

Trauer & Melancholie

Hansjörg Znoj
Universität Bern

hansjoerg.znoj@psy.unibe.ch

Lindau 2008



Themen der Vorlesung

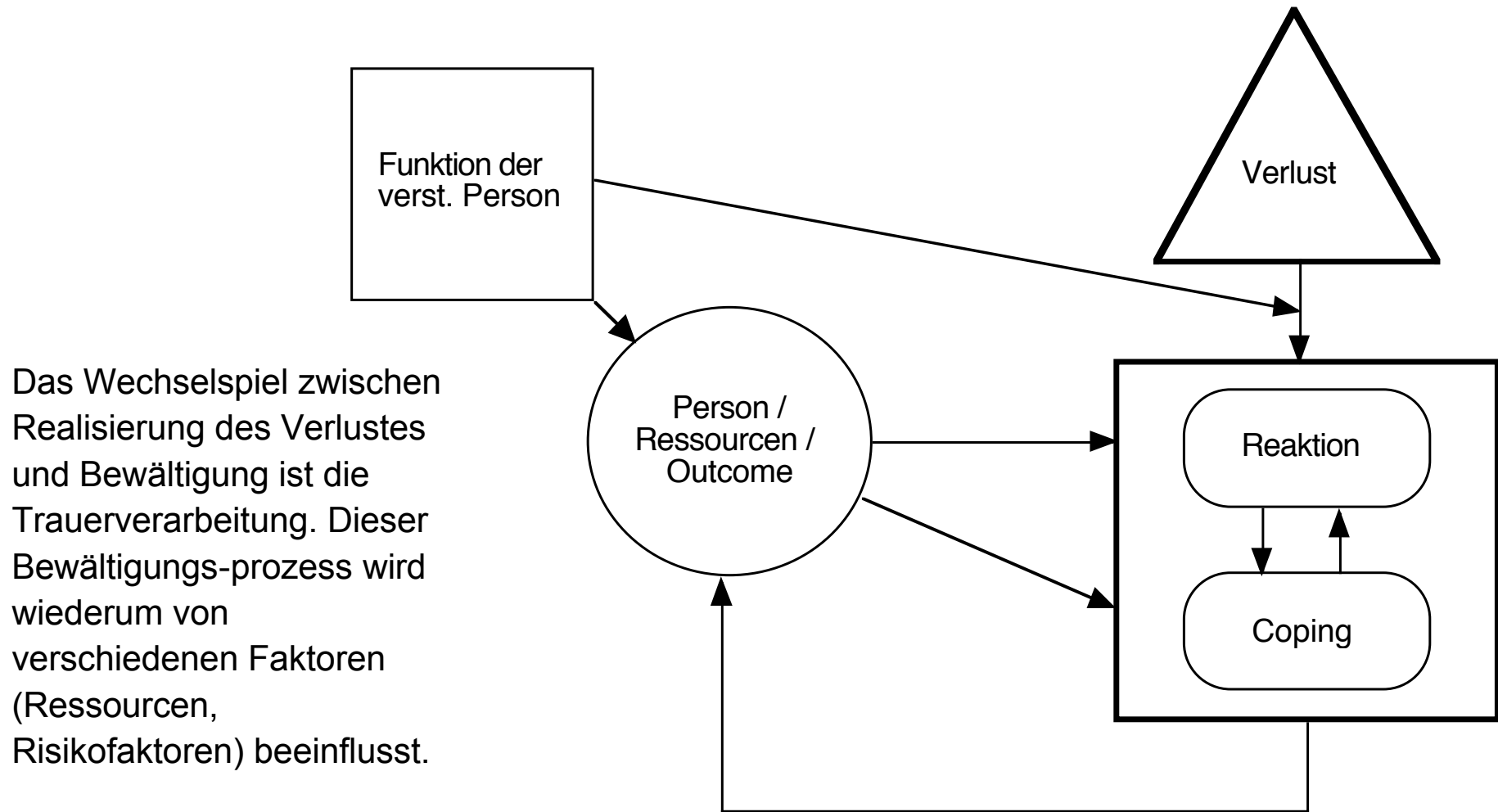
- > Montag
 - Begriffsklärung
 - Modelle der Trauer
- > Dienstag
 - Wer trauert wie, weshalb, warum?
 - Emotionale, kognitive und physiologische Reaktionen
- > Mittwoch
 - Trauer als Problem
 - Diagnostik der komplizierten Trauer
- > Donnerstag
 - Differentialdiagnostische Aspekte
 - Therapie der Trauer
- > **Freitag**
 - **Therapeutische Herangehensweisen**
 - **Fazit**

**Schätzungen zufolge steckt hinter jeder dritten psychischen Störung eine komplizierte Trauerreaktion.
Fragen wie:**

- > Inwieweit konnte der Verlust als endgültig akzeptiert werden? Welche Rolle spielt die verstorbene Person im täglichen Leben? Inwieweit weilt sie noch unter den Lebenden?
- > Gibt es Dinge im Zusammenhang mit der verstorbenen Person, über die nicht gesprochen werden darf oder die tabuisiert werden?
- > Gibt es zwanghafte Gedanken, die um den Tod kreisen?
- > Inwieweit sind Spannungszustände oder ungewollte Gefühlsausbrüche im Zusammenhang mit dem Tod aufgetreten? Gab es Gedanken wie “jetzt drehe ich durch“ oder Wut und Zorn gegenüber der verstorbenen Person oder gegenüber anderen, die mit der verstorbenen Person in Kontakt waren? Inwieweit spielen diese Gefühle heute noch eine Rolle?
- > Wird das Thema “Tod” vermieden? Wie steht es mit Besuchen auf dem Friedhof?
- > Kann das Thema Trauer angesprochen werden, ohne dass es zu unkontrollierten Tränen und anderen intensiven emotionalen Reaktionen kommt?

Das Ressourcenmodell der Trauerverarbeitung oder weshalb es meist keine Hilfe braucht

Rahmenmodell der Trauerverarbeitung



Das duale Prozessmodell der Trauerverarbeitung und die 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.

Fallbeispiel: Frau O. (1/4)

Zuerst wollte Frau O. eine Therapie für ihre beiden Söhne (13 und 6 Jahre alt), um die sie sich Sorgen machte, weil der Vater und ihr Mann vor über einem Jahr bei einem nicht selbst verschuldeten Unfall sein Leben verlor. Sie und ihr Mann kamen aus Kroatien; wirtschaftliche Überlegungen und vermutlich auch die Kriegswirren hatten sie zuerst nach Deutschland, dann in die Schweiz verschlagen. Sie hielt sich tapfer, ja eisern, nach dem Tod ihres geliebten Mannes, den sie mit 16 kennengelernt und sechs Jahre später geheiratet hatte. Streng katholisch hatte sie auch ihre Grundsätze; sie vertraute darauf, dass ihr der Glaube helfen würde; in letzter Zeit war sie sich aber nicht mehr so sicher, trotz zahlreicher Wallfahrten nach dem Tod ihres Mannes. Sie verzweifelte zunehmend an der Tatsache, dass sie den ungerechten Tod ihres so jung verstorbenen, dynamischen, stets fröhlichen Mannes nicht akzeptieren konnte. Warum er? Sie selbst kleidete sich ganz schwarz; selbst ihre Unterwäsche war ausschließlich schwarz (scherzhaft nannte ich sie einmal „Lady in black“, worauf sie doch ein wenig lachen musste). Die Kinder waren fröhlich, aufgeweckt und alles wies darauf hin, dass nicht sie, sondern ihre Mutter Hilfe brauchte.

Fallbeispiel: Frau O. (2/4)

Die Therapie erstreckte sich schließlich über zwei Jahre. Es wurde immer deutlicher, dass die Frau alles tat, sich selbst zu negieren und zu vernichten. Sie opferte sich auf: Für ihre Kinder, denen sie alles ermöglichte, den Sport und sonstige Aktivitäten und denen sie aber auch alles abverlangte, Respekt und Leistung. Für ihren Mann, den sie täglich oder sogar mehrmals täglich auf dem Friedhof besuchte, dem sie ein Straßenmahnmal widmete, das viel Pflege bedurfte und auch für ihren Beruf - sie arbeitete als Pflegerin in einem Altersheim. Die einzige Schwäche, die sich gönnte, für sie sich aber auch verachtete, war ein Glas Wein (manchmal wurden es auch mehrere Gläser) am Abend und Schokolade während des Tages. Ein Skiausflug, den sie am ersten Tag noch genießen konnte, wurde am nächsten Tag durch einen Panikanfall vereitelt. Sie hatte auf einmal riesige Angst davor, hinunter zu fahren. Sozialkontakte hielt sie nur noch zu ganz wenigen Personen aufrecht und sie reagierte auch sehr schroff auf viele Leute, obwohl sie im Ganzen ein sehr freundliches Wesen hatte und im Allgemeinen bei anderen sehr gut ankam. Fehler tolerierte sie weder bei sich noch bei anderen. Die Grundstimmung war oft depressiv.

Fallbeispiel: Frau O. (3/4)

Auch gegenüber ihren Gefühlen war sie hart: sie vergoss keine Tränen (auch um ihre Kinder zu „schonen“); sie verzieh sich die Ungeduld und die Ärgerreaktionen nicht, die sie manchmal ihre Kinder aus nichtigem Anlass gegenüber zeigte. Frau O. war davon überzeugt, dass sie, wenn sie die Trauer zulassen würde, ihre Aufgaben nicht mehr bewältigen könnte und sie vor lauter Schmerz krank oder verrückt würde.

Weitere Verluste: Die Frau hatte neben ihrem Mann vorher ihre beiden Eltern verloren und auch viele Verwandte, teils durch den Krieg, teils aus sonstigen Gründen waren aus ihrem Leben verschwunden. Von den Geschwistern war nur noch eine Schwester da, die aber in Deutschland lebte und nur selten zu Besuch kam. Frau O. kam gerne in die Therapie, aber machte anfänglich wenig Fortschritte. Nur sehr langsam konnte sie sich von Gegenständen ihres Mannes trennen, die sie bis über zwei Jahre ständig begleitet hatten: Den (ungewaschenen) Pyjama im Bett, die Kleider, Schuhe, Utensilien ihres Mannes, die genau dort waren, wo sie ihr Mann erwarten würde, würde er denn wieder nach Hause kommen.

Fallbeispiel: Frau O. (4/4)

Die Konfrontation mit dem Verlust, das Realisieren des Verlustes war mit Schmerz und Angst verbunden. Die Angst resultierte darin, dass, wenn sie einmal den Tod ihres Mannes akzeptieren würde, die Erinnerung an ihn verblassen würde und sie ihm im Geiste untreu würde. Therapeutisch hoch wirksam war die Aufgabe, einen Brief an ihren Mann zu schreiben, in dem sie diesen als „gestorben“ adressierte und ihm aus ihrem Leben berichtete. Das Schreiben und schließlich das laute Vorlesen des Briefes in der Therapie dauerte viele Wochen der Überwindung, war therapeutisch aber notwendig, weil sie sich erst damit mit dem Verlust wirklich auseinandersetzen konnte. Vorher sagte sie immer: „ich trauere nicht um mich, sondern um ihn, weil er so früh aus seinem Leben gerissen wurde!“ Sie sagte auch immer wieder -- ungeduldig auf mein wiederholtes Aufmerksam machen, dass ihr Mann nun ja nicht mehr unter den Lebenden ist--: „Ja, ich weiss!“ und machte nonverbal deutlich, dass ihr das enorm unangenehm war.

Diese Arbeit war insofern auch für mich als Therapeuten traurig, weil sich Frau O. von der immer noch gehegten Illusion trennen musste, dass sie von diesem Alptraum vielleicht doch erlöst werden würde, dass sich ihr früheres Leben wieder einstellen könnte.

Rudimentäre Fallkonzeption am Beispiel von Frau O. und allgemeine Vorgehensweisen in der Therapie der Komplizierten Trauer

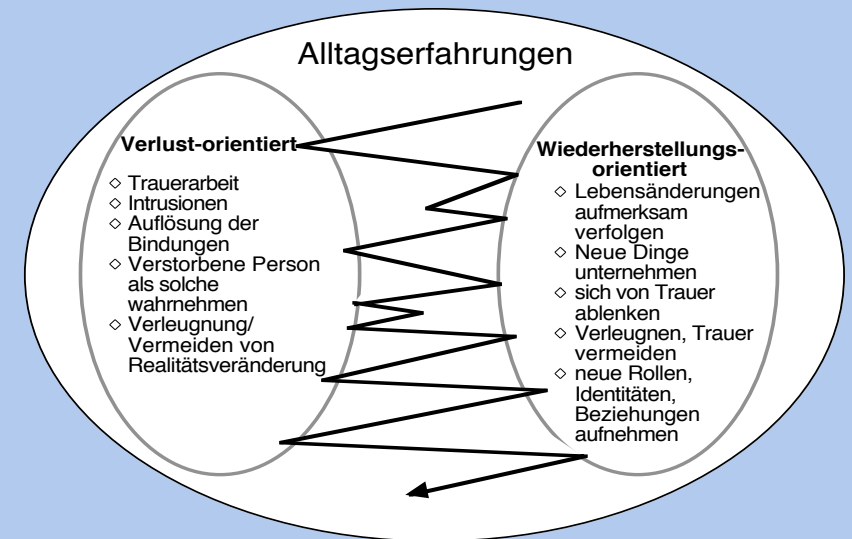
Verlust-orientiert:

- > Akzeptieren lernen des Verlustes

Den Mann als wirklich „gestorben“ zu realisieren, nicht nur vom „Kopf“ her, sondern auch tief in der Überzeugung

- > Zulassen des Trauerschmerzes

Gefühle zulassen - dosiert, indem bestimmte Zeiten für die Trauer freigegeben werden. Anschließend belohnende Aktivität (Genusstraining).



Rudimentäre Fallkonzeption am Beispiel von Frau O. und allgemeine Vorgehensweisen in der Therapie der Komplizierten Trauer

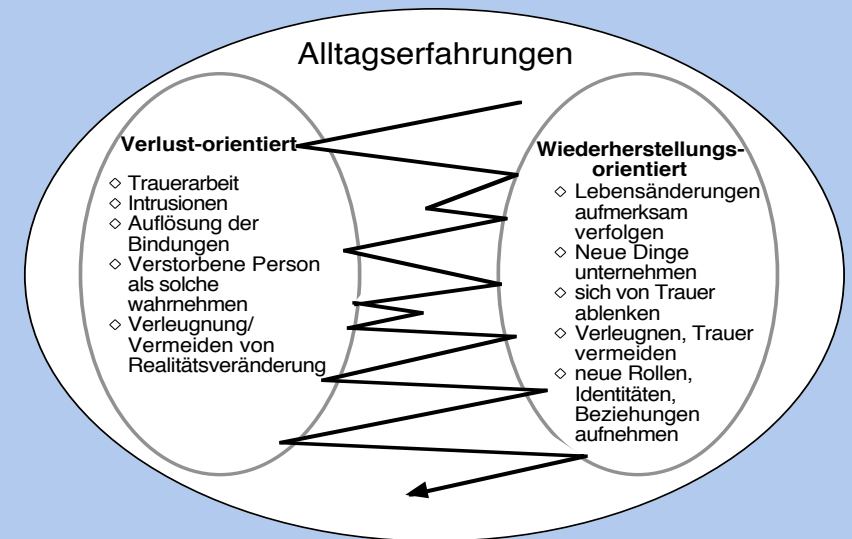
Wiederherstellungs-orientiert:

- > Sachen des verstorbenen Mannes wegbringen, Alltag neu gestalten

Gefahr der Überforderung beachten (ich muss den Kindern Mutter und Vater sein)

- > Eigene Bedürfnisse zulassen und neue Ziele definieren

Phantasien zulassen, wie einfach weggehen können, ins Blaue hinaus wandern; sich neu orientieren lernen; was ist mir wichtig; Religiöse Vorstellungen verhandeln (was würde J. wohl sagen, wenn sie sich derart zugrunde richten?); Trauer erlauben und normalisieren; positive Gefühle dabei zulassen dürfen, Selbstunterstützung



Therapie - Problemanalyse

- > Was hat die trauernde Person bisher unternommen, diese Reaktionen in den Griff zu bekommen?
- > **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?
- > Was wird mit dem problematischen Verhalten vermieden? Weiterführend: Mit welchen Reaktionen ist zu rechnen, wenn diese Aktivität verhindert wird?
- > Welche Ressourcen stehen dem Patienten zur Verfügung?

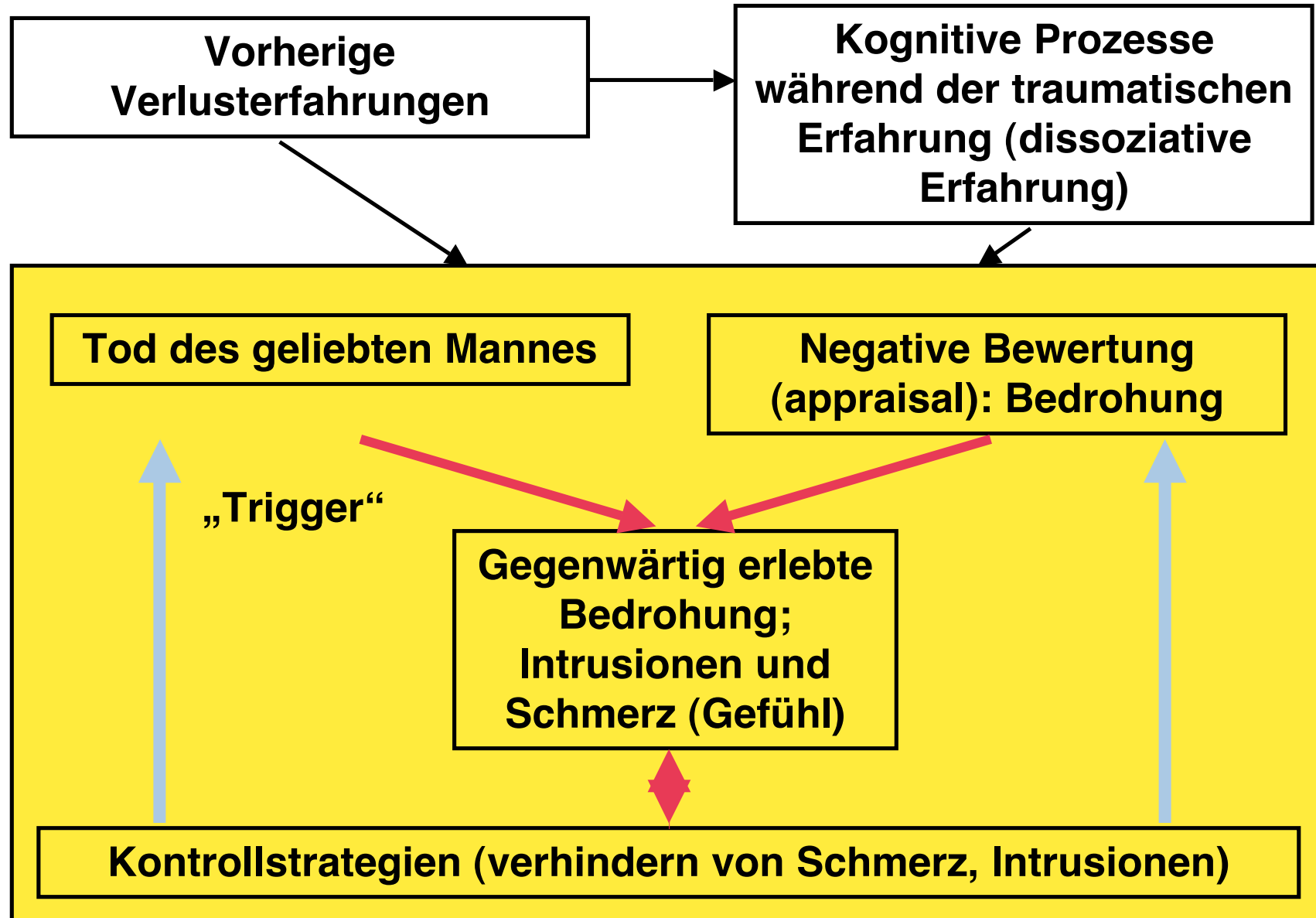
Welche *Funktion* hatte die verstorbene Person: weiterführende Fragen

- > Welche **Grundbedürfnisse** hat die verstorbene Person befriedigt?
 - Herr O. war die grosse Liebe! (**Bindung**). Er war offensichtlich optimistisch, kompetent, praktisch veranlagt (**Sicherheit, Orientierung und Kontrolle**); er war nicht nur selbstsicher, sondern hatte auch einen grossen Freundes- und Verwandtenkreis (**Selbstwerterhöhung**)
- > Welche typischen Funktionen, Ziele und Rollen hatte die verstorbene Person für den Angehörigen?
 - Siehe oben: Herr O. war der Lebensinhalt für sie; 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?
 - 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 Aufgaben müssen von der Person geleistet werden, welche Anforderungen kommen auf sie zu?
 - Bildung und Erziehung der Kinder; damit verbunden: Rückkehr in die Heimat mit großen Schwierigkeiten verbunden; Frage des Wohnorts bleibt offen, stellt Verunsicherung dar.

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Prozessmodell

1. negative und dysfunktionale Gedanken und Missinterpretationen der Trauerreaktionen
2. Ängstliche und depressive Vermeidungsstrategien
3. Mangelnde Integration des Verlustes in das autobiografische Gedächtnis

Das Traumamodell der Trauer (analog PTB)



K
o
m
p
l
i
z
i
e
r
t
e

T
r
a
u
e
r

Exposition und Konfrontation („hot spots“)

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

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

Aktivierende Techniken zur Exposition

- > **Photos** oder andere Erinnerungstücke können nicht nur emotionale Inhalte aktivieren, sondern geben Therapeuten auch die Gelegenheit, inhaltlich auf solche Themen zu fokussieren
- > **Briefe** an den verstorbenen Menschen helfen, Gefühle und Gedanken auszudrücken. Abschiedsbriefe können auch Teil eines Rituals sein, mit den verstorbenen Personen in ein neues Verhältnis zu kommen.
- > Das Finden von geeigneten **Metaphern**, beispielsweise um den Verlustschmerz bildhaft zu verbalisieren, kann Trauernden helfen, ihre oft chaotisch erlebten Gedanken und Gefühlszustände zu fassen.
- > **Rollenspiele** können vor allem auch eingesetzt werden um Fähigkeiten zu üben, die den geforderten Ansprüchen aus der Umgebung gerecht werden. Damit wird vor allem die Selbstwirksamkeitsüberzeugung gefördert.
- > Das **Visualisieren von Erfahrungen** mit der verstorbenen Person unter Entspannung, unter Umständen kombiniert mit direkter Anrede (leerer Stuhl Technik) kann ein wirksames Mittel sein, Gefühle zu verbalisieren und neue Perspektiven einzunehmen.

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?

TherapeutIn achtet auf:

> 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 negativen Kognitionen hat der Patient (Schuldgefühle, Machtlosigkeit, Unsicherheit, kein Selbstvertrauen, Angst vor Nähe)

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

Kognitive Restrukturierung

- “Wer war für das Ereignis verantwortlich?”
- “Gibt es Dinge, die Sie übersehen haben, wodurch Ihre Rolle insgesamt negativer scheint als sie tatsächlich ist?”
- „Nehmen Sie es sich übel, dass Sie so gehandelt haben?“
- “Haben Sie etwas von der Situation gelernt, was Sie vorher nicht entdeckt hätten?”
- Ist dieses Wissen in anderen Bereichen nützlich?
- Hat es Sie vielleicht auch positiv verändert?

Kognitive Umstrukturierung und 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.

Exploration von Kommunikation innerhalb der Familie

- > 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?
- > Finden innerhalb der Familie Rituale statt?

Alltagsstruktur/Tagesplaner

Komplizierte Trauer Patienten 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'

Tagesplaner/Stimmungsmesser

- > **Psychoedukation über die Bedeutung von Alltagsstruktur:**
 - Bedeutung von sozialen Aktivitäten, Schlafhygiene, Alltagsstruktur

- > **Tagesplaner:**
 - Gespräche und Unternehmungen mit Familie und Freunden
 - Momente oder Aktivitäten, die bewusst genossen werden können
 - Verbesserte Schlafgewohnheiten
 - 5 Tage lang täglich Kalender mit geplanten Aktivitäten führen

Tagesplanung

Benutzen Sie bitte für jeden Tag ein Kalenderblatt, welches Sie sich nach dem Ausfüllen bitte ausdrucken. Schicken Sie täglich eine Version an Ihre Therapeutin oder Therapeuten.

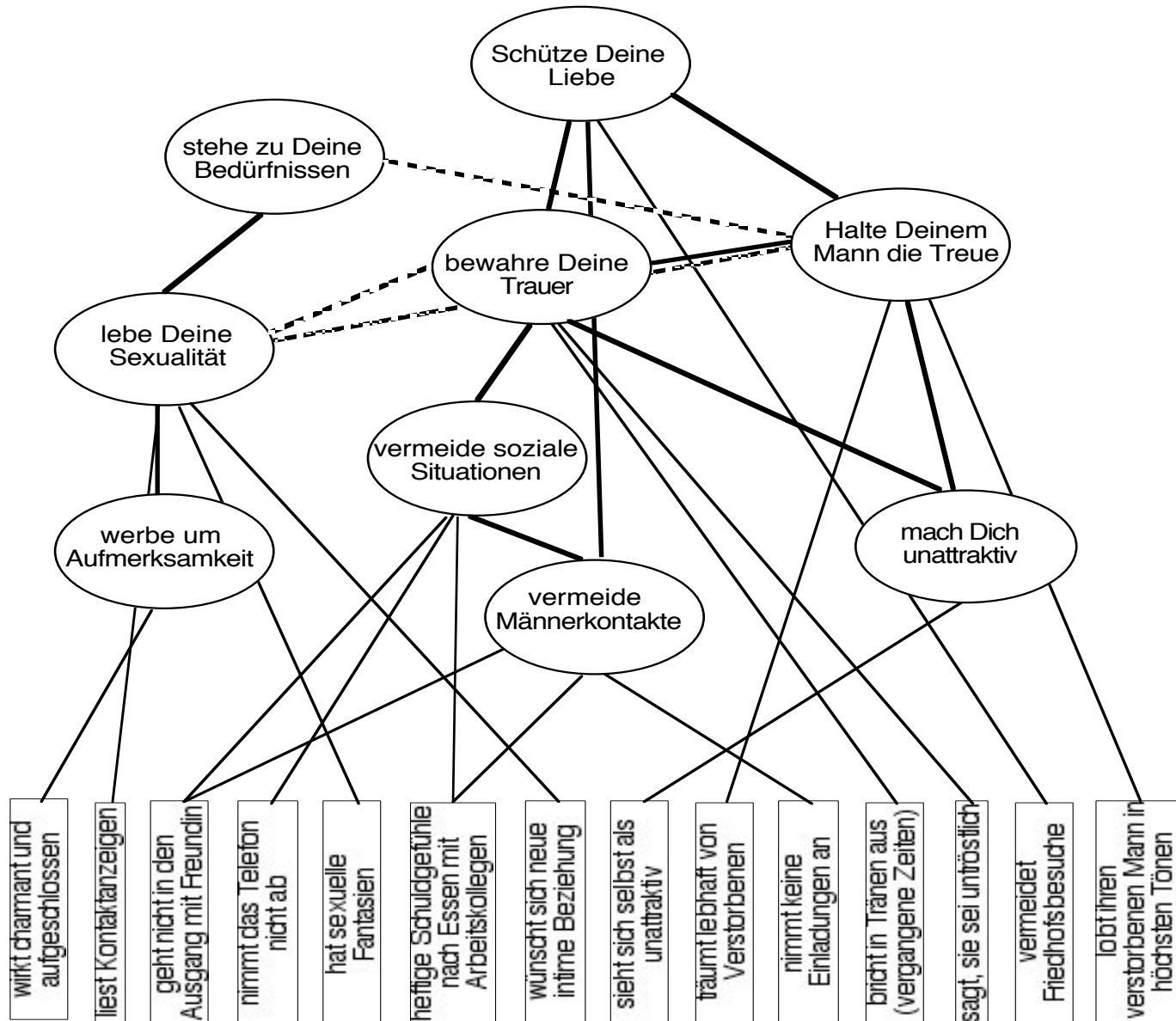
1. Tag				
Uhrzeit	Aktivität	Kurze Beschreibung der Stimmung	Planung eingehalten Ja/nein	Gründe, weshalb Planung nicht eingehalten werden konnte
7 h	Fahrt zur Arbeit Arbeitsbeginn 7.30 Uhr	Ruhig und konzentriert	ja	
8 h	Arbeit			
9 h	Arbeit			
10 h	Arbeit			
11 h	Arbeit			
12 h	Arbeitsende 12.30 Uhr Fahrt nach Hause	Frierend, besorgt	ja	
13 h	Essen kochen	unruhig	nein	Keine Lust, nicht hungrig
14 h	Ausruhen	weinend	ja	
15 h	Gr. Hausordnung	bedrückt	nein	13 Uhr erledigt/ Brot geschmiert
16 h	Ausruhen	ruhig	ja	

Unterschiedliche Behandlungsheuristiken durch:

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

Beispiel eines Loyalitätskonfliktes Frau O. lässt sich auf keine neuen Beziehungen ein, weil sie ihrem Mann treu bleiben möchte

verletztes Grundbedürfnis: Intimität & Bindung



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

Zum Schluss

- > Der Verlust einer nahestehenden Person wird als Schmerz erlebt ("als ob etwas von mir herausgerissen wurde")
- > Trauer ist eine adaptive Reaktion
- > das Trauern ist keine normative Angelegenheit - es gibt eine Vielzahl möglicher Trauerformen
- > die Dauer einer Trauerreaktion ist allein genommen kein Kriterium einer komplizierten Trauerreaktion
- > Bisher gibt es keine gültige Diagnostik für eine Komplizierte Trauer
- > Komplizierte oder traumatische Trauerreaktionen kommen aber relativ häufig vor
- > Traumatische Trauerreaktionen sind nicht so sehr vom Ereignis (Plötzlichkeit, Art des Todes), sondern viel stärker von der Bindung zur verstorbenen Person bestimmt.

Forts.& Schluss

- > Die Komplizierte Trauer lässt sich modellhaft als Aufschaukelungsprozess der initialen Trauerreaktion begreifen
- > Psychotherapeutische Interventionen sind nur bei Komplizierter Trauer indiziert
- > Klärungsorientierte und bewältigungsorientierte Vorgehensweisen müssen differenziert angewendet werden
- > Das aktive Aufsuchen positiver Emotionen unterstützt die emotionale Verarbeitung des Verlustes
- > Trauernde machen oft die Erfahrung, dass sie durch das Ereignis persönlich reifer geworden sind
- > Aber: das psychische Funktionsniveau ist vom letzten Punkt weitgehend unabhängig

Dank

- > Die vorliegenden Aussagen und Schlussfolgerungen wären nicht möglich gewesen ohne die Mithilfe zahlreicher Mitarbeiter, Studierender und auch persönlicher Erfahrungen. Besonders erwähnen möchte ich:
- Agnes Plaschy
 - Dominique Keller
 - Marieke Kruit-Lauener
 - Catherine Wüthrich
 - Lawrence Calhoun
 - Rich Tedeschi
 - Andreas Maercker
 - Mardi Horowitz
 - meinen verstorbenen Chef Klaus Grawe