

Trauer-Fluss und Trauma-Eisberg

Chris Paul

Bonn, Deutschland

Der Artikel verdeutlicht die Zusammenhänge und die Unterschiede im Durchleben eines Trauerprozesses und einer Psychotraumatisierung. Als Struktur dient dafür das „Kaleidoskop des Trauerns“, ein von der Autorin entwickeltes integratives Modell zu Trauertheorien. Vorgestellt werden vor diesem Hintergrund die „traumasensible Trauertherapie“ und eine „trauersensible Traumatherapie“ mit ihren gegenseitigen Verzahnungen.

Schlüsselwörter: Trauerprozess, Psychotraumatisierung, Trauerkaleidoskop, Traumafolgestörung, traumatische Trauer, Trauerfacetten

The river of grief and the iceberg of trauma. This article clarifies the similarities and differences between experiencing a bereavement process and undergoing psychotraumatization. Its structure is the „kaleidoscope of mourning,“ an integrative model of grieving theories developed by the author. „Trauma-sensitive mourning therapy“ and „mourning-sensitive trauma therapy,“ along with their intertwinements, will be presented against this background.

Keywords: bereavement process, psychotraumatization, kaleidoscope of mourning, traumatic stress disorder, traumatic bereavement, bereavement facets

Einleitung

„Es gibt gute Gründe, die dafür sprechen, dass Trauer in gewisser Weise angeboren ist: eine natürliche und allgemein verbreitete Reaktion auf den Tod einer Person, der man sich nahe fühlt“ (Stroebe & Schut, 1998/2011, S. 40). Bei Trauer wird einerseits – in einer langen und kontroversen Tradition – zwischen normalen und pathologischen Verläufen unterschieden, andererseits wird Trauer heute auch als normaler und gesunder Prozess gesehen, unabhängig von ihrer Dauer oder ihren Ausdrucksmöglichkeiten. „Pathologische Trauer ist eine Abweichung von der Norm (d. h. der gefühlsmäßigen Trauerreaktion, die nach einem bestimmten Todesfall/Verlust erwartet wird [...]). Die zentrale Frage lautet hier selbstverständlich: Was ist die Norm?“ (ebd., S. 44f.). Verschiedene Begriffe beschreiben Abweichungen von einem nie klar definierten Prozess, u. a. chronische, verzögerte und ausbleibende Trauer (ebd., S. 45) sowie komplizierte und traumatische Trauer.

Der Begriff „traumatische Trauer“ (traumatic grief) wurde eine Zeit lang analog zu „komplizierte Trauer“ (complicated grief) benutzt, um besonders schwierige Trauerverläufe zu charakterisieren bzw. pathologisieren (Eckardt, 2017). Beide Wendungen wurden abgelöst durch den Terminus „anhaltende Trauerstörung“ (prolonged grief disorder), der in der ICD-11 (WHO, 2019) als neue und erste eindeutige Trauerdiagnose verankert wurde (icd.who.int/browse11/l-m/en). Der deutsche Bundesverband Trauerbegleitung (BVT e.V.) nutzt seit 2010 den Begriff „traumatische Trauer“ (Paul, 2011, S. 80f.) für Trauerprozesse, bei denen Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) den Trauerprozess stark beeinflussen. Dem schließe ich mich in meinen Ausführungen an, meine damit jedoch kein „pathologisches“ Geschehen, sondern bewertungsfrei ein Zusammentreffen von zwei Prozessen, die sich gegenseitig beeinflussen.

Die Trauerfacetten des Kaleidoskops

Der Trauerprozess wird mit verschiedenen Metaphern und Theorien beschrieben, aus denen ich im Lauf meiner langjährigen Unterrichtstätigkeit ein integratives Modell geformt und 2017 unter dem Titel „Kaleidoskop des Trauerns“ veröffentlicht habe. Es eignet sich gut, Besonderheiten von Trauerprozessen wahrzunehmen.

Chris Paul, Trauertherapeutin, Fortbildung in Körperorientierter Traumbehandlung nach Peter Levine, Anbieterin von Weiterbildung. Seit mehr als 20 Jahren überwiegend Arbeit mit erwachsene Klientinnen und Klienten, die als Hinterbliebene nach gewaltsamen und stigmatisierten Todesarten trauern.

www.chrispaul.de, info@chrispaul.de

Es unterscheidet sechs Bereiche bzw. Facetten des Trauerprozesses, die meiner Erfahrung nach jeder Mensch nach einem Verlust vor dem Hintergrund seiner Biografie, Persönlichkeitsmerkmale, Ressourcen und aktuellen Belastungen auf je eigene individuelle Art durchläuft. Einzelne Facetten werden über einen langen Zeitraum mehrfach und oft gleichzeitig „bearbeitet“. Die Metapher des Kaleidoskops veranschaulicht, dass meiner Erfahrung und Grundeinstellung zufolge die sechs Trauerfacetten stets präsent sind und in unterschiedlichen Konstellationen zu verschiedenen Zeitpunkten verschiedene Muster bilden. Das Modell wird von Fachleuten, aber auch Betroffenen gut angenommen, Trauernde selbst erkennen das, was sie ohnehin auch ohne Unterstützung tun, wieder und erleben es gleichzeitig als hilfreich, jene Bereiche zu identifizieren, mit denen sie noch nicht oder nicht ohne Unterstützung umgehen können.

Das Trauerkaleidoskop (Paul, 2017) besteht aus den folgenden sechs Facetten eines Trauerwegs:

- *Überleben*: Meist automatisch ablaufende Aktivitäten verrichten, die dem eigenen Überleben und dem von anvertrauten Anderen dienen. Dazu gehören Ablenkung, Aktivismus, Aggressivität, Alkohol- und Medikamentengebrauch, Rückzug, aber auch Hilfesuchen, Gemeinschaftserleben, Ritualgestaltung (vgl. Stroebe & Schut, 1998/2011; Paul, 2017).
- *Wirklichkeit*: Sich mit der Sterbesituation auseinandersetzen, den Tod bei Totenfürsorge und Abschiednahme sinnlich begreifen, das Sterben und die Tatsache, dass ein Mensch gestorben und tot ist, versprachlichen und reale sowie fantasierte Bilder vom Sterben, spirituelle Vorstellungen vom Übergang zwischen Leben und Tod entwickeln (vgl. „Nicht-wahrhaben-Wollen“ bei Kast, 1982/1986, S. 66; „Den Verlust als Realität akzeptieren“ bei Worden, 2009/2011, S. 45–49; Paul, 2017).
- *Gefühle*: – Eine Vielzahl von teils widersprüchlichen Gefühlen erleben und ausdrücken, die nach einem Verlust auftauchen. Diese sind stark ausgeprägt und überfordern häufig das, was ein Mensch sich selbst zugesteht, wie auch das, was Außenstehende aushalten können (vgl. „aufbrechende Emotionen“ bei Kast, 1982/1986, S. 66–72; „Den Schmerz verarbeiten“ bei Worden, 2009/2011, S. 50–52).
- *Anpassung*: Veränderungen im Alltag wahrnehmen und Strategien zum Umgang damit entwickeln. Entscheidungen über neue Alltagsroutinen und über den Umgang mit Hinterlassenschaften treffen, Strategien im Umgang mit Ignoranz, Mitleid und Überforderung im Umfeld entwickeln (vgl. „Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs“: Kast, 1982/1986, S. 78–86; vgl. auch Worden, 2009/2011)
- *Verbundenbleiben*: Die innere Beziehung zum Verstorbenen so gestalten, dass sie das eigene Weiterleben positiv unterstützt. Bleibende Bindungserlebnisse sind u. a. Träume, Erinnerungen, verbindende Gegenstände, verbindende Orte,

Präsenzerlebnisse, innere Vermächtnisse, geteilte Erinnerungen und Gedenken in der Gruppe (vgl. Worden, 2009/2011; Klass, 1996; Kachler, 2010/2016; Paul, 2017).

- *Einordnen*: Grundüberzeugungen an das Geschehene anpassen, das eigene Leben wieder als zusammenhängend wahrnehmen. Warum-Fragen stellen, nach Schuldigen suchen, Verunsicherung bisheriger positiver Überzeugungen oder Bestätigung pessimistischer Grundannahmen erleben sowie „neuen Welt- und Selbstbezug“ (Kast, 1982/1986, S. 78–86) entwickeln (vgl. auch Neimeyer, 2002; Worden, 2009/2011; Paul, 2017).

Trauma und Verlust

Ein „Psychotrauma“ bezeichnet zunächst die Verletzung, die entsteht, wenn ein als überwältigend wahrgenommenes Lebensereignis nicht mit den vorhandenen Bewältigungsmechanismen abgewehrt werden kann. Existenz- und lebensbedrohliche Ereignisse führen dazu, dass entwicklungs geschichtlich alte Teile des Gehirns (Levine, 2010/2011, S. 45–52; Fischer & Riedesser, 2009; S. 118–127) aktiviert werden und in Sekundenbruchteilen die Kontrolle über den Körper übernehmen. Dabei werden Botenstoffe ausgeschüttet, der Körper in Kampfbereitschaft gebracht, um Flucht vor bzw. den Kampf mit der so eingeschätzten Bedrohung zu ermöglichen. („Kampf-/Flucht tendenzen“, Fischer & Riedesser, 2009, S. 82). Der „Totstellreflex“ (freeze), das Erstarren und Verstummen als dritte Verhaltensmöglichkeit wird durch konträre Botenstoffe ausgelöst. Um die widersprüchlichen und massiven Informationen „abregieren“ zu können, erfolgt bei Überleben und Abklingen der Gefahr eine Abschlussequenz, in der der Körper durch Zittern die Reste der Bewegungsimpulse abarbeitet (Levine, 2010/2011, S. 71–79) und die Emotionen durch Schluchzen und Weinen (oder Lachen) einen Ausdruck finden. Diese Traumareaktionen sind nahezu instinkthaft und kaum kulturell oder kognitiv beeinflussbar (ebd., S. 30, S. 102ff.). Sie finden im Organismus der betroffenen Einzelperson statt und dienen dem Überleben des aktuellen Moments. Eine dauerhaft belastende Traumafolgestörung entsteht erst, wenn die quasi-automatische Verhaltenssequenz nicht angemessen ausgeführt bzw. zu Ende geführt werden kann. Die Wiederholung einzelner Reaktionen als Antwort auf auslösende Reize (Trigger) ebenso wie das unwillkürliche Wiedererleben von Erlebnisteilen als „Intrusion“ oder „Flashback“ kann als Selbstheilungsversuch gewertet werden. Daher spricht man erst beim Andauern der Symptome (u. a. Hyperarousal, Intrusionen, Vermeidungsverhalten gegenüber Triggern) über mehr als sechs Monate nach dem überfordernden Ereignis von einer Traumafolgestörung (Eckardt, 2017, S. 21). Durch verschiedene spezialisierte Psychotherapieformen

werden Betroffene in die Lage versetzt, die Symptome zu lindern, Verhaltenssequenzen abzuschließen, Körper und Geist zu beruhigen und das bedrohliche, traumatische Ereignis als Teil der eigenen Lebensgeschichte zu integrieren.

Neben anderen Gewalterlebnissen, sexuellem Missbrauch und dem Bezeugen von Gewalt kann auch das Erleben plötzlicher Tode im eigenen Umfeld eine Traumafolgestörung auslösen (muss aber nicht). „Wenn ein Kind ein Geschwisterkind, einen Freund oder gar einen Elternteil plötzlich durch Tod verliert oder für immer von ihm getrennt wird, bedeutet dies oft eine seelische Traumatisierung, die auch mit einer Traumafolgestörung im engeren Sinne einhergehen kann“ (Krüger, 2007/2015, S. 67).

Verlustereignisse können traumatisierend sein, wenn sie plötzlich, unvorbereitet und mit gewaltvollen Bildern und Vorstellungen einhergehen. Im Trauerprozess geht es jedoch um weit mehr als um die Integration eines überwältigenden Verlustereignisses, der Verlust und damit die Wirklichkeit des Todes oder der Trennung sind „nur“ ein Teil eines ganzheitlichen Trauerprozesses. Verlustereignisse sind nicht per se traumatisch, daher sind Trauerprozesse nicht per se eine Traumafolgestörung. Aber Verlustereignisse, die als traumatisch erlebt werden, beeinflussen den gesamten Trauerprozess und brauchen daher Aufmerksamkeit und fachspezifische Unterstützung.

Unterschiede zwischen Trauer und Traumatisierung

Die Verarbeitung eines traumatischen Erlebens hin zur Traumafolgestörung kann mit der Bildung eines alle Bereiche des Lebens dominierenden Eisbergs verglichen werden. Erinnerungen an das Ereignis werden ebenso wie die damit verbundenen Deutungen und Körperwahrnehmungen abgespalten und bleiben unbearbeitet über Jahrzehnte konstant. Tatsächlich widersetzt sich dieser „Eisberg“ den meisten Versuchen, ihn durch das normalerweise entlastende Erzählen und Durchdenken von krisenhaften Erlebnissen „abzuschmelzen“, vielmehr intensivieren sich Schrecken, körperliche Angstreaktionen, Aggression und Erinnerungsblitze durch die unbedachte Wiederholung sogar noch. Traumatherapie in ihren verschiedenen Ausprägungen schafft Zugang zu einer kontrollierbaren Erinnerung, einem Abbau von belastenden Körperreaktionen und dient so der Integration des Ereignisses. Um im Bild zu bleiben: Der Eisberg wird abgeschmolzen, und die bleibenden Eisstücke können als Teil der eigenen Lebensgeschichte ab und zu bewusst erinnert, ansonsten aber in den Hintergrund des eigenen Lebens verschoben werden.

Im Gegensatz dazu kann die innere Verarbeitung eines Verlusts als gewundener Weg oder Flusslauf beschrieben werden. An die Stelle eines schnurgeraden zielgerichteten Wegverlaufs

eignet sich eher die Metapher eines Labyrinths oder einer Spirale, beide legen nahe, dass bei ständiger Weiterentwicklung doch immer wieder dieselben Themenfelder gestreift werden. Diese Themenfelder wurden von verschiedenen Trauerforschern und -forscherinnen unterschiedlich benannt. Die Pionierin der Forschung im Bereich der Sterbe- und Trauerprozesse, Elisabeth Kübler-Ross (1969/1971), benannte fünf Phasen dieser Prozesse. Es folgte ein weiteres Phasenmodell von John Bowlby (1980), im Deutschen bekannt geworden durch eine modifizierte Version von Verena Kast (1982/1986). William Worden (2009/2011, S. 45–59) formulierte Traueraufgaben und passte deren Formulierung im Lauf der Jahrzehnte an die Idee der „fortdauernden Bindungen“ („continuing bonds“) von Dennis Klass, Phillis R. Silverman und Steven L. Nickman (1996) an, der in Deutschland als fortbestehende Liebe und innere Verbundenheit durch die hypnosystemische Arbeit von Roland Kachler (2010/2016) bekannt wurde. Worden (2009/2011) änderte die Aufgabe vom „emotionalen Rückzug von der verstorbenen Person, so dass emotionale Energie in andere Beziehungen neu investiert werden kann“ (S. 56) zunächst in „Neuverortung der verstorbenen Person, um so einerseits mit ihr in Verbindung zu bleiben, sich aber andererseits dem eigenen Leben zuwenden zu können“ (ebd.) und später in „eine dauerhafte Verbindung zu der verstorbenen Person inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben finden“ (ebd.). Das fast sprichwörtliche „Loslassen“ ist also nicht Ziel und „Heilung“ aller Trauerprozesse. In einem Trauerverständnis, das die Erinnerung nicht nur als vorübergehende Phase betrachtet, sondern als andauernde und positiv unterstützende Möglichkeit, mit Verstorbenen innerlich emotional verbunden zu sein, offenbart sich ein wesentlicher Unterschied zur Traumabewältigung. Ein traumatisches Ereignis *soll* seinen Platz in der eigenen Geschichte finden und so weit wie möglich von der Gegenwart entfernt erlebt werden. Je präsenter das Traumaerleben durch Flashbacks, getriggerte Erinnerungen, Wiederholung- und Vermeidungsverhalten, bleibende Nervosität, Aggressionsbereitschaft oder Ängstlichkeit in der Gegenwart ist, desto höher ist der Leidensdruck. Ganz anders im Trauerprozess: Ein naher, geliebter Mensch *darf* als innerer Wegbegleiter auf dem weiteren Lebensweg präsent sein und richtet dabei keinen Schaden an, erhöht vielmehr die Lebensqualität der Trauernden, sobald es gelingt, sich mit stärkenden Beziehungsanteilen zu verbinden.

Ein weiterer Unterschied fällt auf: Ein traumatisches Ereignis ist meist situativ, geschieht in einer begrenzten Zeit (Monotrauma) oder es besteht aus einer Wiederholung ähnlicher Situationen (z. B. wiederholte sexualisierte Gewalt; vgl. Politrauma, neu in der ICD-11; WHO, 2019). Trauerprozesse hingegen beziehen sich auf länger bestehende komplexe Bindungen (nur bedeutsame Verluste lösen Trauer aus; s. o.), wir betrauern nicht „den Verlust“, vielmehr ist der Verlust der Anlass einer

Trauer um viele unterschiedliche Bindungsfaktoren, z. B. gemeinsame Erlebnisse, gegenseitige Sinnstiftungen. Auch wenn ein Verlusterlebnis an sich traumatisch ist, bleibt es die Aufgabe des Trauerprozesses, mehr zu tun, als die traumatische Sterbesituation zu bearbeiten. Der vermisste und betrauerte Mensch ist mehr als sein möglicherweise traumatisches Sterben. Der ganzheitliche Trauerprozess setzt sich mit allen Seiten eines vermissten, betrauerten Menschen auseinander: mit den bereichernden und beglückenden Anteilen ebenso wie mit den erschreckenden, fordernden und eben auch möglicherweise traumatisierenden Anteilen im Leben und Sterben. Die Herausforderung besteht darin, dass traumatische Bilder als „Eisberg“ den Fluss der Erinnerungen und Gefühle eines Trauerprozesses dominieren können. Die Ganzheit des Verstorbenen droht hinter den möglicherweise dramatischen Umständen seines Sterbens zu verschwinden. Der stärkste Eindruck steht naturgemäß im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Wenn dieser Eindruck überfordernd und grausam war, betrachten Betroffene den traumatischen Verlust stärker als den Menschen, den sie dabei verloren haben. Der „traumatische Eisberg“ wächst mit der Aufmerksamkeit, die er bekommt. Tatsächlich lässt sich beobachten, wie neuronale Netzwerke sich bei jedem Nacherzählen einer traumatischen Situation verstärken (Levine, 2010/2011, S. 137f.). Der natürliche Fluss des Trauerprozesses wird dadurch verlangsamt und in eine bestimmte Richtung gelenkt, die Vielfalt von Gefühlen, Gedanken und Aktionen droht eingeengt zu werden auf Reaktionsweisen, die so im Rahmen einer PTBS vorkommen.

Der Eisberg im Trauer-Fluss: traumasensible Aspekte im Kaleidoskop des Trauerns

Überleben: meist automatisch ablaufende Aktivitäten, die dem eigenen Überleben und dem von anvertrauten Anderen dienen. Dazu gehören Ablenkung, Aktivismus, Aggressivität, Alkohol- und Medikamentengebrauch, Rückzug, aber auch Hilfesuche, Gemeinschaftserleben, Ritualgestaltung (vgl. Stroebe & Schut, 1998/2011; Paul, 2017, S. 14, 2018, S. 30f.)

Wirklichkeit: Auseinandersetzung mit der Sterbesituation, sinnliches Begreifen des Todes bei der Totenfürsorge und Abschiednahme, Versprachlichung des Sterbens und der Tatsache, dass ein Mensch gestorben und tot ist, reale und fantasierte Bilder vom Sterben, spirituelle Vorstellungen vom Übergang zwischen Leben und Tod (vgl. „Nichtwahrhaben-Wollen“ bei Kast, 1982/1986, S. 66; „Den Verlust als Realität akzeptieren“ bei Worden, 2009/2011, S. 45–49). *Traumasensible Aspekte:*

- Traumatische Todesursachen wie Unfall, Mord, Suizid können starke Verletzungen hinterlassen, der unvorbereitete und unbegleitete Anblick kann traumatisch

sein. Auch Fantasien über den Anblick können traumatisch sein.

- Todesursachen wie Suizid, Mord, Unfall müssen polizeilich untersucht werden, dazu gehört in der Regel die Beschlagnahmung und Untersuchung des Leichnams und teilweise eine Obduktion. Die direkte Abschiednahme wird dadurch verzögert.
- Traumatisierende Verluste können einen Schock auslösen, der die Wahrnehmungsfähigkeit verengt und Erinnerungen abspalten kann. Die „Wirklichkeit“ einer Todesnachricht oder einer Abschiednahme existiert dann in der bewussten Erinnerung nicht.
- Traumatisierende Verluste werden häufig mit starken Beruhigungsmitteln therapiert, diese beeinflussen die Wahrnehmung und spätere Erinnerungsfähigkeit.

Gefühle: Eine Vielzahl von Gefühlen erleben und ausdrücken, die nach einem Verlust auftauchen. Diese sind stark ausgeprägt und überfordern häufig das, was ein Mensch sich selbst zugesteht, und auch das, was Außenstehende aushalten können (vgl. „aufbrechende Emotionen“ bei Kast, 1982/1986, S. 66–72; „Den Schmerz verarbeiten“ bei Worden, 2009/2011, S. 50–52).

Traumasensible Aspekte:

- Traumatisierende Verlusterlebnisse können einen Schock auslösen, der die Empfindungsfähigkeit minimiert oder eine vollständige Dissoziation vom Gefühlserleben bewirkt. Diese Dissoziation kann Berichten von Betroffenen zufolge mehrere Monate anhalten. „Die Welt *bleibt* bei einer Traumatisierung in Teilen des Gefühls des betroffenen Menschen *still stehen*“ (Krüger, 2007/2015, S. 24; Hervorh. i. Orig.).
- Die Vielfalt der durch ein traumatisches Erleben ausgelösten Trauergefühle kann sich verengen auf Grundemotionen: Angst, Wut, Verzweiflung, Selbstbeschuldigungen.

Anpassung: Veränderungen im Alltag wahrnehmen und Strategien zum Umgang damit entwickeln. Entscheidungen über neue Alltagsroutinen, über den Umgang mit Hinterlassenschaften treffen. Strategien im Umgang mit Ignoranz, Mitleid und Überforderung im Umfeld entwickeln (vgl. „Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs“: Kast, 1982/1986, S. 78–86; vgl. auch Worden, 2009/2011). *Traumasensible Aspekte:*

- Zur Traumareaktion kann Vermeidungsverhalten gehören, zum Trauerprozess hingegen nicht. Traumatisierte Trauernde zeigen ein unterschiedlich stark ausgeprägtes Vermeidungsverhalten in Bezug auf den Ort des Sterbens, auf Personen, die die Todesnachricht überbracht haben, auf akustische, optische und olfaktorische Reize, die mit dem Sterben und/oder dem vorangegangenen Leiden verbunden sind.
- Auch die soziale Umwelt bezieht sich eher auf die traumatischen Todesumstände als auf den verstorbenen Menschen.

Freundinnen und Freunde sowie Bekannte, teilweise Presseorgane nehmen die Hinterbliebenen nicht als normale Trauende wahr, sondern als Beteiligte an einer außergewöhnlichen Katastrophe. Das verhindert angemessene Anteilnahme, löst bei den Betroffenen Scham aus und führt zu weiterem Vermeidungsverhalten im sozialen Kontext, um unangemessenen und aufwühlenden Fragen und Bemerkungen aus dem Weg zu gehen.

Verbundenbleiben: Die innere Beziehung zum Verstorbenen so gestalten, dass sie das eigene Weiterleben positiv unterstützt. Träume, Erinnerungen, verbindende Gegenstände, verbindende Orte, Präsenzerlebnisse, innere Vermächtnisse, geteilte Erinnerungen und Gedenken in der Gruppe nutzen (vgl. Worden, 2009/2011; Klass et al., 1996; Kachler, 2010/2016; Paul, 2017, 2018). *Traumaisensible Aspekte:*

- Traumatische Todesumstände können alle anderen Erinnerungen an einen Menschen überlagern. Die verstorbene Person und die Erinnerungen werden so reduziert auf ein traumatisches Sterben bzw. die Vorgeschichte dieses Todes. Im Mittelpunkt der emotionalen Verarbeitung steht nicht der Verlust eines wichtigen, geliebten Menschen, sondern das Teilhaben an einem katastrophalen, überfordernden Ereignis.

Einordnen: Grundüberzeugungen an das Geschehene anpassen, das eigene Leben wieder als zusammenhängend wahrnehmen. Es dominieren Warum-Fragen, Suche nach Schuldigen, Verunsicherung bisheriger positiver Überzeugungen oder Bestätigung pessimistischer Grundannahmen, „Phase des neuen Welt- und Selbstbezugs“ (Kast, 1982/1986, S. 78–86; vgl. auch Neimeyer, 2002; Worden, 2009/2011; Paul, 2017, 2018). *Traumaisensible Aspekte:*

- Moralische Bewertungen können von potenziell traumatisierenden Todesursachen herausgefordert werden. Tabus und Trauma liegen manchmal eng beieinander und beeinflussen den Trauerprozess. Dies ist zu beobachten bei Suizid, Mord, Schwangerschaftsabbruch, Drogentod und Unfall. Das Verhalten der Verstorbenen selbst, aber auch das Verhalten von anderen Beteiligten und nicht zuletzt das eigene Verhalten werden von den Hinterbliebenen akribisch analysiert und bewertet.
- Aus der Arbeit mit traumatisierten Gewaltopfern ist bekannt, dass Trauma-Opfer sich selbst die Schuld am Geschehen geben, um der erlebten Ohnmachtssituation ein subjektives Machtgefühl entgegenzusetzen. „Schuldgefühle dienen im Fall von Traumatisierungen meist der Abwehr von Ohnmacht. Besser schuldig als ohnmächtig“ (Reddemann, 2016, S. 186). Auch traumatisierte Trauernde zeigen meiner Erfahrung nach häufig Selbstbezeichnungen in einem Ausmaß, das für Außenstehende kaum nachvollziehbar ist (Paul, 2010, S. 94).

Trauersensible Traumabearbeitung

Der Trauerprozess als gewundener Weg kann durch ein traumatisierendes Ereignis behindert werden. In der Trauerfacette „Wirklichkeit“ finden sich traumatisierende Todesursachen wie Unfall, Mord, Suizid und Sterben im Rahmen einer Naturkatastrophe oder eines Terroranschlags. Doch auch viele andere Sterbearten können mit traumatischen Erfahrungen in der Sterbesituation einhergehen, z. B. Schwangerschaftsabbrüche oder Plötzlicher Kindstod. Allen gemeinsam sind die Plötzlichkeit des Sterbens, die realen oder vorgestellten starken Verletzungen der verstorbenen Person sowie das meist vorgestellte intensive Leiden des sterbenden Menschen. Hier finden bereits traumatherapeutische Verfahren Anwendung, um die emotionale Belastung und das Vermeidungsverhalten zu mindern. Allen Therapieformen ist gemeinsam, dass sie zunächst mit einer Phase der Stabilisierung, Ressourcenstärkung und Vermittlung von Entspannungstechniken beginnen. Klientinnen und Klienten werden so aus dem Zustand des ohnmächtigen Erleidens von Stress, Überflutung oder Dissoziation beim Erinnern in einen Zustand der Selbstwirksamkeit bei der Regulierung ihrer Stresssymptome gebracht. „Voraussetzung für Traumakonfrontation ist, dass jemand ausreichende Sicherheit zur Verfügung hat. Und zwar Sicherheit in der Beziehung oder den Beziehungen zur Außenwelt, Sicherheit in der Beziehung zur Therapeutin und in der Beziehung zu sich selbst“ (Reddemann, 2016, S. 123). Erst vor diesem Hintergrund erfolgt eine kontrollierte und stückweise Konfrontation mit den belastenden bzw. traumatisierenden Ereignissen. In einem dritten Schritt werden die Ereignisse neu bewertet und emotionale Reaktionen ausgelebt.

Übertragen auf das Facettenmodell des Trauerns steht am Anfang jeder Traumatherapie die Facette Überleben, es folgt die Auseinandersetzung in der Facette Wirklichkeit und schließlich geht es um die Facette Einordnen. Die Facette der Gefühle ist in allen drei Schritten ebenfalls präsent. Im Gegensatz zu anderen traumatherapeutischen Behandlungen ist bei der Begleitung von traumatischen Verlusten immer auch die Facette der Verbundenheit zu berücksichtigen.

Die Bearbeitung von traumatischen Situationen ist nur eines der wichtigen Themen in einer Trauertherapie. Die Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten kann die übrigen Trauerfacetten erleichtern. In anderen Fällen muss erst in einer anderen Facette etwas geschehen, um eine Konfrontation zuzulassen. Dies gilt auch für den Einsatz von bewährten Übungen im Traumabereich zur Distanzierung und Kontrollgewinnung in der Erinnerung an belastende Situationen.

Fallbeispiel

Eine 45-jährige Frau (Frau M.), selbstständige Ernährungsberaterin, geschieden und alleinerziehende Mutter von zwei Töchtern, kam anderthalb Jahre nach dem Tod ihrer jüngsten Tochter zu mir. Die Tochter hatte im Grundschulalter ein Krampfleiden entwickelt, es kam teilweise zu mehreren Krampfanfällen pro Tag. Dadurch war sie stark retardiert, konnte sich aber äußern, war fröhlich und eigensinnig, das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter enthielt viele spielerische und zärtliche Elemente. Bei einem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege starb die 17-jährige Tochter nachts an einem Anfall, meine Klientin wurde sofort gerufen und traf kurz nach der Polizei ein. Sie sah ihre verstorbene Tochter auf dem Boden liegend in einem von ihr als würdelos empfundenen Zustand, wegen der laufenden Ermittlungen durfte sie sich ihrer Tochter nicht nähern. Später konnte sie in einem Bestattungshaus ausgiebig und selbstbestimmt Abschied nehmen, trotzdem fühlte sie sich von dem ersten Bild ihrer verstorbenen Tochter verfolgt, es tauchte in Flashbacks und Traumbildern auf und löste jeweils starke körperliche Reaktionen (Zittern, schluchzendes Weinen) und wiederkehrende Fragen nach Schuld und Verantwortung aus, die sie über Stunden hinweg belastend beschäftigten.

Ich schlug ihr vor, zunächst zu lernen, sich mithilfe der „Tresorübung“ (Reddemann, 2016, S. 65) vorübergehend von dem traumatischen Bild distanzieren. Sie konnte sich gut darauf einlassen, das Bild auch im Tresor verstauen, doch es war ihr nicht möglich, die Tresortür zu schließen: „Dann erstickt meine Tochter“. Wir ließen also in der Imagination den Tresor offen stehen und entwickelten als zweite Imagination einen „sicheren Ort für den Verstorbenen“ (Kachler, 2014), der in der Vorstellung neben das erste Bild des Tresors gestellt werden konnte. Erst danach war es möglich, das Bild von der verstorbenen Tochter wegen seiner belastenden Inhalte vorübergehend in den Tresor zu legen, denn es war nicht länger repräsentativ für die verstorbene Tochter insgesamt. Stärker als bei anderen Anwendungen der Tresorübung war es dieser Mutter wichtig, dass sie das Bild jederzeit hervorholen konnte. Ein Teil der „inneren Verbundenheit“ mit ihrem Kind blieb zwar abgeschwächt, aber doch deutlich in dem belastenden Bild enthalten.

Von Menschen verursachte Katastrophen („man-made disaster“)

Traumatherapeutinnen und -therapeuten machen die Erfahrung, dass traumatische Erfahrungen, die von anderen Menschen ausgelöst wurden, besonders verstörend sind. Das gilt auch für Todesfälle, die nicht durch Naturgewalten, Krankheiten oder Alterungsprozesse bedingt sind, sondern eine direkte Folge menschlichen Handelns darstellen. „Das Potenzial an

seelischer Zerstörung ist dann besonders groß, wenn das Kind Gewalt durch andere Menschen erfährt“ (Krüger, 2007/2015, S. 64). Verursachende und Erleidende einer Gewalttat sind in der Regel eindeutig voneinander getrennt. Bei einer Gewalttat mit Todesfolge sind die Opfer neben dem durch Gewalt verstorbenen Menschen die Hinterbliebenen. Täter sind in diesem Fall z. B. eine Unfallfahrerin, ein Arzt, der einen Kunstfehler begangen hat, oder ein buchstäblicher Mörder. Zur Stabilisierung der traumatisierten „Opfer“ bzw. Hinterbliebenen gehört es, zu sicheren Lebensumstände zu ermutigen, auf die der „Täter“ bzw. die „Täterin“ keinen Zugriff hat. „Das Kind braucht zunächst die Klarheit: ‚es ist vorbei‘ – die Gewalt hat *sicher* ein Ende“ (ebd.; Hervorh. i. Orig.). Täter bzw. Täterinnen werden äußerlich und innerlich ausgesperrt.

Beim traumatischen Verlust Suizid verschwindet für Betroffene, aber auch für Beratende die Eindeutigkeit: Hier ist der Mensch, der einen Tod herbeigeführt hat, identisch mit dem Menschen, der dabei gestorben ist. Der „Täter“, der aus traumatologischer Sicht in einen dauerhaften äußeren wie inneren „Sicherheitsabstand“ gebracht werden muss, ist gleichzeitig der Verstorbene, zu dem im Rahmen des Trauerprozesses eine intensive innere Verbundenheit aufgebaut werden soll. Therapie, die dieses Dilemma nicht ausreichend berücksichtigt, mag zu Aussagen wie dieser führen, die mir eine Klientin berichtete: „Mein Therapeut hat gesagt: Sehen Sie doch endlich ein, dass Ihr Mann ein richtiger Mistkerl war, dem sollten Sie keine Träne nachweinen!“ Die Reduktion eines Verstorbenen auf seine „Täteranteile“ ist meiner Erfahrung nach nicht hilfreich für Trauernde nach einem traumatischen Tod. Sie widerspricht dem Bedürfnis, einen Verstorbenen zu ehren und eine positive innere Verbundenheit zu ihm aufzubauen (Paul, 2018).

Beratung und Psychotherapie nach dem Trauerkaleidoskop (Paul, 2017)

Hinweise zu den einzelnen Trauerfacetten

Überleben: „Wir haben inzwischen gelernt, die Schutzmechanismen der Patienten ernst zu nehmen, und das bedeutet auch, dass sie das Tempo bestimmen, nicht wir“ (Reddemann, 2016, S. 45). Auch in Trauergruppen und in Einzelgesprächen sollte dieser Grundsatz der deutschen Traumaexpertin Luise Reddemann gelten. Dazu gehört es, Abschied zu nehmen vom direkten Einstieg in Verlustgeschichten. Ressourcen gehören an den Beginn jedes Trauerkontakts und jeder Gruppenstunde. Zu diesen Ressourcen zählt das Ich der trauernden Person, auch und gerade, wenn sie sich vor Gram und Verlustschmerz nicht daran erinnern kann. Auch wenn sie aus Rücksicht auf trauernde Familienangehörige das eigene Ich in den Hintergrund stellt. Ressource

ist immer auch der Kontakt zur beratenden Person, im Todesfall auch zu den Berufsgruppen, die im und kurz nach dem Sterben Ansprechpartnerinnen und -partner sind, also Pflegekräfte, Bestatterinnen und Bestatter, Rednerinnen und Redner, Seelsorgerinnen und Seelsorger. „Der bewusste Einsatz intakter, herzlicher Menschlichkeit durch einen praktizierenden Arzt oder eine Psychotherapeutin kann eine tiefe therapeutische Wirkung haben“ (Levine, 2010/2011, S. 142). Der langsame Aufbau von Vertrauen und das Vermitteln von Techniken zur Stressreduktion gehören ebenso zu Beratung und Therapie von Trauernden wie zur Arbeit mit traumatisierten Menschen (Eckardt, 2017).

Wirklichkeit: Die Bedeutung der Versprachlichung von Erinnerungen und Erfahrungen steht in der Trauertherapie oft im Vordergrund, da es so bedeutsam ist, die Wirklichkeit eines Verlusts zu verstehen und anzuerkennen. Traumasensibles Arbeiten realisiert, dass das Nacherzählen von traumatisierenden Todesumständen eine ungeschützte Traumakonfrontation darstellt. Im Rahmen von Trauergruppen, in denen es keine Möglichkeit gibt, Erzählungen zu distanzieren oder verlangsamen, sollten alternativ Vereinbarungen installiert werden, die das Erzählen von besonders belastenden Details von vornherein ausschließen. Beim Zusammentreffen von Traumatisierung und Trauer gilt es ständig abzuwägen zwischen dem Bedürfnis, sich zu entlasten und die Todesumstände zu realisieren auf der einen Seite, und andererseits der Gefahr der Retraumatisierung durch eigene Erinnerungen und die Erzählungen von anderen Mitgliedern einer Trauergruppe.

In der Einzeltherapie bzw. -beratung können erfahrene Therapeutinnen bzw. Therapeuten mithilfe von Distanzierungstechniken, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) oder Somatic Experiencing (SE) eine geschützte Traumakonfrontation z. B. mit einer Auffindesituation herbeiführen und so die Symptome der Traumafolgestörung mindern. Dadurch kann der Trauerprozess von der Umklammerung der Traumatisierung befreit werden und freier fließen.

Gefühle: Das Ermöglichen von Emotionen und Gefühlsausdruck durch symbolische Handlungen oder kreative Methoden gehört zur Arbeit mit Trauernden vor allem in Gruppen, Wochenendseminaren, Gedenkfeiern. Für traumatisierte Trauernde kann dies eine Überforderung bedeuten, die ihre Schutzmechanismen durchschlägt und eher eine Retraumatisierung mit Gefühlsüberflutung darstellt als einen erleichternden Gefühlsausdruck. Die Ermutigung zum Gefühlsausdruck sollte stets von Stabilisierungsmaßnahmen begleitet sein, dazu gehören auch die ernst gemeinte Möglichkeit zum Neinsagen und das Anbieten von Alternativen, damit traumatisierte Trauernde sich nicht als Außenseiterinnen bzw. Außenseiter in einem Gruppensetting erleben.

Anpassung: Traumatisierte Trauernde zeigen eventuell Vermeidungsverhalten gegenüber Triggern wie Sterbeorten.

Schlaflosigkeit, Übererregung, Ängste und depressive Verstimmungen sind sowohl im Trauerprozess als auch bei einer Traumafolgestörung anzutreffen. Bei traumatisierten Trauernden dauern diese Symptome zeitlich länger und erzeugen hohen Leistungsdruck, der die Alltagsgestaltung stark beeinflusst. Strategien im Umgang mit diesen Symptomen und Verhaltensweisen sind in Gruppen mit traumatisierten Trauernden ein nützliches Thema.

Verbundenbleiben: Impulse zur Erinnerungsarbeit fokussieren meist auf positive und beglückende Beziehungsanteile. In der Arbeit mit traumatisierten Trauernden ist es entscheidend, die möglichen Ambivalenzen zuzulassen. Der geliebte und bewunderte Mensch kann durch seinen Tod bzw. seine Sterbeart gleichzeitig furchteinflößend sein. Impulse und Rituale sollten für beide Seiten wertfreie Ausdrucksmöglichkeiten zur Verfügung stellen.

Einordnen: Selbstbeichtigungen sind ein bekanntes Symptom von traumatisierten Menschen, die lieber „schuldig als ohnmächtig“ (Reddemann, 2016, S. 186) sind. Auch traumatisierte Trauernde neigen besonders häufig dazu, sich selbst die Schuld an einem Tod zu geben. Beratung und Therapie profitieren von der „konstruktiven Schuldbearbeitung“ (Paul, 2010, S. 107ff.) und den dort vorgeschlagenen Möglichkeiten, Selbstwirksamkeit und Eigenaktivität in den Vordergrund der Begleitung zu stellen als Alternative zum pauschalen Absprechen von Schuld und als Ergänzung zum oft praktizierten „Realitätstest“ (Worden, 2009/2011, S. 28).

Fallbeispiel

Frau F. kam zu mir, nachdem ihr 19-jähriger Sohn im Elternhaus eines plötzlichen Herztods gestorben war. In den anderthalb Jahren seither hatte Frau F. starke Ängste vor dem Alleinsein überwunden, im christlichen Glauben eine wichtige Ressource entdeckt, Kontakte zu alten Freundinnen und Freunden gehalten und neue Kontakte bis hin zu Freundschaften mit anderen Betroffenen und christlich orientierten Menschen geschlossen. Sie hatte aber mit Flashbacks, starken Schuldzuweisungen gegen sich selbst und einer stark erhöhten Reizbarkeit gegenüber Triggern wie den flackernden Blaulichtern und Sirenen von Rettungswagen die Symptome einer Traumafolgestörung entwickelt. Stabilisierungsübungen, die sie in meiner Praxis, in einer psychosomatischen Kur und der entsprechenden Nachsorge erlernte, halfen ihr, sich bei auftretender Übererregung zu beruhigen, was sie als sehr wichtig empfand (vgl. Trauerfacette Überleben). Wiederholte Gespräche über die Tage vor dem Tod, zu denen sie ihr Verhalten hinterfragte und sich als mitverantwortlich für den Tod des Sohns verurteilte, hatten nur zu kurzfristiger Erleichterung geführt (vgl. Trauerfacette Einordnen). Ich schlug ihr also vor, die belastenden Bilder noch

einmal gezielt zu betrachten und anschließend erneut über die starken Schuldzuweisungen gegen sich selbst zu sprechen (vgl. Trauerfacetten Wirklichkeit und Einordnen). Meinen Vorschlag empfand sie als sinnvoll, aber auch sehr anstrengend und beantwortete ihn mit mehr Angst als Hoffnung. Die bereits entwickelte Vertrauensbasis (geglückte Stabilisierungsphase und Kontakt zur Beraterin als Ressource wahrnehmbar) zwischen uns machte es möglich, über ihre Ängste und Vorbehalte zu sprechen. Es wurde deutlich, dass die Gefühle und Körperreaktionen, die sie bei der Erinnerung an die Minuten rund um den Tod ihres Sohns erlebte, eine einzigartige Intensität besaßen. Keine andere Erinnerung war so eingebrannt und deutlich spürbar, alle anderen Erinnerungsbilder und Präsenzerlebnisse waren spürbar sanfter und flüchtiger. Die Intensität ihrer Sehnsucht nach innerer Verbundenheit mit ihrem verstorbenen Sohn entsprach der Intensität des Traumaerlebens. Ich erklärte ihr meinen Eindruck, und sie bestätigte meine Gedanken. Auf die Frage, ob sie vor diesem Hintergrund jemals auf die traumaspezifischen Reaktionen verzichten könne, antwortete sie, „ich weiß es nicht“.

In den darauffolgenden Gesprächen berichtete sie verschiedene intensive Wahrnehmungen von der Präsenz ihres Sohns und von einem verstärkten und bewussten inneren Dialog mit ihm (vgl. Trauerfacette Verbundenbleiben). Ich bestärkte diese Wahrnehmungen. Es entstand eine erste Vorstellung davon, dass der verstorbene Sohn auch in positiven und tendenziell „leichten“ Lebenssituationen bei ihr sein könne (vgl. Trauerfacetten Verbundenbleiben und Einordnen).

Fazit

Traumatisierung und Trauerprozesse können gemeinsam auftreten. Zur therapeutischen Unterstützung sollten sie auch gemeinsam betrachtet und nach Möglichkeit von einer Person mit Wissen über beide Prozesse oder von zwei Fachleuten auf derselben inhaltlichen Grundlage behandelt werden. Trauertherapeutinnen und -therapeuten brauchen ein fundiertes Grundwissen über Psychotraumatisierungen, um Trigger und retraumatisierende Gesprächsführung zu vermeiden. Sie benötigen ein fundiertes Grundwissen über Trauerprozesse, da diese sich deutlich von einer Psychotraumatisierung unterscheiden. Insbesondere der tiefe Wunsch nach innerer Verbundenheit kann eine Herausforderung an die klassische Traumatherapie darstellen. Beide Fachrichtungen profitieren davon, ihr Fachwissen um die jeweils andere Fachrichtung zu erweitern. Dies betrifft die Vielfältigkeit der Themen im Trauerprozess und die lange „mäandernde“ Bewegung durch die unterschiedlichen Facetten, die sich ständig neu mischen. Ein prozessorientiertes, klientenzentriertes Arbeiten mit langem Atem ist hier sehr hilfreich.

Literatur

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Eckardt, J. (2017). *Wenn Trauma und Trauer aufeinandertreffen. Betroffenen helfen, neuen Lebensmut zu finden* (Reihe: Edition Leidfaden). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4., aktual. u. erw. Aufl.). München, Basel: Reinhardt.
- Kachler, R. (2014). „Ein sicherer Ort für den Verstorbenen“. RND – Redaktionsnetzwerk Deutschland, 30.10.2014. Verfügbar unter: <https://www.maz-online.de/Thema/Specials/T/Trauer-Gedenken/Friedhofe-sind-wichtig> [17.9.2019].
- Kachler, R. (2016). *Hypnosystemische Trauerbegleitung. Ein Leitfaden für die Praxis* (Reihe: Hypnose und Hypnotherapie; 4., unveränd. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Verlag (Erstaufl. erschienen 2010).
- Kast, V. (1986). *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses* (6., unveränd. Aufl.). Stuttgart: Kreuz Verlag (Erstaufl. erschienen 1982).
- Klass, D., Silverman, P. R. & Nickmann, S. L. (Hrsg.). (1996). *Continuing bonds. New understandings of grief* (Reihe: Series in Death Education, Aging, and Health Care). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Krüger, A. (2015). *Erste Hilfe für traumatisierte Kinder* (5., unveränd. Aufl.). Ostfildern: Patmos-Verlag (Erstaufl. erschienen 2007).
- Kübler-Ross, E. (1971). *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz-Verlag (englisches Original erschienen 1969: On death and dying. London: Macmillan).
- Levine A. P. (2011). *Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. München: Kösel (englisches Original erschienen 2010: In an unspoken voice. How the body releases trauma and restores goodness. Berkeley, CA: North Atlantic Books).
- Neimeyer, R. A. (2002). Traumatic loss and the reconstruction of meaning. *Journal of Palliative Medicine*, 5 (6), 935–942.
- Paul, C. (2010). *Schuld – Macht – Sinn. Arbeitsbuch für die Begleitung von Schuldfragen im Trauerprozess*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Paul, C. (2011). Trauerprozesse benennen. In C. Paul (Hrsg.), *Neue Wege in der Trauer- und Sterbebegleitung. Hintergründe und Erfahrungsberichte für die Praxis* (vollst. überarb. u. erg. Neuauf.; S. 69–84). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Paul, C. (2017). *Ich lebe mit meiner Trauer*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Paul, C. (2018). *Warum hast du uns das angetan? Ein Begleitbuch für Trauernde nach einem Suizid* (völlig überarb. u. erg. Neuauf.). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Reddemann, L. (2016). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (Reihe: Leben lernen, Bd. 141; 19., vollst. überarb. Neuauf.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stroebe, M. & Schut, H. (2011). Kultur und Trauer. In C. Paul (Hrsg.), *Neue Wege in der Trauer- und Sterbebegleitung. Hintergründe und Erfahrungsberichte für die Praxis* (vollst. überarb. u. erg. Neuauf.; S. 39–50). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus (englisches Original erschienen 1998).
- Worden, W. J. (2011). *Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch* (Reihe: Klinische Praxis; 4., überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Huber (englisches Original erschienen 2009: Grief counselling and grief therapy. 4th ed. New York: Springer).
- World Health Organization (WHO) (2019). *ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information*. Genf: WHO. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/en/> [5.9.2019].