

Verlusterleben und Trauerprozess – menschliche, personzentrierte und psychotherapeutische Perspektiven

Experience of Loss and the Process of Mourning – Human, Person-Centered and Psychotherapeutic Perspectives

Ulrike Backhaus

Themenschwerpunkt Trauer

Zusammenfassung

Der folgende Text stellt Trauer als natürlichen und gesunden Prozess dar, mit dem wir Menschen auf Verluste reagieren, die unser Leben zwangsläufig begleiten. Theorien zum Trauerprozess werden ebenso vorgestellt wie der personenzentrierte Umgang mit Menschen nach Verlust in Therapie und Beratung. Außerdem wird auf komplizierte Trauerverläufe eingegangen, die eine Minderheit der Trauernden betreffen und im psychotherapeutischen Kontext immer wieder anzutreffen sind.

Abstract

The following text illustrates grief as a natural and healthy process in which humans react to losses that inevitably accompany our lives. Theories of the mourning process will be presented as well as the person-centered approach with humans in psychotherapy and counseling after a loss. Moreover, problematic mourning processes that concern a minority of the mourners and which often can be found in therapeutic settings, will be mentioned.

1. Über Trauer

Trauer ist ein natürlicher Prozess, mit dem wir auf Verluste von Menschen und Dingen reagieren, an die wir eine emotionale Bindung entwickelt haben. Dies kann der Verlust eines Menschen durch den Tod sein, aber auch durch Trennung, es kann der Verlust der Heimat sein, des Arbeitsplatzes, der erwachsen gewordenen Kinder, der Gesundheit, bestimmter Vorstellungen, Rol-

len- und Selbstbilder. Jede Krise wird (auch) von Trauererleben begleitet, jede Trauer von einer Krise. Die alten Strukturen existieren oder tragen nicht mehr, neue müssen entwickelt werden. „Trauer ist die Lösung, nicht das Problem“, schreibt die deutsche Sozialpsychologin und Trauerbegleiterin Chris Paul (Paul, 2017, S.9). Trauer ist der Entwicklungsprozess, durch den wir lernen, mit einer veränderten Situation zu leben.

Wandel und Vergänglichkeit sind Prinzipien unseres Lebens. Wir alle haben schon Verluste und Abschiedsprozesse erlebt, wenn auch vielleicht nicht durch den Tod. In vielen, wenn nicht den meisten, Beratungen und Psychotherapien spielt Trauer in der ein oder anderen Form eine Rolle. „Schätzungen zufolge steckt hinter jeder dritten psychischen Störung eine komplizierte Trauerreaktion. Dies bedeutet für Therapeuten, dass es sich lohnen würde, routinemäßig nach Verlustereignissen zu fragen, weil ein unverarbeiteter Verlust [...] Motor für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen sein kann.“ (Znoj, 2012, S. 78)

Im deutschsprachigen Raum ist die Beschäftigung mit Trauerprozessen in Therapie und Beratung noch wenig ausgeprägt, ganz im Gegensatz zu den englischsprachigen Ländern, Norwegen, den Niederlanden und vielen anderen mehr.

Die radikalste und tiefgreifendste Form der Trauer folgt meist auf den Tod eines geliebten Menschen. Der Tod aber ist in unserer Gesellschaft immer noch ein Tabu. Er bildet unsere Endlichkeit ab, das Ende unserer Kontrollmöglichkeiten, ist bedrohlich, weil wir alle nicht mit Sicherheit wissen, wie es nach unserem letzten Atemzug weitergeht. Das mit ihm verbundene Tabu dehnt sich auf trauernde Personen und auf den Umgang mit ihnen aus. Es wirkt auch in die Bereiche der Psychotherapie und Beratung hinein.

Zwar hat sich in den letzten 50 Jahren, im deutschsprachigen Raum in den letzten 30 Jahren, eine schnellwachsende Hospizbewegung entwickelt, die die Themen Tod und Sterben aus der Tabuisierung in die Mitte der

Gesellschaft zurückholen will. Sterbende Menschen werden hier ganzheitlich und interdisziplinär unter Einbeziehung von ehrenamtlichen Mitarbeitenden begleitet und gepflegt, wenn möglich in ihrem gewohnten Umfeld. Die Zugehörigen werden einbezogen und beteiligt. Im Umfeld der Hospizbewegung sind auch vielfältige Angebote für trauernde Menschen entstanden.

Im Bereich der Psychotherapie und Beratung aber begegne ich wie in der übrigen Gesellschaft immer noch und immer wieder KollegInnen, die Berührungängste mit Verlustprozessen haben. Trauernde Menschen berichten mir nicht selten, dass sie sich mit ihrem Erleben in einer Psychotherapie nicht gut aufgehoben fühlen. Umso wichtiger ist es, dass wir als TherapeutInnen und Beratende eine Haltung zu den urmenschlichen Themen des Sterbens und der Trauer entwickeln.

2. Sich Einlassen auf Menschen nach Verlust – die personenzentrierten Grundhaltungen als Leitlinien in Therapie und Beratung

Trauer ist keine Krankheit. Sie kann von vielen Menschen mithilfe ihres Umfeldes oder mithilfe von niedrigschwelligen Angeboten, z. B. im Rahmen der Hospizbewegung, durchlebt werden. Dennoch suchen Menschen nach Verlust immer wieder Hilfe in Therapie und Beratung. Sie sind nach Abschieden ohne Todesfall in die Krise geraten, sie wollen nach einem Todesfall nichts versäumen und holen sich Hilfe, sie sind aber auch durch traumatische oder kompliziert verlaufende Trauerprozesse belastet, wie sie sich bei einer Minderheit der Hinterbliebenen zeigen. Immer wieder auch leiden sie unter lange zurückliegenden Verlusten, z. B. aus ihrer Kindheit.

Dass wir uns als Menschen auf diese Personen einlassen, als Menschen, die auch potenziell betroffen sein können, die morgen selbst trauernd sein können, ist das zunächst Entscheidende.

Der amerikanische Psychologe und Psychotherapeut Carl R. Rogers hat in den 40er- und 50er-Jahren sein eigenes, heute „Personenzentrierter Ansatz“ genanntes, therapeutisches Konzept entwickelt. Er geht darin konsequent von KlientInnen als ganzheitlichen Menschen aus, die eigenständig zu Wachstum, Autonomie und Selbstbestimmung hin heranreifen, wenn sie entsprechende Bedingungen in der Therapie vorfinden. Er sieht den Menschen als ein sich entwickelndes Ganzes, nicht als Träger bestimmter, störender Symptome, die es zu entfernen gilt. In seinen umfangreichen Forschungen kommt er zu der Erkenntnis, „[...] dass der therapeutische Erfolg in erster Linie nicht vom technischen Wissen und Können des Therapeuten abhängt, sondern davon, ob dieser bestimmte Einstellungen besitzt.“ (Rogers, 1983, S. 22). Die von Rogers genannten drei grundlegenden Einstellungen sind als Basisvariablen oder TherapeutInnenvariablen sehr bekannt geworden.

Die erste und wichtigste dieser Variablen ist die Echtheit oder Kongruenz. Hier geht es genau um das erwähnte Sich-Einlassen, darum, dass der/die Helfende sich nicht hinter einer beruflichen Fassade versteckt, sondern als Mensch berührbar bleibt und in Kontakt geht mit der hilfesuchenden Person. Wenn der/die TherapeutIn die eigene Betroffenheit und den eigenen Schmerz über das Schicksal der KlientInnen maßvoll zeigt, „[...] dient [er] dem Klienten als Modell für einen offenen, enttabuisierten Umgang mit der Trauer und lebt dem/der KlientIn in seiner Person vor, dass es nicht notwendig ist, irgendwelche Anteile seiner Trauer zu verleugnen.“ (Jerneizig et al., 1994, S. 65).

Freilich erfordert die Umsetzung dieser „Aufrichtigkeit“ und „Wahrhaftigkeit“ (Mucksch, 2015, S.53) eine gute Selbstsorge und ein bewusstes Umgehen mit eigenen Verlusten und Grenzen. Sie setzt eine Selbsterfahrung unter dem Blickwinkel Verlust und Trauer voraus. Letztendlich können wir uns als Beratende dieser wie auch den anderen Basisvariablen immer nur annähern.

Trauer ist ein höchst individueller Prozess. Selbst dieselbe Person kann um verschiedene Verluste völlig unterschiedlich trauern. Die zweite Basisvariable der Wertschätzung oder bedingungslosen Akzeptanz hilft uns, Menschen in ihren Trauerprozessen möglichst frei von Bewertungen zu begegnen. Trauernde Personen sind in ihrer, möglicherweise noch nie vorher ähnlich erlebten, Extremsituation oft verunsichert und fragen sich, ob sie „richtig“ trauern. Sie sind mit zahlreichen Richtlinien ihres Umfeldes konfrontiert, die sich auf die Dauer ihrer Trauer, auf die Intensität ihres Gefühlsausdrucks, auf ihren Vollzug des Abschieds vom/von der Verlorenen und auf ihre weitere Lebensgestaltung beziehen. Sie haben häufig das Gefühl, etwas falsch zu machen und sind in ihrem Selbstwertgefühl durch die Erschütterung ihres Verlustes verunsichert. Hier kann ein/e akzeptierende/r BeraterIn ihnen helfen, sich selbst mehr zu akzeptieren und nach und nach verlorenes Selbstwertgefühl zurückzugewinnen. Ein/e TherapeutIn, die Vertrauen in die Selbstheilungskräfte der trauernden Person ausstrahlt, kann dieser helfen, mehr Zuversicht zu entwickeln und sich darauf zu konzentrieren, ihren ureigenen Weg in und aus der Krise zu finden, anstatt Kräfte darauf zu ver(sch)wenden, den Erwartungen anderer zu genügen.

Trauer ist ein Prozess, bei dem verschiedenste, meist sehr intensiv erlebte Gefühle sich in schneller Folge abwechseln können, wie z. B. Angst, Wut, Erleichterung, Traurigkeit, Sehnsucht, Hilflosigkeit, Scham, Dankbarkeit, Liebe und Schmerz. Dabei „gibt es viele Reaktionen, die mit feinen, unterschwelligen Tabus belegt sind. Z. B. soll man nicht schlecht über einen Toten sprechen, Gefühle wie Wut oder Erleichterung über den Tod sind nicht erwünscht, Trauer soll vorrangig mit Traurigkeit zu tun haben, soll still verlaufen und nicht mit lauter Klage verbunden sein.“ (Backhaus, 2017, S. 39) Die vom/von der UnterstützerIn gelebte dritte Basisvariable des einfühlenden Verstehens oder der Empathie kann beim Ausdruck verschiedener, auch zunächst unerwünschter Facetten des Trauererlebens helfen. „Diesem Selbstaus-

druck wohnen die Kraft und die Chance inne, in das aktuell erfahrene Chaos in oftmals nur kleinen Schritten [...] eine Ordnung zu bringen. [...] Wichtig scheint mir zu sein, dass ein trauernder Mensch so die Erfahrung machen kann, in sein individuelles Gefühlschaos [...] selbst wieder eine Ordnung zu bringen.“ (Mucksch, 2015, S. 49). So kann nach einem Verlust mit der Zeit mehr Ruhe, Selbstakzeptanz und Stärke entstehen. „Wenn die Trauer ‚fließen‘ kann, können auch Gefühle wie Freude, Liebe oder Ausgelassenheit wieder lebendig werden. Wenn wir Trauer und Schmerz unterdrücken, erstarren wir und können auch andere lebendige Gefühle nicht spüren.“ (Backhaus, 2017, S. 40)

In der Beratung und therapeutischen Unterstützung von Menschen nach Verlust gilt wie in der gesamten Psychotherapie, was der deutsche Therapieforscher Klaus Grawe schreibt: „Die Qualität der Therapiebeziehung gehört zu den am besten bestätigten therapeutischen Wirkfaktoren und wer diesen wichtigen Wirkfaktor nicht reflektiert und gekonnt einsetzen lernt, kann nicht für sich in Anspruch nehmen, die Regeln der Kunst zu beherrschen.“ (Grawe, 1994, S. 357).

Die Basisvariablen nach Carl R. Rogers sind bestens geeignet, eine konstruktive, respektvolle und authentische Beziehung zwischen beratender und hilfeschender Person aufzubauen. Deshalb sind sie für mich das Konzept der Wahl, wenn es um die Begleitung von Menschen nach Verlust geht, wo die Grenzen zwischen Krisenbegleitung, Beratung und Psychotherapie oft verschwimmen.

3. Zur Theoriebildung des psychologischen Trauerprozesses

In seinem Artikel „Trauer und Melancholie“ setzt sich Sigmund Freud (1917) als erster Theoretiker mit dem psychologischen Trauerprozess auseinander. Er sieht den Trauerweg als natürlichen Prozess, den er von der Melancholie unterscheidet, die wir heute als Depression bezeichnen. Für ihn besteht die „Trauerarbeit“ darin, nach und nach die emotionale Bindung („Libido“) von dem Verlorenen abzuziehen, um frei für neues Leben zu werden. Freuds Annahmen beeinflussen bis in die 90er-Jahre hinein Generationen von PsychiaterInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen. Dann erst geben die amerikanischen Forscher Klass, Silverman und Nickman (1996) eine umfangreiche Sammlung von Untersuchungen heraus, die gerade eine fortgesetzte innere Bindung zum verstorbenen oder verlorenen Menschen als Teil eines gesunden Trauerprozesses sehen. Ihr Verständnis hat sich bis heute nahezu überall in Fachkreisen durchgesetzt.

Ab den 60er-Jahren gibt es verschiedene Modelle, die den Trauerprozess in Phasen unterteilen, ausgehend von Elisabeth Kübler-Ross (1969/1971), die nach ihren bahnbrechenden Gesprächen mit Sterbenden fünf Pha-

sen in der Auseinandersetzung mit unheilbarer Krankheit formuliert. Im deutschsprachigen Raum besonders bekannt wird das Trauerphasenmodell der Schweizer Jung'schen Psychoanalytikerin Verena Kast (1982).

Heute arbeitet man in der internationalen Forschung und Praxis nicht mehr mit Phasenmodellen der Trauer. Schon 1982 veröffentlicht der amerikanische Psychologieprofessor William J. Worden ein Modell, in dem er den Trauerweg als einen Entwicklungsprozess fasst, der mit vier Traueraufgaben verbunden ist (Worden, 1982/1986). Diese kann man in dem Wissen um die Individualität jeder Trauer als Themenfelder verstehen, die in unterschiedlicher Reihenfolge bearbeitet werden und von denen jedes immer wieder einmal im Laufe des Prozesses im Vordergrund steht. In sein Konzept hat Worden immer wieder aktuelle Forschungsansätze integriert und 2009 die vierte veränderte Auflage seiner Schrift vorgelegt (Worden, 2009/2011).

Im Folgenden möchte ich Ihnen das Modell von Worden vorstellen, das sich in meiner praktischen Arbeit bewährt hat. Ergänzen werde ich es um eine „Trauerfacette“ von Chris Paul, die das „Überleben“ eines schweren Verlustes zunächst als grundständige und vorherrschende Aufgabe sieht (Paul, 2017). „Ein Jugendlicher geht nach dem plötzlichen Tod seiner Mutter am Abend am nächsten Tag wie gewohnt in die Schule. Ein rückkehrender Soldat schweigt nach einem Kriegseinsatz über seine dort gemachten Erfahrungen. Ein junger Mann zieht nach dem Suizid seines Bruders täglich mit seinen Freunden durch die Bars und Clubs der Stadt und konsumiert dabei große Mengen Alkohol“ (Backhaus, 2017, S. 47). Diese Menschen greifen in der Auseinandersetzung mit tiefgreifenden Erschütterungen zunächst zu den Umgangsstrategien, die ihnen bekannt sind. Sie versuchen, ihren Alltag aufrechtzuerhalten, zu „funktionieren“, sich selbst zu halten und zu fassen. Erst später, wenn sie Ressourcen in sich und ihrem Umfeld dafür spüren, können sie sich möglicherweise mit ihrem Verlust bewusst auseinandersetzen. „So lange die beschriebenen Verhaltensweisen Teil einer dynamischen Entwicklung bleiben und sich damit auch im Laufe des Prozesses wieder verändern, können sie durchaus Teil eines angemessenen Umgangs mit einem Verlust sein.“ (Backhaus, 2017, S. 47) Es ist wichtig, dass wir als Begleitende Überlebensstrategien als das würdigen, was sie sind: als die zunächst für den betroffenen Menschen bestmöglichen Umgangsmöglichkeiten in einer Extremsituation. Diese Strategien dabei in ihrer Funktion zu benennen, kann im Rahmen von Therapie und Beratung durchaus sinnvoll sein, um der trauernden Person unsere Wahrnehmung zur Verfügung zu stellen, dass ihr Umgang nur eine von vielen Möglichkeiten darstellt.

Die erste Traueraufgabe nach Worden heißt „Den Tod als Realität akzeptieren“. „Auch wenn man darauf gefasst ist, dass ein nahestehender Mensch sterben wird, hat man, wenn der Tod dann eintritt, doch immer das Gefühl: ‚Das ist nicht wahr! Das ist nicht wirklich geschehen!‘“ (Worden, 2009/2011, S. 45). Wir können

Tatsachen, die unser bisheriges Leben auf den Kopf stellen, innerlich nicht sofort erfassen, wenn sie uns mitgeteilt werden. Unser Körper reagiert nicht selten mit einem Schock, bevor wir eine erschütternde Wirklichkeit erst schrittweise an uns heranlassen können. Die Arbeit, eine Realität als solche wahrzunehmen, kann sehr lange dauern und immer wieder, entsprechend dem persönlichen Entwicklungsstand (z. B. bei Kindern) oder der Lebenssituation, Thema sein. „Ein Mann mittleren Alters hat seine Mutter nach einer längeren Krankheit verloren. In den ersten Monaten nach diesem Verlust wacht er jede Nacht mehrmals auf und sieht als erstes das Bild des Leichnams seiner Mutter vor sich. Nach einiger Zeit gewinnen Erinnerungen an die Zeit, die er mit seiner lebenden Mutter verbracht hat, die Oberhand. Ein Witwer träumt nach dem Tod seiner Frau immer wieder davon, dass seine Frau ihm begegnet, aber nicht mit ihm spricht. Auch ihr Gesicht kann er in einigen Träumen nicht sehen.“ (Backhaus, 2017, S. 48) Diese Prozesse können wir als ein Ringen um das innere Begreifen der veränderten Wirklichkeit verstehen und möglicherweise im therapeutischen Kontakt auch so benennen.

Heutzutage wird immer mehr Wert auf einen bewussten Abschied, wo immer möglich, vom Körper des Verstorbenen gelegt. Die Rituale der Aussegnung und Bestattung unterstützen beim Begreifen ebenso wie die Gestaltung des Grabes oder des Todesortes. Für uns TherapeutInnen und Beratende ist es sinnvoll, um die Bedeutung eines bewussten Abschieds zu wissen und uns vom Abschiednehmen erzählen zu lassen. Durchaus können wir auch Rituale mit unseren KlientInnen planen oder anregen, die einen Abschied nachvollziehen, der vorher nicht möglich war.

Worden nennt seine zweite Traueraufgabe: „Den Schmerz verarbeiten“. Es geht ihm hier darum, dass trauernde Menschen mit der Zeit möglichst viel des Spektrums ihrer Trauergefühle in sich spüren und zum Ausdruck bringen können. Auf Dauer dürfte dies der heilsamste Weg sein, mit einem Verlust leben zu lernen. Allerdings sollten wir als Beratende den Gefühlsausdruck nicht provozieren. Wenn ein/eine Hinterbliebene sich in unserer Begleitung wohl fühlt, akzeptiert und verstanden wird, wird er/sie so viele seiner/ihrer Gefühle mitteilen, wie für ihn/sie verträglich sind. Wir dürfen ruhig schmerzhaft Gefühle als solche stehenlassen und darauf vertrauen, dass der/die Trauernde seinen/ihren eigenen Weg durch die Krise finden wird.

Wordens dritte Traueraufgabe heißt: „Sich an eine Welt ohne die verstorbene Person anpassen“. „Drei Bereiche der Anpassung müssen nach dem Tod einer nahestehenden Person angesprochen werden:

- externe Anpassung – die Auswirkungen des Verlustes auf die Bewältigung des Alltags
- interne Anpassung – die Auswirkungen des Verlustes auf das Gefühl für das eigene Selbst und
- spirituelle Anpassung – die Auswirkungen des Verlustes auf die eigenen Überzeugungen, Wertvor-

stellungen und Annahmen über die Welt.“ (Worden, 2009/2011, S. 52)

Gerade, wenn der/die Trauernde mit dem Verstorbenen zusammengelebt hat, sind im Alltag oft gravierende Änderungen notwendig. „Äußerlich ändert sich das Leben etwa dadurch, dass die Ehefrau zur Witwe wird, unter Umständen mit finanziellen Problemen zu kämpfen hat, mit der Notwendigkeit, die Kinder allein zu erziehen, einen neuen Partner suchen zu müssen; oder ist die Witwe älter, muß sie nun plötzlich den Lebensabend allein verbringen, vielleicht ohne die dazu gehörige praktische Begabung zu haben, weil der Mann ihr zuvor alles abgenommen hat. Äußerlich ändert sich das Leben auch dadurch, dass ein trauernder Mensch eben ein/e Trauernde/r ist, der von der Umwelt plötzlich anders behandelt, im schlimmsten Fall tabuisiert wird.“ (Kast, 1982, S. 17) Die mit solchen Veränderungen verbundenen Fragestellungen und Entscheidungen können nach einem Verlust zunächst viel Energie binden, die nicht für den Ausdruck von Trauergefühlen zur Verfügung steht.

Das eigene Selbstbild und die eigene Rolle im persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld müssen sich nach einem Todesfall oft langwierig den neuen Lebensbedingungen anpassen. „Eine Frau betrauert intensiv den Tod der hochbetagten Mutter. Sie verabschiedet sich beim darauffolgenden Ausräumen des Elternhauses von der Geborgenheit und dem Schutz, die sie bis in ihr mittlerweile erreichte Alter von knapp 65 Jahren immer im Kontakt mit der Mutter gespürt hat. Ihr wird bewusst, dass sie nun zur ältesten Generation der Familie gehört, eine Tatsache, mit der sie sich seltsam schutzlos und verletzlich fühlt.“ (Backhaus, 2017, S. 54)

Das Weltbild, das System, das unser Leben für uns handhabbar und überschaubar macht, wird durch manchen Verlust radikal auf den Kopf gestellt. „Wieso trifft es gerade mich? Wieso musste der Verstorbene so leiden? Wie kann Gott zulassen, dass ein Kind vor seinen Eltern stirbt?“ sind Fragen, die Hinterbliebene quälen können. Ein Ehepaar zwischen 40 und 50 Jahren achtet bewusst auf gesunde Ernährung, treibt viel Sport und spricht zuweilen etwas verächtlich über Menschen, die rauchen und sich kaum bewegen. Der Mann erkrankt an einer schnell fortschreitenden Krebserkrankung. Nach seinem Tod fällt es der Witwe unendlich schwer anzunehmen, dass seine gesunde Lebensweise ihren Mann nicht verschont hat und dass es keine einfache Erklärung für sein frühes Sterben gibt. Es braucht lange Zeit, bis sie ihren Verlust in ihr Weltbild einordnen kann, das sie variieren muss.

In unserer Arbeit mit Hinterbliebenen ist es wichtig, offen weltanschaulichen und spirituellen Fragen zuzuhören. So können wir unsere KlientInnen dabei unterstützen, mit der Zeit eigene Antworten auf ihre Fragen zu finden. Es kann ihnen dann zuweilen gelingen, ihrem Schicksal im Nachhinein eine Bedeutung zu geben und ihm einen persönlichen Sinn abzuringen.

Worden nennt seine vierte Traueraufgabe 1982 „Emotionale Energie abziehen und in eine andere Beziehung

investieren“ (Worden, 1982/1986). Er übernimmt damit zunächst das Freud'sche Konzept des endgültigen emotionalen Loslassens als Ziel eines Trauerweges. Nach massiven Protesten, vor allem trauernder Eltern, ändert er bereits in der zweiten veränderten Auflage seines Werkes (Worden, 1991) die Formulierung dieser Traueraufgabe. Aktuell heißt sie „Eine dauerhafte Verbindung zu der verstorbenen Person inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben finden“. „Wir brauchen die Möglichkeit, uns zu erinnern, an die Toten zu denken, sie in uns zu bewahren und dennoch mit dem eigenen Leben fortzufahren“ (Worden, 2009/2011, S. 56). Trauernde haben sehr oft das Bedürfnis, die innere Verbindung zum/zur Verstorbenen zu spüren, sei es durch das Pflegen und Teilen von Erinnerungen, sei es durch die Wahrnehmung des vermissten Menschen als innerem Begleiter, sei es durch Dialoge mit ihm, durch das Fortführen seines Vermächtnisses oder durch das Sich-Aneignen bestimmter geschätzter Eigenschaften. Gerade die gehaltene innere Verbindung, wo sie gewünscht wird, macht dabei mit der Zeit ein neues Leben möglich. Als Beratende und TherapeutInnen können wir Menschen aktiv danach fragen, wo und wann sie sich der verlorenen Person besonders nahe fühlen, ob und wie sie mit ihr kommunizieren. Hinterbliebene haben oft nicht den Mut, von selbst von solchen Erfahrungen zu berichten, sind aber dankbar für die Möglichkeit, darüber zu sprechen.

Der Trauerprozess ist nicht irgendwann zu Ende. Trauer nimmt in der Regel mehrere Jahre in Anspruch. In Forschungen geht man bei Verlust von EhepartnerInnen von ein bis vier Jahren aus, bis ein wenig Stabilität eingekehrt ist (Parkes, 1972; Zisook & Shuchter, 1986). Bei der Trauer um ein Kind kann man hingegen mit deutlich längeren Zeitspannen rechnen. Trauer endet nie vollständig. Schmerzhaftes Phasen, freilich meist nicht mehr so intensiv und langanhaltend wie anfangs, werden in der Regel gelegentlich wiederkehren. Trauer kann im besten Fall in den Lebensvollzug integriert werden. Wie vor dem Verlust werden Hinterbliebene und ihr Leben nie mehr sein.

Das Konzept der Traueraufgaben ist ein gutes Rüstzeug, um Elemente des Trauerweges zu verstehen. Wir haben durch den theoretischen Hintergrund eine Vorstellung, was Menschen nach Verlust beschäftigen könnte. So kann er uns helfen, Akzeptanz und Empathie umzusetzen.

4. Eine grundlegende Herangehensweise für die Arbeit mit Menschen nach Verlust

Im Folgenden stelle ich Ihnen zwei Fragen vor, die sich in meiner Arbeit mit trauernden Menschen als sinn- und wertvoll herauskristallisiert haben. Sie stellen einen grundlegenden Zugang dar, mit dem wir Hinterbliebene unterstützen können, sich selbst zu verstehen und ihren Prozess zu gestalten.

4.1. Die Frage nach der vertieften Bedeutung des Verlorenen

„A., 20 Jahre alt, kommt einige Monate nach dem Tod ihres Großvaters durch eine Krebserkrankung in die Praxis. Sie fühlt sich häufig verwirrt, kann sich schlecht konzentrieren und ist oft sehr traurig. Ihre Eltern haben ihr geraten, sich fachliche Unterstützung zu holen. Sie hat nach dem Abitur in diesem Jahr vor wenigen Monaten ein BWL-Studium begonnen, das ihr im Moment keinen Spaß macht.“ (Backhaus, 2017, S.88) Ich bitte die junge Frau, mir von ihrem Großvater zu erzählen. Bewusst entscheide ich mich, nicht das Sterben und die Todesumstände in den Blick zu nehmen, sondern das, was sie mit ihrem Großvater erlebt hat. Ich versuche, mit ihr vertieft zu verstehen, was sie verloren hat. „Der seit längerem verwitwete Großvater war so etwas wie der Mittelpunkt der Familie, bei ihm haben regelmäßige Familientreffen und -feierlichkeiten [...] stattgefunden. Die Zugehörigkeit zu dieser Familie hat ihr das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit gegeben.“ (Backhaus, 2017, S. 88) Es wird deutlich, dass durch den Tod des Großvaters eine Lebensphase für A. zu Ende geht, dass es jetzt darum gehen könnte, den bevorstehenden Schritt in ein Erwachsenenleben mit mehr Eigenverantwortung zu wagen. Das vertiefte Verstehen der Bedeutung des Verlustes ermöglicht Hinterbliebenen, sich selbst besser zu verstehen und damit anzunehmen. Es befriedet die Gefühle. Es ermöglicht das Bewahren einer liebenden Erinnerung, bestenfalls mit Dankbarkeit und es ermöglicht auf lange Sicht Handlungsoptionen. A. kann sich langfristig Gedanken machen, wie und wo sie (Familien-) Zugehörigkeit leben kann und möchte.

Bei Verlusten ohne Todesfall setze ich die Frage nach der Bedeutung des Verlorenen gerne ein, um genau zu verstehen, was es an der gescheiterten Ehe, an der in Teilen verlorenen Gesundheit, am Arbeitsplatz war, das der zurückbleibende Mensch schmerzlich vermisst. In Kontakt mit den eigenen Bedürfnissen (Rosenberg, 2001), Werten und Bedeutungen zu sein und darin verstanden zu werden, stärkt Menschen in der Regel.

4.2. Die Frage nach dem ureigenen Weg im Umgang mit dem Verlust

Ich beschäftige mich mit meinen KlientInnen außerdem damit, was sie bereits tun, um mit ihrer Lebenssituation umzugehen. Das Signal damit zu geben, dass sie selbst am besten wissen, was ihnen guttut und dass ich ihnen zutraue, ihren eigenen Weg in ihrer veränderten Lebenssituation zu finden, stärkt dabei. Es unterstützt die Wahrnehmung der eigenen Selbstwirksamkeit. Die junge A. beispielsweise berichtet von ihren Umgangsstrategien: „Anfangs hat sie bewusst nicht an den Verlust des Großvaters gedacht und versucht, sich abzulenken. Inzwischen spürt sie aber, dass dies jetzt nicht mehr der richtige Weg für sie ist. [...] A. entschließt sich,

jeden Abend nach dem Essen eine Zeitspanne von ca. zehn Minuten dem Andenken an den Großvater zu widmen. Sie versucht dabei, ihre (Trauer-) Gefühle zu spüren, sich schönen Erinnerungen zu widmen und ihrem Großvater Gutes zu wünschen.“ (Backhaus, 2017, S. 89 f.) Der individuelle Umgangsweg kann sich selbstverständlich im Laufe des Auseinandersetzungsprozesses mit dem Verlust immer wieder ändern. Es gilt, mit Menschen ihre eigenen Lösungen zu entwickeln und den Zugang zu ihrem eigenen „Lösungswissen“ zu stärken.

5. Problematische Trauerprozesse

„Unter den Überbegriffen ‚abnormale‘, ‚pathologische‘, ‚gestörte‘ oder ‚komplizierte‘ Trauer gibt es seit den 80er-Jahren bei nahezu allen Trauerforschern Beschreibungen eines geringen Anteils trauernder Menschen, deren Reaktionen sich von der Mehrzahl der Trauernden zu unterscheiden scheinen“ (Backhaus, 2017, S. 72). Die Häufigkeit dieser problematischen Trauerverläufe wird von einigen Forschern auf 5-15 % aller Trauernden geschätzt (Maercker et al., 2008), von anderen auf 10-30 % (Horowitz, Siegel, Holen & Bonanno, 1997).

2013 wird die „Persistierende komplexe Trauerstörung“ als Forschungsdiagnose, die weiter untersucht werden soll, in den DSM 5 (den in den USA verwendeten Diagnoseschlüssel der amerikanischen Psychiatergesellschaft), aufgenommen. In der neuen ICD 11 (dem international verwendeten Diagnoseschlüssel der Weltgesundheitsorganisation) wird die „anhaltende Trauerstörung“ mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit als eigenständige Diagnose erscheinen (siehe Abb. 1).

Seit Längerem kennt man schon bestimmte Risikofaktoren, die die Trauer erschweren und damit problematische Trauerwege begünstigen können. Dazu gehören Verluste durch gewaltsame Todesursachen wie Unfall, Suizid, Katastrophe oder Verbrechen, aber auch durch natürliche plötzliche Tode wie nach Herzinfarkt oder Embolie. Hinterbliebene mit einer chronischen körperlichen oder psychischen Erkrankung sind in ihrer Trauer ebenso gefährdet wie Menschen mit vielfältigen Verlusten in ihrer Biografie oder einem unzureichenden sozialen Umfeld. Schließlich gehören stark abhängige oder ambivalente Beziehungen zur verstorbenen Person zu den Gefährdungen des gesunden Trauerprozesses (Burke & Neimeyer, 2013). Die genannten Faktoren können es Hinterbliebenen besonders schwer machen, den Verlust als Realität in ihr Lebenskonzept zu integrieren und neue Perspektiven für sich selbst zu entwickeln. Dennoch erleben bei Weitem nicht alle Personen, die unter erschwerenden Umständen eine geliebte Person verlieren, einen problematischen Trauerverlauf. Die Risikofaktoren können daher im Sinne einer Prognose bewertet werden. Menschen mit solchen Begleitumständen eines Verlustes bedürfen unserer besonderen Aufmerksamkeit.

Abb. 1: Diagnose „anhaltende Trauerstörung“ in der neuen ICD 11

Diagnose „anhaltende Trauerstörung“ in der neuen ICD 11 (auf Deutsch frühestens ab 2022)

Die neue ICD 11, der Diagnoseschlüssel der Weltgesundheitsorganisation WHO, wird die Diagnose „anhaltende Trauerstörung“ enthalten. Diese wird wie folgt beschrieben:

„Länger als 6 Monate nach dem Tod einer nahen Bezugsperson besteht schweres und anhaltendes Verlangen und Sehnsucht nach der verstorbenen Person oder anhaltende Präokkupation (gedankliches Verhaftetsein) mit der/dem Verstorbenen oder den Todesumständen.

Zusätzlich kann die Person aufweisen:

- Verbitterung über den Verlust
- Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren
- ein beeinträchtigtes Identitätsgefühl oder Selbst(konzept), z. B. das Gefühl, ein Teil von einem selbst ist gestorben ...
- Vermeidung von Erinnerungsanlässen den Verlust betreffend

Die anhaltende Trauerreaktion ist ausgeprägter, als gesellschaftliche oder kulturelle Normen dies erwarten lassen und führt zu deutlichen Beeinträchtigungen des persönlichen Funktionierens.

Die Symptome der anhaltenden Trauerstörung sind nicht behandelbar durch pharmakologische oder psychologische Therapien für Depressionen.

Sie sprechen aber auf psychologische Therapien an, die spezifisch für die anhaltende Trauerstörung entwickelt wurden.“ (Maercker, 2015)

Fachleute im deutschsprachigen Raum bewerten die neue Diagnose durchaus kritisch (Dietl et al., 2018; Bundesverband Trauerbegleitung e.V., 2017). Sie befürchten, dass Trauer als natürliche Reaktion auf Verluste generell pathologisiert werden könnte. Die meisten von ihnen würden zudem eine Diagnose frühestens ein ganzes Jahr nach dem Verlust befürworten.

Quellen:

BUNDESVERBAND TRAUERBEGLEITUNG (2017). Stellungnahme des Bundesverbandes Trauerbegleitung zur derzeit vorgeschlagenen Diagnoseziffer („anhaltende Trauerstörung“) für die ICD-11 2018. Leidfaden, 6 (4), S. 100-102.

DIETL, L., WAGNER, B. & FYDRICH, T. (2018). User acceptability of the diagnosis of prolonged grief disorder: How do professionals think about inclusion in ICD-11? *Journal of Affective Disorders*, 229, S. 306-313. Verfügbar unter: <https://www.researchgate.net/publication/322230235> [15.04.2019].

MAERCKER, A. (2015). Die neuen Trauma- und Belastungsdiagnosen des ICD-11: Konsequenzen für das Diagnostizieren und Therapieren. Verfügbar unter http://www.dgtd.de/fileadmin/user_upload/issd/tagung_2015/nachlese/dgtd_dresden-2015_workshop_maercker.pdf [15.04.19]

Sie können beispielsweise eine traumatische Trauerreaktion entwickeln, die durch Flashbacks, stark einschränkende Vermeidungen, Übererregtheit oder Panikattacken gekennzeichnet ist. Die Behandlung der Traumareaktion steht dann zunächst im Vordergrund, weil diese die Trauer in der Regel überlagert. Traumatherapeutische Interventionen, wie sie z. B. Reddemann (2001) vorschlägt, sind zur Unterstützung von Menschen in traumatischen Trauerprozessen sehr geeignet. Begleitend zu diesen Methoden kann allmählich die Trauer

zum Vorschein kommen und von uns empathisch und akzeptierend begleitet werden.

Andere Menschen können nach Verlust Reaktionen entwickeln, die wir heute als „anhaltende Trauerstörung“ bezeichnen. Diese Menschen bleiben in ihrer Trauer buchstäblich „hängen“, können über einen längeren Zeitraum keine noch so kleinen Bewegungen mehr machen. Inzwischen gibt es immer mehr Anzeichen dafür, dass sie außer durch die genannten Risikofaktoren auch durch eine unsichere Bindung im Kindesalter belastet sein könnten (Mikulincer & Shaver, 2013; Stroebe, Schut & Stroebe, 2005).

Frau B., 58 Jahre alt, hat vor anderthalb Jahren ihren zweiten Mann plötzlich durch einen Herzinfarkt verloren. Sie war sieben Jahre mit ihm verheiratet, er war ihre große Liebe. Sie hat jetzt Angst, allein fremde Strecken mit dem Auto zu fahren, ist zu Hause antriebslos und kann ihren Haushalt kaum organisieren. Sie fühlt sich mutlos und traurig. Die Einsamkeit in ihrer Wohnung setzt ihr zu, sie schafft es aber kaum, Kontakte zu knüpfen und Aktivitäten außerhalb des Hauses zu planen.

In ihrem Elternhaus hat Frau B. wenig Wertschätzung erfahren, sie war froh, als sie ihm durch ihre erste Heirat entkommen konnte. In ihrer ersten Ehe wurde sie nach kurzer Zeit ausgenutzt, sie traute sich aber erst, ihren Ehemann zu verlassen, als der gemeinsame Sohn erwachsen war. Der jetzt verstorbene zweite Ehemann war der erste und einzige Mensch, bei dem sie Wertschätzung, Fürsorge und Liebe erfahren hat. Es ist ungeheuer schwer für sie hinzunehmen, dass sie ausgerechnet diesen Menschen nach so kurzer Zeit verloren hat.

Auch in der Begleitung von Frau B. ist es wie oben beschrieben zunächst wichtig, mit ihr zusammen vertieft zu verstehen, was ihr der verlorene Ehemann bedeutet hat. Trauerberatung und Psychotherapie wechseln sich hier ab. Mal geht es um die aktuellen Strategien in ihrem Alltagsvollzug, mal um ihre Trauergefühle, mal aber auch um die biografische Einordnung des Verlustes und die Bearbeitung ihrer Vorgeschichte. Mit der Zeit ist es so möglich, die Trauer zu „verflüssigen“ und einen gesunden Entwicklungsprozess zu unterstützen. Allerdings ist dabei ein langer Atem erforderlich.

6. Schlusswort

Trauer betrifft uns alle. Wir alle können morgen trauernde Menschen sein. Trauer ist Teil unseres menschlichen Erlebens und der menschlichen Gemeinschaft. Es geht in Therapie und Beratung in erster Linie darum, dem, was Menschen an Gefühlen und Bedürfnissen nach Verlusten erleben, Raum zu geben. Wenn wir den Mut haben, uns darauf einzulassen und auf die Trauer als konstruktiven Prozess vertrauen, können wir gar nicht so viel falsch machen.

Ich hoffe, Ihnen ein wenig Einblick in die Entwicklungswege von Menschen nach Verlusten gegeben zu

haben. Ich wünsche Ihnen eine glückliche Hand beim Umgang mit diesem Thema in Ihrer Arbeit.

Literatur

- BACKHAUS, U. (2017). Personzentrierte Beratung und Therapie bei Trauer und Verlust. München: Reinhardt.
- BURKE, L. A. & NEIMEYER, R. A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief. In M. S. Stroebe, H. Schut & J. van den Bout (Hrsg.), *Complicated Grief. Scientific Foundations for Health Care Professionals* (S.145-161). New York: Routledge.
- FREUD, S. (1917). Trauer und Melancholie. Erstveröffentlichung in: *Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse*, Bd. 4 (6), S. 288-301.
- GRAWE, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen – Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 1/1994, 357-370.
- HOROWITZ, M. J., SIEGEL, B., HOLEN, A. & BONANNO, G. A. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry* 154(7), 904-910.
- JERNEIZIG, R., LANGENMAYR, A. & SCHUBERT, U. (1994). Leitfaden zur Trauertherapie und Trauerberatung (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KAST, V. (1982). Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart: Kreuz-Verlag.
- KLASS, D., SILVERMAN, P. R., NICKMAN, S. L. (Hrsg.). (1996). *Continuing Bonds*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- KÜBLER-ROSS, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Routledge. [Deutsche Ausgabe (1971). *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz].
- MAERCKER, A., FORSTMEIER, S., ENZLER, A., KRÜSI, G., HÖRLER, E., MAIER, C. & EHLERT, U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry* 49, 113-120.
- MIKULINCER, M. & SHAVER, P. R. (2013). Attachment insecurities and disordered patterns of grief. In M. S. Stroebe, H. Schut & J. van den Bout (Hrsg.), *Complicated Grief. Scientific Foundations for Health Care Professionals* (S.190-203). New York: Routledge.
- MUCKSCH, N. (2015). Trauernde hören, wertschätzen, verstehen. Die personzentrierte Haltung in der Begleitung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- PARKES, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International Universities Press.
- PAUL, C. (2017): *Ich lebe mit meiner Trauer*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- REDDERMANN, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta.
- ROGERS, C. R. (1983). *Therapeut und Klient*. Frankfurt am Main: Fischer TB.
- ROSENBERG, M. B. (2001). *Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens*. Paderborn: Junfermann.
- STROEBE, M. S., SCHUT, H. & STROEBE, W. (2005). Attachment in coping with bereavement. A theoretical integration. *Review of General Psychology* 9, 48-60.

WORDEN, W. J. (2009). Grief Counselling and Grief Therapy (Fourth Edition). New York: Springer. [Deutsche Ausgabe: (2011). Beratung und Therapie in Trauerfällen (4. Aufl.). Bern: Huber].

Autorin

Dipl. Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin Ulrike Backhaus

Heilpraktikerin für Psychotherapie, abgeschlossene Weiterbildung in klientenzentrierter Psychotherapie, arbeitet in eigener Praxis für Psychotherapie, Krisen- und Trauerbegleitung. Sie führt Fort- und Weiterbildungen zum Thema Trauer für ehrenamtliche TrauerbegleiterInnen, Pflegende, Beratende und TherapeutInnen durch und ist Fachautorin.



Georgstraße 12
D- 53721 Siegburg
hallo@ulrike-backhaus.de
www.ulrike-backhaus.de



Besuchen Sie uns auf
www.facebook.com/Psychologie.In.Oesterreich

Gefällt mir Abonnieren Teilen Kommentieren