach dem Tod von _____ unterstützt?
- ▶ Hat sich diese Unterstützung im Laufe der Zeit verändert?
- ▶ Wie erleben Sie heute die Unterstützung durch _____ (z. B. Ehemann, Mutter, Vater, Bruder, Freunde)?
- ▶ Sprechen Sie heute innerhalb ihrer Familie über _____?
- ▶ Erwähnen Sie _____ gegenüber anderen Menschen im Gespräch?
- ▶ Haben Sie innerhalb der Familie oder alleine Rituale, mit denen Sie _____ gedenken?

4 Psychotherapeutische Verfahren

4.1 Modulare Psychotherapie für Trauernde

Studien belegen, dass die anhaltende Trauerstörung eine hohe Komorbidität mit anderen klinischen Störungsbildern aufzeigt. Simon et al. (2007) fanden in ihrer Studie heraus, dass 75 % aller befragten Trauernden, welche an einer anhaltenden Trauerstörung litten, mindestens eine weitere komorbide Störung erfüllten. Die anhaltende Trauerstörung trat häufig komorbid insbesondere mit der Depression (55 %) und der PTBS (48 %) auf. Nach wie vor sind die wissenschaftlichen Belege hinsichtlich der Depression und der anhaltenden Trauerstörung als distinkte diagnostische Kriterien widersprüchlich. Während eine Reihe von Studien einen deutlichen differentialdiagnostischen Unterscheid zwischen der anhaltenden Trauerstörung und der Depression identifizierten (Boelen, 2013; Boelen et al., 2010), zeigten andere Erhebungen kaum Unterschiede zwischen den beiden Störungsbildern (Zisook et al., 2007). Zisook et al. (2007) schlussfolgerten in ihrer Metaanalyse, dass Trauer und Depression einander ähnliche Syndrome seien und beide Syndrome sich durch eine psychosoziale Beeinträchtigung, Schlafstörungen und eine unterdrückte Immunsuppression auszeichneten. Die Studien zur Komorbidität zeigten, dass bei nur einem Viertel der Fälle die anhaltende Trauerstörung als alleiniges Störungsbild auftritt. Gemeinsame Krankheitsmechanismen liegen den komorbiden Störungen zugrunde, wie bspw. eine gestörte Emotionsregulation, Vermeidungsverhalten, hohe negative Affektivität oder dysfunktionale Kognitionen. Neben der hohen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen, gibt es zusätzlich eine hohe interindividuelle Heterogenität der anhaltenden Trauerstörung als Diagnose, welche durch die Art des Verlusts, Beziehungsvariablen zur verstorbenen Person und durch einzelne Symptomcluster variiert. Aus diesem Grund empfiehlt sich eine transdiagnostische modulare Vorgehensweise, die einen personalisierten Behandlungsplan zugrunde legt. Ein Beleg für die transdiagnostische Wirkweise von bisherigen Trauerinterventionen ist, dass neben der Trauersymptomatik auch die Depressionssymptomatik (Bryant et al., 2014; Rosner et al., 2014) oder die Traumasymptomatik (Kersting et al., 2013; Wagner et al., 2006) nach Beendigung der Therapie signifikant verbessert wurde, ohne dass ein spezifischer Fokus auf der Depressions- bzw. PTBS-Behandlung gelegen hat.

Hinweis

Die anhaltende Trauerstörung geht mit einer hohen Komorbidität einher und eine dysfunktionale Trauerverarbeitung kann aufgrund von verschiedenen Ursachen (z. B. Beziehung zur verstorbenen Person, traumaspezifisches Vermeidungsver-

halten, Schuldgefühle) erfolgen. Ein personalisierter modularer Therapieansatz basierend auf einer ausführlichen Traueranamnese berücksichtigt die Komplexität der Störung.

Modularer Behandlungsplan

Die modulare Trauertherapie setzt sich aus eigenständigen Therapiemodulen zusammen, die voneinander unabhängig, dennoch aber miteinander verbunden sind. Die Module basieren auf evidenzbasierten störungsspezifischen und unspezifischen transdiagnostischen Interventionen. Das modulare Vorgehen ist insbesondere für diejenigen Patienten geeignet, welche neben der anhaltenden Trauerstörung weitere komorbide Störungsbilder aufweisen. Gleichzeitig ermöglicht es den Psychotherapeuten, sich flexibel auf die individuellen Problembereiche der Patienten einzustellen und tatsächlich nur die Problembereiche mit dem Patienten zu bearbeiten, die tatsächlich Relevanz in der Psychotherapie haben. Nach der ausführlichen Traueranamnese identifiziert der Therapeut die wesentlichen Problembereiche des Patienten (s. Arbeitsblatt 2: Identifikation der Problembereiche) und wählt eine entsprechende Abfolge der Module anhand eines vorgeschlagenen Entscheidungsbaums (s. Abb. 4.1) aus. Weisz et al. (2012) konnten in ihrer Studie mit Jugendlichen zeigen, dass eine modulare Psychotherapie für Depression und Ängste der klassischen manualbasierten kognitiven Verhaltenstherapie für die beiden Störungsbilder überlegen war. Klassische manualbasierte Psychotherapien weisen den Vorteil einer hohen Standardisierung auf (»one size fits all«). Dennoch haben sie den Nachteil, dass sie einerseits selten von Psychotherapeuten in der Praxis tatsächlich genutzt werden und häufig durch die hohe Komorbidität der Patienten nicht implementiert werden.

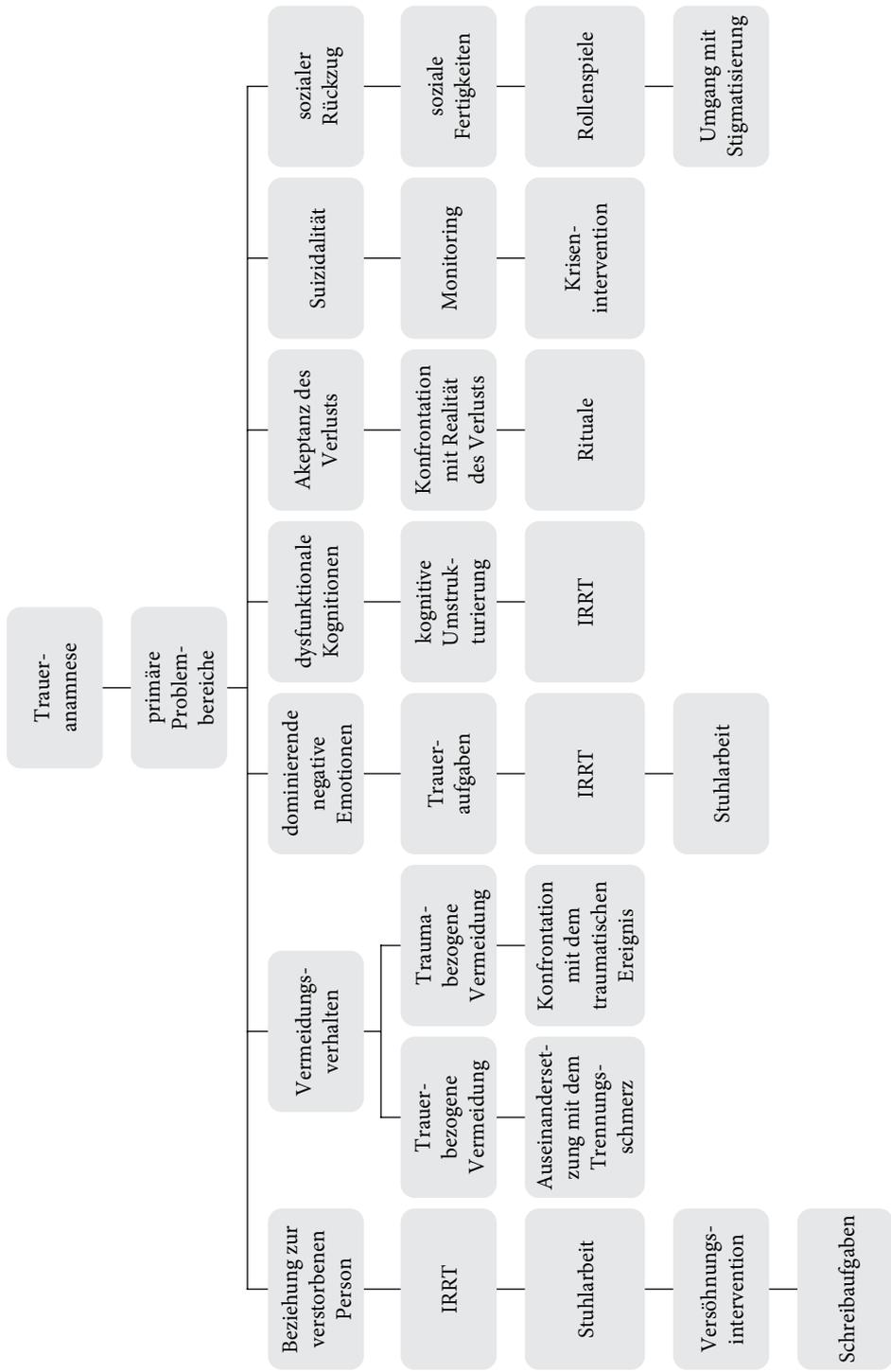


Abbildung 4.1 Entscheidungsbaum für die modulare Trauertherapie

Hinweis

Die modulare Therapie für Trauende ist durch folgende Faktoren gekennzeichnet:

- (1) Die Therapie ist personalisiert auf den Patienten zugeschnitten.
- (2) Der Behandlungsplan berücksichtigt komorbide Störungen, indem universell angewandte Methoden genutzt werden.
- (3) Der Therapieplan kann während des Therapieprozesses flexibel adaptiert werden.
- (4) Die Komplexität des individuellen Patienten und dessen Erleben werden berücksichtigt.

Beispiel

Der Suizid des Vaters

Frau J. sucht vier Jahre nach dem Suizid ihres Vaters eine Psychotherapie auf. Ihr Vater war seit ihrer frühen Kindheit Alkoholiker gewesen und die Trinkexzesse und seine Gewalttätigkeit hätten ihre Kindheit geprägt. Seine Sucht verschlechterte sich, nachdem sich ihre Mutter von ihrem Vater vier Jahre vor seinem Tod getrennt hatte. Frau J. besuchte danach regelmäßig ihren Vater, der inzwischen seinen Arbeitsplatz verloren hatte, und unterstützte ihn finanziell. Sie fühlte sich für ihn verantwortlich und hatte dennoch immer noch die Hoffnung, dass er eines Tages abstinent leben würde. Diese Phase beschreibt Frau J. als eine Zeit voller Sorgen und Ängste, da sie nie wusste, was sie erwartete, wenn sie ihren Vater besuchte. Wenn ihr Vater getrunken hatte, war er ihr gegenüber manchmal aggressiv oder gab sich weinerlich und versprach, etwas gegen die Sucht zu unternehmen. Sie suchte nach Flaschen und versuchte zu verhindern, dass er weiter trank. Einmal musste sie einen Rettungsdienst rufen, da ihr Vater bewusstlos auf dem Boden im Wohnzimmer lag. In den darauffolgenden Jahren folgten mehrere stationäre Entzugsbehandlungen, welche ihn allerdings immer nur kurzfristig vom Alkohol abhielten. Frau J. lebte unter ständiger Daueranspannung und Unruhe. Drei Tage, nachdem ihr Vater von dem letzten stationären Entzug wieder zuhause war, wollte Frau J. ihn besuchen. Als sie zu dem Haus kam, überkam sie ein ungutes Gefühl, da die Jalousien noch geschlossen waren. Sie betrat die dunkle Wohnung und fand ihren Vater im Wohnzimmer erhängt auf. Die Wohnung zeigte Spuren der Verwahrlosung und der Vater hinterließ keinen Abschiedsbrief. Die Patientin erlebt seit dem Tod des Vaters unterschiedliche Gefühle, zum einen eine große Wut, dass er ihr das angetan hatte, aber auch Verzweiflung und eine tiefe Traurigkeit. Sie quälen heute immer noch Schuldgefühle, dass sie den Tod des Vaters nicht verhindert hatte oder auch schuld an seinem Tod gewesen sei, da sie ihn immer wieder unter Druck gesetzt hatte, mit dem Trinken aufzuhören. Seitdem leide sie darüber hinaus an den Bildern, wie sie ihren Vater gefunden habe. Sie hat zwar akzeptiert,

dass ihr Vater tot sei, dennoch hat sie den Eindruck, dass der Tod des Vaters alle Lebensbereiche dominiert. Heute hat sie nur noch wenige Freunde, mit denen sie etwas unternehmen kann und neuen Freundschaften geht sie aus Schamgefühl aus dem Weg. Sie vermeidet es, über ihren Vater oder seine Todesumstände zu sprechen aus Angst, dass sie oder das Gegenüber mit der Situation nicht umgehen kann.

Beispiel für einen modularen Behandlungsplan

Nach einer ausführlichen Traueranamnese wird deutlich, dass Frau J. insbesondere an den vier folgenden Problembereichen leidet, welche in der Therapie im Fokus stehen sollten (s. Abb. 4.2).

- (1) Vermeidungsverhalten und Intrusionen.** Die Bilder der Auffindesituation des erhängten Vaters treten in Form von Flashbacks und Intrusionen unvermittelt in ihrem Alltag auf und werden von Frau J. jedes Mal als sehr angstauslösend und verstörend erlebt. Aus diesem Grund versucht sie, diese zu unterdrücken. Aus Furcht vor dunklen Räumen, die sie an die damalige Situation im Wohnzimmer erinnern, als sie schattenhaft ihren Vater erhängt vorfand, vermeidet sie dunkle Räume und schläft seitdem nur mit Licht.
Methodenwahl: Exposition in sensu oder Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT)
- (2) Umgang mit trauerspezifischen Emotionen.** Die dominierenden Gefühle von Frau J. sind vor allem Wut, Traurigkeit und Schuldgefühle. Mithilfe des Trauertagebuchs soll während des gesamten Therapieverlaufs zum einen regelmäßig erfasst werden, mit welcher Häufigkeit und wie intensiv diese Gefühle auftreten. Die Trauergrafiken sollen genutzt werden, um den Verlauf und die Vielfalt der verschiedenen Gefühle über den gesamten Zeitraum seit dem Verlust zu erfassen. Anschließend werden die Gefühleder Wut und Schuld mithilfe von emotionsfokussierten Methoden bearbeitet.
Methodenwahl: Trauertagebuch, Trauergrafik, Traueraufgaben, Erarbeitung der Funktionalität der Schuld- und Wutgefühle
- (3) Beziehung zum verstorbenen Vater.** Die Beziehung zum verstorbenen Vater zu Lebzeiten ist geprägt durch Gefühle der Ohnmacht und Verzweiflung darüber, einen Vater gehabt zu haben, bei dem die Sucht immer im Vordergrund der Beziehung stand. Die ausweglosen Unterstützungs- und Kontrollversuche, ihn von seiner Sucht abzubringen, verursachten in ihr über viele Jahre Dauerstress, in denen sie sich nur mit wenig Selbstfürsorge um sich selbst kümmern konnte. Nach seinem Tod schmerzte Frau J. vor allem die Erkenntnis, dass es ihr bis zum Schluss versagt wurde, eine liebevollere Beziehung zu ihrem Vater zu finden. Das Bewusstwerden, dass ihr lebenslanger Wunsch nach Bindung zu ihrem Vater bis zum Ende nicht erfüllt wurde, löst bei ihr eine tiefe Traurigkeit aus. Aus diesem Grund ist es ein wesentlicher Bestandteil der Therapie, die Beziehung zum verstorbenen Vater aufzuarbeiten und in das Zentrum der Therapie zu stellen.
Methodenwahl: IRRT, Stuhlarbeit, Schreibaufgaben

- (4) Training sozialer Fertigkeiten im Umgang mit Stigmatisierung.** Frau J. hatte schon immer ein großes Schamerleben bezüglich der Alkoholsucht des Vaters. Bisher sprach sie nur mit ihrem Ex-Freund darüber. Ein ähnliches Erleben hat Frau J. nun in Bezug auf den Suizid des Vaters. In der ersten Trauerphase sprach sie mit wenigen Menschen darüber, hatte aber das Gefühl, dass diesen das Thema unangenehm ist. Seitdem vermeidet sie vollständig, über ihren Vater bzw. über die Todesumstände zu sprechen. Inzwischen zieht sie sich von sozialen Kontakten zurück und vermeidet neue Beziehungen. *Methodenwahl:* Rollenspiele, Übung »den verstorbenen Menschen wieder ins Gespräch bringen«
- (5) Akzeptanz fördern und Abschluss.** Frau J. hat zwar auf einer kognitiven Ebene den Tod ihres Vaters realisiert und akzeptiert, dennoch spielt sein Tod noch eine große Rolle in ihrem Leben. Zur Förderung der Integration des Verlusts in ihr derzeitiges Leben werden in der Therapie zusammen Trauerrituale gefördert und eingeführt. *Methodenwahl:* Rituale, Schreibaufgabe

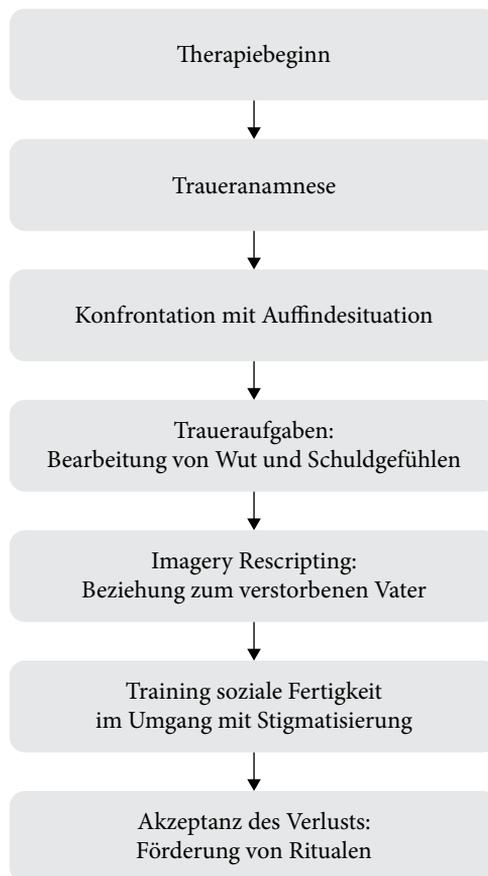


Abbildung 4.2 Beispiel eines modularen Behandlungsplans für Frau J.

4.2 Therapiebeginn

Trauergrafik

Trauersymptome und -gefühle sind vielschichtig und verändern sich im Lauf der Zeit. Umso wichtiger ist es, in Form einer detaillierten Analyse alle wichtigen Determinanten und Veränderungen der Kernsymptomatik zu erfassen. Die Trauergrafik hat ihren Ursprung in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (Boos, 2005) und dient dem besseren Verständnis der innerpsychischen Prozesse der Trauerverläufe der Patienten. Während bei den Traumagrafiken der PTBS der Schwerpunkt auf dem Erleben des traumatischsten Moments liegt, werden bei der Trauergrafik die Trauersymptome über einen bestimmten Zeitverlauf zusammen mit den Patienten systematisch erfasst. Die Trauergrafik ist in mehrfacher Hinsicht ein wertvolles Instrument in der Therapie. Sie dient zum einen dem Erkennen von Symptomen und Problemen, welche die Störung aufrechterhalten, und der Entwicklung eines Therapieplans. Darüber hinaus gibt sie dem Patienten ein bildliches Verständnis davon, inwieweit sich seine Gefühle und Symptome im Verlauf der Zeit verändern bzw. welche Konstellationen heute problematisch sind.

Beispiel

Suizid des Ehemannes

Frau P. verlor ihren Mann durch einen Suizid. Zwei Jahre nach dem Verlust sucht sie eine Psychotherapie auf, da sie das Gefühl habe, mit ihrer Trauer nicht zurechtzukommen. Sie fühle sich ihrem Alltag nicht mehr gewachsen, sei niedergeschlagen und würde ständig über den Tod ihres Mannes nachdenken. Sie fühle sich heute schuldig, dass ihre Kinder ohne einen Vater aufwachsen müssen. Im Gespräch mit ihrer Therapeutin schildert sie die Veränderungen ihrer Trauer im Laufe der Zeit.

T: Welche Gefühle kommen bei Ihnen auf, wenn Sie heute an den Tod von ihrem Mann denken?

P: Meine Gefühle veränderten sich über die letzten Monate hinweg. In den ersten Monaten nach dem Suizid war ich so unglaublich wütend auf meinen Mann. Ich konnte auch nicht weinen in dieser Zeit. Es war auch so unwirklich, plötzlich waren wir alleine. Ich hatte eine riesengroße Wut auf ihn, wie er meinen beiden Kindern und mir das antun konnte. Mein zwölfjähriger Sohn hatte ihn am Morgen seines Geburtstags erhängt im Wohnzimmer gefunden. Gleichzeitig fühlte ich mich auch schuldig am Tod meines Mannes. Wir hatten in den Wochen vor seinem Tod häufig Konflikte, ich machte ihm Vorwürfe, dass er sich immer mehr zurückzieht von unserem Familienleben. Erst viel später konnte ich auch die Traurigkeit spüren. Das erste Mal geweint hatte ich an Weihnachten elf Monate später. Plötzlich konnte ich diesen Schmerz erleben, dass er als Mensch fehlte. Die Gefühle von Wut waren zwar immer noch da, aber wechselten sich ab mit Traurigkeit, Schuld und einem großen Bedauern, dass alles so gekommen ist.

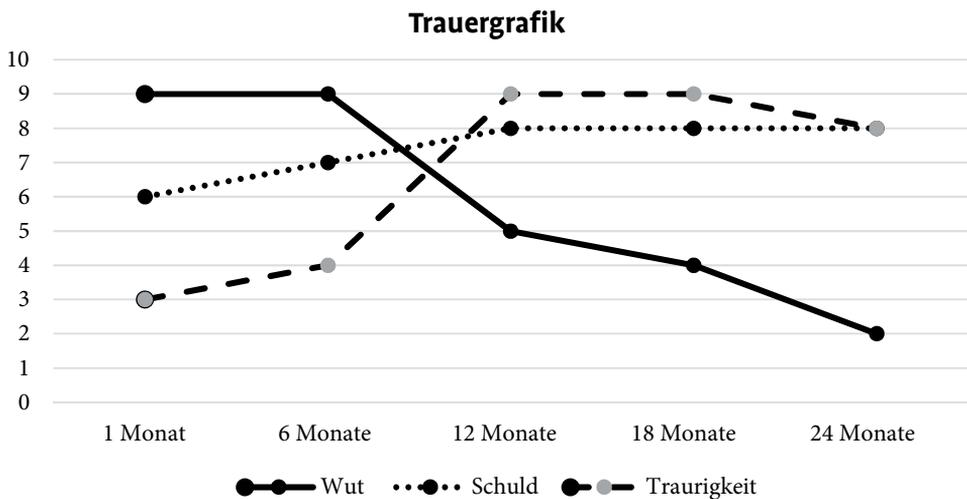


Abbildung 4.3 Trauergrafik. Fallbeispiel Frau P. in Bezug auf Wut, Schuldgefühle und Traurigkeit

Auswertung der Trauergrafik am Fallbeispiel von Frau P. Anhand der Trauergrafik (s. Abb. 4.3) ist deutlich sichtbar, dass bei Frau P. insbesondere in den ersten sechs Monaten vor allem das Gefühl der Wut und Verletztheit über den Suizid ihres Mannes dominierte. In dieser Zeit verdrängte sie alle Trauergefühle, wie bspw. Sehnsucht nach ihrem Mann oder Traurigkeit. Erst mit dem Nachlassen der Wutgefühle nahm zeitversetzt die Trauer zu, welche sie aktuell sehr belastet. Parallel wird deutlich, dass auch die Schuldgefühle von Frau P. graduell über die beiden Jahre zunahmen und sich auf relativ hohem Niveau stabilisierten. Auffallend ist, dass Frau P. in Bezug auf Schuld oder auf Traurigkeit kaum eine Verbesserung im Lauf der Zeit erlebte, sie also »festgefroren« ist in ihrem Trauerprozess. Ziele der Therapieplanung sind, mit Frau P. an ihrer Schuldproblematik zu arbeiten und die Beziehung zu ihrem verstorbenen Mann zu bearbeiten.

Beispiel

Tod des Vaters durch einen Autounfall

Frau B. sucht zwei Jahre nach dem Tod ihres Vaters eine Psychotherapie auf. Der Vater starb für sie sehr plötzlich und unerwartet durch einen Autounfall, als er von einer Geschäftsreise auf dem Weg nach Hause war. Im Auto mit ihm verstarb auch sein Arbeitskollege. Bis heute ist unklar, weshalb ihr Vater von der Straße abgekommen war und gegen einen Baum fuhr. Frau B. hatte ein sehr nahes Verhältnis zu ihrem Vater und der Tod traf sie sehr. Sie studierte damals in einer anderen Stadt und zog nach seinem Tod zurück in ihr Elternhaus, um ihre Mutter zu unterstützen, welche mit dem Tod des Vaters nicht zurechtkam. Sie organisierte die Bestattung fast alleine und kümmerte sich um alles. Die erste Zeit nach dem Ver-

lust erlebte sie als sehr unreal, sie hatte immer das Gefühl, ihr Vater würde einfach wieder nach Hause kommen. Morgens wachte sie auf und realisierte erst dann, dass der Vater nicht mehr lebte. Bis heute könne sie den Verlust nicht hinnehmen. Sie weine sehr viel, habe ihr Studium abgebrochen und habe kaum mehr Kontakt zu früheren Freunden. Oft habe sie das Gefühl, sie werde in ihrer Trauer verrückt. Erschwerend käme noch dazu, dass die Familie des ebenfalls verstorbenen Kollegen ihrem Vater die Schuld gäbe. Dies würde sehr auf ihr lasten. Sie schaffe es auch nicht, an die Unfallstelle zu fahren, obwohl sie täglich mehrmals an den Ort denken würde.

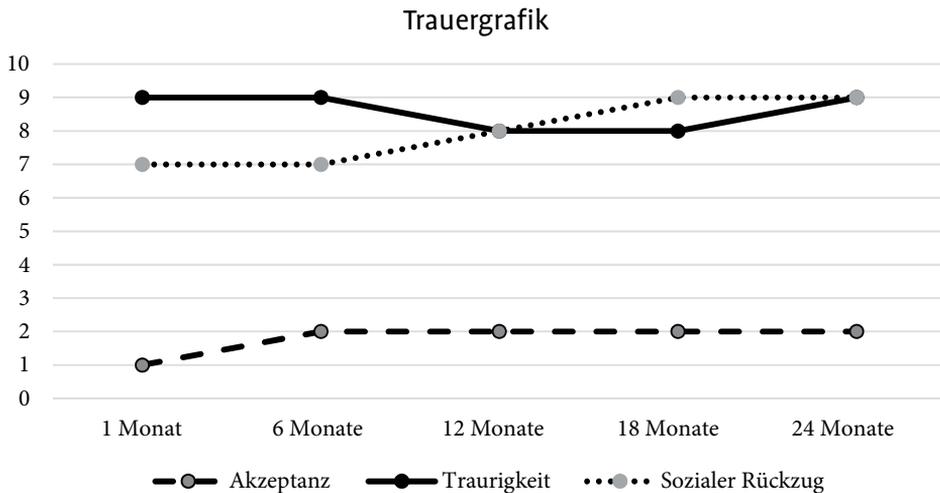


Abbildung 4.4 Trauergrafik. Fallbeispiel Frau B. in Bezug auf Akzeptanz des Todes, sozialer Rückzug und Traurigkeit

Auswertung der Trauergrafik am Fallbeispiel von Frau B. Die Trauergrafik (s. Abb. 4.4) zeigt deutlich, dass Frau B. nach wie vor große Schwierigkeiten damit hat, den Tod des Vaters zu akzeptieren und somit für sich selbst einen Umgang mit ihrer Trauer zu finden. Sie ist nicht in der Lage, den Vater »loszulassen« und den Verlust in ihr Leben zu integrieren. So vermeidet Frau B. alles, was den Verlust tatsächlich offenbart, wie bspw. Trauerrituale, Friedhofsbesuche oder das Aufsuchen des Unglücksorts. Frau B. hat derzeit ein verlustorientiertes Bewältigungsmuster, das durch den sozialen Rückzug und die Trauer verstärkt wird. Erschwert wird der Trauerprozess durch ihr dysfunktionales Grübeln über die Schuldfrage des Unfalls. Ein erstes Therapieziel von Frau B. wird die Arbeit an der Akzeptanz des Verlusts sein und die tatsächliche Realisierung, dass der Vater verstorben ist.

Trauertagebuch

Es liegt in der Natur der Trauer, dass die verschiedenen Gefühle nach einem Verlust sich zum einen schnell verändern können, aber auch in unterschiedlicher Intensität erlebt werden. Stroebe und Schut (1999) beschreiben dieses Erleben als oszillierenden Prozess in ihrem dualen Prozessmodell der Trauer (s. Abschn. 1.5). Die Trauergefühle können sich sowohl über den Tag hinweg als auch über den Verlauf von Monaten in seiner Ausprägung verändern. Manchmal überlappen sie, andere Male werden einzelne Gefühle sehr intensiv erlebt. Das Erleben und Ausleben solcher intensiven Gefühle und Trauersymptome sind Bestandteil eines normalen Trauerprozesses. Trotzdem sind für viele Trauernden diese intensiven Emotionen angstausslösend und werden als bedrohlich erlebt. Aus der Angst heraus, »verrückt zu werden« oder nicht normal zu trauern, verdrängen manche Betroffene diese Trauersymptome oder verleugnen sie ganz. Während in den ersten Monaten Gefühle wie bspw. Verzweiflung, Trennungsschmerz, Wut, Trauer oder eine innere Erstarrung die Gefühlsbandbreite beschreiben, verändert sich das Erleben in einer späteren Trauerphase. In einem normalen Trauerprozess findet eine graduelle Anpassung der Emotionen statt, und die Betroffenen sind in der Lage, auch vermehrt positive Emotionen wahrzunehmen und eine innere Gelassenheit durch die Akzeptanz des Verlusts zu erleben.

Hinweis

Eine normale Trauerverarbeitung zeichnet sich durch wechselnde Gefühle und unterschiedliche Intensität der Trauersymptomatik im Laufe der Zeit aus. Dennoch sind dieser Wechsel und die Variabilität der Trauergefühle den Trauernden oft nicht bewusst.

Anwendung des Trauertagebuchs. Das Trauertagebuch ist ein Selbstbeobachtungsinstrument (s. Arbeitsblatt 3: Trauertagebuch), welches während der gesamten Therapie eingesetzt werden kann (Turret & Shear, 2012). Es soll Patienten dabei ermutigen, ihr Trauererleben selbst kennenzulernen und Wissen darüber zu erlangen, in welchen Situationen am Tage sie besonders intensive Trauergefühle erlebten und zu welchen Tagesereignissen diese Gefühle schwächer ausgeprägt waren. Shear et al. (2005) empfehlen in ihrer Psychotherapie für Trauernde (*Complicated Grief Treatment*), das Trauertagebuch während des gesamten Therapieverlaufs begleitend als Hausaufgabe einzusetzen. Das Trauertagebuch wird deswegen bereits in der zweiten Therapiesitzung eingeführt. Die Patienten werden gebeten, ihre Trauergefühle tagsüber zu beobachten und regelmäßig am Abend auf einer Skala von 0–10 die Intensität einzuschätzen (s. Tab. 4.1). Hierbei steht die »0« für keine Trauer und die »10« für die am stärksten bisher erlebte Trauerreaktion. In dem Trauertagebuch werden die Patienten aufgefordert, sowohl die Situation zu beschreiben, in der sie am Tag den niedrigsten Trauerwert erlebten, als auch Situationen, die sie am intensivsten wahrnahmen. Zu Beginn der

folgenden Therapiesitzung wird das Trauertagebuch besprochen und zusammen mit dem Patienten Situationen bzw. Tage gemeinsam reflektiert.

Tabelle 4.1 Beispiel eines Trauertagebuchs einer Patientin nach dem Tod ihres Mannes

Datum	Niedrigstes Trauererleben (0–10)	Situation	Stärkstes Trauererleben (0–10)	Situation	Durchschnittliche Trauer
Montag	4	Mittagessen mit den Kindern	9	Abends alleine zuhause auf der Couch	6
Dienstag	6	Einkaufen im Supermarkt	8	Lesen im Internetforum für Trauernde	7
Mittwoch	3	Spaziergang mit Hund zum Friedhof	8	Anruf einer früheren Kollegin	7
Donnerstag	2	Mit den Kindern zusammen zu McDonald gefahren	5	Alleine zuhause versucht die Steuererklärung fertigzumachen	3
Freitag	3	Eine Freundin kommt zum Kaffeetrinken vorbei	8	Ich bin alleine zuhause und habe Angst vor dem Wochenende	5
Samstag	2	Es sind Freunde der Kinder zu Besuch und wir backen einen Kuchen zusammen	9	Abends alleine im Bett	6

»0« = keine Trauer; 10 = am stärksten bisher erlebte Trauerreaktion

Psychoedukation über normale Trauerreaktionen

Viele Trauernde können oft die intensiven Gefühle und körperlichen Reaktionen, die mit dem Tod einer nahestehenden Person einhergehen, nicht richtig einordnen und es fehlt ihnen das Wissen, welche Reaktionen noch in einem normalen angemessenen Bereich liegen. Mithilfe von Psychoedukation (s. Arbeitsblatt 4: Psychoedukation: Was ist eine normale Trauer?) werden den Trauernden die Symptome einer normalen Trauerreaktion genau erklärt. Zum einen erhalten sie Informationen über die Vielfalt der möglichen auftretenden Emotionen und Verhaltensweisen, lernen aber auch gleichzeitig, dass Trauer ein sehr individueller Prozess ist, der von der Art des Verlusts und den Todesumständen abhängig ist. Die Normalisierung ihrer Symptome durch das