

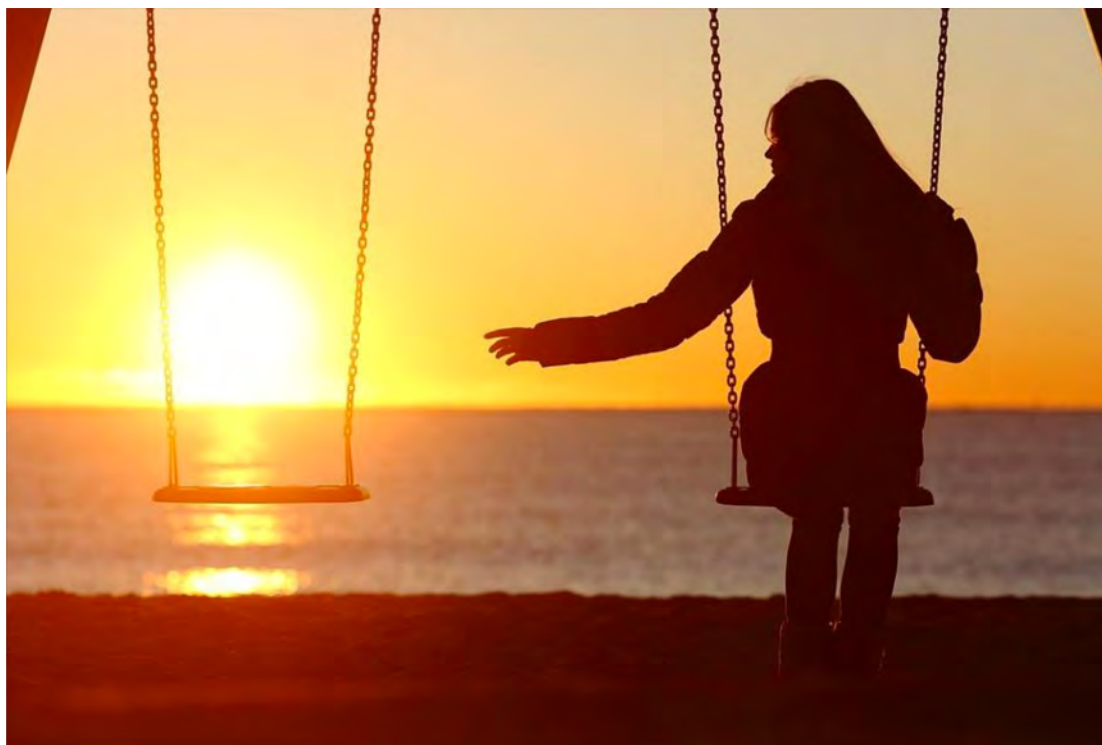
Trennung, Tod & Trauer

Diagnostik und Behandlungsansätze

Hansjörg Znoj
Universität Bern

hansjoerg.znoj@psy.unibe.ch

Klinik Schützen 2019



Trauer & Trauerreaktion

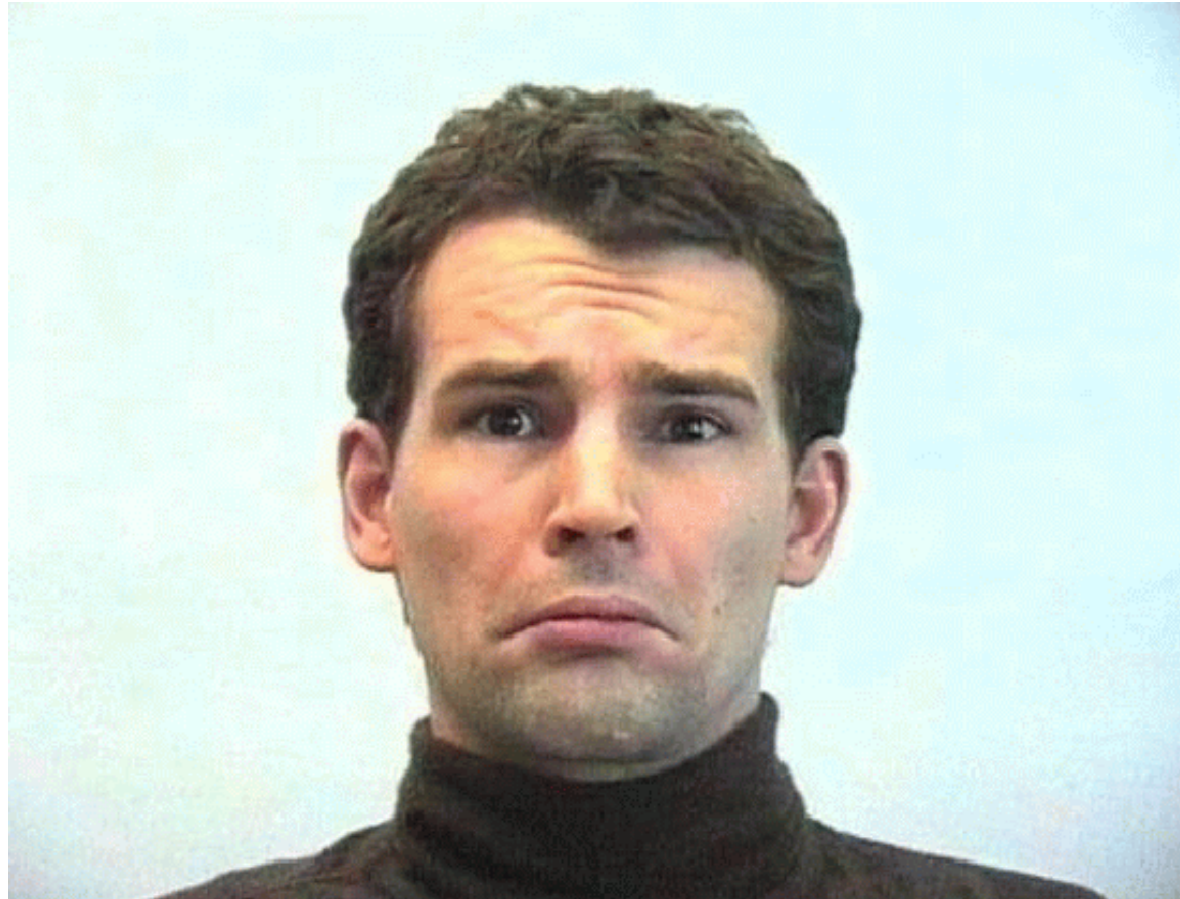
- > Der Begriff “Trauer” ist von kulturellen Vorstellungen geprägt
- > Gesellschaftliche Überlieferungen und Normen überlagern den individuell gefühlten Trennungsschmerz
- > Deshalb: Trauer bedeutet nicht zwingend, sich traurig zu fühlen
- > Es gibt keine genormte Trauerreaktion
- > Und: Trauer findet in sozialen Verbänden statt
- > Die Trauer dauert jedoch vielfach länger und deren Ausdruck ist vielfältiger als allgemein angenommen
- > Intensive Emotionen aber auch Gefühlskälte, Gedankenleere wie Gedankenrasen, Betäubungsverhalten und Reizsuche kommen vor

Mythen (“die richtige Art zu trauern”)

- > *Nach dem Verlust folgt unvermeidlich eine hohe emotionale Belastung und eine Depression*
- > *Das Erleben einer intensiven emotionalen Belastung ist Voraussetzung für den Heilungsprozess*
- > *Der Verlust muss durchgearbeitet werden, damit es zu einer vollständigen Rehabilitation kommt*
- > *Der Verlust bekommt durch die erfolgreiche Trauerarbeit eine Bedeutung fürs eigene Leben*
- > *Eine fehlende emotionale Krise oder mangelnde Trauer (Weinen) ist ein Anzeichen einer pathologischen Entwicklung*

Das Problem: diese Annahmen sind alle empirisch nicht haltbar

Basisemotion „Enttäuschung /Traurigkeit“



Relikte, Religion & Rituale

- > Relikte oder Hinterlassenschaften der verstorbenen Person hinterlassen Spuren im Leben der Angehörigen. Wie damit umgegangen wird, ist auch eine kulturelle Frage; oft sind die Angehörigen aber überfordert und in dieser Frage allein gelassen.
- > Religion bietet vielen Hinterbliebenen einen Trost und bietet gleichzeitig durch die Kirche oder andere Institutionen einen Rahmen, den Verlust ins eigene Leben zu integrieren. Religiöse Einstellungen oder Angebote können aber auch schaden.
- > Rituale sind im Umgang mit Verlusten hilfreich; sie kanalisieren und regulieren Emotionen und können helfen, den Verlust zu begreifen. Sie sind auch in der Psychotherapie mit kompliziert Trauernden von großer Bedeutung.
- > Manche Rituale können auch belastend sein.

Modelle der Trauer

Trauerarbeit	Interventionsmöglichkeiten BA
Phase: Schock Aufgabe: Verlust realisieren	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ressourcenorientierung ⇒ Erdung um Sicherheit und Realitätsbezug zu fördern ⇒ Vermitteln von Wissen über Trauerprozesse ⇒ Unterstützung des Prozesses durch Arbeit an Erstarrung und Schock ⇒ Atmen lernen ⇒ Möglichkeiten blockierter Emotionen durch Atmung, Bewegung, Stimme
Phase: Gefühlschaos Aufgabe: Trauerschmerz ausdrücken	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Wahrnehmung von Emotionen, Gefühlen und Bedürfnissen fördern ⇒ Förderung der Flexibilität und der Regulation von Gefühlen ⇒ Heranführen an eigene Charakterstruktur ⇒ Erleben der Verantwortung im Umgang mit Verlust und Schmerz
Phase: Suchen, Finden, Sich-Trennen Aufgabe: Beziehungsklärung	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Übertragung und Gegenübertragung als Instrument zum Erkennen und Verdeutlichen von Beziehungsmustern ⇒ Rücknahme von Delegationen und Projektionen ⇒ Bearbeitung ungelöster Konflikte ⇒ Rituale entwickeln, die Sicherheit geben
Phase: Neuer Selbst- und Weltbezug Aufgabe: Integration des Verlustes und bewusstes Gestalten des Abschiedes	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Umwandeln von Außen-Präsenzen in gewählte internalisierte Präsenzen ⇒ Sinn- und Bedeutungsgebung für den erlebten Schmerz und Verlust

Erklärungsmodelle: a) Phasenmodelle

Sie sind beliebt - aber empirisch nicht belegt*. Die psychodynamische Auffassung besagt:

Trauer = Ablösung psychischer Energie vom geliebten Objekt in drei Phasen:

- 1) Realisieren des Verlustes,
- 2) das eigentliche Trauern (siehe oben) und
- 3) die Wiederaufnahme des emotionalen Lebens - u.U. verbunden mit neuer Beziehungsaufnahme

* Empirisch nicht belegt sind besonders die Phasen*abläufe*, also die Reihenfolge solcher Phasen. Hingegen können „Phasen“ wie Verstörung oder Schock (das „Verleugnen“); Phasen des Aufschreis (emotionaler Ausbruch) oder Phasen der allmählichen Anpassung an die neue Wirklichkeit ohne Zweifel beobachtet werden.

Freud in Trauer & Melancholie (1917)

Trauer: „Trauer ist regelmäßig die Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder einer an ihrer Stelle gerückten Abstraktion wie Vaterland, Freiheit, ein Ideal usw. Unter den nämlichen Einwirkungen zeigt sich bei manchen Personen, die wir darum unter den Verdacht einer krankhaften Disposition setzen, an Stelle der Trauer eine Melancholie.

Weiter: ..., dass die Trauer dieselben Züge (wie die Melancholie) aufweist, bis auf einen einzigen; die Störung des Selbstgefühls fällt bei ihr weg. ...

Was leistet die Trauer?: Die Realitätsprüfung hat gezeigt, dass das geliebte Objekt nicht mehr besteht, und erlässt nun die Aufforderung, alle Libido aus ihren Verknüpfungen mit diesem Objekt abzuziehen (= Trauerarbeit).

Schwierigkeiten dabei: Das Sträuben (dagegen) kann so intensiv sein, dass eine Abwendung von der Realität und ein Festhalten des Objektes durch eine halluzinatorische Wunschpsychose zustande kommt.

Erklärungsmodelle: b) Bindungstheorie



Die Bindungstheorie übernimmt psychodynamische Ansichten, erweitert sie jedoch durch den biologischen Aspekt: **Trauer ist ein universales Produkt einer biologisch bestimmten Bindung.** Belege sind das Trauerverhalten von Primaten und anderen Säugern.

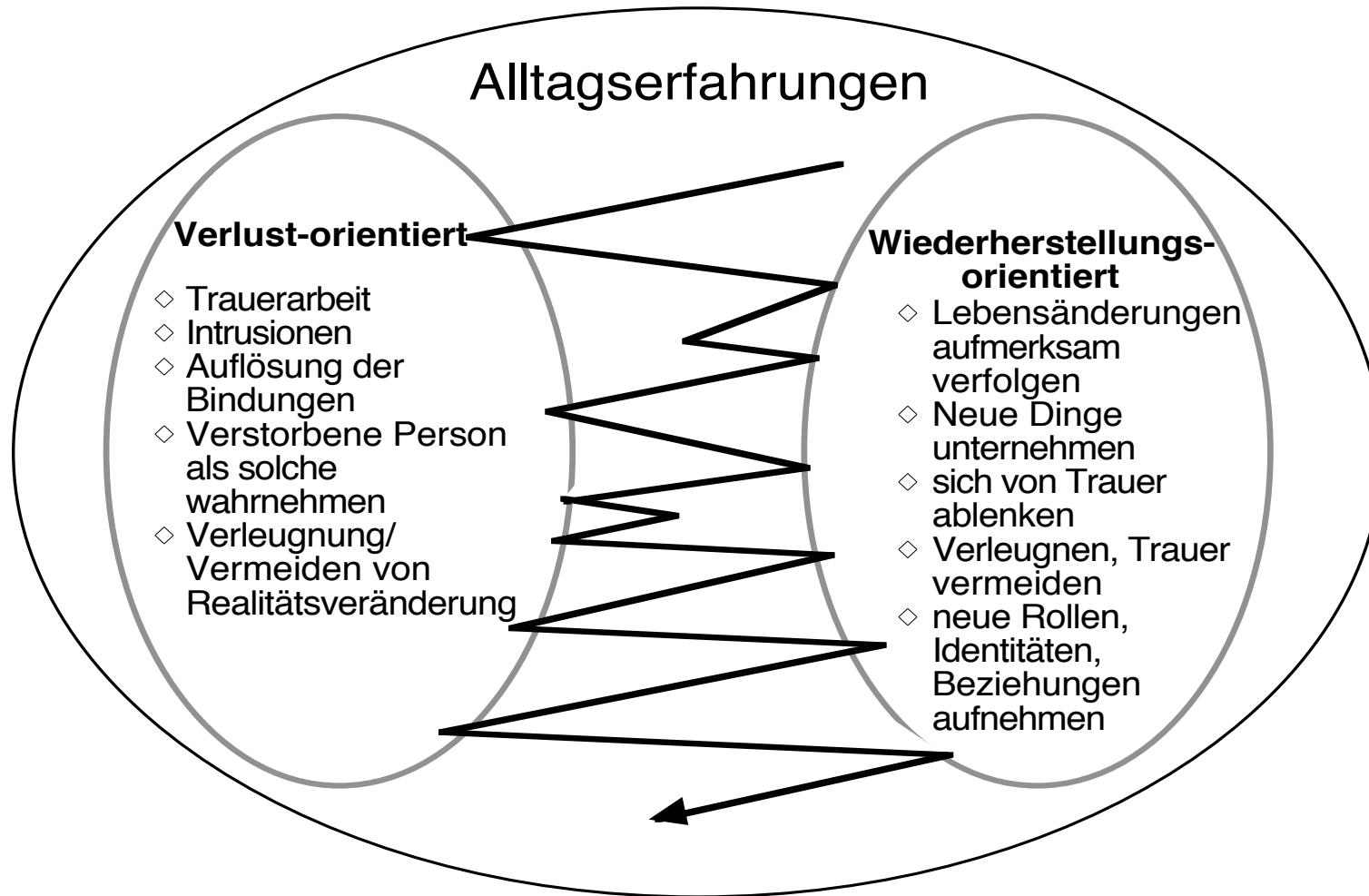
Erklärungsmodelle: c) Biologische Perspektive

- > Trauer ist der Preis, den soziale Tiere dafür zahlen müssen, dass die Bindung zu anderen auch dann aufrechterhalten bleibt, wenn diese zeitweise aus dem Blickfeld verschwinden.
- > Dieser Mechanismus erlaubt stabile Repräsentationen - ist also eine höchst adaptive Eigenschaft.
- > Trauer ist eine “Nebenwirkung” dieser Eigenschaft.
- > --> die **Intensität** des Trauerns ergibt sich aus biologischer Sicht durch den **Verlust an Reproduktivität**. Aus diesem Grund sind Partnerverluste und der Verlust eigener Kinder besonders gravierend.

d) Trauerarbeit vs. Trauerverarbeitung: Das Copingmodell

- > Im Gegensatz zur psychodynamisch orientierten Auffassung wird hier ein Coping-Modell vertreten
- > Unterschieden wird dabei zwischen emotionaler Bewältigung und Aufgabenorientierung
 - Im Gegensatz zu den psychodynamisch orientierten Phasenmodellen, welche die Auflösung der Trauer fordern, damit wieder neue Bindungen und Beziehungen eingegangen werden können, existiert in unserem Kulturkreis auch die Vorstellung, dass die Beziehung zur verstorbenen Person fortbestehen kann.
- > Das Regulieren von Gefühlen schließt dabei ausdrücklich das Zulassen von positiven Emotionen ein

Das duale Prozess-Modell der Trauerbewältigung



nach Stroebe & Shut (2001)

Continuing Bonds vs. Neue Bindungen

In unserem Kulturkreis existiert auch die Vorstellung, dass die Beziehung zur verstorbenen Person fortbestehen kann.

Besonders die Arbeiten von Neimeyer (2001) haben gezeigt, dass die vorherrschende Aufgabe der Trauer darin besteht, dem Verlust eine neue (nicht notwendig «positive») Bedeutung zu geben.

Diese als “Meaning Reconstruction” bezeichnete Aufgabe ist die Integration des Verlustes – der “repräsentierten Person” – in die Lebenswelt des Trauernden.

Die Beziehung zur verstorbenen Person kann lebenslang weiter bestehen → kein Hinweis auf „pathologische“ Verarbeitung

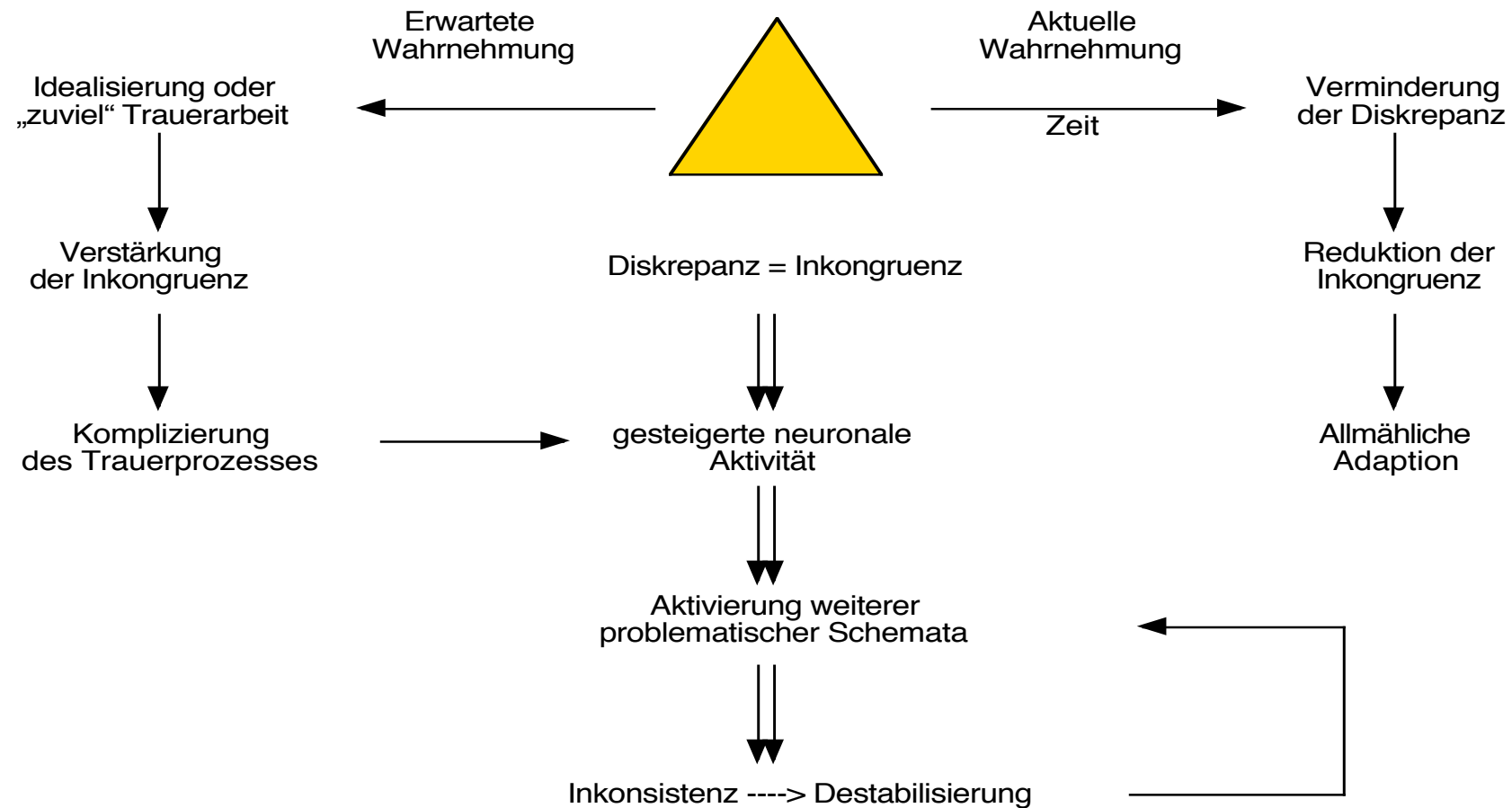
e) Inkonsistenz - das Modell des psychischen Funktionierens nach Grawe (1998)

Das Erleben und Verhalten wird von motivationalen Attraktoren gesteuert, denen allen Menschen gemeinsame Grundbedürfnissen unterliegen. Auf der Systemebene gilt ein weiteres allgemeines Prinzip – **das Streben nach Konsistenz**. Verhalten, welches nicht zur Bedürfnisbefriedigung führt, erhöht das Inkonsistenzerleben. Jeder „mismatch“ zwischen realen Wahrnehmungen und Erwartungswerten kann potentiell eine emotionale Alarmreaktion auslösen (Horowitz & Znoj, 1999; Znoj, 2002).

Trauer (als Verlustreaktion) kann als ein Verhalten betrachtet werden, welches dann auftritt, wenn das Bedürfnis nach Bindung verletzt ist und entsprechende motivationale Schemata (Attraktoren) als neuronale Erregungsbereitschaften aktiviert werden.

Inkonsistenz (Verlust als Stressor)

Trauer als Inkonsistenzquelle



Dauer der Trauer (im Sinne der Realisation des Verlustes)

Die Trauer dauert oft länger, als dies allgemein unter Laien und Fachpersonen angenommen wird.

Im Gegensatz zur Auffassung, dass eine Trauer “aufgelöst“ werden muss, bevor man sich wieder neuen Aufgaben oder Bindungen zuwenden kann, wird heute vertreten, dass das Erleben eines Verlustes in die persönliche Welt “eingebaut“ werden soll. Der Verlust soll akzeptiert werden und es kann dem oder der Trauernden selbst überlassen sein, wie stark die Beziehung zur verstorbenen Person aufrechterhalten bleibt.

Wie lang dauern Trauersymptome?

The Time Course of Grief Reactions to Spousal Loss:
Evidence From a National Probability Sample

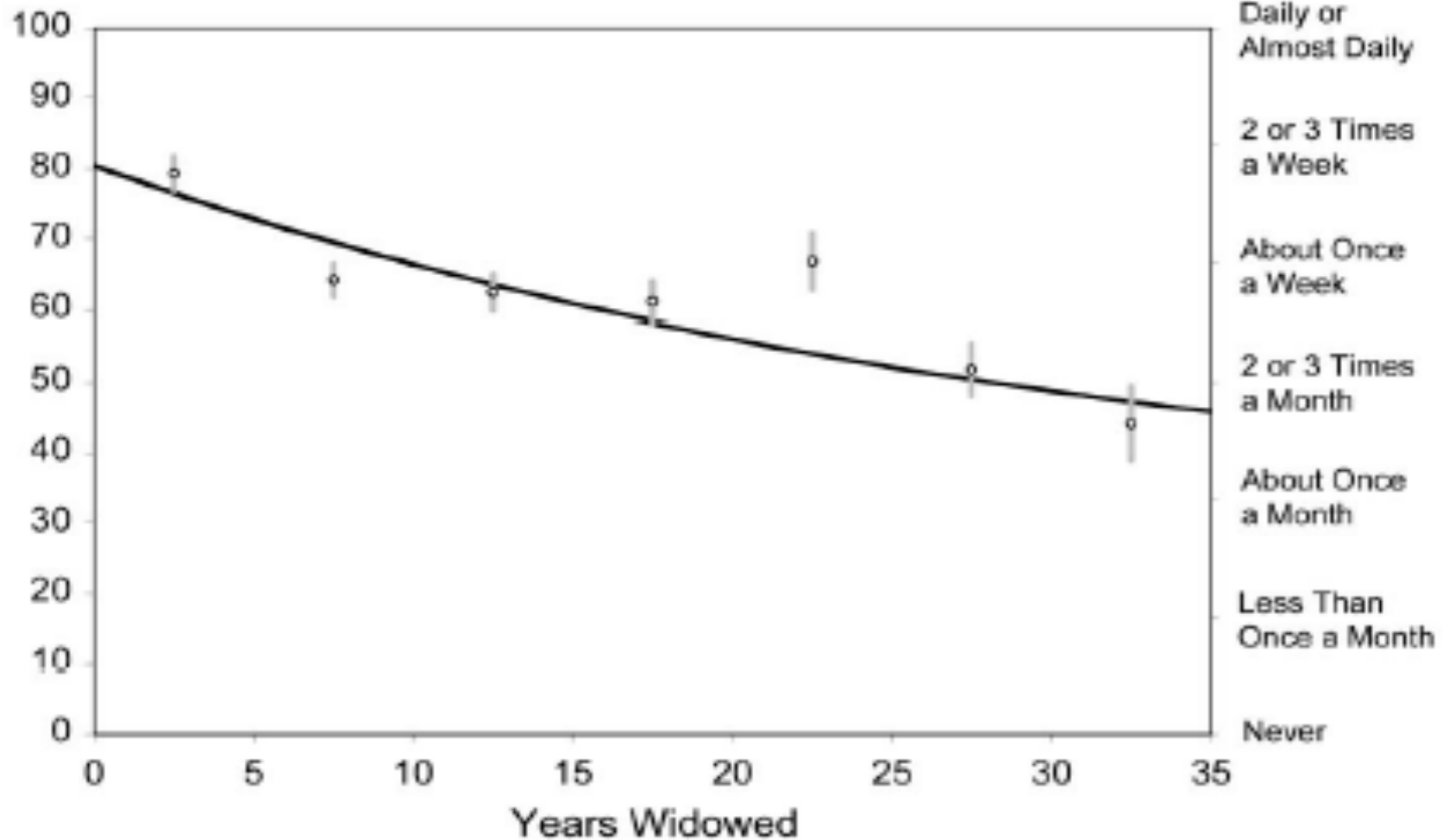
Katherine B. Carnelley
University of Southampton

Camille B. Wortman
Stony Brook University, State University of New York

Niall Bolger
Columbia University

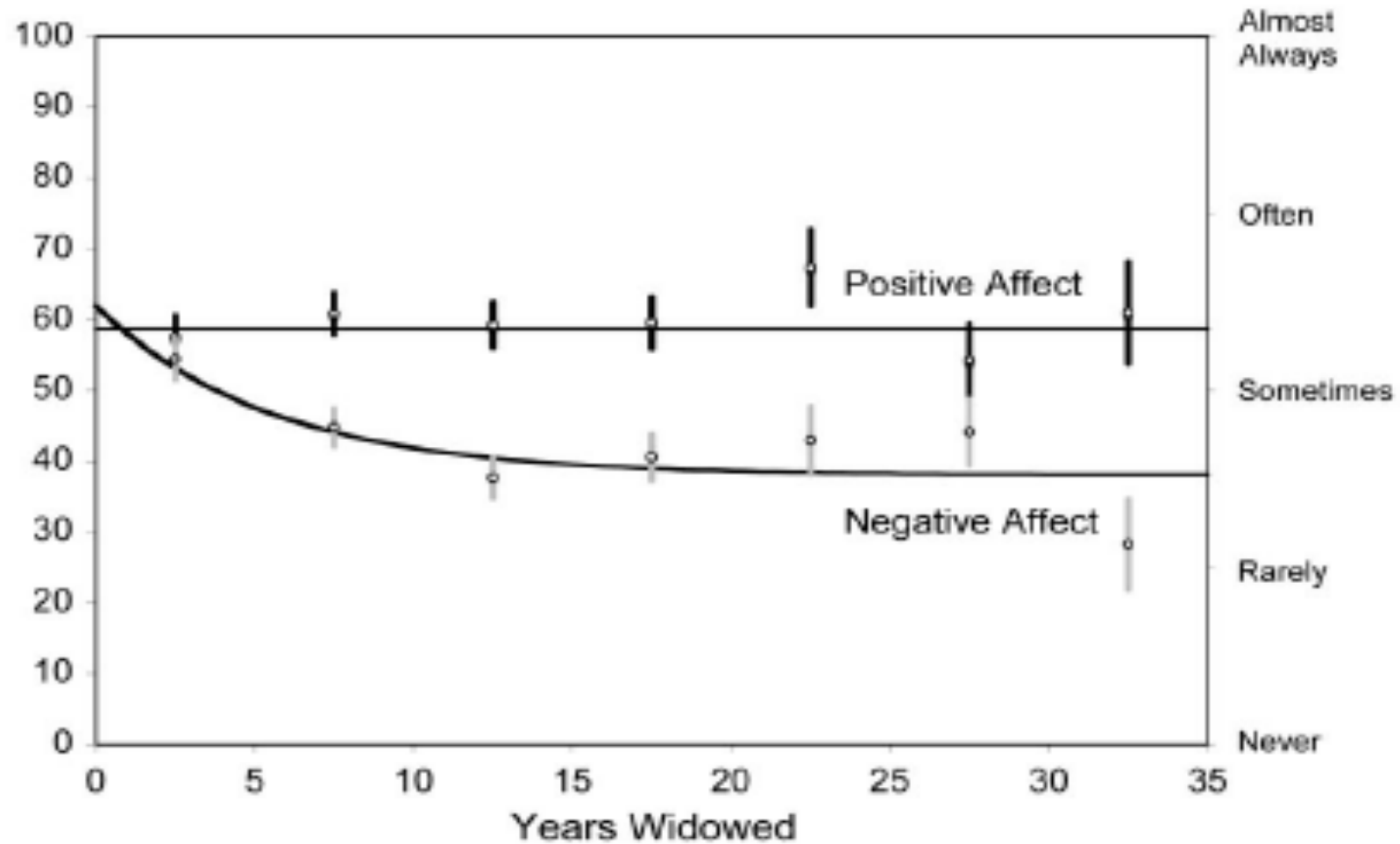
Christopher T. Burke
New York University

(i) Frequency of Memories



Wie lang dauert die Trauer und was bleibt zurück?

(iii) Positive and Negative Affect



Ergebnisse aus IP12 (Perrig et al, 2015)

Die subjektive Gesundheit ist von Verwitung weitgehend unabhängig

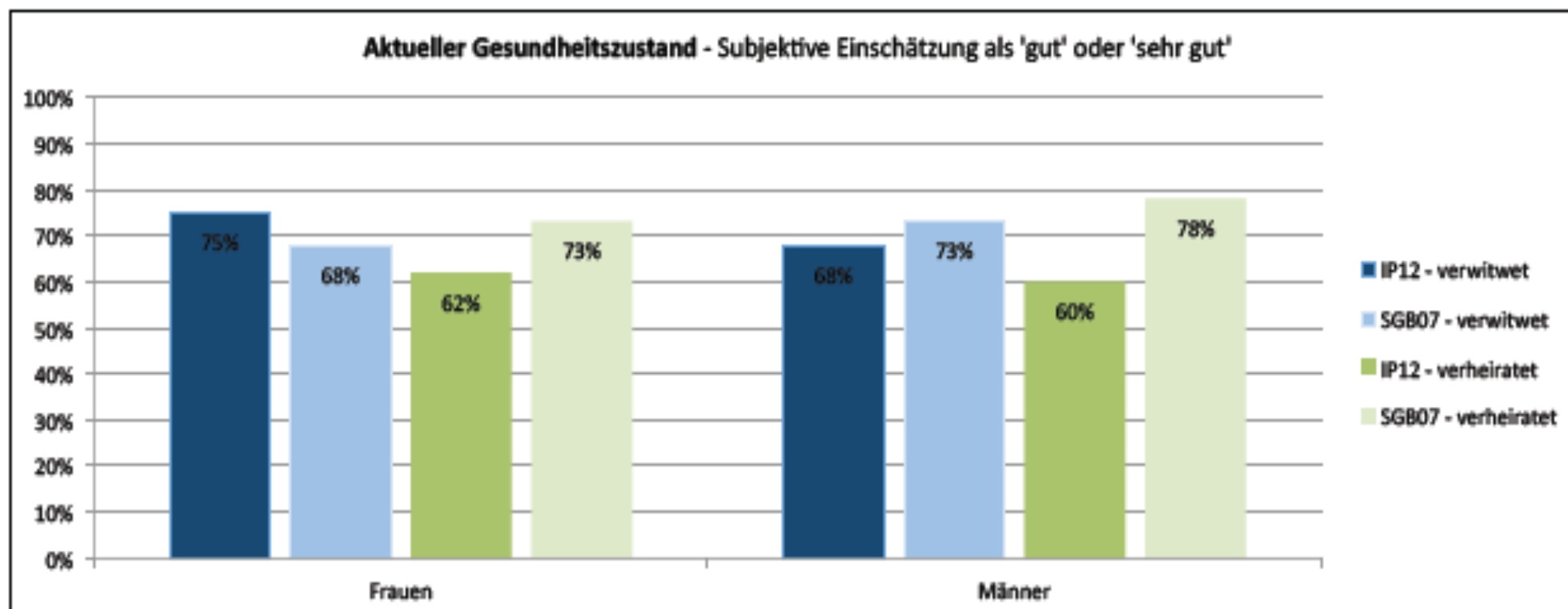
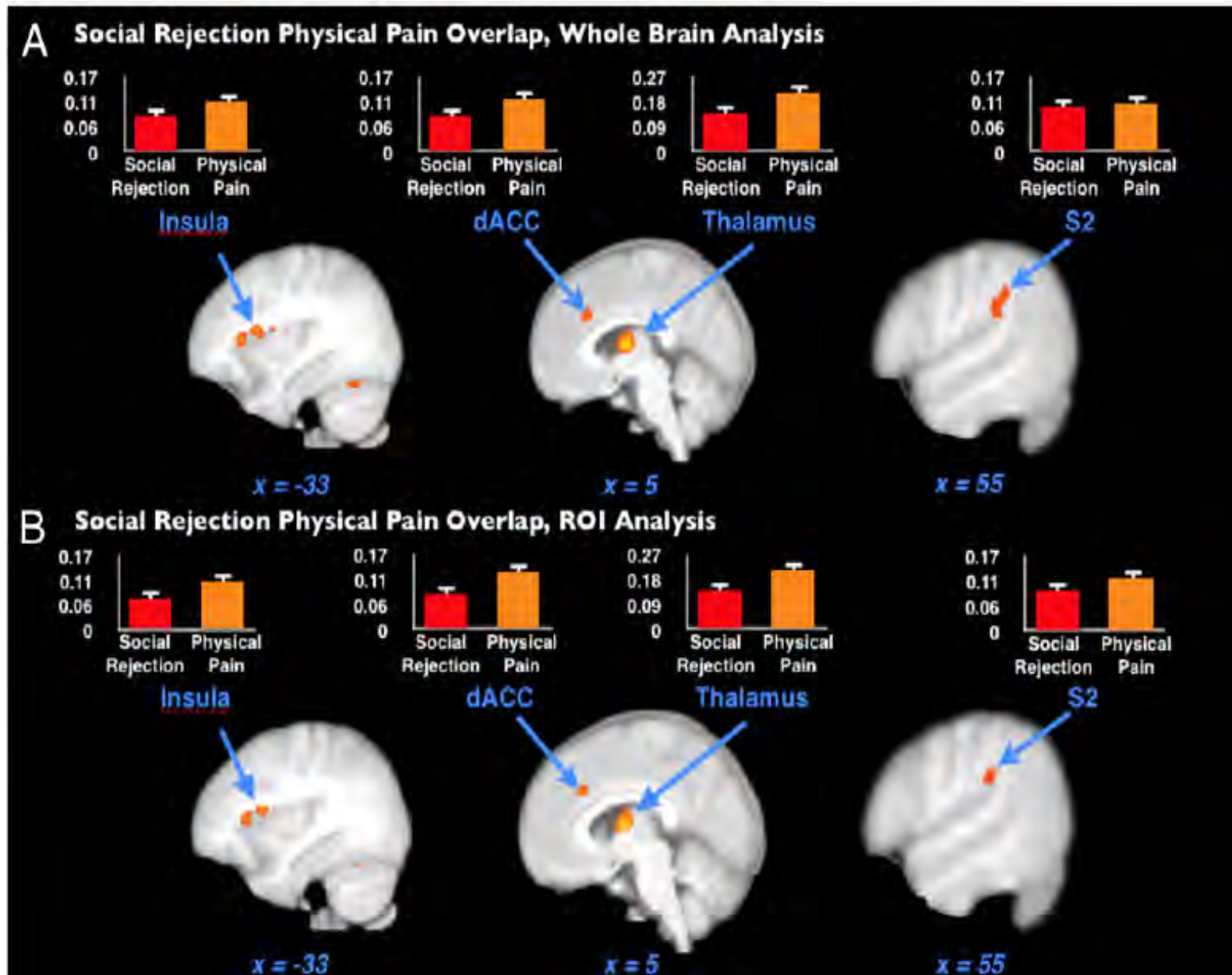


Abbildung 5. Vergleich subjektiver Gesundheit nach Zivilstand und Geschlecht mit Daten der SGB

Emotionale und physiologische Folgen nach Verluste einer nahestehenden Person

- > Die **emotionale** Belastung kann sich verschiedenartig äußern. Es kommen intensive Emotionen von Angst, Wut, Schuld und Trauer, aber auch Gefühle der emotionalen Leere, Kälte und Zustände von Erleichterung oder Einsamkeit vor.
- > Auf der **Verhaltensebene** lassen sich Apathie, Hysterie, Betäubungs-verhalten (Medikamente, Alkohol, Drogen), extensives Reizsuchen (auch sexuell), Selbstverletzungen (bis zum Suizid), Ess- und Schlafstörungen beobachten.
- > Auf der **kognitiven Ebene** zeigen sich Verleugnung (nicht wahrhaben wollen), Gedankenleere und Gedankenrasen.
- > **Somatisch** kann sich eine Trauer in Schmerzen, in motorischer Unruhe und Herz-Kreislaufstörungen äußern.

Bei sehr intensiver Trauer können emotionale Regulationsvorgänge nachhaltig gestört werden. Dies beeinträchtigt die adaptive Funktion des emotionalen Erlebens. Langfristig kann dies zu psychischen aber auch somatischen Störungen führen.



Sozialer Schmerz ist “real” (aus Kross et al., 2011, p. 6271)

Aussagen von Trauernden (Eltern eines verstorbenen Kindes)

- > “Ein Teil in mir ist gestorben. Ich werde den Verlust das ganze Leben mit mir herumtragen“;
- > “Für mich ist es, als hätte man mir ein Stück aus meinem Herzen herausgerissen“;
- > “Andere (Bekannte) bekamen Kinder und ich brachte es nicht einmal fertig, in einen Kinderwagen zu schauen “;
- > “Es ist Wahnsinn“;
- > “Ich habe viel weniger Vertrauen in die Menschheit“
- > “ Ich bin enttäuscht von mir, habe Schuldgefühle“
- > “Erlebe vor allem Hass und keinen Glauben“;
- > “Ich war erleichtert, als A. starb. Ich habe gewusst, dass sie beim Gott in guten Händen ist“.

Ist (sozialer) Schmerz heilsam?

Für die Wundheilung ist der Schmerz nicht hilfreich; die moderne Medizin versucht, Schmerzen nach einer Operation, nach einem Eingriff möglichst zu vermeiden. Der Grund dafür ist der chronische Schmerz, der sich einstellen kann, wenn Signale der Nociceptoren (Schmerzsensoren des zentralen Nervensystems) zu lange und zu intensiv auf das Gehirn einwirken.

Das sg. Schmerzgedächtnis ist ein Produkt der komplexen Signalverarbeitung, indem die Schmerz assoziierten Signale wie andere Signale gelernt werden, nachdem sie wiederholt und angereichert mit emotionaler Bedeutung immer wieder in höhere kortikale Regionen eintreffen und sich dort allmählich konsolidieren zu einem „Schema“.

Wie vertragen sich diese Aussagen mit der klassischen Trauerarbeit, bei der es um den Ausdruck (und das Erleben) des seelischen Schmerzes geht?

Risiko- und Resilienzfaktoren

- **Art des Verlustes (Kind > Partner > übrige Angehörige)**
- **traumatisierende Umstände**
- **sekundäre Verluste (soziales Netz, ökonomische Ressourcen)**
- **Persönliche Ressourcen (Kohärenzsinn, Selbst-Komplexität, optimistische Lebenseinstellung etc.)**
- **Unterstützung durch Angehörige, Freunde und weitere Nahestehende**

Emotionsregulation schließt das Zulassen positiver Gefühle mit ein

Nicht das Vermeiden ist der entscheidende Faktor für eine gute gesundheitliche Entwicklung, sondern das **Zulassen positiver Gefühle** (Bonanno & Keltner, 1997).

Dies ist ein enorm wichtiges Ergebnis, weil es mit der Grundannahme des “Durcharbeitens“ der Trauer kontrastiert.

Partial Correlations Controlled for Self-Reported Emotion

Facial expression at 6 months	Grief-specific symptoms		
	6 months	14 months	25 months
Positive sum	-.35*	-.36*	-.52***
Employment	-.15	-.22	-.36*
Amusement	-.41**	-.35*	-.46**
Negative sum	.15	.64***	.19
Anger	.18	.40**	.25†
Contempt	.15	.40**	.20
Disgust	.01	.28*	.15
Fear	.02	.44**	.05
Sadness	.18	.20	.08

r₋ = -.52

Note. Part correlation done while controlling for self-reported emotion at 6 months.

† $p < .10$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Der Verlust als Auslöser für einen Lernprozess

Sowohl das biologische Modell als auch das Stress-Modell des sozialen Verlusterlebens gehen davon aus, dass ein Umbau des eigenen Weltmodells notwendig ist:

1. Die gebundene andere Person ist Teil des eigenen Identität geworden und somit besteht eine Erwartungshaltung der Bestätigung durch Aussensignale
2. Der reale Verlust bewirkt, dass solche Signale ausbleiben. Das erzeugt einen (seelischen) Schmerz.
3. Das Ausbleiben bestätigender Signale erfordert eine Anpassung der inneren Repräsentation
4. Diese Anpassungsleistung entspricht einem (impliziten) **Lernvorgang** – der notwendig bestimmte Bedingungen (= Ressourcen) braucht, damit er stattfinden kann.

Einfache und anhaltende (komplizierte) Trauer



Einfache vs. komplizierte Trauer

Einfache Trauerreaktion

Verlauf

Allmähliche Anpassung an die neue Realität, vergleichsweise abnehmende Intensität der gefühlten Trauer. Anpassung an neue Wirklichkeit ohne die verstorbene Person gelingt

Komplizierte Trauerreaktion

Starke, impulsive emotionale Reaktionen wie Wut, Schuldgefühle und Angst. Manchmal verzögerte Trauerreaktion. Keine kontinuierliche Abnahme der Trauerintensität. Die Trauer wird oft nicht als Traurigkeit erlebt. Anpassung an neue Wirklichkeit gelingt nicht

Fortsetzung

Einfache Trauerreaktion

Trauerreaktion mit Rückzug und häufigem Weinen. Der Ausdruck der Trauerreaktion ist stark von kulturellen Normen geprägt

Symptomatik

langfristig keine gesundheitlichen Folgen

Gesundheit

Kurzfristig Rückzug aus dem gewohnten sozialen Umfeld, langfristig keine negativen Folgen

soziale Folgen

Komplizierte Trauerreaktion

Selbst schädigendes Verhalten, Panikattacken, depressive Reaktion, exzessive Reizbarkeit, anhaltende und häufige Intrusionen, Gefühl innerlicher Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit

Schlaf- und Essstörungen, erhöhte Anfälligkeit für Infektionserkrankungen

Vernachlässigung des sozialen Netzes, Einbussen im Bereich des beruflichen Funktionierens, Vereinsamung

DSM 5 “Anhaltende komplexe Trauerreaktion”

1. **Fortbestehende Sehnsucht /Verlangen nach dem Verstorbenen**
2. **Intensive Sorge und emotionaler Schmerz als Reaktion auf den Todesfall**
3. **Gedankliches Verhaftetsein mit dem/der Verstorbenen**
4. **Übermässige Beschäftigung mit den Umständen des Todesfalles**
5. **Beträchtliche Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren**
6. **Unglaube oder emotionale Taubheit über den Verlust**
7. **Schwierigkeiten, positive Erinnerungen an den Verstorbenen zuzulassen**
8. **Bitterkeit oder Ärger über den Verlust.**
9. **Dysfunktionale Bewertungen der eigenen Person in Bezug auf den Verstorbenen oder seinen Tod (z.B. Selbstvorwürfe)**
10. **Übermässiges Vermeiden von Erinnerungen an den Verlust**
11. **Der Wunsch zu sterben, um bei dem Verstorbenen zu sein**
12. **Schwierigkeiten, anderen Personen seit dem Todesfall zu vertrauen**
13. **Sich seit dem Todesfall einsam oder von anderen Personen abgetrennt fühlen**
14. **Das Gefühl, dass das Leben ohne den Verstorbenen sinnlos und leer ist, oder der Glaube, dass man nicht mehr ohne den Verstorbenen funktionieren kann**
15. **Verunsicherung über die eigene Rolle im Leben oder eine verminderte Wahrnehmung der eigenen Identität**
16. **Schwierigkeiten oder Widerwillen, seit dem Verlust Interessen zu verfolgen oder Zukunftspläne zu entwickeln**

Abgrenzung zu affektiven und anderen Störungen

Extreme Trauerreaktionen zeichnen sich durch Symptome wie emotionale, gedankliche oder bildliche Intrusionen, krampfartig erlebte emotionale Überflutungen und eine als “stressig“ erlebte Sehnsucht nach der verstorbenen Person aus. Die Symptome sind sowohl vom Inhalt als auch von der erlebten emotionalen Qualität deutlich von der depressiven Reaktion oder der Majoren Depression (MDD) unterscheidbar.

In manchen Fällen – besonders bei multiplen und plötzlichen Verlusten – können sich Gefühle der emotionalen Betäubung einstellen (Dissoziation).

Auch ist die Abgrenzung zur PTB nicht immer einfach, die Komorbidität hoch.

Simon et al., 2007: The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry* 48, 395-399.

Komorbide Störung	Aktuell %	Lifetime %
Majore Depression MDD	55.3	71.8
Posttraumatische Belastungsstörung PTB	48.5	52.9
Panikstörung	13.6	21.8
Agoraphobie ohne Panik	1.0	1.0
Generalisierte Angststörung GAD	18.5	N/A
Soziale Phobie	7.8	13.1
Zwangsstörung OCD	6.3	6.8
Irgendeine Angststörung	62.6	69.4
Irgendeine Störung	75.2	84.5
Keine komorbide Störung	24.8	15.5

N = 206, nach Simon et al., 2007

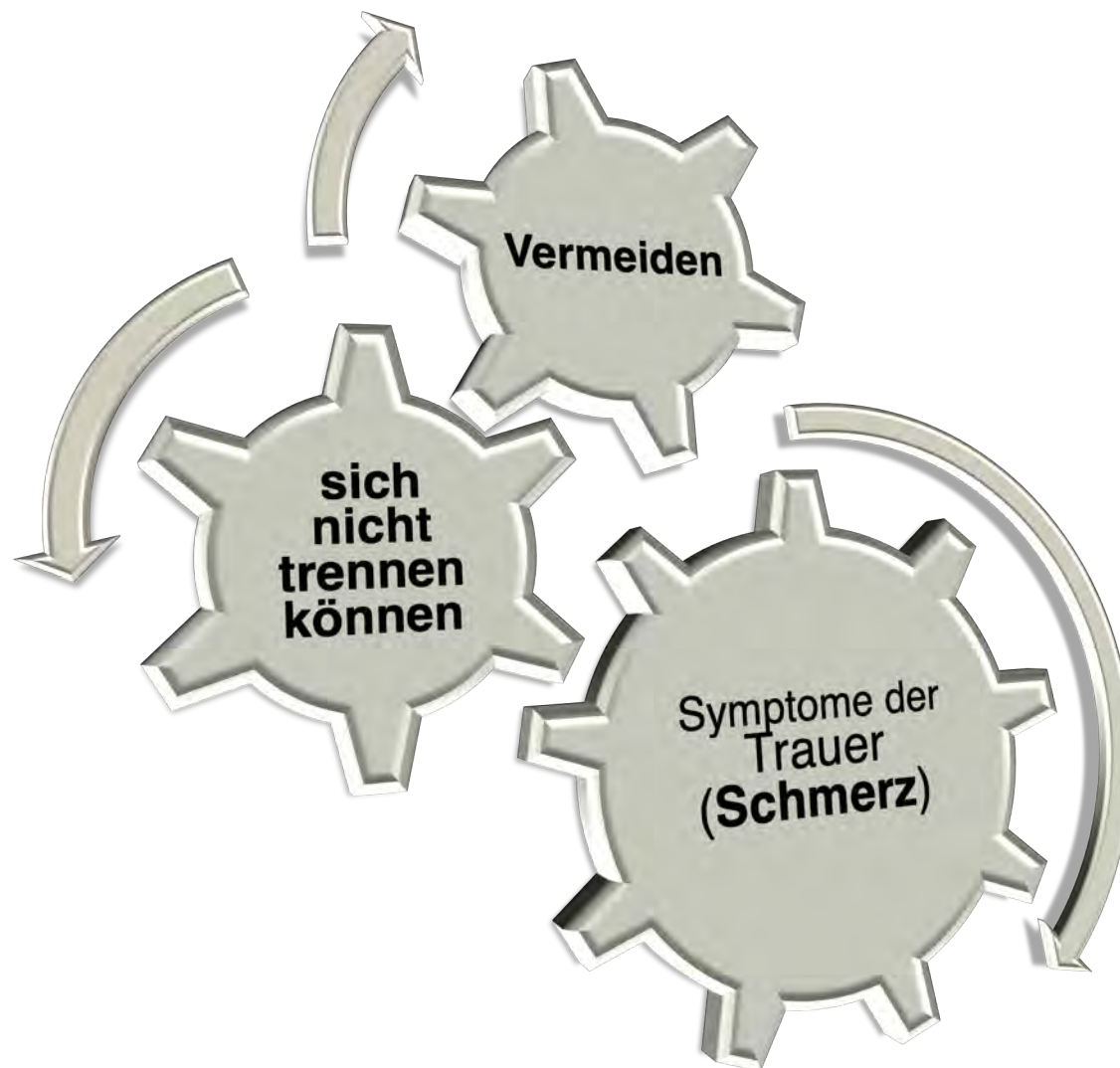
Diagnostik

- > Texas Revised Inventory of Grief TRIG (Faschingbauer, 1981) - im www auch neuere Version erhältlich (in Englisch)
- > Inventory of Complicated Grief ICG von Prigerson und Mitarbeitern - im www auch Version für Kinder und Jugendliche erhältlich (nur in Englisch)
- > Übersetzungen beider Instrumente in **Znoj (2004). Komplizierte Trauer. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe**
- > Für das ICD-11 liegen Kriterien für die vorgeschlagene Diagnose “Prolonged Grief Disorder” vor.

Wie wird die Trauer zum Trauma?

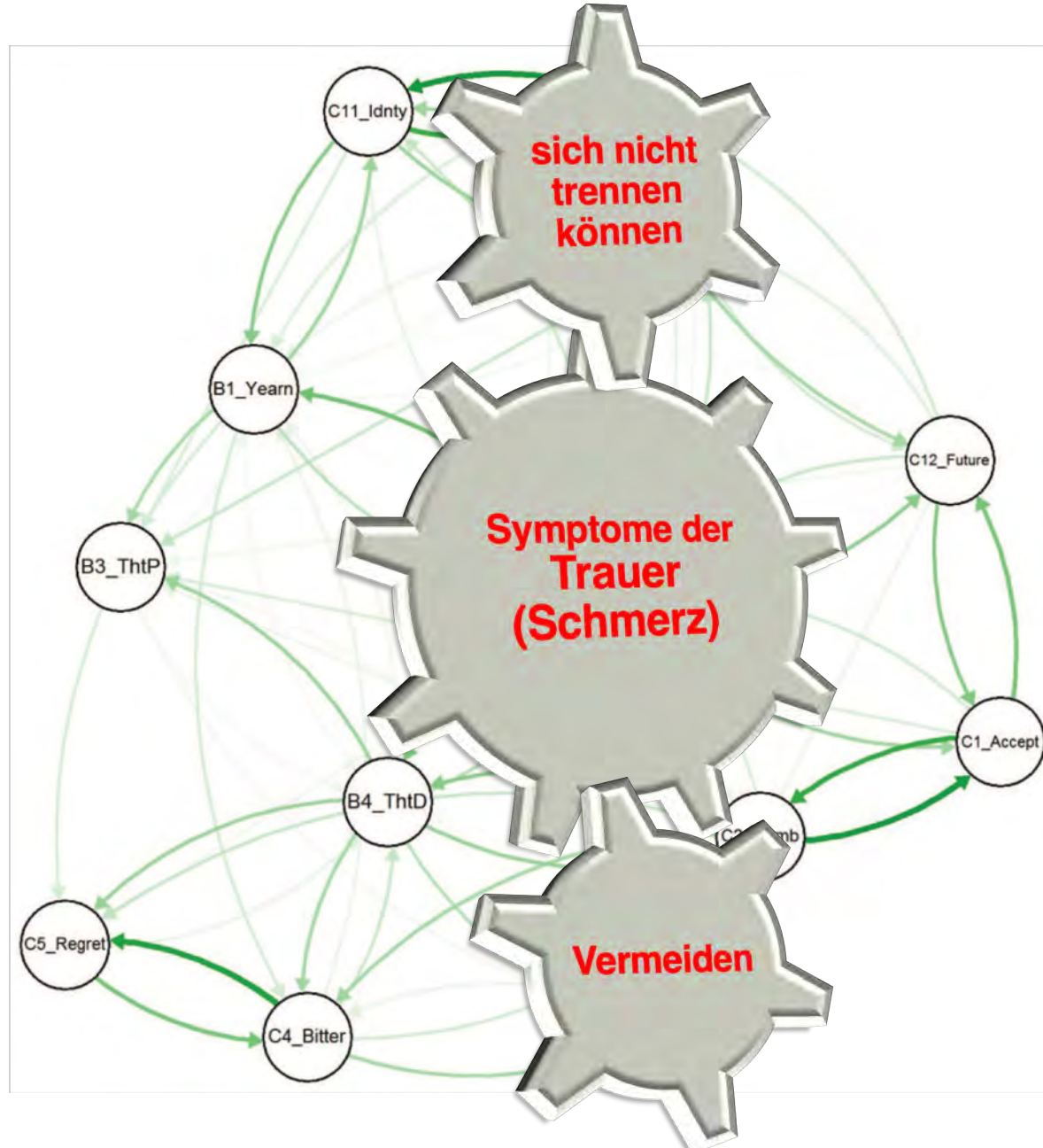
- > Nach dem allgemeinen Stressmodell kann die traumatische Trauer als eine Intensivierung der mit der Trauer verbundenen Reaktionen (emotional, kognitiv, somatisch) betrachtet werden.
- > Der “normale” Verlauf der Trauer folgt einem Schema: Schock - nicht wahrhaben wollen, emotionaler Aufschrei (Dysregulation), klares Schmerzempfinden und Trauer → Integration in Biographie („lernen“)
- > Die Komplizierung der Trauer beinhaltet oft problematische Aktivierungen: mit dem Schmerz kommt es zu dysfunktionalen Kognitionen, die wiederum (schmerzhafte) emotionale Reaktionen auslösen können → **Verstärkung des Verlusterlebens**
- > Die Schmerz-Verarbeitung gelingt nicht adaptiv, sondern über **problematische Bewältigungsstrategien** (Vermeidung/Verleugnung), was paradoxerweise vermehrte Intrusionen zur Folge hat.

Wie die Trauer chronisch wird



Das Netzwerk der komplizierten Trauer

Robinaugh et al., 2014



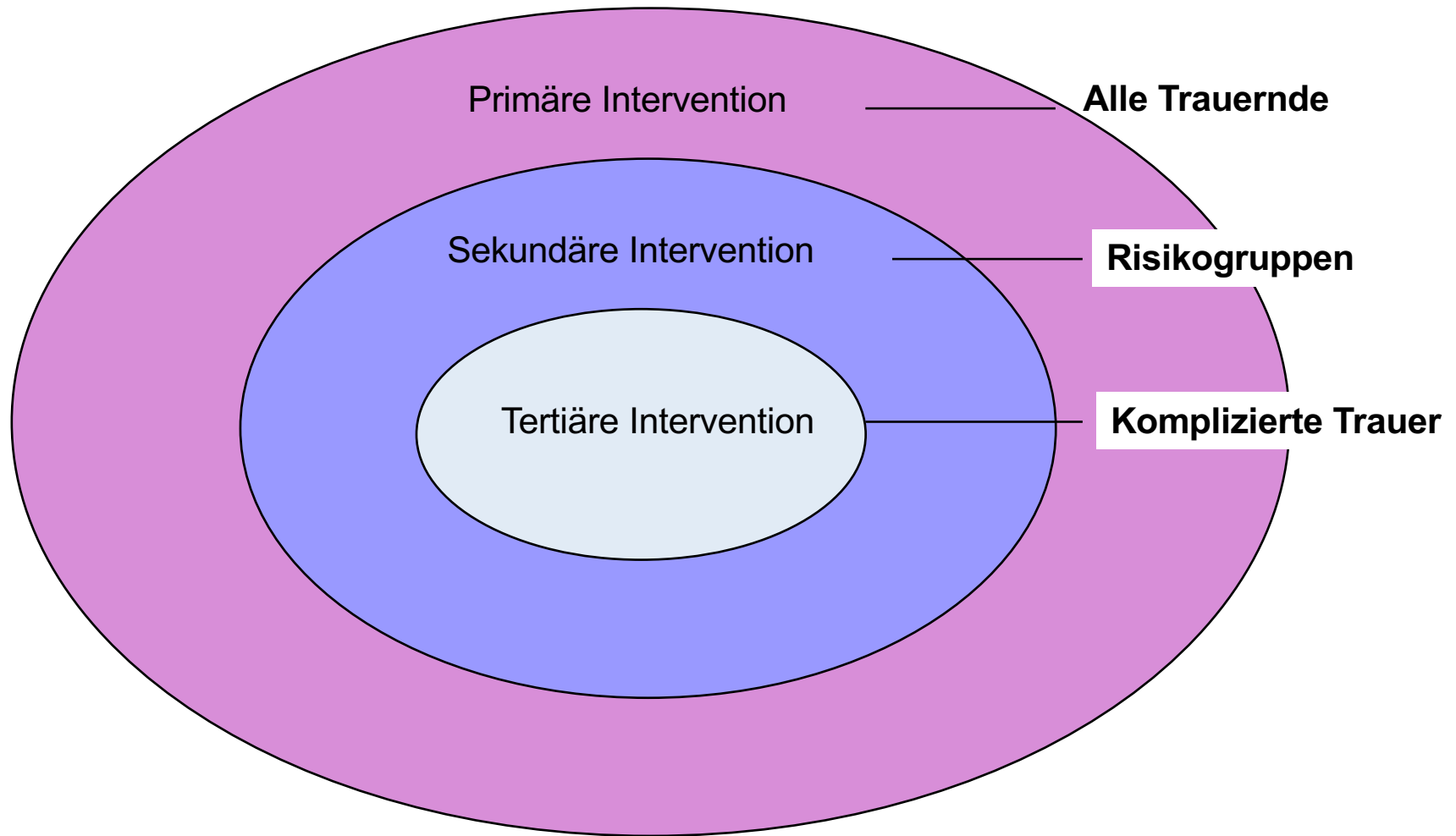
Psychische und somatische Folgen der Komplizierten oder Traumatischen Trauer

- > Psychisch: wie in der einfachen Trauer, jedoch oft überlagert von **Angstsymptomatik und affektiven Störungen**
- > beinhaltet wie PTB ein **“aktives Gedächtnis”**
- > **Dysregulation emotionaler Befindlichkeit** wie unkontrolliertes, ständiges Weinen oder Wut, Panik
- > Somatisch: **Schmerz** (Herzschmerz), Störung des Schlaf-Wachzyklus, Appetitlosigkeit, verminderte Abwehrkräfte (Immunsystem)

Unterstützung im Trauerprozess



Wirksamkeit nach Trauergruppen Schut et al., 2001



Effect of Psychological Interventions on Targeted Populations (Currier, Neimeyer & Bermann, 2008)

654

CURRIER, NEIMEYER, AND BERMAN

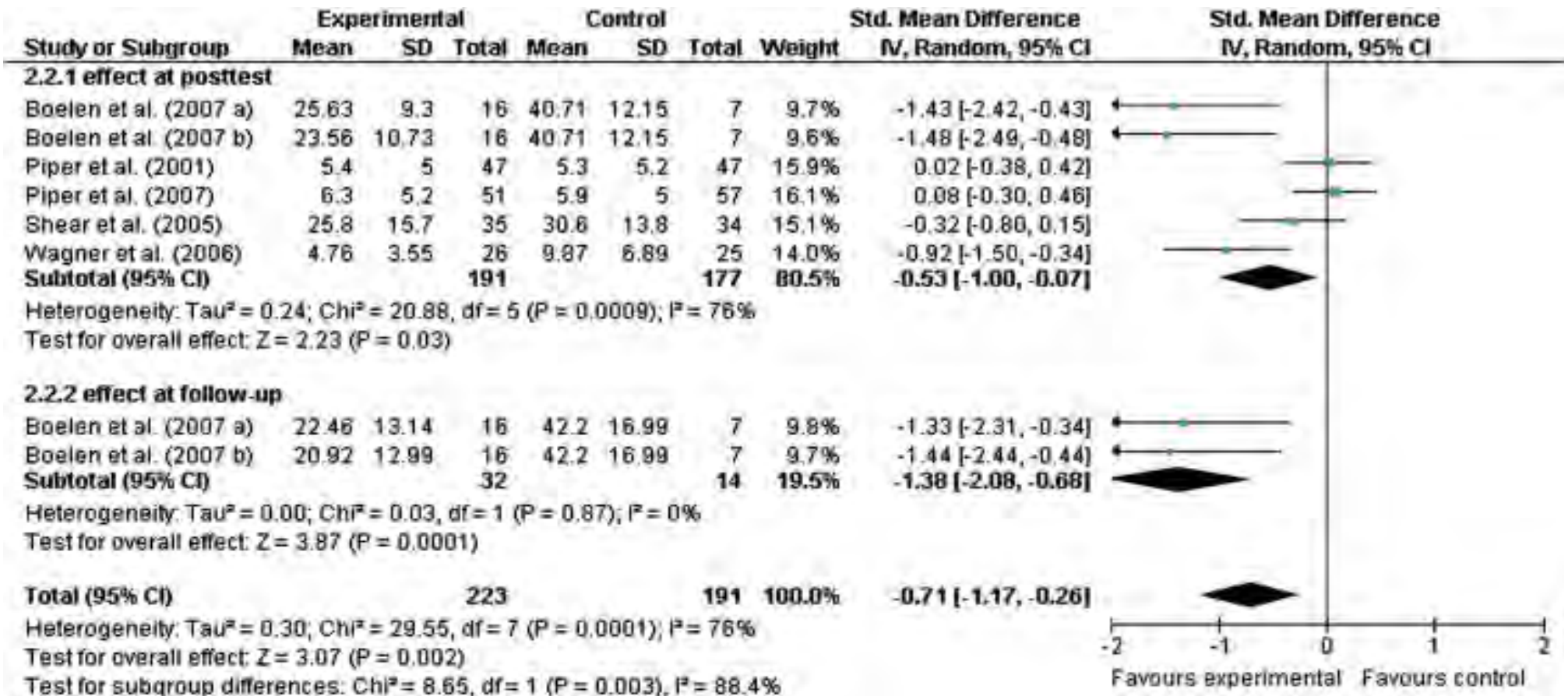
Table 3
Tests of Moderation for Targeted Population

Moderator	No. of studies	Mean effect size	SE	95% CI	Q
Posttreatment effects					
Within group					
Universal	6	0.01	0.11	-0.21 to 0.22	2.46
Selective	25	0.14*	0.05	0.03 to 0.24	31.47
Indicated	5	0.53*	0.16	0.22 to 0.85	8.34
Between groups					
					7.49*
Follow-up effects					
Within group					
Universal	4	-0.06	0.14	-0.33 to 0.21	4.21
Selective	21	0.03	0.05	-0.08 to 0.18	17.20
Indicated	2	0.58*	0.21	0.18 to 0.98	0.72
Between groups					
					7.41*

Note. A random effects model was used for these analyses, which accounts for the random variation between studies in addition to variance associated with sampling error. Therefore, Q_t (total degree of heterogeneity) does not equal Q_b (degree of heterogeneity between groups) + Q_w (degree of heterogeneity within groups), as would be seen in a fixed effects model. *SE* = standard error; *CI* = confidence interval.

* $p > .05$

Kurz- und Langzeiteffekte (Wittouck et al., 2011)



In: Ciska Wittouck, Sara Van Autreve, Eva De Jaegere, Gwendolyn Portzky, Kees van Heeringen (2011)
The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis

Therapie der komplizierten Trauer

- > In den letzten beiden Jahren wurden mehrere kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapien **für komplizierte Trauer** entwickelt (Boelen et al., 2007; Shear et al., 2005; Wagner et al., 2006)
- > Die Wirksamkeit für komplizierte Trauer (in kontrollierten Studien) ist nachgewiesen
- > Kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken für Trauma-ähnliche Symptome wie z.B. ängstlich-depressives Vermeidungsverhalten
- > Kognitive klärende Elemente für Schuldgefühle, „unfinished business“ etc.

Das duale Prozessmodell: Implikationen für die Psychotherapie

Eine Komplizierte Trauer hat verschiedenen Ursachen, die sich aber in zwei grundlegende Aufgaben unterteilen lassen:

- 1) **Das Aushalten des Trauerschmerzes;** Das Lernen, mit diesen „rohen“ Gefühlen umzugehen und den Schmerz zu dosieren, damit er allmählich in ein Gefühl der Traurigkeit und des Verlustes übergehen kann. Damit diese Arbeit geschehen kann, muss der Verlust als Verlust akzeptiert werden.
- 2) **Wiederherstellung: „das Leben geht weiter“**... In welcher Weise sind Lebensziele durch den Verlust bedroht? Was „braucht es“, damit das Leben weitergehen kann? Welche Aufgaben stehen an (z.B. Kinder, Beruf, Selbstfürsorge etc.)? Welche Erinnerungen möchte ich behalten?

Worden (1986) unterscheidet vier Aufgaben, die der oder die Trauernde zu erfüllen hat: a) Akzeptanz, b) den Schmerz zulassen, c) Anpassen und d) die Beziehung zur verstorbenen Person neu definieren.

Therapie - Problemanalyse

- > Was hat die trauernde Person bisher unternommen, die Reaktionen in den Griff zu bekommen (Coping)?
- > **Welche Funktion** hatte die verstorbene Person? (siehe nächste Seite)
- > An wen wendet sich die trauernde Person, wenn sie Hilfe braucht?
- > Hat die Trauer eine instrumentelle Funktion?
- > Wie äussert sich die Trauer genau? Welche Gefühle oder Gefühlsmischungen sind vorherrschend? Welche Verhaltensweisen fallen auf, wenn über die verstorbene Person gesprochen wird
- > Was löst das problematische Verhalten, die intrusiven Gefühle aus (Trigger)?
- > Was wird mit dem problematischen Verhalten vermieden?
Weiterführend: Mit welchen Reaktionen ist zu rechnen, wenn das Verhalten verhindert wird?
- > Welche Ressourcen stehen dem Patienten zur Verfügung?

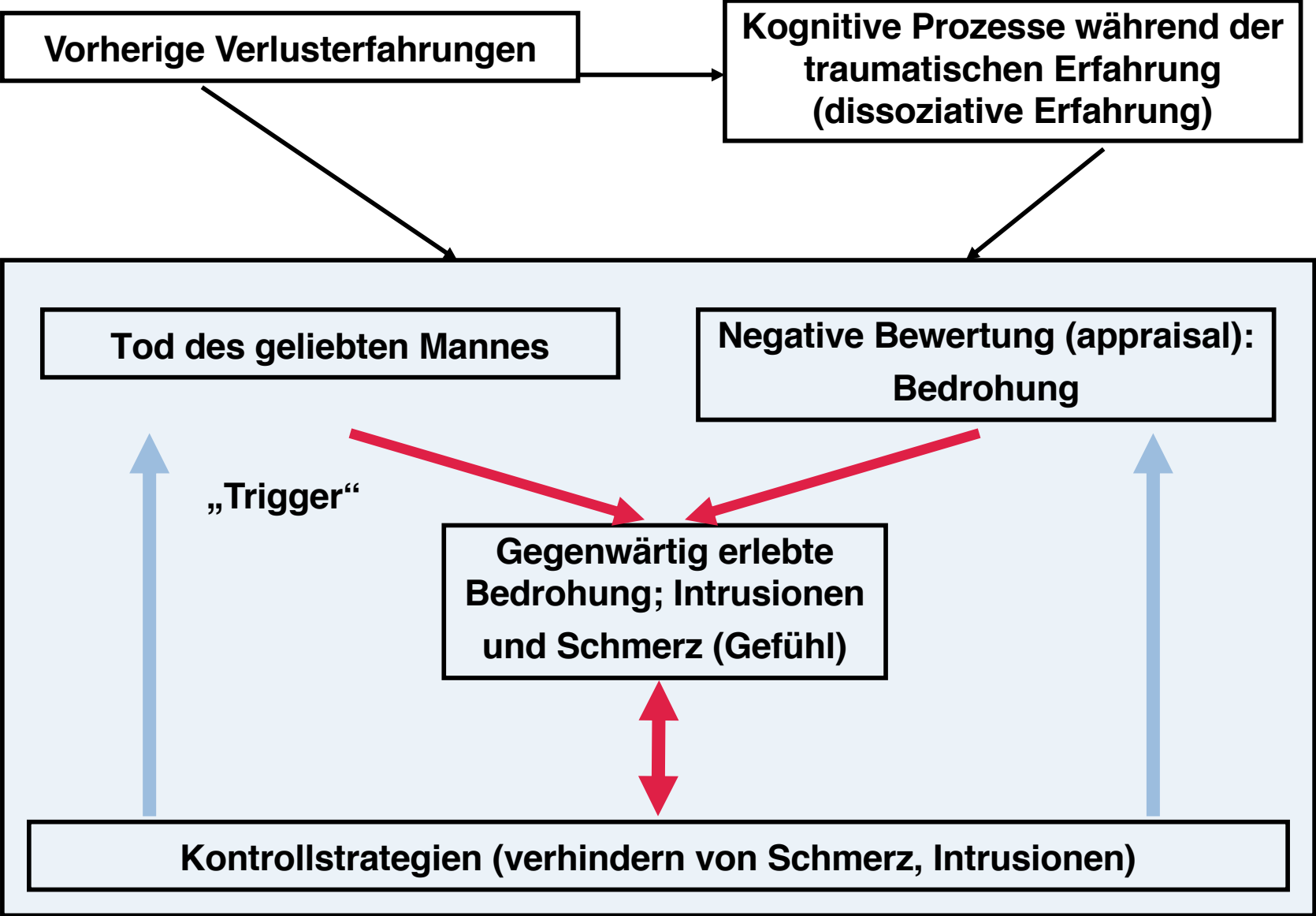
Welche *Funktion* hatte die verstorbene Person?

- > Welche **Grundbedürfnisse** hat die verstorbene Person befriedigt?
 - War es die grosse Liebe? (**Bindung**). Er vermittelte Sicherheit (**Sicherheit, Orientierung und Kontrolle**), er hatte einen grossen Freundes- und Verwandtenkreis (**Selbstwerterhöhung**)
- > Welche typischen Funktionen, Ziele und Rollen hatte die verstorbene Person für den Angehörigen?
 - Er war der ganze Lebensinhalt; kam er von der Arbeit, winkte sie ihm vom Balkon aus zu und freute sich, wenn er sich an ihrem Anblick erfreute.
- > Welche emotionale Reaktion kann erwartet werden, wenn diese Inhalte angesprochen werden?
 - Enorme Trauer, aber auch viel Angst (Panik) und Scham (ich bin nichts wert ohne ihn)
- > Welche sonstigen Reaktionen sind zu erwarten?
 - Verleugnung der harten Realität; Hinwendung zu Religion (Weiterleben nach dem Tod)
- > Welche Anforderungen kommen auf sie zu?
 - Bildung und Erziehung der Kinder; damit verbunden: Rückkehr in die Heimat mit grossen Schwierigkeiten verbunden

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Prozessmodell

1. Negative und dysfunktionale Gedanken; Fehlinterpretation der Trauerreaktion (**Informationsvermittlung; Herausarbeiten dysfunktionaler Kognitionen**)
2. Ängstliche und depressive Vermeidungsstrategien (**Klärung; ev. Konfrontation; «Stuhlarbeit»; emotionale Selbstunterstützung**)
3. Mangelnde Integration des Verlustes in das autobiografische Gedächtnis (**Ressourcenaktivierung**)

Das Traumamodell der Trauer (analog PTB)



Exposition und Konfrontation („hot spots“)

Beschreibung der Todesumstände **mit den schmerzlichsten Erinnerungen und Momente oder Situationen**, die vermieden werden

- Körperreaktion (wie z.B. schwitzen, Herzrasen)
- Auditive und visuelle Wahrnehmung
- Schilderung der Gefühle

Brief an die verstorbene Person (Inhalte)

- > Kurze Darstellung des Todes von ----- aus Sicht des Patienten
- > Welches waren die wichtigsten Momente?
- > Welche Bedeutung hat der Tod von ----- jetzt und in der Zukunft?
- > Wie soll an ----- in Zukunft gedacht werden?
- > Welche Lebensziele/Pläne und Wünsche sind da?

Worauf achten?

> **Dysfunktionale Gedanken**

— *Ich bin keine gute Mutter; allein erziehend kann ich meinen Söhnen nicht helfen, ihre (männlichen) Probleme zu lösen; ich bin allein auf dieser Welt*

> Ist der Patient zu sachlich?

> Was ist der **traumatischste Augenblick**?

— *Für Frau O. war dies der Moment, als die beiden Polizisten ihr am frühen Morgen (sie war noch im Nachthemd, die Kinder noch am Schlafen), ihr die Nachricht vom Unfall und vom Tod des Mannes übermittelten ("hot spot").*

> Welche Reaktionen zeigt der Patient? (Schuldgefühle, Machtlosigkeit, Unsicherheit, kein Selbstvertrauen, Angst vor Nähe, Realitätsverlust)

Kognitive Restrukturierung

Exploration von Schuld- u. Schamgefühlen

Wer war für das Ereignis verantwortlich?

Nehmen Sie es sich übel, dass Sie so gehandelt haben?

Infragestellung dysfunktionaler Gedanken

z.B. “Hätte ich ihm nicht das Fahrrad gekauft würde er heute noch leben!”

Verantwortlichkeit am Tod

Kommunikationsmuster

Psychoedukation über:

Bedeutung offener Kommunikation (in der Familie und mit Freunden) und geschlechtsspezifischen Unterschieden von Trauernden.

Frau O. war sich nicht klar darüber, wie und ob überhaupt sie ihre eigene Trauer mit den Kindern teilen konnte. Sie entschied sich dafür, ihre Trauer für sich zu behalten, nahm aber andererseits an der Trauer ihrer Kinder teil. Sie hatte Angst davor, dass ihre eigene Trauer die Kinder zu stark verunsichern würde und sie damit in einem Ausmass belasten würde, dass diese in der Schule Schwierigkeiten bekämen.

In der Therapie alternative Kommunikationsmöglichkeiten herausarbeiten, ev. Rollenspiele

Beispielfragen bezüglich Kommunikation

- > In welcher Form finden Gespräche innerhalb der Familie, Freunde, Partnerschaft heute statt?
- > In welcher Form gebe ich meinem Kind/Partner Unterstützung?
- > Verschließe ich mich gegenüber meinem Partner/Freunden?
- > Wie fühlt es sich an Freunde zu treffen? Bedeutet dies, dass ich mein Kind/Mann..... Vergesse oder gar untreu werde?
- > Finden innerhalb der Familie Rituale statt? Welche?

Alltagsstruktur/Tagesplaner

Komplizierte Trauer Patienten haben im Vergleich zu Kontrollgruppe (nach Wagner, 2007):

- weniger Kontakt mit anderen Personen
- unregelmäßige Mahlzeiten (Frühstück, Mittag- und Abendessen)
- fangen später an zu arbeiten
- gehen seltener nach draußen
- halten häufiger Mittagsschlaf
- häufigeres essen von 'TV-Snacks'

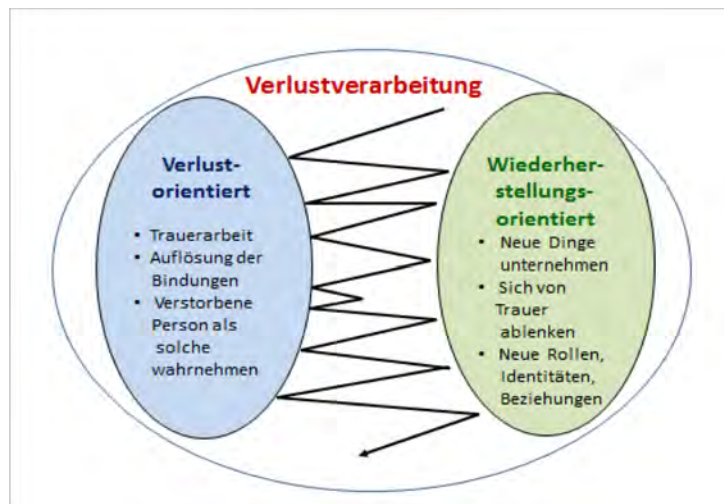
Unterschiedliche Behandlungsheuristiken

1. eine bereits existierende psychische Störung
2. durch emotionale Überreaktion und dysfunktionale Kognitionen verstärkte Trauerreaktion
3. durch **motivationale Konflikte** chronifizierte Trauer

Was kommt zuerst? Was macht den Leidensdruck?

Selbsthilfe in der Trauer /nach Trennungen

Duales Prozessmodell von Stroebe & Schut



Informationsvermittlung

Wiederherstellungsorientiert:

- Positive Beeinflussung von Gedanken und Gefühlen
- Trost und Selbstfürsorge
- Gestaltung des Lebens ohne PartnerIn: Kraftquellen, Beziehungen

Verlustorientiert:

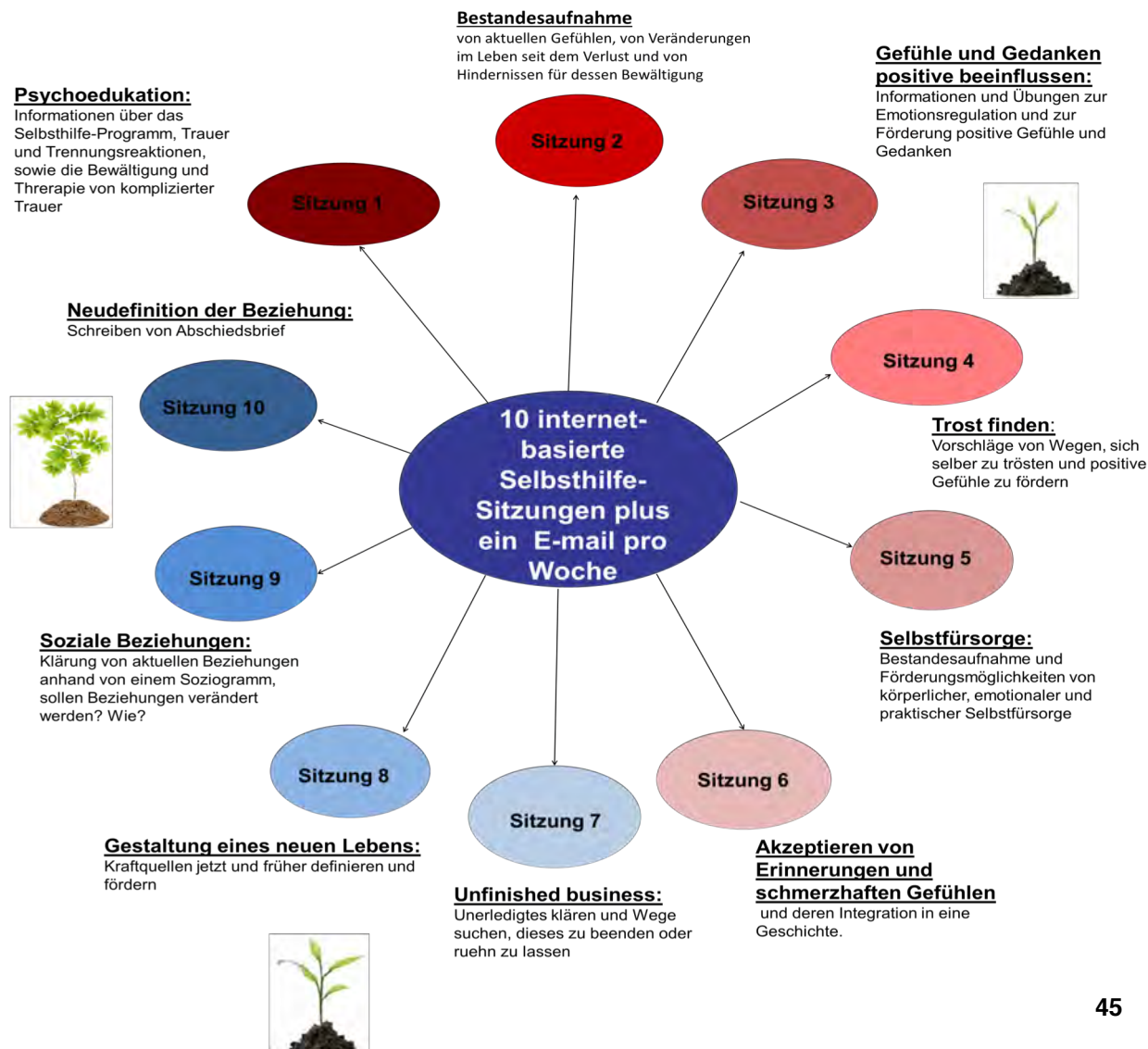
- Bestandsaufnahme von Gefühlen
- Unerledigtes und Bedauern
- Zulassen von Erinnerungen und Schmerz und Integration in eine Geschichte
- Abschiednehmen und Neudefinition der Beziehung zur verlorenen Person

Ablauf und Inhalt des Selbsthilfe-Programms LIVIA

Fragebogen und
Telefongespräch

**10 Internet Selbst-
hilfesitzungen
(ca. 45 – 60 Minuten)
+
ein unterstützendes
Email pro Woche**

Erfassung von
Veränderungen mit
Fragebögen direkt
nachher und nach 6
Monaten

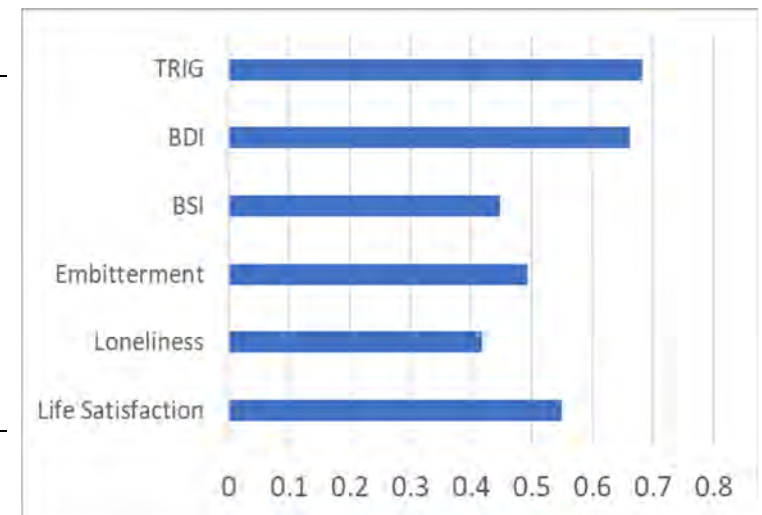


Effekte der Selbsthilfe-Intervention und Zwischen-Gruppen Effektstärken (alle)

Effects of the intervention in multiple regression analyses controlled for the baseline variable (intent-to-treat)

	<i>B</i>	<i>CI 95%</i>		<i>p</i>
Grief	-0.44	-0.66	-0.16	0.001
Depression	-0.21	-0.34	-0.09	0.002
Psychopathology	-0.15	-0.27	-0.02	0.025
Embitterment	-0.29	-0.52	-0.07	0.012
Loneliness	-0.27	-0.54	-0.02	0.039
Life satisfaction	0.46	0.14	0.78	0.006

Note: Bootstrapped values



Vorgehen I

Klärung
Einsicht in problematische Überzeugungen Orientierung über die Trauer und deren Symptome Normalisierung erlebter Gedanken und Gefühl Motivationale Klärung Neuorientierung mittels narrativen Techniken
Bewältigungsorientiertes Vorgehen
Konfrontation mit stark vermiedenen Reizen Veränderung problematischer Kognitionen & Einstellungen Training sozialer Kompetenzen Ermöglichen korrektiver Erfahrungen Genuss-Training (Selbstbelohnungstraining) Aufmerksamkeits-Dissoziation

Vorgehen II

Ressourcenaktivierung
Aktivierung sozialer Kompetenzen Aktivierung positiver Gefühle und Erfahrungen Aktivierung sozialer Netzwerke Positive Erfahrung mit verstorbener Person ermöglichen
Problemaktivierung
Thematisieren und Symbolisieren des Verlustes Schmerzhafte Gefühle ansprechen und mittels Übungen mit solchen konfrontieren Helfen, der Trauer Ausdruck zu geben Rekonstruktion der Beziehung zur verstorbenen Person (z.B. mittels "hot seat" Technik)

Do's & Dont's

gut	nicht so gut
<ul style="list-style-type: none">- Normalisieren der Trauerreaktion- Individuelles Vorgehen- Emotionen als Ressource nutzen und aktivieren- Tod als Erfahrung akzeptieren	<ul style="list-style-type: none">- Trauer als gefährlichen Zustand beenden- Normatives Vorgehen ("Weinen ist gut"...)- Ausschliesslich individuelle Sichtweise der Trauer- Emotionen problematisieren- Tod tabuisieren

Literaturhinweise


- > Rosner, R., Pfoh, G., Rojas, R., Brandstätter, M., Rossi, R., Lumbeck, G., . . . E., G. (2015). *Anhaltende Trauerstörung. Manuale für die Einzel- und Gruppentherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- > Stroebe, M. S., Hannson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (Eds.). (2001). *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (1 ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- > Worden, J. W. (1986). *Beratung und Therapie in Trauerfällen*. Bern: Huber.
- > Znoj, H. J. (2009). Trauer. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* (3), 317-331.
- > Znoj, H. J. (2016). *Komplizierte Trauer. Leitfaden für Therapeuten*. Göttingen: Hogrefe.
- > Znoj, H. J., & Maercker, A. (2015). Trauerarbeit und Therapie der komplizierten Trauer. In M. Linden & M. Hautzinger (Eds.), *Verhaltenstherapiemanual, 8. Auflage*. Berlin: Springer.



Hansjörg Znoj

Trennung, Tod und Trauer

Geschichten zum Verlufterleben
und dessen Transformation

 hogrefe