Trauer und Trauerbegleitung in der Palliativmedizin

Hansjörg Znoj*

In der Palliativmedizin steht die Pflege im Mittelpunkt der Bemühungen, und die Arbeit endet in der Regel, wo das Leben endet. Pflegende und Angehörige sind in ihrem Verlust oft allein gelassen und erleben sich in der Situation des Todes als hilflos und müssen dennoch mit der Situation umgehen; Pflegende werden mit der Trauer und dem Schmerz des Verlustes konfrontiert, ohne dafür spezifisch ausgebildet zu sein. In jüngster Zeit ist das Problem aber erkannt worden, und zunehmend gibt es Literatur, die diese Lücke zu füllen versucht (8). In der Folge soll versucht werden, die wichtigsten Aspekte des Trauerns für die Pflege zusammenzufassen.

Die wichtigste Botschaft sei zunächst vorweggenommen: Der Zustand der Trauer ist keine Krankheit, sondern eine natürliche Reaktion auf einen Verlust und braucht grundsätzlich keine fachliche Intervention. Hingegen gibt es viele Vorstellungen zur Trauerverarbeitung, die teilweise unreflektiert zur Anwendung kommen, wenn Beratung und Hilfe angefragt werden. Im vorliegenden Beitrag soll daher die Psychologie der Trauer umrissen werden. Dabei wird auf die Symptomatologie der Trauer eingegangen, auf mögliche Anzeichen einer Fehlentwicklung der Trauer in Richtung einer Psychopathologie sowie auf Interventionsmöglichkeiten, sofern die Voraussetzungen dazu gegeben sind.

Gesellschaftliche Annahmen und Mythen zur Trauerverarbeitung

Gesellschaftliche Rituale helfen, individuelle Gefühle zu fassen und in sozial akzeptierte Bahnen zu lenken. Weder Betroffene noch Helfende (Familie, Freunde, Seelsorger, Ärzte oder Pflegende) sind vor solchen traditionellen Vorstellungen gefeit. Das Erleben des Verlustes wird allerdings oft als diskrepant zu den eigenen Vorstellungen und den gesellschaftlich geforderten Zuständen erlebt. Ein Beispiel dafür wäre etwa die Vorstellung, sich ständig traurig fühlen zu müssen und als Zeichen dafür zu weinen. Ein Fehlen solcher Anzeichen wird dann gern als das Fehlen von Trauer interpretiert, und entsprechend fühlt man sich selbst dabei schlecht oder wird von anderen entsprechend bewertet: «Du trauerst nicht genug, also hast du ihn/sie nicht geliebt!»

Existierende Normen beinhalten zeitliche und örtliche Beschränkungen von Traueräusserungen. Während es nicht nur in Ordnung, sondern geradezu Norm ist, am Grab zu weinen, wird andererseits verlangt, dass der Trauernde gesellschaftlich funktioniert. Eine zeitliche Beschränkung kann vielen Trauernden entgegenkommen, weil es auch physisch unmöglich ist, 24 Stunden am Tag ununterbrochen zu trauern; es fallen darunter jedoch weitere Aspekte, wie etwa die Arbeitsnorm, also nach wenigen Tagen wieder am Arbeitsplatz zu erscheinen und entsprechende Leistungen zu erbringen. Trauernde stehen immer in sozialen Verbänden, die Forderungen stellen. Eine Mutter, die um ihren verstorbenen Mann trauert, hat Kinder, die ernährt und gepflegt werden müssen und in ihrer Trauer auch gestützt werden sollen. Zusätzlich ist sie mit neuen Aufgaben konfrontiert, in die sie sich selbst erst einarbeiten muss. Neben organisatorischen Dingen, die unmittel-

«Diese Vielzahl von Anforderungen erlaubt oft gar nicht, sich der eigenen Gefühlslagen bewusst zu werden, geschweige denn, sich auf sich selbst zurückzubesinnen.»

*Universität Bern, Klinische Psychologie und Psychotherapie

bar mit dem Verlust zusammenhängen, stellen sich unter Umständen auch finanzielle Engpässe ein; allfällige Vorwürfe von Verwandten können zusätzliche Schwierigkeiten bereiten. Diese Vielzahl von Anforderungen erlaubt oft gar nicht, sich der eigenen Gefühlslage bewusst zu werden, geschweige denn, sich auf sich selbst zurückzubesinnen. In der westlichen Gesellschaft existieren zudem teils irreführende Annahmen zur Trauerverarbeitung, die in den Übersichtsarbeiten von Wortman und Cohen Silver (11,12) wie folgt zusammengefasst sind:

Mythos Nr. 1: Nach einem Verlust folgt unvermeidlich eine hohe emotionale Belastung und eine Depression

Es geht bei diesem Mythos um die Erwartung, dass ein grosser Verlust auch ein grosses Ausmass an Verzweiflung und Belastung hervorruft. Diese Erwartungshaltung setzt eine Norm: Wenn jemand keine deutlichen Anzeichen einer tiefen Verzweiflung zeigt oder spürt, so hat dieser jemand die verstorbene Person nicht genügend geliebt oder ist dieser nicht genügend verbunden gewesen. Wenn wir davon ausgehen, dass mindestens die Häfte aller Ehen glücklich ist, müssten wir beim Tod eines Ehepartners davon ausgehen, dass bei mindestens 50 Prozent aller Trauernden zumindest Anzeichen solcher Verzweiflung spürbar sind. Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass die Anzahl Personen mit depressiven Symptomen (das sind in der Regel die Symptome, die mit hoher emotionaler Belastung verbunden sind) wesentlich geringer ist und viele Menschen nur gerade in der Anfangsphase, also unmittelbar nach dem Verlust, eine depressive Reaktion zeigen. Immerhin zeigen 20 Prozent aller Trauernden deutliche Anzeichen einer Depression nach dem Verlust (12). Noch wichtiger als dieser Befund ist aber die Tatsache, dass sehr viele Trauernde nicht nur negative Gefühle wahrnehmen, sondern auch über positive Gefühle berichten (2). Das Wahrnehmen positiver Gefühle ist dabei kein Zeichen von Verdrängung oder gar Freude, dass durch den Tod ein Problem gelöst worden wäre, sondern sagt eine erfolgreiche Adaption vorher. Es ist im Übrigen eine Fehlannahme, wenn wir davon ausgehen, dass das Erleben eines Verlustes notwendigerweise die Fähigkeit zur Freude verringert. Die Einschränkung, Freude zu zeigen oder zu lachen, hat mehr mit kulturellen Normen zu tun als mit dem persönlichen Verlust.

Mythos Nr. 2: Das Erleben intensiver emotionaler Belastung ist eine notwendige Voraussetzung für den Heilungsprozess

Mit anderen Worten: Fehlt eine solche Reaktion, ist dies ein Zeichen einer pathologischen Entwicklung. Wenn dieses Argument ernst zu nehmen wäre, so müsste man sehr vielen Trauernden eine äusserst fatale Diagnose stellen. Das Fehlen einer richtigen *(siehe oben)* Trauerreaktion wird in unserer Kultur leicht einer «pathologischen» Entwicklung gleichgesetzt. Es wird dabei angenommen, dass die Trauer zu einem späteren, meist unerwarteten Zeitpunkt auftaucht und dabei nicht selten mit problematischen oder gar pathologischen Verhaltensweisen verbunden ist. Abwesende Trauer ist also gleichbedeutend mit einem pathologischen Prozess, der nur durch gezielte Trauerarbeit unterbrochen werden kann. Auch hier hält der Mythos der Wirklichkeit nicht stand: In vielen Untersuchungen konnte kein einziger Fall einer solchen unerkannten oder «verspäteten» Trauer berichtet werden, auch in solchen nicht, wo Trauernde über mehrere Jahre systematisch begleitet wurden (z.B. 3).

« Es wird dabei angenommen, dass die Trauer zu einem späteren, meist unerwarteten Zeitpunkt auftaucht und dabei nicht selten mit problematischen oder gar pathologischen Verhaltensweisen verbunden ist. »

Mythos Nr. 3: Ein Verlust muss durchgearbeitet werden; die mit dem Verlust einhergehenden Veränderungen müssen emotional konfrontiert werden

An sich spricht wenig gegen diese Annahme; es leuchtet ein, dass Veränderungen emotional reflektiert werden sollten. Was aber ist gemeint mit «Durcharbeiten»? In der Terminologie von Freud (von ihm stammt der Begriff) bedeutet es, dass alle mit dem Verlust verbundenen emotionalen Aspekte bewusst konfrontiert werden müssen. Je mehr Raum diese emotionale Konfrontation einnimmt, desto grösser wird auch die Verzweiflung, die Ohnmacht gegenüber dem Schicksal. Und desto grösser wird auch die Gefahr, dass die Trauer nicht abgeschlossen werden kann, sondern sich ausdehnt und weiter verstärkt. Verschiedene Untersuchungen haben in der Tat gezeigt, dass diese Art von «Bewältigen» keineswegs den Königsweg der Heilung darstellt, sondern mitunter sogar grössere Belastungen vorhersagt (11). Eine Konfrontation mit dem Verlustschmerz ist therapeutisch nur in Fällen indiziert, wenn es deutliche Anzeichen gibt, dass jemand diesen Trauerschmerz dauernd aktiv vermeidet, sich Illusionen bezüglich der Endgültigkeit des Verlustes hingibt oder den Verlust nicht akzeptieren kann. In allen anderen Fällen ist ein zumindest zeitweises Pausieren vom Trauerschmerz der Verarbeitung des Verlustes förderlich.

Mythos Nr. 4: Nach erfolgter «Trauerarbeit» kommt es zu einer bleibenden Verbesserung des Zustandes und zu einer vollständigen Erholung des psychischen Befindens

Nichts möchte man einem Trauernden mehr wünschen, als dass er oder sie nach einer Zeit zum «alten Ich» wiederfindet, zu dem glücklichen Zustand vor dem Verlust. Allein, die Wirklichkeit ist eine andere. Die Welt ist nicht gleich geblieben, die Erfahrungen eines Verlustes lassen sich nicht ungeschehen machen, wie es vielleicht dem (kindlichen) Wunsch entspricht. Im Grunde genommen postuliert dieser Mythos, dass Trauer eine Krankheit darstellt, von der man schnellstens wie-

der genesen sollte, damit das Leben wieder seinen korrekten Verlauf nehmen kann. Die Verarbeitung eines Verlustes ist aber keine Krankheit, sondern eine Aufgabe. Das impliziert, dass der Verlust akzeptiert und in die eigene Biographie eingebaut werden muss. Aus der Psychotraumatologie weiss man, dass traumatische Ereignisse oftmals das Gefühl hinterlassen, dass die Welt «zerbrochen» ist. Die Verarbeitung des Traumas gelingt in vielen Fällen, aber mit dem Preis, dass das ursprüngliche grenzenlose Vertrauen gebrochen ist, dass das vielleicht naive Gefühl von «mir kann nichts passieren» einem wirklichkeitsnäheren, aber möglicherweise auch depressiveren Grundgefühl gewichen ist (6).

Mythos Nr. 5: Als Ergebnis erfolgreicher Trauerarbeit kann der Verlust nicht nur akzeptiert werden, sondern er bekommt auch eine Bedeutung für das eigene Leben

Zweifellos stellt sich nach einem Verlust für viele Menschen die drängende Frage: Wofür war das gut? Weshalb musste das geschehen? Warum mir? Die Beantwortung dieser quälenden Fragen ist nicht leicht, oft unmöglich. Die Annahme gibt aber eine Norm vor: Der oder die Trauernde muss eine Antwort auf genau diese Fragen finden; hat er oder sie diese Antwort nicht gefunden, bleibt die Trauer ungelöst, ist die Trauerarbeit nicht abgeschlossen. Dieser Mythos kann für Betroffene bedeuten, dass sie sich unter Druck setzen, eine Antwort auf diese Fragen finden zu müssen. Und sie kann bedeuten, dass Menschen, die sich zur Hilfe aufgerufen sehen, versuchen, vorschnell Antworten zu geben. Auf die Frage der eigenen Existenz, die sich mit dem Verlust von nahen Angehörigen plötzlich unmittelbar drängend stellt, die Frage nach dem Woher und Wohin, gibt es aber keine einfache und klare Antwort. Der Tod eines geliebten Menschen muss nicht notwendigerweise eine Bedeutung bekommen, er kann und darf auch als etwas erfahren werden, das sich einer Lösung entzieht.

Weitere Annahmen betreffen die Dauer der Trauer und das Verhalten gegenüber Trauergefühlen:

- Der Schmerz geht schneller vorbei, wenn man ihn ignoriert. Das ist insofern nicht richtig, als das Unterdrücken von Gefühlen generell nur unter Aufwand möglich ist; wenn wir starke Gefühle unterdrücken wollen, müssen wir uns «zusammenreissen», uns aktiv ablenken oder betäuben. Der Körper reagiert beim aktiven Unterdrücken von Gefühlen physiologisch mit erhöhter Aktivität (5). Ein solches Verhalten ist kontraproduktiv – die Gefühle verschwinden nicht einfach, sondern tauchen paradoxerweise verstärkt auf – und schadet langfristig der Gesundheit.
- Es ist wichtig, «stark zu bleiben». Diese Auffassung wird häufig vertreten, und sie stimmt ja in manchen Belangen auch: Die Mutter muss vielleicht jetzt allein die Kinder aufziehen, die Arbeit erledigt sich auch nicht von selbst. Hinter diesem Glauben steckt: «Wenn man erst mal dem Schmerz nachgibt, so gibt es kein Halten mehr.» Dahinter verbirgt sich die irrtümliche Auffassung, dass der Trauerschmerz «ansteckend» sei und man damit nicht nur sich selbst, sondern auch andere gefährde. In Wirklichkeit ist es eher so, dass das Zeigen der eigenen Gefühle in den anderen Betroffenen Sympathien und Stärken hervorruft.
- Wenn man nicht weint, ist man zu wenig betroffen. Dazu ist zu sagen, dass das Weinen eine mögliche Reaktion auf einen Verlust darstellt, aber nicht die einzige. Weinen ist kein Indikator für richtiges Trauern. Die Trauer hat viele Möglichkeiten, sich auszudrücken. Und manchmal sind durch den Verlust viele Gefühle blockiert, und es braucht Zeit, diese Blockade zu lösen.
- Die Trauer dauert ungefähr ein Jahr. Diese Aussage ist ebenso falsch wie richtig. Mittlerweile existieren viele Untersuchungen (z.B. 14), die zeigen, dass die Trauerreaktion oft wesentlich länger dauern kann. Aber die Dauer ist eine individuelle Angelegenheit, und Aus-sagen darüber dürfen keine normativen Zeitwerte beinhalten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass viele dieser Annahmen von der Forschung nicht bestätigt werden. Dazu passt, dass Befunde existieren, die dafür sprechen, dass das Vermeiden von Gefühlen und Gefühlsreaktionen nach dem Verlustereignis adaptiv sein kann (1, 3). Dennoch kann nicht geleugnet werden, dass hinter diesen Mythen auch Beobachtungen stehen. Diese Beobachtungen basieren allerdings oft auf auffälligen Einzelfällen und betreffen in den meisten Fällen komplizierte Trauerformen; die Schlussfolgerungen sind daher nicht unbedingt repräsentativ für die normale Trauerreaktion.

Symptome der Trauer

Neben der emotionalen Verarbeitung gehört vor allem die Orientierung auf das Leben ohne den verstorbenen Angehörigen zu den zentralen Aufgaben trauernder Personen. Das Oszillieren zwischen Trauer beziehungsweise entsprechenden Gefühlslagen und einem allzu optimistisch scheinenden Aufkommen von neuen Perspektiven und Aufgaben ist manchmal schwer nachvollziehbar. Das Unberechenbare der Trauerreaktion kann sogar zum Rückzug des sozialen Umfelds beitragen. Für die Trauerbegleitung stellt die Kenntnis der (normalen) Reaktionen jedoch die wichtigste Voraussetzung dar.

Verschiedene empirische Untersuchungen zeigen, dass die Trauerreaktion länger dauert als bisher angenommen. Unterstrichen wird dieser Befund mit der Aussage, dass 4 Jahre nach Partnerverlust nur 44 Prozent der untersuchten Personen sich selbst eine gute Anpassung attestierten (14). Auch eine anfänglich hohe Trauerbelastung nimmt jedoch über die Zeit hin ab.

Extreme Trauerreaktionen zeichnen sich durch Symptome wie emotionale, gedankliche oder bildliche Intrusionen, krampfartig erlebte emotionale Überflutungen und eine subjektiv äusserst belastende 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 Major Depression (MDD) unterscheidbar. In manchen Fällen – besonders bei multi-

Tabelle: **Schematischer Vergleich zwischen einer einfachen und einer komplizierten Trauerreaktion in den Dimensionen Verlauf, Symptomatik, physische Gesundheit und soziale Folgen** (aus Znoj, 2004)

	Einfache Trauerreaktion	Komplizierte Trauerreaktion
Verlauf	Allmähliche Anpassung an die neue Realität, vergleichsweise abnehmende Intensität der gefühlten Trauer. Anpassung an neue Wirklichkeit ohne die verstorbene Person gelingt.	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.
Symptomatik	Trauerreaktion mit Rückzug und häufigem Weinen. Der Ausdruck der Trauerreaktion ist stark von kulturellen Normen geprägt.	Selbstschädigendes Verhalten, Panikattacken, depressive Reaktion, exzessive Reizbarkeit, anhaltende und häufige Intrusionen, Gefühl innerlicher Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit.
Gesundheit	Langfristig keine gesundheitlichen Folgen.	Schlaf- und Essstörungen, erhöhte Anfälligkeit für Infektionserkrankungen.
Soziale Folgen	Kurzfristig Rückzug aus dem gewohnten sozialen Umfeld, langfristig keine negativen Folgen.	Vernachlässigung des sozialen Netzes, Einbussen im Bereich des beruflichen Funktionierens, Vereinsamung.

plen und plötzlichen Verlusten – können sich Gefühle der emotionalen Betäubung einstellen (Dissoziation). In einem dissoziativen Zustand sind nicht nur die negativen Gefühle nicht erlebbar, sondern auch die positiven. Dies kann mit einem erheblichen Verstärkerverlust einhergehen (7); damit droht eine Chronifizierung, was die Wahrscheinlichkeit einer depressiven Entwicklung erhöht. Tatsächlich ist die Abgrenzung von komplizierten Trauerformen gegenüber der Depression nicht einfach. Während jedoch in der Depression das emotionale Erleben flach und der positiven Emotionsqualität oft gänzlich beraubt ist, ist in der Trauer – gerade auch in der intensiven Trauer – das Emotionserleben turbulent und durch anfallsartige Gefühlswallungen charakterisiert. Manchmal stellen sich auch äusserst lebendig wirkende Träume und Präsenzgefühle ein, die oft aus Scham verschwiegen werden, die aber vor allem bei intensiver Trauer als normale Reaktion gelten können. Kognitive Denkstörungen, die in der Trauer vorkommen können, sind vor allem dadurch charakterisiert, dass die Gedanken bezüglich der Sinn- und Hoffnungslosigkeit oder Schuld einen engen Bezug zur verstorbenen Person haben.

Das Bemühen, eine normale Trauer gegenüber Trauerformen, die die normale Trauer übersteigen und für die Betroffenen langfristige negative Auswirkungen auf die Lebensqualität haben, abzugrenzen, zeigt, dass es bisher keine schlüssigen Therapiekonzepte gibt, die die normale Trauerreaktion nachhaltig positiv beeinflussen (9, 4). Je mehr die Trauer jedoch einen pathologischen Charakter aufweist und Formen posttraumatischer Reaktionen annimmt oder in eine Depression oder andere psychische Erkrankung mündet, desto wirksamer sind therapeutische Ansätze. Eine möglichst frühzeitige Unterscheidung der einfachen gegenüber der komplizierten Trauerform ist deshalb ein zentrales Anliegen klinischer Grundlagenforschung.

Intervention und Trauerbegleitung

Aus den bisherigen Ausführungen geht hervor, dass eine Trauerbegleitung in der Regel nichts an der Symptomatik ändert, die Trauerintensität lässt sich also therapeutisch nur dann beeinflussen, wenn sie die Grenze zur Psychopathologie überschritten hat. Dies festzustellen bedarf aber einer fachlichen Instanz. Spricht dies gegen eine Trauerbegleitung in der Palliativmedizin? Nein, eine Trauerbegleitung kann sehr hilfreich und sinnvoll sein, wenn kein ausreichendes soziales Netz vorhanden ist oder wenn die trauernde Person signalisiert, dass ihr eine solche helfen würde. Trauernde sehen sich nicht nur oft allein gelassen mit ihrem Schmerz, sondern auch mit den vielen Alltagsaufgaben, die auf sie einstürzen und manchmal auch überfordern. Alltagsaufgaben sind nicht per se schlecht, sondern können im Sinne einer Ablenkung auch helfen, den Trauerschmerz zu regulieren, aber sie können sekundär auch zu einer Übernutzung vorhandenener Ressourcen führen und damit zu einer Überforderung als chronischem Stressor. Eine Trauerbegleitung kann demnach auch den Charakter einer konkreten Hilfeleistung im Alltag annehmen. Nach Worden (10) lässt sich die Trauerbegleitung in vier Aufgaben unterteilen. Diese Aufgaben sind nicht als klar umgrenzte Phasen zu verstehen, sondern als Bereiche, die den Trauerprozess begleiten:

Akzeptanz: Der Verlust muss als solcher gesehen werden. Oft erlaubt der seelische Schmerz eine solche Sichtweise der Dinge nicht. Eine Patientin hat mir immer wieder beteuert: «Ich trauere nicht wegen mir, sondern weil mein Mann so früh gestorben ist; ich trauere um sein unerfülltes Leben, trauere darum, dass er seine Kinder nicht wachsen sieht.» Eine solche Aussage spricht nicht für die Akzeptanz des Verlustes. Tatsächlich verschiebt sich so der Fokus auf den Partner, der auf diese Weise immer noch «lebendig» bleibt. Es bedurfte vieler Sitzungen, bis die Patientin diese Sichtweise aufgeben konnte.

Den Schmerz zulassen: Viele Strategien werden eingesetzt, um den emotionalen Schmerz nicht aufkommen zu lassen. Eine solche Strategie kann eine hektische

Betriebsamkeit sein. Dies kann sogar auf dem Friedhof geschehen: Anstatt sich die Zeit zu nehmen, der Trauer Raum zu geben, wird der Besuch auf dem Friedhof mit Gartenarbeit, Pflege der Anlage oder sonstigen Tätigkeiten ausgefüllt. Damit dient diese Tätigkeit dem Vermeiden, sich mit dem Verlust auseinanderzusetzen. Kognitive Vermeidungsstrategien beinhalten ständiges Grübeln über das «Warum» oder sich um irgendwelche (nebensächliche) Angelegenheiten zu sorgen. Intensives Vermeiden kann auch durch exzessives Arbeiten oder Suche nach Stimulation geschehen.

Anpassen: Viele Dinge müssen neu geordnet werden. Beispielsweise geht es darum, die Kleider und persönlichen Dinge der verstorbenen Person zu entsorgen oder ihnen einen gebührenden Platz zu verschaffen. Das fällt vielen Trauernden extrem schwer. So war jemand beispielsweise über ein Jahr nicht bereit, die Toilettensachen des verstorbenen Gatten aus dem Badezimmer zu schaffen. Alle Gegenstände warteten darauf, von ihrem verstorbenen Partner sofort wieder benutzt zu werden. Weitere Anpassungen betreffen die Reorganisation der Arbeit und Freizeit, der Aufgaben der Kindererziehung und der gesellschaftlichen Stellung.

Die Beziehung zur verstorbenen Person neu definieren: Es wäre ein Irrtum zu denken, dass die Beziehung nur deshalb aufhört, weil jemand gestorben ist und nie wieder ins Leben zurückkommt. Die Beziehung muss aber neu definiert werden. Viele Trauernde können den Tod nicht als endgültig akzeptieren aus Angst, den geliebten Menschen für immer zu verlieren und zu vergessen. Diese Angst ist unbegründet, verlangt aber, dass die Rollen geklärt werden. Bevor die Beziehung neu definiert werden kann, muss sich die trauernde Person darüber klar geworden sein, dass die verstorbene Person jemand ausserhalb der eigenen Identität ist. Erst dann ist eine Kommunikation wieder möglich. Eines der mächtigsten Werkzeuge in der Trauerarbeit ist es, einen Brief an die verstorbene Person schreiben zu lassen.

Fazit

Eine komplizierte Trauer hat verschiedene Ursachen; für die Intervention sind folgende Elemente wesentlich:

- 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.
- Wiederherstellung und Anpassung: «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?

Im Falle einer komplizierten Trauer braucht es eine professionelle Intervention durch eine psychotherapeutische Fachkraft. In den meisten Fällen reicht aber die Begleitung des Trauerprozesses durch Angehörige und weitere Mitglieder des engeren sozialen Netzes aus. Viele Trauernde wünschen sich auch keine professionelle Hilfe. Hingegen ist es sehr zu begrüssen, dass die Möglichkeit einer Begleitung besteht, zumal viele Trauernde nicht auf ein ausreichend grosses soziales Netz zurückgreifen können und durch die Situation nach dem Tod einer nahen Bezugsperson überfordert sind.

Eine Begleitung kann aber auch für Pflegende und ärztliches Personal sinnvoll sein, zumal sich Pflegende oft emotional für die Bedürfnisse der verstorbenen Person eingesetzt haben und nach dem Tod keine geeignete Form des Abschieds finden können. Es wäre zu wünschen, dass das Anliegen von Schärer-Santschi (8) um vermehrte Beachtung der Trauerreaktion in der palliativen Praxis mehr Gehör findet und das Thema Tod und Sterben nicht länger ein Schattendasein in der Medizin führen muss.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Hansjörg Znoj
Universität Bern
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Fabrikstr. 8, 3012 Bern
E-Mail: hansjoerg.znoj@psy.unibe.ch

Buchempfehlung:
Schärer-Santschi E. (Ed.). (2012). Trauern. Trauernde Menschen in Palliative Care und Pflege begleiten. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.

Literatur:

1. Bonanno GA, Kaltman S (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. Psychological Bulletin, 125 (6); 760–776.
2. Bonanno GA, Keltner D (1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. Journal of Abnormal Psychology, 106; 126–137.
3. Bonanno GA, Znoj HJ, Siddique S, Horowitz M (1999). Verbal-autonomic dissociation and adaption to midlife conjugal loss: A follow-up at 25 months. Cognitive Therapy & Research, 23 (6); 605–624.
4. Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS (2008). The Effectiveness of Psychotherapeutic Interventions for Bereaved Persons: A Comprehensive Quantitative Review. Psychological Bulletin, 134 (5); 648–661.
5. Gross JJ, Levenson RW (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. Journal of Abnormal Psychology, 106 (1); 95–103.
6. Janoff-Bulman R (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. Special Issue: Stress, coping, and social cognition. Social Cognition, 7 (2); 113–136.
7. Lewinsohn PH (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), The psychology of depression: Contemporary theory and research. Washington, DC: Winston Wiley.
8. Schärer-Santschi E (Ed.) (2012). Trauern. Trauernde Menschen in Palliative Care und Pflege begleiten. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.
9. Shut HA, Strobe MS, van den Bout J, Terheggen M (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In M. S. Stroebe, R. O. Hannson, W. Strobe & H. Schut (Eds.), Handbook of bereavement research (pp. 705–737). Washington, DC: American Psychological Association.
10. Worden JW (1986). Beratung und Therapie in Trauerfällen. Huber-Verlag Bern.
11. Wortman CB, Cohen Silver R (2001). The myths of coping with loss revisited. In M.S. Strobe, R.O. Hannson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), Handbook of bereavement research (pp. 405–430). Washington, DC: American Psychological Association.
12. Wortman C, Silver R (1989). The myths of coping with loss. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57; 349–357.
13. Zisook S, Schuchter SR (1985). Time course of spousal bereavement. General Hospital Psychiatry, 7; 95–100.
14. Zisook S, Schuchter SR (1986). The first four years of widowhood. Psychiatric Annals, 16 (5); 288–294.
15. Znoj HJ (2004). Komplizierte Trauer. Leitfaden für Therapeuten. Göttingen: Hogrefe.